51. évfolyam. 40. szám. *Budapest, 1907. október 6.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Grósz Emil: A glaucoma. 709. lap.

Picker Rezső: A férfi idült húgycsőkankójának lényege és kezelésének vezéreleivei. 711. lap.

Kelle Kálmán: Közlés a szent István-kórház idegosztályáról. Főorvos: Donath Gyula dr., egyet. magántanár. Ifjúkori paralysis progressiva. 712. lap.

Elfer Aladár: Közlemény a kolozsvári belorvostani klinikáról. (Igazgató: Purjesz Zsigmond dr. egyetemi tanár, udvari tanácsos.) Megfigyeléseink a Röntgen fénynyel gyógykezelt fehérvérűség-esetekben. 714. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Jacob Wolff:* Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Weichselbaum:* Az emberi gümőkór fertőzési útjai. — *Belorvostan. Walko:* A gyomor megbetegedése az idült ólommérgezésben. — *Stanley Burnes:* A térdreflex viselkedése a pneumoniában. — *Sebészet. Halsted, Greenough, Simmons, Dellinger Barney, Ochsner, Nathanson, Oliver, Cabot* és *Pilcher:* Az emlőrák gyökeres műtevésének eredményei. — *Gyermekorvostan. Escherich:* Postdiphtheriás szívgyengeség kapcsán támadt multiplex embolia. — *Feer:* A szülők vérrokonságának befolyása a gyermekekre. — *Húgyszervi betegségek. R. Walker;* Az egyszerű hólyagfekélyek. — *H. Lotze* és *I. Privat:* A heregümőkór conservativ gyógyítása. — *L. Genouville* és *M. Péraire:* A gyökeres hydroceleműtét új módszere. — *Venereás bántalmak. Erb:* Kankó-statistika. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Zacharias:* A mastitis kezelése Bier-féle pangással. — *Hartzell:* A lichen planus gyógyítása salicylkészítményekkel. 716—721. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 721. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 721. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 722—724. lap.

Melléklet Gynaekologia. 2. sz. Szerkesztik: Tóth István dr. egyetemi magántanár és Temesváry Rezső dr., egyetemi magántanár.

F. Hoffmann-La Roche et Cie czég „Protylin" készítménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A glaucoma.[1]

Irta: *Grósz Emil* dr., nyilv. rendes tanár.

Ötven éve, hogy Graefe Albrecht megjelölte az utat s módot, melylyel az addig gyógyíthatatlannak tartott glaucomás szem látását megmenthetjük Szomorú, hogy fél század után még mindig nagyon sokan vesztik el látásukat azon okból, mert elmulasztják az időpontot, melyben az operálás sikert igér. A gyógyíthatatlan vakok 20%-a glaucomás, a mi természetes következménye azon megdöbbentő tapasztalásnak, hogy a budapesti egyetem szemklinikáján jelentkező glaucomások 21%-a mindkét, 50%-a egyik szemén fényérzés nélkül, tehát gyógyíthatatlan állapotban jelentkezik; ezek számára tehát *Graefe* örökbecsü ajándéka értéktelen maradt. Ilyen esetek mindenütt elöfordulnak, de sokkalta ritkábban, mint nálunk. Magyarország szemorvosai egyesületének mult évben tartott ülésén reámutattam arra, hogy a betegek egy része közönyből s tudatlanságból nem is próbálta meg idejében, hogy segítséget nyerjen, de azt is meg kellett mondanom, hogy igen sokan a hibás orvosi diagnosis áldozatai. Ezért első sürgős feladatul jelöltem meg, hogy nekünk szakembereknek minden eszközt meg kell ragadnunk, hogy a gyakorlóorvosok segítségére siessünk, ismereteiket a glaucoma diagnosisában gyarapítsuk. A szünidei orvosi cursusok, az egyesületekben tartott előadások, a szaklapokban közölt klinikai előadások alkalmas módok arra, hogy a gyakorló orvosok figyelmét újból s újból e betegségre irányítsuk. Ez eszmét szolgálja a glaucomáról szóló ismereteink e rövid összefoglalása.

A glaucoma lényeges jelenségeinek felismerése aránylag későn történt; sokáig összecserélték a cataractával, s csak *Brisseau*, a midön *Bourdelot* nak, XIV. Lajos orvosának szemét felvágta, fejezte ki azon nézetét, hogy a lencsén kivül az üvegtest is beteg. *Beer* is az üvegtestbe helyezte a bajt s csak *Mackenzie*nek, a geniális glasgowi szemésznek sikerült a szem feszülése emelkedésének jelentőségét felismernie (1830). *Desmarres* és *Arlt* már gondosan leirták a baj külső jelenségeit s a midön *Helmholtz* a szemtükörrel megajándékozta az orvosi tudományt, a szemfenék jellemző elváltozásai is ismeretessé váltak. Eleinte ugyan helytelenül értelmezték a papillán látott változást, mert kiemelkedésnek tartották, de *Weber* (1855) és *Müller* (1856) csakhamar bebizonyította, hogy az bemélyedés: gödör. A felismert összes jelenségeket a szem feszülésének emelkedésére *Graefe* vezette vissza. A csarnokzug elzáródásának s a feszülés emelkedésének összefüggését *Donders* már 1855-ben kimondotta, de hogy ez az anatomiai változás alkotja a lényeget, azt *Kniess* 1876-ban bizonyította be.

Még *Graefe* lángeszének sem sikerült azonnal a glaucoma összes alakjait egy csoportba egyesítenie. Kezdetben csak a glaucoma inflammatorium volt a betegség typusa, később *Jäger* s *Donders* vizsgálatai alapján a glaucoma simplex alakot is hozzácsatolta s végül a hydrophthalmust is, mint a betegség fiatalkori alakját.

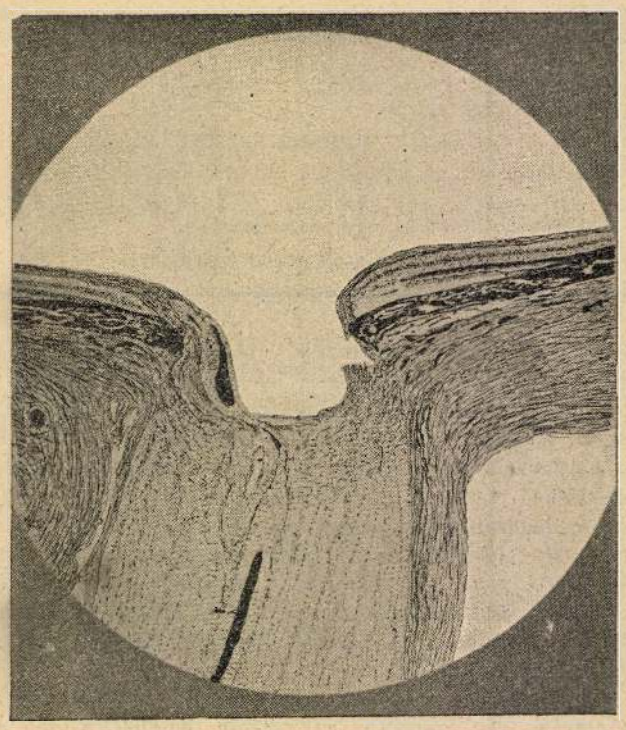
Sokkal könnyebb volt azon eseteket felismerni, a melyekben a szem feszülésének emelkedése más szembetegség következményekép keletkezik; ezek a másodlagos glaucomák csoportját alkotják. Ide tartozik: a szaruhártyaforradás, melybe a szivárványhártya belénőtt, a szarúcsap, a sok tapadós izzadmánynyal járó szivárványhártya- és sugártestgyuladás, a pupilla elzáródása, duzzadó szürkehályog, félrecsúszott lencse, a szem belsejében fejlődő daganat, az ideghártya vivőerének elzáródása; mindmegannyi példája annak, hogy a szem keringési körében keletkező akadály feszülésemelkedésre vezet. Ilyenkor az alapbántalom uralkodik a kórképen s valóban közelfekvő, hogy a következményre gondoljunk s azt a szem megtapintásával felismerjük. Bennünket első sorban az elsődleges glaucoma érdekel, azaz azon esetek, a melyekben a szem feszülésének emelkedése nem más szembajhoz csatlakozik, hanem elsődlegesen keletkezik.

Az elsődleges glaucoma három alakját különböztetjük meg: glaucoma simplex, inflammatorium és juvenile.

A *glaucoma simplex* felismerése a legnehezebb, szerencsére csak minden 8. tartozik ezen alakhoz. A beteg subjective csak

[1] Gyakorló orvosok számára tartott előadás.

látásának romlását veszi észre, sőt igen sokszor véletlenségből jön reá, hogy egyik szemén már mitsem lát. Ritkaság, hogy a látótérszükületet saját maga panaszolja. Fájdalom, külső változás ezen alakban teljesen hiányzik. A megejtett vizsgálat az ideghártya központi látásának hanyatlásán kivül jó színlátás mellett a látótér jellemző szükületét mutatja felül-belül. Előrehaladott esetekben perimeter nélkül is kimutatható. Elégséges, ha mindegyik szem látóterét külön-külön mozdulatlan szemállás mellett kiterjesztett karunkkal vizsgáljuk s kérdezzük, hogy mikor veszi észre ujjaink mozgatását. Szemben lévő saját szemünk látóteréhez hasonlítva, jelentékeny szükületet könnyen felismerhetünk. A diagnosis biztosítására ezen alakban a szemtükri vizsgálat nélkülözhetetlen, mely a látóidegfő üstszerü bemélyedését: a glaucomás excavatiót deríti fel. Az a körülmény, hogy az erek meredeken buknak le a látóidegfő széléig érő kivájulásba, hogy a gödör feneke a széléhez viszonyítva myopiás fénytörést mutat, s hogy a látóidegfőt fehér gyürü (az érhártya körkörös sorvadása) övezi: a legtöbb esetben elég alap a diagnosis felállítására. Azon meggyőződésben vagyok, hogy a szemtükrözés elemi ismereteit minden gyakorló orvos elsajátíthatja s a kifejezett eseteket felismerheti. Kétes esetekben ma már majdnem minden vidéki nagyobb városban is van szemész-specialista, kinek véleményét



a gyakorló orvos kikérheti. Épen ezen alak lassan halad előre s néhány napi, sőt heti halasztás nem veszedelmes. Szemtükri vizsgálat nélkül természetesen gyakori a hibás diagnosis, minthogy kivülről semmi sem árulja el a bajt, a látás romlása pedig az összes szemfenéki betegségek közös sajátsága.

Sokkal könnyebb a másik alak: a glaucoma inflammatorium felismerése s sokkal végzetesebb a segítség kellő időpontjának elmulasztása. A betegek kezdetben szemükben csak feszülést éreznek, néha látásuk néhány órára ködössé válik s ha ilyenkor fényforrásra néznek, körülötte szivárványszínü koszorút látnak, melyet a lámpától sötét gyürü választ el. E jelenségek, prodromák, jó alvás után elmulnak s hetek, hónapok multán, de néha napok mulva is ismétlődnek. Ilyen előzmények után, de néha azok nélkül is megjelenik a kifejezett glaucomás roham: heves fájdalmak kiséretében a látás nagyon megromlik, néha teljesen elenyészik, a szem erősen belövelt, a szarúhártya felszine bágyadt, érzékenysége csökkent, a csarnok sekély, a pupilla tág, a közegek zavarosak s a szem tapintásra igen kemény. Sokszor általános rosszullét, hányásinger egészíti ki s sajnos, leplezi a szembajt. A roham kellő segítségre, de néha önként is néhány nap alatt szünik, máskor — különösen ha mioticumok helyett mydriaticumokat cseppentenek be — a szem feszülésének emelkedése állandósul s a glaucoma inflammatorium átlép a chronikus szakba: a heves injectio helyét tágult episclerális erek foglalják el, a cornea bágyadtsága enged, a pupilla azonban tág marad s a szivárványhártyán sorvadás jelei mutatkoznak, a közegek átvilágíthatók, a szemfenéken a fehérlő papilla körvonalai láthatók s a szem tapintásra még mindig feszesebb. A következő szakban a szem fényérzése kialszik, most már a szem belsejébe is be lehet látni s a papilla a jellemző üstszerü kivájulást mutatja: absolut glaucoma. A betegség még ezzel sem ért véget: a szarúhártya kifekélyesedik, a lencse elszürkül, az ínhártyán szürkés csomók: kitágulások jelennek meg s végül az egész szemteke elsorvad. De mennyi szenvedés, mennyi fájdalom kiséri e szomorú lefolyást!

A glaucoma e két alakja az előrehaladott kor betegsége, ezzel szemben a harmadik veleszülött baj vagy már az első években fejlődik ki. A szemteke minden irányban megnagyobbodik (buphthalmus), a csarnok mély, a szivárványhártya rezeg, a pupilla tág, a látóidegfő mélyen, üstszerüen bemélyedt, a feszülés emelkedett. Graefe utalt reá első izben, hogy e baj keletkezésében is a szem feszülésének emelkedése játszik szerepet s a fiatalkori ínhártya engedékenysége vezet a nagyfokú tágulásra. A szarúhártya átmérője 12 mm.-ről 24 mm.-re emelkedhetik. Természetes, hogy ilyen vongálásnak az eredménye az ideghártya látóelemeinek tönkremenése, néha az ideghártya teljes leválása. A legkisebb ütés elégséges, hogy a vékony ínhártya megrepedjen s az egész szem elfonyadjon. Csak azon esetekben, midőn igen korán történik beavatkozás, sikerül a végzetes lefolyásnak gátat vetni.

A glaucoma *aetiologiáját* félszázados kutatás ellenére ma is homály fedi. *Graefe* elévülhetetlen érdeme, hogy valamennyi alak jelenségeit a szem feszülésének emelkedésére vezette vissza, de ezzel még nincs megfejtve a kérdés, hogy mi okozza a tensio emelkedését. A szorgos kórbonczolástani kutatás kiderítette ugyan, hogy glaucomás szemekben a csarnokzug állandóan el van zárva, de ezzel még nincs megállapítva, hogy mi okozza magát az elzáródást. Egészen eredménytelennek azonban mégsem mondhatjuk az eddigi kutatásokat. Kétségtelen, hogy a csarnokzug azon alakja, mely a hypermetropiás szemek sajátossága, alkotja a hajlamot az elzáródásra. E tényt Pólya Jenő az egyetemi szemklinika laboratoriumában végzett gondos vizsgálataival kétségtelenül beigazolta. Az is bizonyos, hogy e hajlam örökölhető s bizonyos családokban, sőt népfajokban a glaucoma otthonos. Alkalmi okul első sorban a vérkeringési zavarok szerepelnek. Ilyenek a klimakterium, a kedélyi izgalmak, a lázas betegségek közül első sorban az influenza. Sok jel szól a mellett, hogy az érfalzat betegségeinek is jelentékeny szerep jut. Az is régi tapasztalás, hogy a köszvényesek, rheumások hajlamosak e bajra. De a keletkezés részletei még ma is ismeretlenek s így nem csoda, ha a hypothesisek egész sorát állították fel. Czéltalan lenne ezek felsorolása. A kérdés tisztázása minden szakember legfőbb ambitioja s klinikákon, laboratoriumokban szakadatlanul folyik a munka. A gyakorló orvost ma e részletmunka még nem érdekelheti. De annál is inkább fontos, hogy ismerje a gyógyítás alapelveit, melyek ma, hála *Graefe* munkásságának, szilárd alapokon nyugosznak.

Minthogy a glaucoma minden alakjában a látás múlását a feszülés emelkedése okozza, a legsürgősebb feladat ennek csökkentése. E czélra szolgálnak első sorban a mioticumok. Az orvos első feladata tehát, a mint a diagnosist felállította, hogy a pilocarpin muriaticum 2%-os oldatából naponta — szükség szerint — 3—10 cseppet becseppentessen. A glaucoma simplex eseteiben elég három csepp, míg az inflammatorium a roham hevessége szerint 5—10 cseppet is igényelhet. A másik mioticum, az eserinum salicylicum vagy sulfuricum, erősebb hatású ugyan, de sok beteg rosszul türi, a becseppentést heves fájdalom, sőt szédülés s általános rosszullét is követheti. Ezért ajánlatosabb az enyhébb pilocarpin gyakoribb alkalmazása s csak kivételesen nyúljunk az eserinhez. A mioticumok csak az első segély eszközei. A gyógyítás biztosítására az iridectomia ma is a legbiztosabb eljárás. Valamennyi alakban indikált, a hol csak kivihető. Csak az elfajulás szakában, a mikor már a szivárványhártya egészen elsorvadt, a szemteke alakját vesztette, lép előtérbe az enucleálás. Legkevésbé szembeötlő az iridectomia hatása a glaucoma simplex

eseteiben, sőt vannak, a kik azt vitatják, hogy czen alakkal szemben hatástalan. E felfogás helytelenségét más alkalommal igyekeztem igazolni. E helyen csak azt ismétlem, hogy a glaucoma simplex operálás nélkül feltétlenül vakságra vezet, míg az iridectomia az esetek jelentékeny számában (50—70%) a folyamatot megállítja vagy legalább lassítja. Természetesen ezen alakban az elveszett látás visszatértére nem számíthatunk, a miből az is következik, hogy a beavatkozás a legkorábbi szakban a legkedvezőbb eredményt adja. Viszont vannak olyan esetek, a melyekben a látótér nagyfokú szükülése vagy a beteg egyéb gyógyíthatatlan s előreláthatóan rövid idő alatt halálos betegsége miatt lemondunk a beavatkozásról. Ennek megitélése már a szakember feladata. A gyakorló orvos szempontjából a glaucoma simplex eseteire is általánosságban áll a tétel, hogy az iridectomia indikált.

A glaucoma inflammatorium operálásának eredményessége felől nincs nézeteltérés. A beavatkozás sürgős s néhány napi halasztás is helyrehozhatatlan kárt okozhat. Csakis a prodromák szakában engedhető meg a várakozás, de csakis akkor, ha pilocarpin-becseppentésre valamennyi jelenség megszünik s közülök egyetlen sem marad vissza a szer elhagyásakor. De ha ilyenkor a feszülésemelkedésnek bármely tünete újból megjelenik, különösen pedig ha pilocarpin használata mellett sem tünnek el mindig, akkor az operálást nem szabad tovább halasztani. Ilyenkor az iridectomia veszélytelen, alig fájdalmas s hatására számíthatunk.

Ha valóságos roham fejlödött ki, mioticumok erélyes alkalmazásával igyekezünk a heves tüneteket enyhíteni. Ha ez sikerül, néhány napig várhatunk, hogy kedvezőbb viszonyok között szabatosabban végezhessük az operálást. De ha a harmadik vagy negyedik napon is kemény marad a szem, a mütét tovább már nem halasztható, mert különben a látás megromlása állandósul.

A glaucoma juvenile eseteiben az iridectomiával versenyez, sőt úgylátszik annál még jobb eredményeket is ad a sclerotomia. A többi alakban csak mint pótló, azaz kiegészítő mütét jöhet szóba olyankor, a midőn az iridectomia nem tudta a baj előre haladását meggátolni.

Még egy szót az úgynevezett glaucoma malignumról. Vannak ugyanis — szerencsére ritkán — olyan esetek is, a melyekben az iridectomia cserben hagy, sőt a midőn végrehajtása után a csarnok nem áll többé helyre s a meglevő látás is menthetetlenül elvész. Minden operateur, kinek nagyobb tapasztalata van, megért ilyen eseteket: a szemorvos működésének legszomorubb fejezetei. De e kivételek kedvéért nem szabad megfosztanunk a segítség jótéteményeitől a betegek ezreit. Hiszen be kell vallanunk, hogy egyetlen egy olyan sebészi beavatkozás sincs, melynek absolut biztosságáról meg lehetnénk győződve. Mennél korábban, mennél kedvezőbb viszonyok között s mennél szabatosabban végezzük az operálást, annál ritkábban fordul elő a kedvezőtlen eredmény.

Ilyen körülmények között 50 éves tapasztalás alapján az orvosnak kötelessége latba vetni tekintélyének minden súlyát, hogy a glaucoma pusztításai ellen a leghatásosabb fegyver mennél kiterjedtebben nyerjen alkalmazást. Elődöm: Schulek Vilmos 30 éves tanári működése alatt a szemorvosok egész gárdáját nevelte, kik a vidéken működnek s kik ez eszme apostolai lehetnek. A kormány hosszú szünet után szemkórházakat épít, közkórházi szemészeti osztályok keletkezését segíti elő, mindmegannyi alkalom arra, hogy a legszegényebb is közel találjon segítséget a legszörnyübb csapás: a vakság ellen. A midőn mi orvosok felveszszük a harczot a glaucoma pusztításai ellen, nagy sociális feladat szolgálatában állunk, azt a hivatalt viseljük, a melyet *Virchow* nekünk szánt: a szegények ügyvédei vagyunk. Változatlan meggyőződésem, hogy e hivatal nemcsak örömöt, megnyugvást ad, nemcsak erkölcsi sikert biztosít, hanem az orvosi rend anyagi boldogulását is előmozdítja.

A férfi idült húgycsőkankójának lényege és kezelésének vezérelvei.

Irta: *Picker Rezső* dr.

A „Medizinische Klinik“ folyó évi számaiban megjelentek a legkiválóbb német bőrgyógyászok és urologusok válaszai a szerkesztőség által hozzájuk intézett következő kérdésre: „*Miképen jellemezhető az idült kankó és miben állnak gyógykezelésének vezérelvei?*“

Ezen válaszok az „Orvosi Hetilap“ folyó évi számaiban az irodalmi kivonatok közt megtalálhatók és ezért e helyen nem is foglalkozom velük bővebben. Az alábbi sorokban csak röviden összefoglalni kívánom azon eredményeket, melyekre sok évi behatható vizsgálódásaim vezettek a férfi idült kankójára vonatkozólag. Ezek a vizsgálatok legtöbbnyire *rendszeres* górcsövi ellenőrzésben álltak, a melyet most is alkalmazok minden egyes heveny és idült kankóban szenvedő beteg gyógykezelésekor. E vizsgálatokat megfelelő esetekben tenyésztési vizsgálatokkal is bővítem.

A heveny gonorrhoeás nyálkahártyahurut, tehát a húgycsőkankó gyógyulása is akképen jön létre, hogy a kórokozók, melyek a betegség elején a nyálkahártyaalatti és a mirigykörüli kötőszövetbe hatoltak volt, a szervezet gyógyító tényezői által ismét a nyálkahártya felületére szállíttatnak. Ezzel a betegség el van ugyan intézve magára a *szervezetre* nézve, de nem szünt meg az illető *nyálkahártyaszakaszra* nézve. Ez csak akkor szabadul meg végleg a gonococcusoktól, ha valamennyi kórokozó kitakaríttatott a felületéről. *Azon időköz, mely elmúlik a gonococcusoknak a nyálkahártyafelületre való visszaszállítása és az illető nyálkahártyaszakaszból való végleges kitakarítása között, az idült kankó fennállásának mértéke, a mely azonban minden egyes esetben különböző, és sem hetek, sem hónapok szerint előre nem állapítható meg.* Ezen időtartam megállapítása csupán a posteriori lehetséges.

Hogy mily gyorsan történhetik a nyálkahártyaalatti szövetbe behatolt gonococcusok visszaszállítása a felületre, legjobban azon mindennemü szövödmények nélkül lefolyó esetek mutatják, a melyekben a betegek azonnal az első klinikai tünetek jelentkezésekor (2—3 nappal a fertőzés után épen megjelenő, alig genyes váladékkal) kerülnek kezelés alá, a mikor is rendszeresen keresztülvitt enyhe és nem izgató antibakteriumos kezelésre 3—4 nap alatt *teljesen meggyógyulnak*.[1] Ezen gyógyulás végleges megállapításában a következőkre támaszkodtam: A gonococcusok fel nem találhatósága a górcsövi készítményben a kezelésnek második illetve harmadik napjától fogva. Ekkor a kezelést beszüntettem és legalább is tíz napon át az összes nyerhető váladékokat górcsövi ellenőrzésnek vetettem alá. Csak ezután bocsátottam el a betegeket, a kiknél az incubatio 2—3 napig tartott volt.

A szabad nyálkahártyafelületre visszavitt gonococcusokat az enyhe fertőtlenítőszer megfelelő rövid idő alatt megsemmisíti, a gonococcusok ott nem birnak kellőképen elszaporodni s így a betegség az addig tőle menten maradt nyálkahártszakaszokra nem vitethetik tova. A betegség ily módon lokalizálódik és enyhébb lesz. Ebben teljesen egyetértek *Jadassohn*-nal (Med. Klin., 1907. 16. sz., 513. oldal).

A heveny kankós fertőzés többi esetében, melyek nem voltak meggyógyíthatók a fent említett rövid időn belül (ide számítom a kankó abortiv kezelésének néhány nem sikerült esetét is), már kezdettől fogva egy-két klinice kimutatható érzékeny mirigyes beszűrődést birtam tapintani; ezen esetek némelyikében ezen góczok természetes gyógyulása és kiürülése — tehát a betegség tartama — csupán 10—14 napot vett igénybe. A kezelés ezen esetekben is a fenti localisatiós elvek szerint történt, s gyakori enyhe fertőtlenítő befecskendésekből állott; a gonococcusmentességet pedig a kórokozóknak a górcsövi készítményből való végleges eltünése után még legalább is két hétig ellenőriztem. Ezen rövid terminustól felfelé számítódnak már most az idült kankó esetei. Az idült kankó lényege az elmondottak szerint tehát abban áll, hogy a *gonococcusok*, melyek a betegség kezdő és progrediáló szakában a húgycső mirigyes függelékeibe beburjánoztak, a természetes gyógyulás során a kötőszövetből ismét a nyálkahártya azon szakaszára vitettek vissza, a melyből az illető nyálkahártyaalatti szövetbe behatoltak volt és a *visszaszállítás helyeiről nem üríttetnek ki simán.*

Ezen retentiós góczok az elülső és hátulsó húgycső és a levezető ondóutak mirigyes függelékei, a melyekbe a gonococcusok beburjánoznak és a melyekben a heveny gyuladás és annak

[1] Ezen kezelésre legalkalmasabbnak találtam az albarginnak 1:3000 töménységű oldatát, melyet a betegek maguk kis fecskendő segélyével 2—3 órás időközökben alkalmaznak.

gyógyulása egészen úgy folyik le, mint a szabad nyálkahártya-felületen. Ha ezek a mirigyes függelékek egyszerű szerkezetűek — a milyenek az elülső húgycső rövid, el nem ágazódó egyszerű mirigyei —, könnyebben fogják a gonococcusokat a húgycső nyálkahártyafelületére üríteni, mint a többszörösen elágazó hosszú járatok, tömlős szerkezetű, hosszú s szűk kivezetőcsatornával ellátott mirigylebenyek (Cowper-mirigy), vagy bonyolult lefutású, többrendbeli ágra szakadó csörendszerek keskeny kivezetőcsatornával (ondóhólyag és ampulla). Az idevágó ábrákat lásd Herzognál[1] és Eberthnél.[2] Ezen, a szabad lefolyás tekintetében sebészileg értelmezendő kedvezőtlen szerkezethez járul még e szervek váladékainak lassú és részben hiányos áramlása, úgy hogy nagyobb gonococcustömegek kiürülése leginkább csak időközönként (az ondókiürülés alkalmával) történik. Rendesen azonban a húgycsőbe csak egy bizonyos mennyiségű kórokozó száll le ezen beteg helyek váladékaiból, a mely kórokozók azután részint ezen váladékban, részint a szabad húgycsőnyálkahártya felületén tovább szaporodnak. A kórokozók ezen állandó mennyiségéhez a nyálkahártya egyes esetekben idővel hozzászokik és jelenlétükre csak azon nyálkás-genyes váladék termelésével reagál, a mely a „*chronikus kankó*“ fogalmához és makroskopos képéhez tartozik, a melyet azonban nagyobb töménységű *gonococcusmentes* beszűrődések fennforgása alkalmával is találhatunk.

A nyálkahártya csupán a megszokottnál nagyobb gonococcusmennyiségek leszállítására (excessus in coitu) reagál az ismert hevenyebb kiújulások alakjában. Megjegyzendő azonban, hogy ilyen előzmények után gonococcusmentes, erősebben beszűrödött húgycsövekben szintén észlelhető a váladékképződésnek ilyfajta megerősödése, a mely typusos, zöldessárga, bő, de teljesen *gonococcusmentes* genyedés képében folyhat le. A gonococcusok ilyen hosszadalmas esetekben néha azután csakugyan elvesztik a szervezettel szemben azon genykeltő tulajdonságukat, a mely a heveny megbetegedésre annyira jellegzetes és mindinkább a lobos váladékokban burjánzó bakteriumok tulajdonságait veszik fel, a melyek csak rendkivüli elszaporodásuk esetén, tisztán óriási tömegük által mintegy mechanice ingerlik a húgycsőnyálkahártyát és nagyobb genytermelésre serkentik.[3] Más esetekben pedig a gonococcus végig megtartja a nyálkahártyával szemben eredeti chemotaxisos hatását, úgy hogy — a mennyiben kezelés egyáltalán nem történik — még hónapok és évek multán is ugyanolyan bő genytermeléssel reagál a húgycsőnyálkahártya a gonococcus behatására, mint a milyent rendesen csak heveny esetben látunk.

Ezzel ahhoz a ponthoz értem, melyben eziránvú igen beható, rendszeres górcsövi és tenyésztési vizsgálataim alapján a gonococcus-búvárok nagy számától eltérő álláspontot foglalok el; és ez a gonococcus kimutatása az idült kankó esetciben.

„Férfi idült húgycsőkankójában kezeletlen esetekben a kórokozók a szabad húgycsőnyálkahártya váladékában mindig igen nagy számban mutathatók ki; mennyiségük azonban a retentiós góczok váladékában található gonococcusok számával bizonyos arányban áll. Ezen utóbbi helyeken kórokozók néha tényleg csak igen kis mennyiségben fordulnak elő és a górcsövi készítményben való megtalálásukhoz adott esetben igen nagy türelem szükséges.“[4]

Idézett dolgozatomban a vizsgálati eljárásokról is bővebben szólok s az érdeklődőket erre utalom. Itt azonban ismételten hangsúlyozom, hogy a férfi *húgycsőkankójában* a pontos helyi kórisme felállításához a *górcsövön s egy Janet-féle fecskendőn kivül más eszközre szükség nincs.* Kivételt tesznek azok az esetek, melyekben valaki gonococcust még tartalmazó urethritis glandularis antica esetében minden *egyes* beteg mirigyre nézve különkülön meg akarja állapitani a kórokozók jelenlétét vagy jelen nem létét. Ilyenkor azután az endoskop és a Kollmann-féle váladékfogó lapocz is szükséges. A többi retentiós góczra nézve, mint a milyen az ondóhólyag, Cowper-mirigy, prostata és ampulla vas. def., a bakteriologice és klinice helyesen keresztülvitt öblítési és kinyomási eljárás teljesen megbizható eredményeket szolgáltat.

Itt még azt is megjegyzem, hogy kankó esetén az ú. n. *idült cystitis a ritkaságok* közé tartozik. Azon állapot, melyet rendesen e néven neveznek, nem egyéb, mint a prostata illetve ondóhólyag idült hurutja által fenntartott pyuria, a mennyiben ezen állapot mindennemű fertőtlenítő gyógyeljárás alkalmazása nélkül, az említett genyszolgáltató góczok gyógyulásával együtt megszünik.

A férfi idült kankója kezelésének vezérelveit igen röviden foglalhatom össze: „*a retentiós góczok kiürítése*“, azaz a szervezet gyógyerejének támogatása és *ennek befejeztével a szabad nyálkahártyafelületnek a rajta még esetleg burjánzó gonococcusoktól való megszabadítása.* Ilyen eseteket előbb idézett munkámban szintén leirtam, a midőn hosszadalmas kankómegbetegedésben egyszeri kezeléssel lehetett a nyálkahártya felületén igen bő mennyiségben található, részben erős folyást előidéző kórokozókat véglegesen eltüntetni.

Az elülső húgycsőre nézve a kezelés a következőkben áll. *Tágítások* a Kollmann-féle húgycsőtágító segélyével 4—5 napos időközökben, a mechanikai kezelés után bő öblítés akármilyen fertőtlenítő szerrel; a szabad napokon a beteg a húgycsővét kis fecskendővel végzett kezeléssel tartja szabadon.

Ha a többi említett górcz váladékában gonococcus található, a kezelés a helyi kórjelzés pontos felállítása után főleg a betegnek talált mirigyes szervek *rendszeres* kiürítéséből áll. Ezen kiürítést *mindenkor ujjal végzett*, a végbél felől alkalmazott massagezsal eszközlöm. A húgycső és hólyag átöblítése forralt langyos vízzel egyrészt menten tartja a húgy-ivarszervek ezen szakaszát a descendáló gonococcusok okozta állandó átmeneti fertőzéstől, másrészt ezen szervek nyálkahártyáját a gonococcusokkal szemben élénkebb reactioképességben tartja. Végre pedig a massage után az ürített öblítővizekből mindenkor megkapom az illető beteg szervek váladékait és ezeknek kellő górcsövi ellenőrzésére a megfelelő vizsgálatokat kifogástalanul végezhetem. A kezelés folyamán a kimasszált váladékokat rendszeresen ellenőrzöm a górcsővel; ha ismételt vizsgálat után sem találok gonococcust, mindennemű kezelést beszüntetek és a húgycső váladékát górcsövi vizsgálat, vagy esetleg tenyésztés útján legalább is 14 napon át ellenőrzöm. Végbélhűtések és ülőfürdők a kezelésnek csupán segédeszközei. Ultzmann- illetve Guyon-féle befecskendezéseket *elvből nem alkalmazok*, mert ezek a váladék normális mikroskopi képét teljesen megzavarják és csak ritka esetekben vannak szigorúan javalva; ezen esetekben pedig valamely enyhe fertőtlenítő szerrel végzett néhány bő átöblítéssel ugyanazt az eredményt érem el, s a váladék górcsövi ellenőrzése is ilyenkor sokkal kifogástalanabb.

A férfi húgy- és ivarszervei gonococcusmentességének megállapítására nézve végül ezt a tételt állíthatom fel: „*Kezelellen esetekben a férfi húgycsöve valamennyi belenyiló nyálkahártyaszakasz gonococcusára illetve mikrobájára nézve a legjobb táptalaj és költőkemencze.*“

[1] *Herzog F.:* Archiv f. mikr. Anat. u. Entwicklungsgeschichte, 63. k., 1904.

[2] *C. J. Eberth:* Die männlichen Geschlechtsorgane. G. Fischer, Jena, 1904.

[3] Ily készitményeket és kulturákat mutattam be az Orvosegyesületnek 1906 november 3.-án tartott ülésén.

[4] Idézet az Orvosi Hetilap 1907. 5., 6., 7. számában megjelent dolgozatomból.

Közlés a szent István-kórház idegosztályáról. Főorvos: Donáth Gyula dr., egyet. magántanár.

Ifjúkori paralysis progressiva.[1]

Irta: *Keller Kálmán* dr.

A paralysis kóroktanának ismeretéhez nagyfontosságú adatokat szolgáltathat az ifjúkori paralysis esetek pontos gyüjtése és birálata. Míg ugyanis a felnőttek paralysisében sohasem tudhatjuk biztosan, hogy a baj keletkezését tulajdonképen melyik kóroki tényező vagy mely tényezők együtthatása idézte elő, addig az ifjúkori megbetegedésekben a kórokok egész sorát eliminálhatjuk s alkalmunk van a kórkép kifejlődését nagy valószinüséggel kevés okozóra visszavezetni.

[1] A beteg a közkórházi orvostársulat 1907. évi május hó 22. én tartott ülésén bemutattatott.

Az eddigi megfigyelések szerint a gyermekkori és ifjúkori paralysisek okát csaknem kivétel nélkül az öröklött vagy a kora ifjúságban szerzett syphilisben találjuk. E mellett szól az a körülmény is, hogy a fiatalkori megbetegedésekben elmosódik a nemi különbség, a mennyiben mind a fiuk, mind a leányok megközelítőleg egyenlő számban betegszenek meg. Ha tehát a felnöttek paralysisében a két nem között fennálló arányt akár a régibb adatok nyomán 10 : 1-re, akár 6 : 1-re, sőt *Siemerling* statistikája nyomán 3 : 1-re is számítjuk és a két nemnek ezt a különböző részesedését részben a férfinem szervezetének a létfentartási harcz folytán bekövetkezett nagyobb mérvü kihasználásának és más káros ártalmak létrehozta kopásának is tulajdoníthatjuk, a fiatalkori esetekben észlelt egyenlő arányszám tényleg a syphilisre, mint a legfontosabb kórokra utal. Nem becsülhetjük elég nagyra e tény jelentőségét, ha a felnöttek paralysisének a syphilissel való összefüggését kutatjuk. Ismeretesek az ez irányban összeállított statistikák, tudjuk például *Mendel* vizsgálataiból, ki 146 paralytikust nagyon pontosan és behatóan tanulmányozott, hogy előzetes lues az esetek 75%-ában fordult elő, míg más elmebajokban csak 18%-ot lehetett kimutatni. Tudjuk azt is, hogy mások, különösen régibb észlelők, sokkal kisebb százalékokat találtak (*Westphal, Fürstner, Obersteiner*) és e buvárok a syphilis és paralysis közti összefüggést egész általánosságban nem is fogadják el. Ha meggondoljuk még azt, hogy a férfikorban levő paralytikusok bemondása mily kevéssé értékes, mily nagy nehézségekbe ütközik az esetleg évtizedek előtt szerzett lues szervezeti maradványait biztossággal fellelni, akkor e statistikáknak absolut bizonyító erőt nem tulajdoníthatunk, s csakis tájékoztatás szempontjából tarthatjuk őket fontosnak.

Másképen okoskodunk azonban az ifjúkori paralysisek elbirálásakor. Itt sokkal kisebb az időköz, mely az esetleges lueses fertőzés és a baj kitörése között van, itt sokkal inkább megtalálhatjuk akár a manifest, akár a lappangó, akár pedig a hereditásos luesnek jeleit. S bizonyára a közeli hozzátartozók bemondásait is a megbizhatóság szempontjából a fentiek alapján többre fogjuk becsülni.

Látható ezekből, hogy mind az ifjúkori, mind pedig a házastársak között vagy egy családban nagyobb számmal előállott hüdéses elmezavartság eseteinek pontos gyüjtése és megfigyelése nagyfontosságú következtetésekre jogosít fel bennünket.

Az általam észlelt eset a következő:

H. J. 19 éves, nőtlen, rövidárú-üzleti tanuló *kórelőzménye* szülei előadása szerint a következő:

Atyai nagyatyja 75 éves korban halt meg. Nagyanyja közel van a 100. évhez, ellenben anyai nagyszülői korán haltak el. Az atyja, eltekintve a 11 éves korában kiállott typhustól, mindig egészséges volt, nemi betegségei nem voltak, szeszes italokkal mérsékelten él. Az anya szintén egészségesnek mondja magát. A betegnek 4 testvére él és egészséges, ő maga első szülött. A második terhességből egy érett gyermek halva született.

Betegünk 1 éves korában kezdett beszélni, másféléves korában járni s az első gyermekkorban egészen normálisnak látszott, habár nem volt oly pajkos és eleven, mint testvérei, hanem inkább otthon csendesen játszadozott. Négy esztendős korában kanyarón ment keresztül, egyéb betegsége nem volt. Az elemi iskolában kitünő tanuló volt; atyja bemutatja bizonyítványait, melyekből kiderül, hogy a 4. és 5. elemi osztályban kitünő és jeles classificatioi vannak a tantárgyakból, szorgalma ernyedetlen, magaviselete pedig dicséretes. A 6. elemiben azonban szellemi tehetségei már észrevehetőleg hanyatlani kezdettek. Ezután a szülők rövidárúüzletbe adták inasnak, hol gazdáinak elismerését érdemelte ki megbizhatóságával, ügyességével és jó erkölcseivel.

Jelen baja 2½ év előtt vette kezdetét az intelligentia, hangulat és jellem határozott megváltozásával. Az előbb jó számoló beteg durva számadási hibákat csinált, hanyaggá, izgatottá változott, könnyen sirásra fakadt és utána elnevette magát. Kezeinek lassan fokozódó reszketése miatt öltözködni is alig tudott segitség nélkül; ha az üzletben megbizást kapott, nem találta meg az azelőtt jól ismert utczát, úgy, hogy gazdái, habár jóravalóságát, becsületességét mind elismerték, feledékenysége miatt kénytelenek voltak az üzletből elbocsátani.

1906 ősz óta otthon tartózkodik, magát kifogástalanul viseli, engedelmes és jókedvű, időnként izgatott és hamar méregbe jön.

1907 január 8.-án osztályunkra felvétetett és ez év február 8.-áig kezelés alatt volt, majd májusban újra visszatért az osztályra.

Február végén állitólag az utczán eszméletlenül összeesett, magához térve a járókelők hazavezették.

Jelen állapot: (1907 junius 11.)

Középtermetü, gyengén fejlett és táplált. Csontrendszere ép, az izomzat gyenge, a hónalj és fanszőrzet megvan; a bőr és a látható nyálkahártyák színe kissé halvány, a kezek a csuklóig kékespirosak és hidegek.

A koponya széles, az arcz keskeny, mindkettő asymmetriás, a jobb faltájék erősebben kidomborodó a balnál, az occiput hátrafelé kidudorodó. (Plagiocephalia.)

A fejméretek a következők: a koponya körfogata 57 cm., hosszátmérő 19 cm., harántátmérő 14·5 cm., a sagittális körzet 32 cm., a két porus acust. közti távolság 14 cm., úgy hogy ezek szerint mikrocephaliáról szó nem lehet.

Mindkét pupilla szük, a jobb valamivel tágabb mint a bal, szabálytalanok, fényre sem directe, sem consensuálisan, úgyszintén alkalmazkodásra és összetérítésre sem reagálnak. A szemmozgások minden irányban kivihetők, azonban az extrem állásokból csakhamar visszatérnek a nyugalmi állásba részben az izomgyengeség, részben a figyelemhiány következtében.

Mindkét oldali facialis paresises. Az arczkifejezés üres. A fogak szélesek, részben egymásra tolódtak. Felszólitva, hogy fütyüljön, vigan énekelni és tánczolni kezd. Az ajkak és arczizmok időnként reszketnek, a nyelv a kiöltéskor kissé jobbra tér, szintén reszket, minden irányban elég jól mozog; a beszéd elmosódott, kifejezett dysarthria paralytica, gyakran hallunk szótagbotlást is. Beszéd közben csámcsog. A garatreflex nem volt vizsgálható.

Reflexek: A térdtünetek és Achilles-inreflexek élénkek, jobboldalt lábclonus (ez a f. é. januári vizsgálat alkalmával még nem volt meg), a talpreflexek megvannak, Babinski-tünet nincsen. A cremaster-hasfali reflexek (epi-, meso- és hypogastrikus) kiválthatók, kissé fokozottak. A triceps-, biceps-, alkari periost és kéztőizület feletti reflexek mindkét oldalt fokozottak, járása elég biztos és gyors, Brach-Romberg-tünet nincsen.

A kinyújtott kezeken nagy lengésü tremor, különösen a bal kézen a kabátgomboláskor nagyfokú ataxia észlelhető.

A jobb kéz szorító ereje 20, 20, 10 kgm., a balé 12, 10, 11 kgm.

Az alvégtagok izomereje meglehetősen megtartott. Az étvágy igen jó, a szék és vizelés rendben.

A sensibilitás a nagyfokú dementia miatt nem vizsgálható, ugyancsak e miatt a perimetriás felvétel sem volt lehetséges. A látás jó, a szemfenekek épek. A mellkas és has szervei épek.

Lelki kör: Ellentétben a hely iránti meglehetős tájékozottságával, feltünő az idő iránti tájékozatlansága. Igen feledékeny, a feladott számot már 1 percz mulva nem tudja kimondani, a számolásban nagy hibákat csinál; az év hónapjait kihagyásokkal mondja el, vagy pedig 5—6-szor újra kezdi, olvasásra felszólítva minden sorból kiragad egy szót, az egyes szavakat megváltoztatva mondattá füzi. Irása reszkető.

Mindig csendes, euphoriás hangulatba hozva énekel és fütyül. A hozzá intézett kérdésekre nem, vagy csak nagysokára válaszol.

Alkalmam volt azonkivül betegünk hozzátartozóit megvizsgálni, e vizsgálat eredményét a dolog fontossága miatt röviden a következőkben sorolom fel:

Az *atya* 52 éves, nős, házaló, gyengén fejlett. A pupillái szükek, kissé szabálytalanok, fényre határozottan *renyhén*, alkalmazkodásra elég jól reagálnak, a nyelv-, szem-, arczizmok innervatioja rendben van. A kezek és a nyelv nem reszketnek, inreflexei jól kiválthatók, potator, magát egészségesnek mondja.

Az *anya* 42 éves, gyengén fejlett, anaemiás, bőre kissé sorvadt. Mint említettük, második szülése, mely betegünké után következett, abortussal végződött. Pupillái szükek, egyenlők, *fényre alig reagálnak*, a szem-, nyelv- és arczizmok beidegzése normális, a kezek és a nyelv nem reszketnek. Inreflexei fokozottak. Arteriosclerosis incipiens. Az intelligentiája csökkent.

E. leánytestvér (2. gyermek) állitólag egészséges, nem vizsgáltatott.

J. fitestvér (3. gyermek) 14 éves, scarlatinán és diphtherián ment keresztül, igen jó tanuló volt, az üzletben használható.

A jobb pupilla valamivel tágabb, mint a bal, szélei kissé csipkézettek, fényre kissé lassan, de elég nagy kitéréssel reagálnak. A szem-, nyelv- és arczizmok mozgásai rendben vannak, az inreflexek kiválthatók. A szellemi képességei társadalmi állásának megfelelők; a koponya alkotása normális.

N. fitestvér (4. gyermek) 8 éves, gyengén fejlett. A pupillái egyenlők, szabályosak, fényre kissé *renyhén* reagálnak. A facialismüködés jó. A nyelv tremort és a kiöltéskor ataxiát mutat. A reflexek renyhébbek, a kezek nem reszketnek. A koponyája az arczhoz mérve aránytalanul nagyobb, hátul kidudorodó nyakszirttel. (Fejkörfogat 51, bimast. átmérő 14·5, hosszúsági átmérő 17·5 cm.) Jól számol, arczkifejezése kissé hülye.

M. fitestvér (5. gyermek), 6 éves (15 évesnek mondja magát). A koponya aránytalanul nagyobb, mint az arcz. Az arczkifejezés hülye. A szája nyitva van. (Fejkörfogat 51 cm., biparict. diam. 14·5 cm., frontooccip. d. 17 cm., bimast. d. 13 cm.) Az irisek kékek, rajtuk pigmentfoltok. Az arcz merev és kifejezéstelen, a nevetéskor néha a bal sulcus nasolabialis eleinte kissé visszamarad, de később a másik oldalival egyformán működik. A pupillái kissé renyhén reagálnak, inreflexei jól kiválthatók, szellemi képességei igen fejletlenek, beszéde elmosódott.

Az anya testvére 46 éves hajadon, jelenleg is ambulans betegünk. A baja hysteria melancholiás színezettel. Globus. A látási és hallási hallucinatioi, valamint a nyelv paraesthesiái miatt suicidiumot akar elkövetni. Habár állandóan üzlettel foglalkozik, egyszerű számadásokat sem tud elvégezni.

Betegünk tehát teljesen normálisnak mondható gyermek- és serdülő kort élt át, szellemi aberrationak semmiféle nyomát nem

mutatta, sőt ellenkezőleg mind tanuló korában, mind később inaskorában, megbizhatóságával, szorgalmával és ügyességével elismerést vívott ki. Ma pedig, a 2½ év óta rajta kifejlődött kórtünetek alapján, nevezetesen az intelligentia, a hangulat és jellemváltozás, az előzetes, paralytikusnak mondható roham, az Argyll-Robertson-jelenség, a hüdéses tünetek, a beszédzavar és a gyorsan haladó elmegyengeség alapján rajta a dementia paralytica biztossággal diagnostizálható.

Az ifjúkori paralysis diagnosisát mindenesetre nagy körültekintéssel fogjuk kimondani. A kórjelzés helyességét természetesen legbizonyítóbban az autopsia erősítheti meg, de óvatossággal és a megfigyelési idő esetleges kiterjesztésével a tévedések jobbadán kikerülhetők.

A differentiális diagnosis szempontjából szóbajövő bántalmak közül talán a legnagyobb fontosságú s gyakran a paralysissel való összetévesztésre alkalmat adó megbetegedés az agysyphilis, a mely által előidézett somatikus tünetek teljesen azonosak lehetnek a paralysisben előfordulókkal. A megkülönböztető jeleket inkább a betegeknek psychés viselkedése, az egész tünetcsoportozatnak a paralysisre jellegzetes progressioja adja meg, az agyluesben észlelt tünemények szakaszos keletkezésével, ingadozó előhaladásával és mulékonyságával szemben.

Nem kevésbémegfontolást érdemel s az adott esetben okvetlen tekintetbe veendő két idegbántalom: a Friedreich-féle családi ataxia és a Marie-féle hérédo-ataxie cérébelleuse, az átöröklött kisagyi ataxiának nevezett kórkép. A Friedreich-féle bántalomnak már a legkezdetén jellemző mozgási zavarok állanak elő kifejezett ataxia képe alatt, mely fájdalommal nem jár. Az ataxia gyakran egy időben jelenik meg az alsó és felső végtagokon, vagy legalább gyorsan terjed át az egyikről a másikra. Az ataxia a járáskor cerebelláris formát mutat és kimutatható még statikus ataxia is. Esetemben csak a kézizmokban a finomabb kézmüveletek végzésekor, pl. begombolkozás stb. alkalmával látható e mozgási coordinatiós zavar. Ha a juvenilis ataxiában is gyakran beálló beszédzavar a két betegség megkülönböztetésében nehézséget okozhat is, a pupillák viselkedése mindenesetre felvilágositást fog nyujtani, mert a Friedreich féle betegségben a pupilláknak sem reflectorius, sem alkalmazkodási képessége nem változik, habár vannak leletek, melyek szerint renyhe fényreactio, sőt Robertson-tünet is előfordul. Nézetem szerint a paralysist a Friedreich-féle ataxiától főleg az alsó végtag coordinatiós zavarainak és a Brach-Romberg-tünet kifejezett voltának hiánya és az előbbiben meglevő előrehaladó nagyfokú dementia különbözteti meg. Azt hiszem, hogy az ataxia juvenilisben tapasztalható feledékenység mégsem olyan fokú vagy jellegü, mint a paralysisben. Ugyanez mondható a Marie-féle kórképről is.

A még számbajöhető bántalmak, mint az idiotismus, chronikus hydrocephalus és a dementia praecox a kórelőzmények és a kórlefolyás alapján esetünkben könnyebben ki voltak zárhatók. Az utóbbi 3 kórformával szemben is a többi közt az Argyll-Robertson-tünet döntő jelentőséggel bir.

Miként a kórtörténetből látható, a beteg csaknem összes hozzátartozói a testi és szellemi degenerationak kifejezett tüneteit mutatják. A szülőkön fennálló csökkent, sőt csaknem hiányzó pupilláris fényreactio mellett különösen érdekes a *beteg fiatalabb és látszólag egészséges testvérein észlelt renyhe fényreactio.*

Hogy egyszerüen somatikus degeneratiós tünetnek fogjuk e ezt fel, vagy pedig öröklött lues következményének, az még kérdés tárgya lehet.

Az eset átengedéséért főnökömnek, Donath Gyula magántanár úrnak e helyen is hálás köszönetemet fejezem ki.

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

Megfigyeléseink a Röntgen-fénynyel gyógykezelt fehérvérűség-esetekben.

Közli: *Elfer Aladár* dr.

(Vége.)

Ha rövid áttekintést óhajtunk szerezni a Röntgen-fény hatását illetőleg a fehérvérűségben: láthatjuk, hogy a fehérvérűségnek különböző módon befolyásolható alakjaival találkozunk. Körülbelül 1½ év előtt az „Orvosi Hetilap-"ban megjelent rövid közleményemben az egyes fehérvérüségi esetek különbözőképen való befolyásolhatóságát külön kiemeltem. Ha 9 közönséges csontvelői fehérvérüségi esetünket a Röntgen-fénynyel való befolyásolhatóság szempontjából mérlegeljük: láthatunk közöttük könnyen befolyásolhatót (VIII. eset) s ezzel ellentétben nehezebben reagálókat (IV. eset). 9 esetünkben, kivévén a IV. számút, a Röntgen-fény kedvező hatását mind egyikben láthattuk, úgy a klinikai, külső jelek, mint a haemocytologiai kép alapján. Voltak eseteink (II, IX), melyekben váratlan gyorsasággal követték egymást a kedvező tünetcsoportok, még oly körülmények között is, a midőn az összes jelek igazán súlyos megbetegedésre utaltak. A complicatio nélküli, közönséges csontvelői leukaemiákban átlagban bizonyos Röntgen-mennyiség bejutására szüksége van a beteg szervezetnek a kóros folyamatok intensitásának csökkenéséig. 1½—2 hét a még mindennap bejuttatott megfelelő mennyiségü Röntgen-fényadagnál is szükséges a leukaemiás tünetek jelentékenyebben észrevehető visszafejlődéséhez.

A táblázatainkon látható kórlefolyásból kitünik, hogy a már egyszer megindult visszafejlődési folyamatok elég rohamosan haladnak előre és a Röntgen-hatás tetőpontjának elérése után az ezen betegségre jellemző klinikai tünetek egyideig nem mutatkoznak, de azután nemsokára, hosszabb-rövidebb idő, 1 hónap, ½ év, sőt még több idő elteltével, a beteg újra előttünk áll megelőző panaszaival. Az ismét alkalmazott Röntgen-fénytherapia ilyenkor a betegséget ismét enyhébb irányba tudja terelni s a kisérő tüneteket háttérbe szorítani. Bizonyos ideig tartó relativ jólét után ismét előttünk állnak betegeink, kik a Röntgen-fénytherapiával talán ismét kedvezőleg befolyásolhatók. Betegeink zöme meglehetős fárasztó külső körülmények között él. Leukaemiás betegeknél az ú. n. „kimélési gyógyeljárás" a leghatalmasabb támogatója bármely egyéb fajta gyógykezelésnek. S mégis reá mutathatunk betegeink közül olyanra, a kin 2 éven belül 4 izben voltunk képesek a tünetcsoportokat enyhíteni. Nemcsak az óriási számra menő irodalmi közlések, de saját észleléseink is mutatják, hogy mily hatalmasan megnövekedett szövetképletek tudnak csaknem az eredeti nagyságukra visszafejlődni.

Hogy meddig tarthatunk számot ezen esetekben eredményes beavatkozásra, ezt megitélni a legkörültekintöbb észlelés mellett sem vagyunk képesek. Azt a meggyőződést meríthettük eseteink mérlegeléséből, hogy a periodusonként alkalmazott Röntgen-fény therapia mellett a későbbi időben mindinkább rövidebb időszakú lesz a kedvező befolyásolás. Egy bizonyos időszakon túl pedig a Röntgen-fény bejuttatásával még azon esetekben sem tudunk eredményt elérni, a melyek eleintén szép remissiót mutattak, sőt alkalmazása a betegre ilyenkor káros, életveszélyes lehet.

A Röntgen-fénytherapia megitélésekor a lehető legobjectivebb szempontok figyelemmel tartása mellett kell eljárnunk. Egy oly idült lefolyású megbetegedésben, mint az ezen csoportba tartozó fehérvérüségi esetek, a betegség természetes lefolyásában számos oly módosító körülmény jöhet tekintetbe, melyek valamely therapiai beavatkozás megitélését igen nehézzé, sőt olykor lehetetlenné teszik. Azért a Röntgen-fény hatásának objectiv megitélésében csakis azon esetek jöhetnek számításba, melyekben minden tekintetben körültekintő megfigyelés minden más, még legkisebb, ezen betegségre módosítólag ható körülményt is kizárhat. Ily szigorú elvek mellett az irodalomban közölt nagyszámú esetnek jelentékeny része nem is szolgálhat mértékül a Röntgen-fény igazi hatásának megitélésére.

Megközelítőleg alkalmas ennek feltüntetésére VIII. sz. esetünk. Az ilyenfajta lassú lefolyású fehérvérüségi esetekben a betegség lefolyásában bizonyos ingadozások észlelhetők. Minden egyéb idült szervi megbetegedésben láthatunk ilyen compensatiós törekvéseket. Ezek az ú. n. remissiók formájában nyilvánulnak, a midőn a betegségre jellemző tünetcsoportok különböző fokú visszafejlődése észlelhető. Az idült fehérvérüség klinikai formájában a remissiók kérdése képezi a legérdekesebb fejezetet. Hogy mily számos körülmény képes azokat előidézni, erre kitérnem teljesen felesleges. *Neutra* összeállítása, valamint *Eisenlohr, Fränkel, Kraus, Körmöczi, Quincke, Lichtheim* stb. észlelései és munkálatai után teljesen felesleges is ezt tennem.

IX. sz. esetünk, a mely leghosszabb idő óta volt s van is észlelésünk alatt, érdekes példáját mutatja azon fehérvérüségi esetnek, melyben egy infectiosus betegség, az erysipelas idézett elő a betegség lefolyásában remissiót akkor, a midőn a beteg több mint 2 éven át különböző időszakban s intensitásban volt Röntgen-fényhatásnak kitéve. A remissiót, melyet csaknem intermissionak nevezhetnénk, esetünkben egy fertőző betegség idézte elő, mert hiszen a pontos észlelés egyéb körülmények hiányát mutatja, a mi annál ritkább, mert a remissio minden tekintetben megfelelt a szó értelmének, ez pedig szerfelett ritka. Nemcsak a haemocytologiai képben láthatjuk a betegség elönyös irányítását, hanem a betegnek valóságos felfrissülése, a másfél év óta fennálló Röntgen-ulcus váratlan gyógyulási tendentiája oly súlyos betegen, a kit napokon keresztül a legerélyesebb cardiotonicumokkal tartunk, nem mutathat mást, mint a szervezet védő, tápláló eszközeinek nagyfokú regeneratioját. Oly hosszú időn keresztül, annyi különböző, részint specifikus, részint egyéb fajta ingernek kitett haematopoetikus szerveken valóban bámulatos ezen remissio.

A szervezet speciális functioképességének megitélésére irányuló törekvések a kutató kisérleti orvosi tudománynak egyik legmegbecsülhetetlenebb irányzata. Sajnos, a haematopoetikus szervek functioképességének megitélésében még nagyon is a kezdet kezdetén vagyunk. Legyen szabad csak a legújabban *Türk* által kiemelt haematopoetikus szerveknek esetenkénti hypofunctiojára utalni, mint oly körülményre, melyet nagyon is megszivlelendőnek kell tartanunk.

A haematopoetikus szervek leukocytatermelő képességének megitélése igen nehéz, s csakis az individuális jelleg szigorú bevonásával nyerhetünk mélyebb betekintést a lényegébe. Természetesen a leukaemiás megbetegedésekben, a hol a haematopoetikus szervek megfelelő specifikus sejtjeinek határnélküli s határozottan rosszindulatú túlburjánzását láthatjuk, ily haematopoetikus szervek functioképességét megállapitani akkor, a midőn physiologiás körülmények között sem tudjuk ezt megtenni, teljes lehetetlenség. Azért prognostikai betekintést az ezen csoportbeli fehérvérüségben valamely gyógyeljárás eredményét illetőleg nem nyerhetünk. Ha szembeállítjuk a VIII. s IX. számú esetünk leszembefolyását, úgy ezt élénken láthatjuk.

A leukaemiás remissiókat előidéző okok összejátszását találjuk II. és III. számú esetünkben, a hol a genyedő mandulakörüli lobos elváltozás az ugyanakkor alkalmazott Röntgen-therapiával együttesen alkotta a remissiók okát.

Közölt eseteink nagy részében sajnálatos, hogy a Röntgen-remissiókat hosszú időn keresztül nem kisérhettük figyelemmel. Ezeknek a pontos észlelése fogja pedig megadni azokra a kérdésekre a választ, melyeket újabban Türk a XXIII. belorvostani congresusson részletesebben fejtegetett, a midőn a myeloid s lymphoid szövetrendszer egymás melleti fejlődéséről, majd egyiknek a másikkal szemben való túlsúlyba jutásáról nyujtott klasszikus példákat.

Miután *Heinecke*, *Linser* és *Helber*, *Krause* s *Ziegler*, *Aubertin* s *Beaujard* experimentális vizsgálatai a Röntgen-fény electiv pusztító hatását a haematopoetikus szervek sejtjeire nagyszámú kisérleti állaton kimutatták, mi sem természetesebb, mint az emberen is a Röntgen-fénysugaraknak electiv hatását ezen specifikus elemekre felvenni. *Vaquez* összehasonlításokat tesz a Röntgen-fény s az arsen hatása között. Az arsen kicsiny adagokban erythrocytaképző hatást mutat a súlyos anaemiákban, nagy adagokban pedig caustikus, roncsoló. *Bettmann*-nak az arsenhatást illető vizsgálatai nyulakon mutatják, hogy a csontvelőre gyakorolt hatása kettős, a mennyiben a velös sejtek részint proliferatiós képet, részint direct degeneratiós jelenséget mutatnak. Mint *Helly* emliti, az arsen ezen kettős hatása emlékeztet bizonyos toxinok bejutásakor észlelhető reactiókra, sőt valószinü, hogy a regeneratio a bizonyos mértékben roncsoló hatás compensatiós reactioja. *Vaquez* szerint a Röntgen-sugaraknál a pusztító hatás kevésbé kifejezett ugyanolyan mértékü regeneratio mellett, a mi az arsen feletti előnyét mutatná. I. számú esetünk az arsen s Röntgen-hatás állitását ily értelemben tünteti fel.

Az experimentális adatok a Röntgen-fénynek a haematopoetikus szervek sejtjeire való pusztító hatását feltétlen bizonyossággal mutatják. Más kérdés, hogy a Röntgen-fény ezen hatását közvetlen, direct úton fejti-e ki, avagy *Linser* és *Helber* vizsgálatai értelmében a keringő vér leukocytáit illetné első sorban a Röntgen-fény roncsoló hatása. Újabban *Linser* és *Sick* a Röntgen-besugároztatásra a vizeletben s vérben mutatkozó húgysav s purinbasisok viselkedését tanulmányozva, azon egyoldalú álláspontot, mely szerint a Röntgen-fény csak a vérképző szervek sejtjeit támadja meg, azzal bővíti ki, hogy ezen behatásra az összes vértestek s sejtek úgy a keringő vérben, mint azok képződése helyén egyaránt érzékenyek. Ugyancsak *Linser* és *Helber* vizsgálatai vezettek a keringő vérben való leukotoxin felvételére. *Curschmann* s *Gaupp*, *Klieneberger* és *Zoepriz* ezen kérdéssel foglalkozó vizsgálatai e kérdés utánvizsgálását teszik szükségessé. A részemről végzett kisméretü vizsgálatok nem jogosítanak fel az ezen kérdésben való határozott állásfoglalásra, bár a Röntgen-fény behatására az emberen időszakonként mutatkozó úgynevezett mellékhatások bizonyos mérges, a szervezetre káros anyag felvételét indokolttá teszik. A Röntgen-fény elnyelése a peripheriás vér által közelebb fekvő, mint annak a mélyebb, jól védett csontvelőben való közvetlen megkötése. Máskülönben nem volnának értelmezhetők a körülirt területek röntgenezésére keletkező diffus degeneratiós elváltozások a haematopoetikus szervekben. Eseteink nagy részében a lépnek közvetlen röntgenezését végeztem. A leukaemiás folyamatok remissioja a befolyásolható esetekben igy is bekövetkezett. *Pappenheim* ezen körülmény magyarázásakor a lép activ szerepét hangoztatja a leukaemiás folyamatok értelmezésében. A magam részéről, s ezen véleményem felvételére azon eseteink késztetnek, melyekben a leukaemiás remissiokat csaknem 1½ m. csőtávolságból voltunk képesek előidézni, azt gondolnám, hogy a fenti körülmény feljogosithat bennünket *Pappenheim* felvételének elfogadására, sőt valószinü, hogy a lépben támadó szöveti elváltozások egyenértékűek a periferiás vérben kifejtett roncsoló hatással, mely nyilvánulhat a leukaemiás folyamatok remissiojában önállólag, avagy pedig, a a mi az esetek legnagyobb részében valószinü, a csontvelőnek közvetitésével együttesen. Egy leukaemiás lépmegnagyobbodás oly mértékben nem hinném hogy visszafejlődne, ha csak a csontvelőt éri a Röntgen-fény, mint ha a lépet közvetlenül is röntgenezzük. Ezek az észleléseim a leukaemiás mirigyduzzanatokban, valamint a már klinikai képüknél fogva is a daganatokkal szoros kapcsolatban álló heveny mirigyrendszer-megbetegedésekben, s a lymphatikus és haemopoetikus szervek systemás megbetegedéseiben, a midőn, mint tapasztalásaim mutatják, szinte órák alatt kisebbedhetik a közvetlen Röntgen-fénynek kitett, daganatszerüleg elváltozott képlet.

A leukaemiás megbetegedések másik csoportjában saját tapasztalásaim is azt mutatják, hogy a Röntgen-fénynyel kedvező remissiót nem igen érünk el. Eseteink mindenikében feltünően követte a leukocytáknak csökkenését a vörösvértestek fogyása, a mi, tekintve azon körülményt, hogy ezen fehérvérüségi esetekben az erythroblastikus szövet actioképessége jelentékenyen szük térre szorított, kétszeresen meggondolttá teszi ezen esetekben a Röntgen-fény bejuttatását. Ilyen esetekben részemről ezentúl a lehető legkisebb Röntgen-mennyiséget s akkor is a legnagyobb körültekintéssel alkalmaznám. A vörösvértestek fogyását a Röntgen-fény alkalmazásának contraindicatiojául tekintem. Ezeknél a betegeknél az arsenkezelést illetőleg is a legnagyobb óvatosság ajánlatos. A két első esetünkben, de föképen a II.-ban a mirigyes elemek nagyobbfokú kisebbedésével a szervezet nagyfokú gyöngesége állott be, a mit nemcsak a vörösvértestek fogyásának, de főkép a szétesett sejtek által történt mérgezésnek vagyunk hajlandók tulajdonitani. A fehérvérsejtek qualitativ megváltozására vonatkozólag a II. és III. esetben nem találunk lényegesebb felemlitésre méltót, azonban első esetünkben figyelmet érdemel az észlelés folyamán a nagyobb egymagvú sejtek tömegesebb fellépése, a mely azon irányú vizsgálatok fejtegetéséhez szolgáltat adatot, melyeknek tisztázásán bámulatos éleselméjüséggel s igazán óriási irodalomismeret alapján a legújabb időben *Pappenheim* fáradozik.

A leukaemiás megbetegedések egymáshoz való viszonyának felderitésében mindaddig, míg az őket előidéző ismeretlen tényező vagy tényezők felderitve nincsenek, jelentékeny szerepet fog játszani azon experimentális irányzat, mely a Röntgen-fény felhasználásával a haematopoetikus szervek compensatiós viszonyait igyekszik tisztázni.

Irodalom: *Ahrens:* Über einen Fall von Heilung einer schweren lienalen Leukämie mit grossem Milztumor durch Röntgen-Strahlen. Münch. m. Woch., 1904. 24. sz. — *Arneth:* Die neutrophilen weissen Blutkörperchen bei Infectionskrankheiten. 1904. — *Arneth:* Zum Verständniss des Verhaltens der weissen und roten Blutzellen bei der Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. Münch. med. Woch., 1905. 32., 33. és 34. sz. — *Arneth:* Zum Verständniss der Wirkung der Röntgenstrahlen bei der Leukämie. Berl. klin. Woch., 1905. 38. sz. — *Aubertin et Beaujard:* Modifications immediates du sang leucémique sous l'influence de la radiotherapie. Ref. Folia Haemat. 1904. — *Aubertin:* Leucémie et radiotherapie. La Semaine Médicale, 1906. 39. sz. — *Benjamin, Reuss, Sluka u. Schwarz:* Beiträge zur Frage der Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut. Wien. klin. Woch., 1906. 26. sz. — *Cramer:* Über die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. Fortschr. auf d. Gebiete der Röntgenstrahlen, 1905. IX. köt. 2. f. — *Curschmann u. Gaupp:* Über den Nachweis des Röntgenleukotoxins im Blute bei lymphatischer Leukämie. Münch. med. Woch., 1905. 50. sz. — *Ehrlich, Lazarus, Pinkus:* Die Anämie, Leukämie, Pseudoleukämie. 1901. — *Flesch:* Észrevételek Röntgen-fénynyel kezelt leukaemiáknál. Orvosi Hetilap, 1906. 9. és 10. sz. Deutsch. med. Woch., 1906. 16. sz. — *Heincke:* Über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe. Münch. med. Woch., 1904. 18. sz. — *Heincke:* Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf innere Organe. Mitth. aus den Grenzgebieten der Med. u. Chirurg. XIV. köt. 1—2. füzet. — *Helly:* Die hämatopoetischen Organe in ihren Beziehungen zur Pathologie der Blutes. 1906. — *Klieneberger u. Zoeppritz:* Beiträge zur Frage der Bildung spezifischer Leukotoxine im Blutserum als Folge der Röntgenbestrahlung der Leukämie, der Pseudoleukämie und des Lymphosarkoms. Münch. med. Woch., 1906. 18 és 19. sz. — *Körmöczi:* Az infectiosus megbetegedések hatása a leukaemiára. Orvosi Hetilap. 1899. 51. sz. Deutsch. med. Woch., 1899. 47. sz. — *Krause:* Zur Röntgenbehandlung der Leukämie u. Pseudoleukämie. Fortschr. auf d. Gebiete der Röntgenstrahlen, 1905. VIII. köt. 5. f. — *Krause:* Zur Röntgenbehandlung von Bluterkrankungen. Fortschr. auf. d. Gebiet. d. Röntgenstrahl., 1905. VIII. köt. 3. f. — *Krause:* Zur Röntgentherapie der Pseudoleukämie und anderweitiger Bluterkrankungen. Fortschr. auf d. Gebiete der Röntgenstr., 1905. IX. köt. 3. f. — *Krause u. Ziegler:* Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf thierisches Gewebe. Fortschr. auf d. Gebiete der Röntgenstr., 1906 IX. köt. 3. f. — *Linser u. Helber:* Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut und Bemerkungen über die Einwirkung von Radium und ultraviolettem Lichte. Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1905. LXXXIII. köt. 5. és 6. f. — *Linser u. Sick:* Über das Verhalten der Harnsäure und Purinbasen im Urin und Blut bei Röntgenbestrahlungen. Deutsch. Arch. f. klin. Med., LXXXIX. köt. 5 és 6. f. — *Meyer u. Heincke:* Über Blutbildung bei schweren Anämien und Leukämien. Deutsch. Arch. f. klin. Med., LXXXVIII. köt. 4. és 6. f. — *Milchner u. Mosse:* Zur Frage der Behandlung der Blutkrankheiten mit Röntgenstrahlen. Berl. klin. Woch., 1904. 49. sz. — *Nägeli:* Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. I. Hälfte., 1907. — *Neutra:* Über den Einfluss akuter Infectionskrankheiten auf die Lekämie. Zeitschr. f. Heilk., 1903. — *Pappenheim:* Über die Stellung der akuten grosszelliglymphocytären Leukämie im nosologischen System der Leukämie u. s. w. Folia Haematologica, 1907. 1. és 2. f. — *Senn:* Case of splenomedullary leukämia succesfully treated by the use of the Röntgen-ray. Med. Record, 1903. Ref. Fol. Haem., 1904. — *Sternberg:* Pathologie der Primärerkrankungen des lymphatischen und hämatopoetischen Apparates, 1905. — *Rosenbach:* Bemerkungen über die Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen. Münch. med. Woch., 1905, 22. sz. — *Türk:* Über die Beziehungen zwischen myeloidem und lymphoidem Gewebe im Verlaufe von Leukämien. Verh. des Congr. für innere Med., 1906. — *Ziegler:* Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Histogenese der myeloiden Leukämie., 1906. — *Werner:* Vergleichende Studien zur Frage der biologischen und therapeutischen Wirkung der Radiumstrahlen. Beitr. zur klin. Chirurg., LII. köt. 1. f. — *Werner u. Lichtenberg:* Experimentelle Untersuchungen über die Strahlung des Gewebes und deren biologische Bedeutung. Beitr. z. klin. Chirurgie, 1906. LII. köt. 1. f. — *A. Wolf:* Über aplastische lymphatische Leukämie und über Stillstand bei Leukämie. Berl. klin. Woch., 1905. 2. sz.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Jacob Wolff: Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Mit 52 Figuren im Text. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1907. XXXII + 747 lap.

Abból a nagyszabású küzdelemből, mely a betegségek legrettenetesbike, a rák ellen úgyszólván világszerte vívatik: ime az orvostörténelem is kivette a maga részét. Wolff az ókortól fogva történelmileg világítja meg e betegségről táplált nézeteket és pedig az egyes szerzők munkáinak fonalán. Ha figyelmesen kezünkbe veszszük ezt az imponáló kötetet, vajmi gyorsan észreveszszük, hogy időnként mily felesleges s e mellett gyakran nagy munkát végeztek egyesek, kik történelmi tájékozottság nélkül fogtak kutatásaikba. Láthatjuk ugyanis belőle, hogy számos elmélet, mely alapos érvekkel már egy izben megdöntetett, ismételten mint új tan ütötte fel a fejét, sőt sokszor az argumentumok egész apparatusával czáfoltatott olyankor, a mikor már régen kellőleg megczáfolták Nem ok nélkül panaszkodott 1870-ben maga Virchow, hogy mily kevesen nyúlnak vissza a régibb litteraturába, a midőn valamely thema feldolgozásához látnak. Wolff könyve is eléggé dokumentálja azt a nagy erő-, munka- és időpazarlást, mely a rákkutatás terén végbement s épen ez a körülmény indította öt történelmi művének megirására. Wolff immár kényelmes és biztos alapot nyujt az ezután kutatóknak, a melyen bizvást tovább épithetnek; mert megmutatja, feltárja mindazt, a mi eddigelé a rák kérdéseinek felderitése körül máris megtörtént s ily módon könyve meg fogja menteni a kutatókat az újrafelfedezésektől vagy újraczáfolásoktól s az olvasót azoknak újra végighallgatásától. Ez is egyik bevallott oka a munka létrejöttének.

Jól tudjuk, sajnos, milyen tág tere nyilik még a rákkutatásnak. Hiszen alig van betegség, a melyre vonatkozó aetiologiai ismereteink annyira stagnálnának, mint épen a rákra vonatkozók: a kóroktan terén haladás alig mutatható fel az ókor óta. És méltán veti fel Wolff, hogy azok közt a kutatók közt, a kik a rák kórokozóját a protozoonokban keresik, oly kevés akad, a ki őslénytannal egyáltalán foglalkozott volna!

A munka első és rövidre fogott (mindössze 54 lapos) része az ókoron kezdődik s a XVII. századig viszi el az olvasót. E nagy időszaknak ily rövid térre szorítása eleve is jelezni látszik, hogy a szerző nem részesitette különösebb figyelmében. S ezt a benyomást bizony megerősíti a tartalom maga is. De vajjon méltányos volna, hogy ezen rövid első résznek történelmi tévedéseit, sőt methodologiai fogyatékosságait e helyütt számon szedjük, a mikor az 55. laptól fogva végig, 700 oldalon keresztül a szerző elsőrendü értékességü és rendkivül gondosan feldolgozott, instruktiv anyagot nyujtott, mely főleg a Virchow sejtkórtanának megjelenése óta 1905-ig eltelt időt a legnagyobb tökéletességgel tárgyalja. Nyugodtan a figyelmébe ajánljuk tehát a szép munkát mindenkinek, a ki csak beállott a rák elleni nemes küzdelem csatasorába. Örömmel fog az olvasó a munka hasábjain hazai szerzők és kutatók neveivel is találkozni. *Babes*nek még hazánkban készült szakmunkáitól eltekintve, kellő méltánylásban részesülnek *Plenck József, Bókay János, Török Lajos* dolgozatai és a legkiválóbb magyar rákkutatónak: *Krompecher Ödön*-nek jelesen az endotheliomakérdést lényegesen modifikáló nagyobb müve „Der Basalzellenkrebs“, többi dolgozatával együtt.

A mü a jenai Fischer Gusztáv dr. ismert gondos kiadásában jelent meg. *Győry.*

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Az emberi gümőkór fertőzési útjairól szól *Weichselbaum*nak a VI. nemzetközi tuberculosisconferentiát megnyitó előadása. Először azt a kérdést tárgyalja, hogy a gümőbacillusok a légző- vagy emésztőutakon keresztül jutnak-e a szervezetbe. Az inhalatiós tuberculosis létezését kórboncolási adatokkal bizonyítják: gümőkór esetén emberben leggyakrabban a tüdők (felnőttekben) és a hörgőmirigyek (gyermekekben) betegek, vagy ha egyebütt is vannak gümős elváltozások, a tüdőbeliek mégis a legsúlyosabbak. Több vizsgáló szerint bacillussuspensiók belégzése után bacillusok találhatók a légutakban, számuk a tüdő felé egyre csökken, kevés jut a tüdőbe, de mégis annyi, a mennyi gümőkórt hozhat létre. Hogy már kevés bacillus hatása alatt tüdőtuberculosis támad, ennek magyarázatául Bartel és Neumann a tüdő és hörgőnyirokmirigyek csekélyebb ellenállóképességét veszi fel, melynek alapját idősebb állatokban az anthracosis, fiatalokban a nyirokszövet tökéletlensége képezné. Egyes kisérletekben a tüdőkön és a hörgőnyirokcsomókon kivül a nyaki és fodormirigyek is megbetegedtek, más esetekben csak megduzzadtak. Bartel és Neumann szerint a mirigyduzzadást is a gümőbacillus idézi elő s erre támaszkodva kimondják, hogy a belégzett bacillusok a tápcsatornába is juthatnak s vagy a száj és garat, vagy nyelés után a mélyebb emésztőutak nyálkahártyájáról fel-

szívódva a környéki nyirokcsomókba s innen a nyirok- vagy véráram útján a hörgőmirigyekbe és tüdőbe juthatnak. Az emberben inhalatiós fertőzés bizonyára előfordul, a mi azon bonczolási leletből következik, hogy egyes esetekben kisebb bronchusok (hatod- és hetedrangú) fala gümős elváltozást mutat, de az emberre nézve is fel kell vennünk, hogy az inhalált bacillusok egy része a fentemlített úton az emésztőcsatorna környéki nyirokcsomóin keresztül (azok duzzadását, úgynevezett lymphoid hyperplasiáját okozva) jut a tüdőbe; annál is inkább állíthatjuk ezt, mert az emberben a légutakon át direct a tüdőbe kerülő bacillusok száma aránylag kisebb, mint a tengerimalaczban.

Hogy a táplálócsatorna útján történhetik gümös fertőzés (tehát úgynevezett etetési tuberculosis), kitünik abból, hogy a tápcsatorna és környéki mirigyeinek izolált megbetegedése elég gyakran előfordul. A mi a kisérleteket illeti, a szerzők nagy része bacillusok etetése után bonczoláskor elváltozásokat nem talált. Bartel kisérleteiben is negativ volt a bonczolási lelet, ő azonban az invasionak kitett szerveket mikrobiologiai úton (tenyésztés, állatkisérlet) is megvizsgálta és azt találta, hogy az emberi tuberculosis bacillusai már az emésztés tartama alatt nagy számban vándorolnak a száj, torok és alsó emésztőutak nyálkahártyájáról a környéki nyirokcsomókba, majd *másodlagosan a hörgőmirigyekbe* is; e közben virulentiájukból veszítenek annyira, hogy 1—2 hét mulva már nem mutathatók ki. Később azonban virulentiájuk ismét emelkedik (bár nem eredeti értékére), miközben mikroskoppal konstatálható elváltozás, vagy a tüszök és velős kötegek egyszerü duzzadása (lymphoid hyperplasia) jön létre a nyirokcsomókban. A gümőbacillusok sokáig maradhatnak életképes állapotban a nyirokmirigyekben a nélkül, hogy szabad szemmel látható gümös elváltozások támadnának; végre a szervezet vagy megbirkózik a fertőzéssel, vagy szabad szemmel látható elváltozások támadnak, a mi különösen akkor fordul elő, ha a fertőzés megismétlődik.

A gyermekkori természetes gümös fertőzést akarják utánozni fiatal tengerimalaczokon végzett kisérleteikkel Bartel és Spieler. Az állatokat rövidebb hosszabb ideig phthisikusok lakásán tartották. Észleleteik eredménye: A gümőbacillusok a különleges gümös elváltozásokon kivül egyszerü nyirokmirigyduzzadást is okozhatnak, a mely megelőzi a gümös változások időszakát s különböző hosszú ideig tart. E stadiumot minden esetben mutatják a fodormirigyek (100%), 58·8%-ban a nyaki, 52·9%-ban a hörgőmirigyek, 11·7%-ban a tonsillák. A gümös változásokat tekintve, 64%-ban a hörgő-, 45%-ban a fodor- és nyaki mirigyek, 0%-ban a tonsillák betegek. Világos, hogy az első szempont szerint itélve az etetési, az utóbbi szerint itélve az inhalatiós gümőkórt kell gyakoribbnak mondanunk. A nyaki és fodormirigyekben tehát nem mutatkozik határozott tendentia súlyosabb változásokra ellentétben a hörgőmirigyekkel, a melyek gümőkórja épen ezért régibbnek látszik. Hogy etetési kisérletekben a hörgőmirigyekbe, illetve a tüdőbe is kerülnek bacillusok s ezek megbetegedhetnek izoláltan vagy az emésztőcsatorna mirigyeivel kapcsolatban, azt Weleminsky és Kovács kisérletei is bizonyítják. Utóbbi szerint a nyirokcsomók nem tökéletes szürők a bakteriumok számára, úgy hogy ezek néhány óra mulva a nyirok-, majd a véráramba s innen a tüdőbe juthatnak. *Weleminsky* szerint az összes nyirokcsomók a bronchialis nyirokcsomók közvetítésével összefüggnek egymással, a mikor a gümőbacillusoknak a nyaki és fodormirigyekből a hörgőmirigyekbe való vándorlása könnyen érthető.

Weichselbaum és Bartel vizsgálatai szerint a lymphoid hyperaemia szaka az emberben is előfordul, a miért arra gondolhatunk, hogy a deglutitiós tuberculosis az emberben tulajdonképen elég gyakori, mert lehetséges, hogy a fertőzési kapunál nem keletkeznek manifest elváltozások, vagy pedig csak csekélyek az elváltozások, míg a kevésbé ellenálló szervek súlyosabban megbetegszenek. Hogy a tüdőgümőkórnak nem kell épen csak a bacillusok belégzése után keletkezni, azt bizonyítja Baumgarten esete, melyben a húgyhólyag felöli fertőzés után és Askanazy esete, melyben gyüjtőeres oltás után támadt izolált tüdőtuberculosis. Hasonlót mutatnak Behring és Bartel észleletei: enyhén immunizált állatok gyüjtőerébe vagy hasürébe vittek gümőbacillusokat s izolált tüdőgümőkórt láttak kifejlődni, míg a controll-állatok általános gümőkort kaptak. Lehet, hogy az emberben az egymást követő enyhébb fertőzések az invasio helyén (deglutitio esetén a tápcsatorna környéki mirigyeiben) bizonyos fokú immunitást okoznak, minek következtében csak a szervezet legkevésbé ellenálló részei (tüdő, bronchiális mirigyek) betegednek meg.

Mindezek után kételkednünk kell azon állítás helyességében, hogy az inhalatiós tuberculosis gyakoribb mint az etetési. E nézetnek az alapja ugyanis az a tény, hogy az izolált tüdőtuberculosis leggyakrabban fordul elő, illetve más szervek egyidejü gümőkórjával szemben sokkal előrehaladottabbnak látszik a tüdő megbetegedése. A fent vázolt vizsgálatok eredménye szerint azonban a betegség okozója mindkét esetben a tápláló csatorna útján is bejuthat a szervezetbe, csakhogy az egyik esetben nem okoz manifest gümös változást a belépés helyén, a másik esetben pedig okoz. A belépési helyen levő változások annak ellenére, hogy kevésbé intenzivek, mint a tüdő- és bronchiális mirigyekben levők, mégis előbb keletkezhettek. Hogy minden adott esetben megállapithassuk a fertőzés útját, a lymphoid stadiumra is ki kell terjesztenünk vizsgálatainkat. Az egyes fertőzési módok gyakoriságáról egészen helyes fogalmaink csak akkor lesznek, ha emberi hullákon végzett elegendő számú ilyen irányú vizsgálatra támaszkodhatunk. Addig csak állatkisérletekből itélhetünk, melyekből csak megszorítással következtethetünk az emberen meglevő viszonyokra. Bartel és Spieler vizsgálatai a deglutitiós fertőzés nagyobb gyakorisága mellett szólnak: tengerimalaczaik (phthisikusok lakásán) előbb mutattak etetési, mint inhalatiós tuberculosist, tehát a tápcsatornába előbb jut a fertőzésre elegendő nagyságú bakteriumadag, jóllehet ez sokkal (Findel szerint 6.000,000-szor) nagyobb a tüdő útján fertőző adagnál.

Megemlítendő még, hogy az etetési kisérletek ellen felhozott ellenvetések nem állhatják meg helyüket, mert az említett kisérletekben különös gondot fordítottak az aspiratio elkerülésére. Hogy a gümőbacillusok a bélperistaltikával ellentétben felfelé vándorolnának, s a bárzsingból esetleg a gégébe is juthatnának, szintén nem igazolják a kisérletek.

A felvetett kérdést tehát az eddigi vizsgálatok alapján teljesen eldönteni még nem lehet, de annyi bizonyosnak látszik, hogy a deglutitiós fertőzés (különösen a gyermekkorban) gyakoribb, mint eddig hittük. Ezen fertőzési mód mellett a bakteriumok az orr, torok, száj és alsó emésztőutak nyálkahártyájára jutnak vagy a táplálékból, vagy az inspirált levegőből, s onnét a környéki nyirokcsomókba, a hol sok esetben csak lymphoid hyperplasiát okoznak, míg végre talán ismételt fertőzések miatt a belépés helyén vagy a tüdőben és hörgőmirigyekben vagy mindkét helyen manifest gümös elváltozások támadnak; más esetekben a lymphoid duzzadás nyom nélkül visszafejlődik. (Wiener klin. Wochenschr. 1907. 38. sz.)

Belorvostan

A gyomor megbetegedéséről az idült ólommérgezésben ir *Walko*, a ki fejtegetéseit a következőkben foglalja össze: Az idült ólommérgezésben már a megbetegedés kezdetén támadnak functiós gyomorzavarok, a melyek a sósav és a fermentelválasztás csökkenésében sőt teljes megszünésében, valamint a gyomor motilitásának fokozódásában, majd gyengülésében nyilvánulnak. A gyomor megbetegedése rendkivül elhúzódó lefolyású, és részben functiós természetü, kisebb részben pedig a nyálkahártyának parenchymás elváltozásai, valamint a székrekedés és a gastrointestinális idegfonat megbetegedése által feltételezett. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 35. sz.)

A térdreflex viselkedését a pneumoniában tanulmányozta *Stanley Burnes*. Azt találta, hogy pneumonia lobaris eseteiben a térdreflex bizonyos idő mulva csaknem mindig megszünik, míg a tüdőnek más betegségeiben megmarad. A térdreflexnek nagyon korai (már a 3. napon beálló) eltünése nagyfokú toxaemiára utal és rossz jel. Ha a térdreflex a 7. napon még megvan, a prognosis kedvező. Valamennyi halálos esetben bizonyos idővel a halál előtt a térdreflex megszünt. A szerző azt hiszi, hogy a térdreflex megszünése jel arra, hogy erélyes stimulálást indítsunk meg. A krisis beállása és a térdreflex viselkedése között nem volt összefüggés kimutatható. (Birmingham Medical Review, 1907 április; ref. Münch. med. Wochenschrift, 1907. 33 sz.)

Sebészet.

Az emlőrák gyökeres műtevésének eredményeiről. Az „Annals of surgery“ ez évi juliusi számában több neves szerző *(Halsted, Greenough, Simmons, Dellinger Barney, Ochsner, Nathanson, Oliver, Cabot, Pilcher)* nyilatkozik a czímben jelzett kérdésről.

Halsted 297 esetről számol be, melyek már több mint 3 év előtt operáltattak; 65 esetet, hol csak palliativ, tökéletlen műtéti beavatkozás történt, kizár a statistikából. A többi 232 eset közül 18 eset további sorsa nincsen felderítve, ezeket úgy tekinti, mintha a betegség folytán halálosan végződtek volna. Ezen esetekben a daganat a hónaljmirigyekkel, a pectoralis majorral és minorral együtt lőn kiirtva s a bőrt nagy terjedelemben eltávolította, az esetek nagy számában a kulcsfeletti nyirokcsomókat is kiirtotta.

A daganat histologiai milyenségét 210 esetben állapították meg; a legjobb gyógyulási arányt az adenocarcinomák mutatják (75%), a legrosszabbat a nagy infiltráló scirrhusok (20·5%); a velős rákok, kis körülirt scirrhusok 48, illetve 46·4%, a rákos cysták 33·3%, a kis infiltráló scirrhusok 35·5% gyógyulási arányt mutattak.

A 232 eset közül 64 ben nem találtattak még mikroskopice sem rákos mirigyek a hónaljban, mégis 15 esetben (23·4%) metastasis vagy recidiva következett be; 6 esetben 3 évvel a műtét után jöttek létre a metastasisok. Ezen 64 esetből, a hol beteg mirigyek a hónaljban nem voltak kimutathatók, 51 vagyis 80% volt 3 évig jól és 45, vagyis 70% a teljes gyógyulás. 110 esetben a hónaljban voltak rákos mirigyek, de a nyaki mirigyek szabadok voltak. A 3—16 évig tartó gyógyulás itt 27 esetben következett be (24·5%); 11 esetet, a melyek további sorsáról az adatok hiányoznak, a meghaltakhoz hozzáadva, a gyógyulási százalék 22·4% ra sülyed.

A kulcscsontfeletti mirigyeket 101 esetben a mellkasi műtét kapcsán, 18 esetben másodlagosan irtotta ki; 113 esetben egyáltalában nem. A kulcscsontfeletti mirigyeket 44 esetben találta betegnek; ezek közül csak 3, vagyis 7% gyógyult véglegesen. Egy 12½ évvel a műtét után él, egy 6 évvel a műtét után diabetesben, egy pedig 3¾ évvel a műtét után pneumoniában halt meg, a recidiva vagy metastasis minden jele nélkül. Egy esetben a betegség 3 év után újult ki. 14 esetben 3 év után következett be a metastasis és pedig egy esetben 8, két esetben 6 évvel a műtét után. A 232 radikálisan operált emlőrákesetből tehát gyógyult 75 (32·3%, s ha azoktól eltekintünk, kiknek további sorsa ismeretlen 35·5%) és 3 évig gyógyultnak látszik 89 (38·3, illetve 42·3%). Az 5 éves gyógyulás számaránya — eltekintve az operativ mortalitástól és a nem követhető esetektől — 30·89, vagyis 191-ből 59; 10 esetben azonban 5 év után támadtak metastasisok.

A közvetlen műtéti mortalitás a 232 esetben 4 volt, vagyis 1·7%; ezen betegek közül 2 ugyanegy alkalommal a műtét utáni 8., illetve 9. napon szerzett fertőzés folytán halt el.

A műtétre vonatkozólag az a meggyőződése, hogy mentől többet kell a bőrből eltávolítani és még kiterjedtebben távolítja el a böralatti zsírszövetet, azonfelül mindkét pectoralist, a rectusok felső részének hüvelyét, a serratus anticus, a subscapularis fasciáját s néha a latissimus és teres major egyes részleteit is; a mellkasfal resectiojától sem vonakodik. Mindig el kell távolítani az összes hónaljmirigyeket; a nyaki mirigyeket is akkor, ha tapinthatók, vagy ha a hónalj csúcsában beteg mirigyek vannak, épen úgy a középső hónaljmirigyek megbetegedése esetén is. Újabban mind gyakrabban irtja ki a kulcsfeletti mirigyeket és csak akkor áll el ettől, ha az eset teljesen reménytelen, vagy ha a rák kifejezetten adenomatosus és a hónalj teljesen szabadnak látszik.

Azt sem tartja lehetetlennek, hogy az emlőrák terjedésének alaposabb megismerésével még csontmetastasisok esetében is lehet majd valamit a felkar, illetve a czomb kiizelésével elérni (???).

Érdekesek megjegyzései az emlőrák diagnosisáról s a korai diagnosis nehézségéről. Ismertet eseteket, melyekben nagy axilláris rákok fejlődtek ki a nélkül, hogy az emlőben a rákot a leggondosabb vizsgálattal ki lehetett volna mutatni s a hol ez csak hónapokkal utóbb vált tapinthatóvá. Nevezetes azon megfigyelése is, hogy súlyos neuralgiás fájdalmak támadhatnak az emlőrák kapcsán a végtagokban, a hátban, a nélkül, hogy metastasisok volnának jelen, tisztán az emlőrákban keletkező toxinok folytán, a mely fájdalmak a rákos gócz kiirtása után megszünnek. Végül említ esetet, a hol deszkaszerű oedema fejlődött ki az emlőn, a nélkül, hogy ráknak a nyoma lett volna kimutatható; a rák hónapok mulva lett nyilvánvalóvá s akkor igen gyors lefolyású volt.

Greenough, Simmons és *Dellinger Barney* a Massachusetts General Hospitalban 1894—1904 közt megoperált 416 emlőrákos betegről számolnak be, kik közül 376-nak a további sorsa ismeretes; ezek közül 64 él 3—13 év óta; az élők ⅓ ának többé-kevésbé oedemás a karja. 7 beteg recidiva nélkül halt meg, 2 öregkor, 2 tüdővész, 1 apoplexia, 1 nephritis, 1 pneumonia folytán, minden esetben több mint 3 évvel a műtét után. A gyógyultnak tekinthető esetek száma tehát 71. Az operativ mortalitás a 416-ból 15, vagyis 3·6% volt, a halálokok közt pneumonia, tüdőembolia, vérzés, shock és sepsis szerepel.

A rák különböző kiterjedése szerint az eredmények a következőképen változtak. A bőrrel össze volt kapaszkodva a rák 262 esetben, ezekből végleg gyógyult 16%; nem volt összekapaszkodva 71 esetben, ebből a végleges gyógyulás 32%; a mellkasfallal összenőtt 45 eset közül 11% a gyökeres gyógyulás, az ezzel össze nem nőtt 194 esetben 21% maradt recidivamentes. A hónaljban megnagyobbodott mirigyek voltak érezhetők 236 esetben, 12% gyógyulással; nem voltak érezhetők 117 esetben, 29% gyógyulással. A kulcsfeletti mirigyek 40 esetben voltak érezhetők, ezekből csak 2 él s ezekben is a górcsövi vizsgálat kimutatta, hogy a megnagyobbodott mirigyek nem rákos természetűek voltak. Mindkét emlő 6 esetben volt beteg, ezek mind halállal végződtek. Fekélyes eset volt 60, ebből csak 6·6% gyógyult, míg a többi nem fekélyes 316-ból 21%. A rákok különböző féleségei szerint a velősrák 16%, a scirrhus 23%, az adenocarcinoma 47·6% gyógyulást mutatott. A többi ráknemek oly kis számban fordultak elő, hogy ilyen szempontból való megitélésre kellő alapot nem szolgáltatnak.

A műtétek 4 csoportba sorolhatók: tökéletes, majdnem tökéletes, tökéletlen és palliativ műtétekre.

Tökéletes műtétnek tekintik, ha az egész emlővel együtt a hónalj egész tartalma, a pectoralis major és minor is eltávolíttatott, vagy az utóbbi legalább is át lőn metszve. Ilyen műtét történt 160, 16% gyógyulással. 26 esetben a nyak is fel lett tárva, de csak egyetlen egy esetben azok közül, a melyekben a supraclaviculáris mirigyek mikroskopice rákosnak bizonyultak, következett be tartós gyógyulás. Az eltávolított börterület nagysága igen fontos. A szóban forgó csoport 67 esetében távolíttatott el annyi bőr, hogy a defectust plasticával vagy Thiersch-lebenyekkel kellett pótolni. Ezekből 19·4% maradt recidivamentes, míg azon esetekből, a hol a sebszéleket össze lehetett varrni, csupán 11·7% volt a gyökeres gyógyulás. Még szembetünőbb a hegben való lokális recidivamentesség aránya, mely a plastikás és transplantált esetekben 57·6%-ot, míg az egyszerüen varrottakban 44%-ot tesz ki.

A *félig teljes* műtétek közé sorolja azokat, a melyekben a pectoralis minorhoz nem nyúltak a műtét folyamán. Ilyen műtét volt 75, ebből 25·3% a radikális gyógyulás.

Tökéletlen műtétek azok, melyekben a pectoralis major, részben a hónaljmirigyek vagy az emlő egyes részletei bennhagyattak. 85 eset, 22 vagyis 25·9% gyógyulással.

Palliativ műtét történt 56 esetben, ezek közül *4 recidivamentes* maradt.

Ezen számok közül a legfeltünőbb az utóbbi két adat: 1. hogy a tökéletlen műtétek első pillanatra jobb gyógyulási százalékot adnak mint a tökéletesek; ezek azonban a régibb esetek, a midőn csak a lehetőleg kedvezőnek látszó esetekben próbáltak operálni, míg a technika fejlődése mellett a kedvezőtlen, sőt kétségbeesett esetekben is megpróbálták a gyökeres műtevést és 2. hogy palliativ műtétek után is, vagyis olyankor is, midőn a műtő véleménye szerint rákos szövet maradt vissza, jött létre gyökeres gyógyulás. Ez vagy azt bizonyítja, hogy a műtét alatt több rákos szövet távolíttatott el, mint azt a műtő gondolta, vagy azt, hogy bizonyos mennyiségü rákszövettel az organismus végezni tud.

A mi a recidivák helyét illeti, 126 esetben jelentkezett a recidiva a hegben, míg 127 eset, tehát 52% biztosan mentes volt a lokális recidivától; a recidiváló esetek közül 41 három év-

nél tovább élt a műtét után. 4 esetben késői recidivák keletkeztek és pedig kétszer a hegben 8 illetőleg 8½ év mulva, egy esetben 7 évvel a műtét után a gerinczoszlopban, egyben pedig 6 év 9 hónap mulva a hasüregben. Összefoglalva tehát az eredményeket, 376 beteg közül 88 volt 3 évig recidivamentes, ezekből 17-ben (19%) keletkezett késői recidiva vagy metastasis. A radikális műtéteknek 20·9%-a tekinthető véglegesen gyógyultnak.

Ochsner statistikája 164 esetet ölel fel; ebből 63 további sorsa nincs követve. 54 betege él, ebből kettőnek van recidivája; az 54 élő közül 25 három évnél rövidebb idő óta él a műtét óta. 44 betege meghalt és pedig 5 recidiva nélkül 3—10 évvel a műtét után egyéb bajok folytán. Az élők közül van egy, kinek recidivája marópasta és egy kinek recidivája Röntgen-sugár behatására elmult, s jelenleg 13 illetőleg 5 év után recidiva nélkül él. Több izben látta a Röntgen-sugaraktól a ráknak hosszabb időre (2—3 évre) való eltünését, a mikor azután újra kiújult.

J. Chadwick Oliver 35 esete közül 12 (34·2%) él 3—11½ évvel a műtét után recidivamentesen. 30 radikális műtét közül, a melyben a pectoralisokat eltávolította, 10 (33⅓%) él, míg 7 esete közül, a hol a pectoralisokat meghagyta, 4 (57%) gyógyult tartósan. Ezen műtétek közül kettőt oly egyéneken végzett, kiknek másik emlőjét már a pectoralisokkal együtt eltávolította: mindkettő 7½ illetőleg 5½ év óta recidiva nélkül él. 3 éven túl a recidivások közül 4 maradt életben. Egy esetben a recidiva 14 év mulva következett be. Az átlagos élettartam a recidiváló esetekben a műtét után 20 hónap.

Cabot 42 esetről számol be, melyekből 9 él 4—19 év óta recidivamentesen; 5 három évnél régebben operált recidivával él. A radikálisan gyógyult 9 beteg közül csak kettőből távolíttattak el a pectoralis izmok, a hátralevő 7 esetben csak az emlő és a hónaljmirigyek irtattak ki, míg a recidiváló esetek közül 33-ban történt a pectoralisok kiirtása és 16-ban nem. Ebből is kitünik, hogy a recidiva inkább függ a daganat természetétől és a nyirokmirigyrendszer megtámadottságától, mint az operatio tökéletességétől. A recidivák eltüntetésére és az élet meghosszabbítására az x-sugaraktól nagy hasznot látott, ha mély metastasisok képződését nem is tudta ily módon megakadályozni.

Pilcher főleg a kulcsfeletti mirigyek jelentőségével foglalkozik. Már 1900-ban közölt 10 esetet, a hol a műtét alkalmával rákos kulcsfeletti mirigyeket távolított el; ezek közül 3 maradt életben. Ezeket tovább követte. Egy 7 évvel a műtét után szívbajban halt el, kettő 9 illetőleg 7 évvel a műtét után jelenleg is recidiva nélkül él. Az azóta eltelt 6 évben 34 emlőrákot operált; 5 ebből palliativ műtét. 11 oly korai szakban került műtétre, hogy a kulcsfeletti mirigyeket nem is tárta ki; ezek közül 9 recidivamentes (4, 3½, 2 év, 5 esetben 18 hónap és 6 hónap), 2-ben recidiva jelentkezett. A hátralevő 18 esetben kitárta a supraclaviculáris tájat; 4-ben tapintható mirigyek voltak jelen, a többi 14 közül, hol mirigyek tapinthatók nem voltak, a kivett mirigyek vizsgálata 11-szer derített ki rákot, míg 3 esetben ez nem volt kimutatható, ezek mind élnek 5, 1½ és 1 év óta. Azon 4 esetből, hol mirigyek már a bőrön át tapinthatók voltak, egy 3 hóval utóbb belső metastasisok folytán meghalt, egyben recidivák keletkeztek előbb a bőrön, melyek x-sugárra eltüntek, majd 4 év mulva a másik emlőben, mely eltávolíttatott, de a melynek eltávolítása után 1 évvel belső metastasisok folytán bekövetkezett a halál. A harmadik betegen is bőrmetastasisok keletkeztek, melyek röntgenezésre eltüntek, de 2 év mulva állítólag pneumoniában elhalt, itt nem biztos, nem volt-e recidiva. Egy beteg 2 év óta recidivamentesen él.

Ama 11 eset közül, hol a nem tapintható kulcsfeletti mirigyek rákosnak találtattak, 4 recidivamentes 1—3 év óta, egy az 5. évben kapott recidivát, melylyel még él, egy 3, három 1 év alatt halt meg recidivában, egy myocarditist kapott 7 héttel a műtét után.

Jacobson fejtegetései főleg abban kulminálnak, hogy vannak oly emlőrákok, melyeknek rohamos lefolyását semmiféle operatio nem akaszthatja meg, míg más esetekben kifejezetten rákos hajlamú egyének relative jóindulatú rákokat mutatnak, melyek elég lassan nőnek és kiirtás után radikálisan eltünnek, de folyton más szervek rákjában betegszik meg az egyén. Így leir egy asszonyt, a kit előbb uterus-, majd emlőrák miatt operált s a ki végre is gyomorrákban halt meg. 71 három évnél régebben operált esete közül 35 él, 33 recidivában és metastasisokban, 3 más betegségben halt meg. Egy esetében a májmetastasisok 13 évvel a műtét után keletkeztek s vezettek gyorsan a beteg halálára. Érdekes az a megjegyzése is, hogy a scirrhusok különösen akkor mutatkoznak klinikailag igen rosszindulatúnak, ha mikroskopice számos mitosist mutatnak.

Ransohoff az emlőrák késői metastasisairól ir. Az amerikai sebésztársaság 62 tagjától 37 esetet birt összegyüjteni, melyekben a recidiva 6 évvel az emlőrák eltávolítása után következett be; *Coley* egy esetében 17 év mulva állt ez be, *Bull* 19 évvel az emlőkiirtás után látott általános metastasisokat. *Meyer* esetében 6 évvel az emlő eltávolítása után gyomorrák fejlődött, *Tiffany* 12 évvel utóbb omentalis rákot, *Finney* 7 évvel utóbb végbélrákot látott kifejlődni lokális recidiva nélkül. *Jacobson* az emlőrák műtéte után 13 és 16 évvel látott abdominális rákot kifejlődni, szintén helybeli kiújulás nélkül.

Ransohoff 21 évvel az emlőkiirtás után látott rákot keletkezni a hegben, ennek eltávolítása után 1 évvel újra 2 göb a hegben, melyet kiirtott. Halál 2 év mulva, mellkasi és májmetastasisok folytán. A szerző ezeket a késői kiújulásokat nem valódi kiújulásnak, hanem inkább új megbetegedésnek tartja.

Áttekintve a czikkeknek ezen sorozatát, az a benyomás kél bennünk, hogy bár a radikális műtétek alaposságának növekedése a rák terjedési útjainak megismerése és a sebészi technika kifejlődése folytán rendkivül megnövesztette a véglegesnek tekinthető, hosszú tartamú gyógyulások arányát: a végeredményeknek további javulása nem annyira a műtétek fejlesztésétől, még radikálisabbá tételétől, hanem a műtétek korai végrehajtásától várható és a rákok változó structurája és malignitása szerint még a korai beavatkozás esetén is különbözők lesznek a gyógyulás esélyei a különböző esetekben. Ez nem azt jelenti, hogy a radikalismusról mondjunk le, hanem hogy az eseteket ne csak lehető gyökeresen, hanem lehető korán is igyekezzünk operálni s a műtétek fejlesztésén kivül a diagnostika, különösen a korai diagnosis fejlesztésére is törekedjünk. *Pólya* dr.

Gyermekorvostan.

Postdiphtheriás szívgyengeség kapcsán támadt multiplex emboliát rövid idő alatt hat izben észlelt *Escherich*. Az első négy esetről, melyekben az arteria renális és pulmonális emboliája forgott fenn, még 1906 januárban számolt be. (Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.) Az 5. eset a következő: A 2 éves gyermek hat nap óta súlyos torokdiphtheriában szenved, a melyhez hurutos tüdőlob mellett nagy elesettség s a jobb testfélnek bénulása, a jobb faciális paresise csatlakozott. Felvétele után 2 nappal mindkét alsó végtag mozdulatlan, hideg, cyanosisos lett, sem az art. dorsalis pedis, sem az art. poplitea érverése nem volt tapintható; az érverés a bal Poupart-szalag alatt alig, a jobb alatt épen hogy tapintható volt. A két art. radialis pulsusa különbséget nem mutatott. A gyermek meghalt s a bonczolás a klinikai észlelést a következőkkel magyarázta: A torokban s légcsőben leváló álhártyák, a jobb alsó tüdőlebenyben összefolyó bronchopneumonia. A szív petyhüdt, elfajult, a kéthegyü billentyűn verrucosus felrakódások, a bal kamarában több kisebb fali thrombus, egy nagyobb a kéthegyü billentyűkamara felszinén, közel az aortához. Az arteria cerebralis media sinistra emboliája, a bal nagy agyféltekének friss fehér ellágyulásával. Az art. iliaca communis sin. és art. femoral. dextr. emboliája, a két alsó végtag kezdődő gangraenájával. A 6. eset a következő: A 9 éves leány hónapok előtt súlyos ajk-, torok- és orrdiphtheriát állott ki, a mely után az orron való regurgitáláshoz és strabismushoz apoplexiform roham csatlakozott, mind a 4 végtag bénulásával. A postdiphtheriás bénulások és a bal testfél mozdulatlanága visszafejlődtek, ellenben a jobb felső s alsó végtag s a faciális paresise továbbra is fennáll. A klinikai tünetekét *Escherich* a postdiphtheriás szívgyengeség kapcsán támadt thrombosissal s egy baloldali agyverőér emboliájával magyarázza. (Wiener med. Woch., 1907. 10. sz.) *Vas Jakab* dr.

A szülők vérrokonságának befolyásával a gyermekekre foglalkozik *Feer*, a heidelbergi gyermekklinika tanára. Ismeretes,

hogy nagyon sok oldalról milyen káros befolyást tulajdonítanak a vérrokonságnak az utódok sorsára, s hogy a betegségek és hátrányok közül, melyek a vérrokon házasságból származó gyermekeket gyakrabban sujtják, főleg a következőket sorolják fel: gümőkór, golyva, cretinismus, szellemi zavarok, idiotia, súlyos szembajok, mint retinitis pigmentosa és albinismus, végül veleszületett süketnémaság. *Feer* az irodalom részletes tanulmányozása és az adatok megfontolása alapján a következő végkövetkeztetésekre jut:

1. Nem látja bebizonyítva, hogy léteznék olyan sajátlagos káros következmény, mely a szülők vérrokonságán alapulna.

2. A vérrokon szülők utódainak tulajdonságait vagy betegségeit megmagyarázhatjuk az öröklődésnek egyébként is érvényes tényeiből.

3. A hajlam az egyes ritkább kóralakokra, egész biztosan a retinitis pigmentosára és veleszületett süketnémaságra, sokkal nagyobb az utódban, ha ezen hajlam már *mindkét* szülőben megvan. Mivel pedig a valószinüség, hogy a megfelelő hajlam mindkét szülőben megvan, sokkal nagyobb a rokon házasokban, mint a nem rokonokban, gyakrabban látjuk e két betegséget rokon házasok gyermekeiben. (Jahrb. f. Kinderh., 1907. augusztus.)

Flesch Ármin dr.

Húgyszervi betegségek.

Az egyszerű hólyagfekélyekről ir *R. Walker*. Az első esetet 54 férfin észlelte, a kinek fiatal korában kankója volt és a ki az utóbbi időben gyakori vizelési ingerről, gáttáji fájdalomról és a mictiokor égetésről panaszkodott. A szerző a cystoskoppal a bal hólyagfenéken élesen határolt, kerek fekélyt fedezett fel, a melynek a környéke kissé gyuladt volt, és a melynek a felületét rostonyás lepedék borította. A második esetében már az előbbitől eltérő klinikai tüneteket és más cystoskopi képet talált.

Fenwick, Le-Fur és *Castaigne* szerint ugyanis az ulcus simplex vesicaenek két faját, úgymint az áttörésre hajlandó acut és a chronikus solitaer fekélyt kell megkülönböztetnünk. Az utóbbi az ulcus ventriculihoz igen hasonló, 2—3 mm. átmérőjü fekély csaknem rendesen az alsó hólyagfalon ül, sokáig semmi tünetet sem okoz és csak jó későn idéz elő fájdalmat és haematuriát. Ilyenkor azonban a betegnek már cystitise is van. Ezzel szemben a jóval ritkább első alak hirtelen fejlödik ki és rövid idö alatt átmarja a hólyagfalat.

A betegségnek aetiologiája tekintetében még nagy a tájékozatlanság, bár valószinü, hogy a fertözésen (gonococcus, tuberculosis) kivül lokális thrombosis és trophoneurosisos zavarok is okozhatják. Csupán csak ideges alapon magyarázhatjuk azt az esetet, a mikor a húgyivarszerv egyébként egészséges. A klinikai tünetek között ki kell emelnünk a heves vizelési ingert, esetleg kevés vérnek a vizelethez való keveródését és a mictio utáni égető érzést, a melyekhez később hólyaghurut és a hólyagfal izomzatának az ellankadása is járul. A helyes diagnosist csak a tükörvizsgálat adja meg.

A prognosis a betegségnek a korai stadiumában rendesen elég kedvező, bár a fekély áttörése peritonitist is okozhat. Arg. nitric. (1 : 10000—5000) mosások a kezdőfolyamatot kedvezően befolyásolják, míg az előrehaladottabb állapotban már műtét: cauterisatio, curettement, sectio alba nélkül alig fogunk boldogulni. (Journ. des hôpitaux, 1907 márczius-április.) *Drucker Viktor* dr.

A heregümőkór conservativ gyógyítása. *H. Lotze* és *I. Privat* azt tanácsolja, hogy a megpuhult góczokat eleinte minden második, később minden harmadik és negyedik napon jól ki kell szivatni és ezután a tályogürbe vas- vagy chlorzink-oldatot, avagy liquor kalii arsenicosit, vagy pedig jodoformaethert kell befecskendezni. Hosszabb időn át gyakorolt ilyen befecskendezések után már többször láttak gümökóros sipolyokat is behegedni. Abban az esetben, a mikor kemény góczczal van dolgunk, ennek megpuhítása czéljából igen ajánlják azt az eljárást, hogy 25·0 gm. naphtol és 100·0 gm. glycerinből minden egyes alkalomra külön készített és teljesen steril emulsioból minden második napon 5—10 cm³-nyi mennyiséget fecskendezzünk az infiltratumba. (Journ. des pratic., 1907. 7. sz.) *Drucker Viktor* dr.

A gyökeres hydroceleműtét új módszerével elért eredményekről referál *L. Genouville* és *M. Péraire*. 1900-ban *Longuet* a *transpositio extraserosa testiculi* útján végzett igen egyszerü és veszélytelen műtétet mutatta be, a melynek további elönye, hogy narcosist nem igényel és a recidivát teljesen kizárja. A szerzők már évek óta ezzel a helyenként kissé módosított technikával operálják a hydrocelét és a 45 közölt kórtörténet tanusága szerint minden esetben teljes sikert értek el. Eljárásuk a következő: A daganat alsó részén egy a raphetől oldalt eső, de ezzel párhuzamosan haladó 7—8 cm. hosszú metszéssel nyitják meg a herezacskót és a felhasított vaginalisnak a széleit csipeszekkel rögzítik. A folyadék lecsapolása után az 5—20%-os antipyrinoldatból 40 cm³-nyi mennyiséget fecskendeznek az üregbe, hogy ezáltal úgy a buroknak a belső felületét, mint a herét a tovabbi operatio iránt érzéketlenné tegyék. A megnagyobbitott burokrésen keresztül most már a savós tömlőből a herét kiemelik, felborítják és antipyrinoldatba mártott kendőbe burkolják; a vaginalist kifordítják és — csak egy kis rést hagyva meg az ondózsinór számára — szücsvarrattal teljesen elzárják. A scrotum belső felületéről a szöveteket lekaparják és az igy készített üregbe a herét beágyazzák. A börsebet bevarrják és olyan nyomókötést alkalmaznak, a melylyel a beteg a műtétet követő második napon már járni is tud. (Annal. des malad. des organes génito-urinaires, 1907. 7. füzet.) *Drucker Viktor* dr

Venereás bántalmak.

Kankó-statistikát közöl *Erb*, mely a müveltebb társadalom férfivilágára vonatkozik. A szerző véleménye szerint a gonorrhoeára vonatkozó általános nézetek túlhajtottak, mert bár igen gyakori betegség, még sem áll az, hogy csaknem minden felnött férfit érne s hogy következményeiben, főleg a házasságban, oly szomorú eredményre vezetne. Statistikája 2000 25 évnél idősebb férfira vonatkozik. Ezek közül kankóban egyszer vagy többször szenvedett 971 egyén, a mi 48·5%-nak felel meg. Ezek szerint tehát a magasabb müveltségü társadalmi osztályok férfitagjainak csak mintegy fele fertözi magát kankóval. A szerző véleménye szerint tehát nem felelne meg a valóságnak a nemi betegségek ellen küzdő német szakférfiak azon állítása, hogy a kankó elterjedése a férfivilágban 80, sőt 100%-ra rugna. E véleménye következtében természetesen nem tulajdonít a kankónak a házasságban sem valamilyen túlnagy szerepet. Erre vonatkozó adatai 400 házas nőről szólnak. Ezeknek férje a házasság megkötése előtt mind kankóban szenvedett. A statistikai adatok a következők: a 400 nő közül genitálisan egészséges 375 = 93·75%; beteg, de nem minden esetben gonorrhoeás alapon, 25 nő = 6·25%. (Zeitschrift f. Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten, V. k. 11. f.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A mastitis kezelése Bier-féle pangással *Zacharias* szerint azzal a nagy előnynyel bir, hogy még abban az esetben is, ha a szoptatást be kellene szüntetni — a mi azonban mastitis esetén többnyire nem szükséges —, a szívó hatás miatt az emlő elválasztó müködése megmarad, úgy hogy a lob megszüntével folytatni lehet a szoptatást. Ha a lob fennállása idején is folytatja a nő a szoptatást, ez mindig a szívóharang feltevése előtt történjék, nehogy a tej nagy része a harang alkalmazásával eltávolíttatván, kárba veszszen. (Münch. Med. Woch., 1907. 15. sz.)

A lichen planus gyógyítása salicylkészítményekkel. Ismeretes, hogy az arsen, a lichen fő gyógyszere, sokszor cserben hagy. Az ilyen esetekben *Hartzell* szerint jó szolgálatot tehet a natrium salicylicum vagy a salol, 3—4 grammos napi mennyiségben, 3—4 adagban bevéve. Két esetében az arsenkezelés eredménytelensége miatt fordult a salicylhez, azzal az eredménynyel, hogy végleges gyógyulás következett be; érdekes volt ebben a két esetben, hogy a mikor kisérletképen a salicylt arsennel helyettesítették, tüstént rosszabbodás következett be. Egy harmadik esetben az arsennel szemben fennállott intolerantia miatt adott salolt jó eredménynyel. Ezzel kapcsolatban megemlítendő, hogy *Gottheil*-nek egy lichen planusos betege a közbejött csúzos bántalom által javalt salicylkezelés alatt bőrbajától megszabadult. (Ref. La semaine médicale, 1907. 31. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1907. 9. füzet. *Wosinski István:* A syphilis és alkohol befolyása az epilepsiára. *Pándy Kálmán:* Az elmebetegek ügyének haladása néhány észak- és nyugot-európai államban.

Gyógyászat, 1907. 39. szám. *Erdélyi Jenő:* A Highmor-üreg idült empyemájának gyökeres műtéte helybeli érzéstelenítéssel és ennek indicatioi. *Hercz Oszkár:* A hysteria, neurasthenia és alkoholos elmezavar a törvényszék előtt.

Orvosok lapja, 1907. 39. szám. *Jacobi József:* A tetania oktanához, tekintettel a pajzsmirigyre.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 39. szám. *Preis Károly:* A syphilis bakteriologiai kórismézése. „Bőr- és bujakórtan" melléklet, 3. szám. *Detre László:* A serumbetegségről. „Gyermekorvos" melléklet, 3. szám. *Grósz Gyula:* A gyermekkori tuberculosisról. *Adler Zoltán* és *Szécsi Ernő:* Postdiphtheriás szívhűdés és tuberculosis.

Vegyes hirek.

Davida tanár 25 éves tanári jubileuma. Davida Leo dr., a kolozsvári egyetemen az anatomia tanára a folyó tanévben kezdte meg 26. évi tanári működését. Előadásainak megkezdése alkalmával tanártársai és hallgatói meleg ünneplésben részesitették a jubilánst. Először az orvosi kar dékánja méltatta Davida tanári érdemeit és átadta a kar nevében az orvosi kar előadóinak arczképeit tartalmazó díszalbumot, majd a természettudományi kar dékánja üdvözölte őt. Ezután intézetének személyzete, az orvostanhallgatók segitő és önképző körének elnöke, végül volt és jelen tanitványai intéztek meleg hangú beszédeket szeretett tanárukhoz. Az intézeti személyzet egyúttal a jubiláns életnagyságú képével diszitette fel működésének szinhelyét, a hallgatóság pedig Davida nevére alapitványt tett s erről az alapító levelet átnyujtotta. Davida tanár meghatottan köszönte meg az ovatiót. A jubiláns tanárt az egyetemi tanács átiratban üdvözölte.

Kinevezés. *Schulek Jenő* dr.-t Hunyadmegye főispánja tiszteletbeli megyei főorvossá nevezte ki. — *Gruber József* dr.-t Máramaros szigeten vasúti orvossá, *Popovics János* dr.-t pedig a szabadkai közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

A budapesti egyetem orvosi karán alkalmazást nyertek: *I. sz. női klinika:* Kurczbacher Sándor dr. díjas, Scherer Sándor dr. díjtalan gyakornok. *I. sz. belklinika:* Királyfi Géza dr. és Kern Tibor dr. díjtalan gyakornok. *II. sz. belklinika:* Háger Péter dr., Szinnyei József dr. és Kolbinger János dr. díjas gyakornok. *I. sz. kórboncztani intézet:* Kovács József, Murányi Károly és Wéber Jenő Gyula díjtalan gyakornok, Toldy Loránd dr. díjas gyakornok. *Elmekórtani intézet:* Csordás Elemér dr. díjalan gyakornok. *II. sz. sebklinika:* Winter Vilmos dr. díjtalan műtőnövendék. *Élettani intézet:* Fekete Sándor II. tanársegéd, Roska János díjas gyakornok, Erdélyi Pál díjas demonstrator. *Szemklinika:* Hönig Adolf dr. II. tanársegéd, Biró Ödön dr. és Herczfeld Karola dr. díjas gyakornok. *Gégészeti intézet:* Steiner Miksa dr. díjtalan gyakornok. *II. sz. anatomiai intézet:* Báron Sándor, Alpár János díjtalan gyakornok, Melkovics Rezső díjas demonstrator. *I. sz. anatomiai intézet:* Uthy László díjas demonstrator, Rajz Sándor és Bornemisza József díjtalan gyakornok. *II. sz. kórboncztani intézet:* Cukor István díjas gyakornok, Davida Jenő díjtalan gyakornok.

Az I. éves orvostanhallgatók száma a budapesti egyetemen a jelen tanévben 380 (350 rendes és 30 rendkivüli hallgató), körülbelül annyi, mint tavaly (342 + 44 = 386). A hallgatóság ekkora száma valóban lehetetlenné teszi a gyakorlati tanitásnak azt az intensitását, a mely kivánatos volna s szinte elodázhatatlanná teszi egy harmadik egyetem felállitását.

Egyetemi alkalmazások a kolozsvári egyetem orvosi karán: A szeptemberi ülésen a kar megválasztotta *Ács-Nagy István* dr.-t. helyettes gyakornoknak a belorvostani klinikán; *Bogdándy Jenőt* gyakornoknak a kórtani intézetnél (meghosszabbitás); *Lukács Hugó* dr.-t I. tanársegédnek (meghosszabbitás), *Zsakó István* dr.-t II. tanársegédnek, *Szabó József* dr.-t, *Dumic Ljubomir*-t, *Petrask Trajan*-t, *Marics Milos*-t helyettes gyakornoknak az elmekórtani klinikán; *Reichart Aladár* dr.-t tanársegédnek, *Baráczy Sándor*-t gyakornoknak (újraválasztás) az élettani intézetnél; *Demeter György* dr.-t tanársegédnek (meghosszabbitás) a törvényszéki orvostani intézetnél; *Zacher Pál* dr.-t II. tanársegédnek a kórboncztani intézetnél; *Sándor István* dr.-t II. tanársegédnek a sebészeti klinikán; *Gergely Endré*-t helyettes gyakornoknak a gyermekorvostan mellett; *Geber János* dr.-t gyakornoknak (meghosszabbitás) a bőrtani klinikán.

A kolozsvári egyetemen az orvosi karra az 1907/8-ik tanév első felében 229 orvosnövendék iratkozott be. Az első évesek száma 83. A kari hallgatók száma a 2. éves gyógyszerészekkel együtt 264.

Tuszkai Ödön dr. lakását VII., Rottenbiller-utcza 27. szám alá helyezte át.

A József-sanatoriumot, a mely közadakozásból 750,000 korona költséggel Gyulán a Lugoserdőben létesült s a melyben ez idő szerint 92 tüdőbeteget ápolnak, e hó 12.-én nyilvánosan is bemutatják. A bemutatásra meghivták a belügyministeriumot, a József-sanatorium-egylet jóltevőit és tagjait, a két egyetem orvostanárait és a sajtó képviselőit.

Meghaltak. *Ludvik Elemér* dr. székesfővárosi gyakorló orvos 35 éves korában szeptember 27.-én. — *Posevitz Albert* dr., Nagyrőcze város tiszti orvosa szeptember 26.-án 53 éves korában. — *Seneca P. Powell* dr., ismert new-yorki sebész, ki különösen az agyvelősebészettel foglalkozott irodalmilag. — *G. P. Clark* dr., az amerikai Syracuse-Universityn az élettan tanára.

Kisebb hirek külföldről. *N. Melnikow-Razwedenkow* dr.-t, a charkowi egyetemen a kórboncztanon rendkivüli tanárát, rendes tanárrá léptették elő. — A *Politzer* tanár nyugalombavonulásával megüresedett fülészeti tanszéket a bécsi egyetemen *V. Urbantschitsch* dr.-ral töltötték be. — *W. Gebhardt* dr. anatomust Halleben rendkivüli tanárrá nevezték ki. — *K. Winkler* dr. Breslauban és *M. Westenhöffer* dr. Berlinben (mindkettő kórboncztanon) a tanári czimet kapta — *F. Hartmann* dr.-t a gráczi egyetemen az ideg- és elmekórtan rendkivüli tanárává nevezték ki. — *Althoff*, ministeri tanácsos a berlini közoktatásügyi ministeriumban, nyugalomba vonul. Althoff évtizedeken át vezette a porosz egyetemek ügyeit s e minőségében rendkivüli befolyása volt különösen a porosz egyetemeken a tanszékek betöltésére. A porosz egyetemek fellendülése körül igen nagy érdemei vannak. Utóda *Naumann* titkos tanácsos. — *O. v. Franqué* tanárt, a szülészet ny. r. tanára Prágában, Giessenbe nevezték ki hasonló minőségben.

A bécsi himlőjárvány állása. Szeptember 16.-ától 21.-éig 6 új esetet jelentettek be. Az összes himlőesetek száma ez évben 142 volt.

A Páris közelében fekvő Charenton városának orvosai a következő hirdetményt tették közzé: „Charenton orvosai tisztelettel értesitik a közönséget, hogy október 1.-étől kezdve egy rendes orvosi látogatás dija a beteg társadalmi állása szerint, következőkép állapittatik meg. Munkásember: 3 fr., kereskedő, hivatalnok, kis tőkepénzes: 4 fr., nagykereskedő, gyáros, tőkepénzes: 5 fr. Esti 7—10-ig s vasárnap és ünnepnap délután az orvosi látogatás dija a rendes dij kétszerese. Éjjeli látogatás: 10 fr.

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

Iron (hangyasavas vaselixir). Tartóssága, kellemes ize mellett aránylag nagy és könnyen assimilálható vastartalma miatt ajánlható a sok, többnyire értéktelen külföldi különlegesség helyett. Készitője: **Pray Valér** gyógyszerész, Budapest, VIII., Baross-utcza 44. szám.

Pécsi Dani dr. nyilvános tehénhimlőtermelő-intézetében az oltóanyagon kivül az oltáshoz való védkötések is kaphatók bármely mennyiségben.

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 gyomorbélbajok. Gerinczelferdülések. 2507

Dr. Gara Géza, Meran. Sanatorium. Prospectus.

JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyitó intézete. Budapest, IV., Károly-körút 14. Fürdők, sugaras gyógyitás, physikális gyógymódok.

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.

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

Elektromágneses intézet, **Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium.** Főbb javallatok: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szivneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúz stb.** Prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

Orvosi laboratorium: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—69.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

Budapesti Orvosi Laboratorium IV., Koronaherczeg-utcza 18, I. em. Mindennemü ép és kóros váladék (ú. m. vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, górcsői és bakteriologiai vizsgálata. Klinikai diagnostika. Tulajdonos: **Arányi Gusztáv dr. karlsbadi gyakorló fürdő orvos** (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 20.-ától szeptember 20.-áig, vagyis fürdőorvosi működése alatt a Budapesti Orvosi Laboratoriumot helyettes szaktárs vezeti. 2939

ERDŐS JÁNOS DR. az élvezeti szerektől (alc., nic., coff.) származó betegségek szakorvosa. **Rákos-Szt.-Mihály, Remény-utcza 5. sz. a.** Rendel délután 4—6.

Dr. WIDDER BERTALAN operateur **testegyenesitő** (orthopädia) intézete **csont- és izületi** (tuberculotikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) **betegeknek.** Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 19. Magyar-utcza sarok. Rendel: délelőtt 11—12-ig, délután 3—5-ig. Szegényeknek dijtalanul.

ERDEY Dr. **Budapest, IX., Bakács-tér 10.** 14/153109 **SANATORIUMA.** **Nőbetegek és szülőnők részére.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon. (1907. évi május 15.-én tartott XXXIX. évi közgyülés.) 722. l.

Biharmegyei orvos-, gyógyszerész- és természettudományi egylet Nagyváradon.

1907. évi május 15.-én tartott XXXIX. évi közgyülés.

(Vége.)

Kórházügyünkkel kapcsolatosan egy fontos momentumra, jobban mondva hiányra óhajtom a t. egylet figyelmét ezúttal felhívni; daczára elég nagyszámú kórházainknak, s bennük nagy beteganyagunknak, még mindig nincs városunkban prosectura. Hogy mit jelent a kórházi anyag tudományos felhasználására egy jól berendezett és szakszerüen vezetett prosectura — értvén alatta górcsői, kórszövettani és bacteriologiai laboratoriumot is —, tagtársaim előtt fejtegetni fölöslegesnek tartom.

Őszinte irigységgel értesültem a közelmultban, hogy szomszéd városunknak, Gyulának, amúgy is mintaszerü kórháza berendezéseinek sorát tetézte egy jól berendezett prosecturával, prosectorul pedig a budapesti tud. egyetem régi tapasztalt kórboncztani tanársegédét sikerült megnyernie.

Itt jegyzem meg, miszerint birom e prosector igéretét, hogy a jövőben egyletünk vendégeként fog bennünket időnként érdekes kórboncztani készítmények bemutatásával, esetleg aktuális kórboncztani kérdések előadásával felkeresni.

Remélem egyúttal, hogy egyletünk fog rá módot találni, hogy a prosectori állás rendszeresítésének kérdését városunkban állandóan napirenden tartsa, s azt mielőbb megvalósitsa. Egyletünk életére igen áldásos hatással volna a prosectura, mert hisz abban is egyetértünk mindnyájan, hogy a kórboncztan orvosi tudományunk alfája és omegája. Azért is törekedtem a lefolyt évben szerény módunkhoz képest lehetőleg gyakran kórboncztani készítményeket is bemutatni, illetőleg a halállal végződött és referálásra került kóreseteket kórboncztani lelettel illustrálni. A legpontosabb észlelés a betegágyon, a beteg mindenirányú, legminutiosusabb vizsgálata s az ezek alapján felállított kórkép hányszor lesz az autopsia által megczáfolva. És épen ezen diagnostikai tévedések a legtanulságosabbak.

Hogy városunk kórházügyével kissé hosszasan foglalkoztam, azért történt, mert egyletünk életével, annak felvirágoztatásával a legszorosabb nexusban van.

A dolog természetében rejlik, hogy a kórházi észlelés, a kórház változatos anyaga lesz mindenkor azon forrás, melyből egyletünk leginkább fog táplálkozni.

Ez évben ünnepelte az orvosvilág Koch epochális felfedezésének 25 éves fordulóját. És míg mi mindnyájan igaz hódolattal tekintünk felé, addig ő egészsége koczkáztatásával egy messze világrészben kutat fáradhatatlanul és gyarapítja az emberiség javára felfedezéseinek sorozatát. És minő játéka a véletlennek: ugyanakkor az eddiginél élénkebben foglalkoztatja a tudósok egész sorát a tuberculosis serotherapiája, melyet annak idején Koch inaugurált.

Egyletünknek is volt alkalma konkrét javaslatok kapcsán több szakülésen magas szinvonalon álló viták során a tuberculosis kérdésével foglalkozni. S ezúttal is megtalálta egyletünk a helyes útat, kifejezvén a jogosult skepsis álláspontját az oltásokkal szemben és hathatósan lándzsát törvén a dispensaire-ek mellett, mint oly intézmény mellett, mely a tuberculosis tanának jelenlegi állásánál a legáldásosabb a tuberculosis leküzdésére. Örömmel is vettük annak idején az értesülést, hogy városunk áldozatkészsége megteremtette nálunk is az első dispensaire-t.

Ugyancsak ez évben volt apotheosisa egy hazánkfiának és orvosi rendünk egyik legnagyobb herosának, Semmelweis Ignácznak. Ki életében annyi gúnyt és üldöztetést, valóságos martyriumot szenvedett tanaiért, annak halála után az egész orvosi világ sietett a hála és kegyelet adóját leróni. Egyletünk is hozzájárult egy babérlevéllel Semmelweis emlékének dicsőítéséhez: a szeptember 30.-án Budapesten megtartott szoborleleplezésen elnökünk volt szíves bennünket képviselni és Semmelweis dicső emlékét jegyzőkönyvünkben örökítettük meg.

Szükebb körünket jóságosan megkimélte a végzet ez esztendőben is. Elragadta azonban az élők sorából egyletünk egy jóakaró barátját, ki mindenkor jóságos érdeklődéssel kisérte működésünket és lapját készségesen engedte át szakületeink jegyzőkönyveinek közlésére. Hőgyes Endrében a magyar tudós igazi typusát vesztettük el, kinek tudományunk számos nagy horderejü felfedezést köszönhet. Emlékét jegyzőkönyvünkbe iktattuk, a budapesti egyetem orvosi karához részvétiratot intéztünk, s e helyütt is indíttatva érzem magam emlékének kegyelettel hódolni.

Elvesztettük ez évben a modern sebészet egyik nagy úttörőjét, Bergmannt is, míg ugyanakkor az, ki a modern sebészetnek epochális felfedezésével valósággal megteremtője volt, Lister, teljes testi és lelki épségben, babérok alatt roskadozva ünnepelte áldásos élete 80. évfordulóját.

A lefolyt egyleti év, örömmel számolok be róla, a tavalyinál valamivel nagyobb élénkséget mutatott fel. S bár egyszermásszor sok utánjárással lehetett csak a szakülésekbe megfelelő anyagot összehozni, többször is megesett, hogy annyi volt az anyag, hogy egy részét a legközelebbi ülésekre kellett elhalasztani.

Örvendetes jelenség volt az egyes előadások és bemutatások kapcsán a hozzászólások nagy száma, úgy hogy többször valóban magas szinvonalon álló vitákban volt alkalmunk gyönyörködni.

Sajnosan nélkülöztük ez esztendőben a referáló előadásokat; reméljük azonban, hogy a jövőben e téren is javulás fog beállani. Tudományunk mindnagyobb kiterjedtsége, az újabb és újabb vívmányok és felfedezések lehetetlenné teszik egy embernek, hogy mindnyáját kellő intenzitással, figyelemmel kisérje — ez adja meg a referáló előadások nagy létjogosultságát és felette hasznos voltát.

Egyletünk a lefolyt évben tíz szakülést és két választmányi ülést tartott. A választmányi ülések administrativ ügyekkel foglalkoztak, a szakületeken pedig 16 előadó összesen 43 előadással és bemutatással szerepelt. Itt következnek az előadók nevei az előadások és bemutatások czímeivel.

I. *Alexander Lajos:* az élősködő állatok termelte mérgező anyagokról (előadás).

II. *Barta Andor dr.:* 1. magas fogó esete,
2. hydramnios esete partialis retroflexoval.

III. *Bodor Károly dr.:* a dispensairekről (előadás).

IV. *Edelmann Menyhért dr.:* favus universalis gyógyult esete.

V. *Fisch Áron dr.:* appendicitis destructiva esete (kórboncztani készitménynyel).

VI. *Fischer Imre dr.:* 1. retroflexio uteri fixata
2. haemangioma cavern. thoracis
3. graviditas extrauterina
4. hernia umbilicalis
5. carcinoma ventriculi (resectio pylori)
6. appendicitis
7. cysta ovarii intraligamentosa
8. kystoma ovarii lat. sin.
9. strumectomia
10. appendicitis chron.
11. struma parenchym.
12. sérvkizáródás esete, bélresectioval
13. otitis media suppurativa
14. panaritium elfajulása sarcomává
15. az izr. kórház sebészi osztályának évi jelentése.

VII. *Goldner Adolf dr.:* 1. monstruosus hydrocele operált esete
2. struma operált esete
3. struma thyreoid.-tabl.-kal gyógyított esete
4. sectio altával eltávolított kő
5. máj-echinococcus operált esete.

VIII. *Grósz Menyhért dr.:* 1. törvényszéki elmeorvostani eset
2. Spengler elmélete a tbc. gyógyitásáról (előadás).
IX. *Julier Vilmos dr.:* totál méhrepedés két gyógyult esete.
X. *Konrád Béla dr.:* 1. carcinoma recti operált és gyógyult esete
2. thyreoid.-tabl.-kal elért gyógyeredmények strumánál.
XI. *Konrád Márk dr.:* 1. cysta ovarii lat. dextr. et carcinoma ovarii lat. sin. esete
2. a m. kir. bábaképezde 1906. évi jelentése
3. cysta ovarii két operált és gyógyult esete.
XII. *Kun Izidor dr.:* kórboncztani készitmény bemutatása.
XIII. *Molnár Leó dr.:* 1. Charcot-féle cirrhosis hepatis
2. tumor mediastini esetei.
XIV. *Rácz Miksa dr.:* 1. rosszul gyógyult czombtörés operatioval gyógyult esete
2. Röntgen képek bemutatása.
XV. *Révész Vilmos dr.:* 1. empyema Bülauval gyógyult esete
2. a tetanusról (előadás).
XVI. *Schwarcz Illés dr.:* 1. szülészeti casuistica
2. myositis érdekes lefolyású esete.

A tagsági mozgalomról a következőkben van szerencsém beszámolni. Tagok száma 93, ebből 70 helybeli, 23 vidéki. Ebből orvos összesen 67, 51 helybeli, 16 vidéki. Természettudós 14, 8 helybeli, 6 vidéki.

Sajnosan nélkülöztük a lefolyt egyleti évben szeretett alelnökünk, Berkovits Miklós dr. működését; remélem összes tagtársaim érzelmeit tolmácsolom, midőn egyletünk érdekében is azt kivánom, lássuk őt mielőbb viszont jó egészségben, friss munkakedvben.

S ezzel befejeztem az 1906/7. évről szóló jelentésemet, szivből kivánva, hogy a reánk következő egyleti évben élénkebb élettel, fokozottabb, eredményekben gazdagabb munkálkodással találkozzunk.

Az elnök a maga és tiszttársai nevében az eddig viselt tisztségről lemond és indítványára a választások tartamára a korelnök, Bodor Károly dr. veszi át a közgyülés vezetését. A korjegyzői tisztet a korelnök felkérésére Kovács Bertalan dr. tölti be.

A választás megejtetvén, a közgyülés egyhangúlag megválasztja: elnöknek: Konrád Márk dr.-t, alelnöknek: Berkovits Misklós dr.-t, titkárnak: Fisch Áron dr.-t, jegyzőnek: Julier Vilmos dr.-t, pénztárosnak: Lessner Alfrédet.

A közgyülés sajnálattal veszi tudomásul, hogy Révész Vilmos dr. nagy elfoglaltságára való tekintettel a könyvtárosi állást nem fogadja el. Helyébe egyhangúlag megválasztották könyvtárosnak Konrád Béla dr.-t.

Ezután következett a választmány megalakítása; a korelnök a szavazatszedő küldöttség elnökéül Baróthy Ákost dr.-t, a küldöttség tagjaiul Barna Ármin dr.-t és Barta Andor dr.-t kéri fel. A választás eredménye a következő: mint rendes választmányi tagok beválasztattak: Baróthy Ákos dr., Barta János dr., Bodor Károly dr., Edelmann Menyhért dr., Fráter Imre dr., Grósz Menyhért dr., Mayer László dr., Nemes Áron dr. Póttagok lettek: Meer Samu dr. és Popovits Miklós dr. Ülés-elnökökül ugyanazok választattak meg, kik az elmult évben is ezen tisztséget viselték, úgymint Barta János dr., Fráter Imre dr., Grósz Menyhért dr., Révész Vilmos dr. Ülés-jegyzők lettek: Barta Andor dr., Kovács Bertalan dr., Nagy Ignácz dr., Schwarcz Illés dr. Végül jelenti a titkár, hogy új tagokul felvétettek Szirmay Kálmán dr. orvos és Csanda Endre gyógyszerész.

PÁLYÁZATOK.

A pécsi állami gyermekmenhelynél betölt ndő a **másodorvosi állás** (1200 korona fizetés, lak ás, fütés, világitás és élelmezés). A kérvények **október hó 16.-áig** küldendők be az igazgatósághoz. 4—3

5164/907. sz.

A Jásznagykun-Szolnok vármegye tiszai alsó járásában fekvő Mesterszállás községben megüresedett **községi orvosi állásra**, a mely 1. egyezer korona készpénzfizetéssel; 2. öt szobából és mellékhelyiségekből álló természetbeni úri lakással (kerttel); 3. a látogatásokért nappal egy korona, éjjel két korona díjazással van javadalmazva, ezennel pályázatot hirdetek és felhivom a pályázni kivánókat, hogy az oklevelükkel felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **október hó 20.-áig** adják be.

Tekintettel arra, hogy a község 8000 hold területen fekszik, a mely mind vagyonos parasztbirtokosság tulajdonát képezi, továbbá arra, hogy a község belterülete körül van véve a kint lakó mezőtúri és öcsödi lakosok tanyáival, a kik a mesterszállási orvos segélyét szokták igénybe venni, végre, hogy a kézi gyógytár tartásával is fel fog ruháztatni a községi orvos, a megválasztandó orvos tekintélyes jövedelemre számithat.

Az érdeklődők forduljanak Virág Miklós községi jegyzőhöz, a ki a helyi viszonyokat megtekinteni kivánó pályázóknak táviratí vagy levélbeli megkeresésükre a községi előfogatot dijtalanul fogja a legközelebbi mezőtúri vagy tiszaföldvári vasuti állomáshoz az oda és visszautazásnál rendelkezésre bocsátani.

Tiszaföldvár, 1907. évi szeptember hó 27.-én

2—1 *Buza Ákos*, főszolgabiró.

3559/907. sz.

A szentjobbi körorvosi állásra pályázatot hirdetek és felhivom pályázni kivánókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz f. évi **október hó 25**-éig adják be.

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

Látogatási díjak nappal 1 korona, éjjel 2 korona, körutonkivül 4 korona.

A körhöz a székhelyen kivül H.-K.-Szent-Miklós, H.-K.-Szent-Imre és Csohaj községek tartoznak.

A körorvos kézi gyógytár tartására jogosult.

Székelyhid, 1907. évi szeptember hó 25.-én.

3—1 *A főszolgabiró.*

6235/907. eln. sz.

A városi közkórháznál rendszeresitett és főispáni kinevezés útján 3 évi időtartamra betöltendő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása 1000 korona évi fizetés, élelmezés, a közkórházban kötelező lakás, ennek fütése és világitása.

Felhivom mindazon nőtlen orvostudorokat, kik a jelzett állást elnyerni óhajtják, hogy minősitettségüket és netalán eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Kelemen Béla dr. főispán úrhoz czimezve a főispáni hivatalhoz f. **évi október hó 19. napjának déli 12 óráig** nyujtsák be.

Szeged, 1907. évi szeptember hó 28.-án.

Lázár György dr., polgármester.

323/907. vrs. sz.

Debreczen sz. kir. város közkórházánál meg üresedett s kinevezésem útján betöltendő **két segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A segédorvos évi 1200 korona fizetés, a közkórházban lakás és teljes ellátásban részesül, s a közkórházban bent lakni köteles. A magán gyakorlat megengedett. A kinevezés ideiglenes s a kinevezett állásában végleges itésre nem számithat.

Felhivom mindazokat az orvostudor urakat, a kik ezekre az állásokra pályázni kivánnak, hogy születési bizonyitványukkal, orvostudori oklevelükkel, s esetleges eddigi alkalmaztatásukról szóló egyéb okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. **évi október hó 15 napjának** d. u. 5 **órájáig** annyival is inkább benyujtsák, mert a később beérkezett pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Debreczen, 1907. évi szeptember hó 24.-én.

2—1 *Weszprémy Zoltán*, főispán.

3979/907. kig. sz.

Krassó-Szörény vármegye bozovicsi járásban levő **bozovicsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör székhelye Bozovics, mely községen kivül hozzá tartoznak még a bányai, prilipeczi, prigori és pervovai körjegyzőségek községei.

A kör tehát 13 községből áll.

A körorvos javadalmazása 1600 korona fizetés és 600 korona úti átalány. Ezenkivül a szabályrendeletileg megállapitott dijak

A pályázni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve az 1883 évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képzettségöket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket f. **évi október hó 30.-áig** hozzám annyival inkább benyujtsák, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

A román nyelvet legalább szóban érteni kivánatos.

A választást f. évi november hó 9.-én d. e. 9 órakor Bozovics községházánál fogom megtartani.

Megjegyeztetik, hogy Bozovics község 4500 lakossal bir, van kir. járásbirósága telekkönyvi hivatallal, adóhivatala, 3 takarékpénztára, 6 ügyvéde, nagy az intelligenciája, ezzel szemben magánorvos itt letelepedve nincs, ennélfogva magángyakorlatra megfelelő kilátás van.

Bozovics, 1907. évi szeptember hó 29.-én.

3—1 *Péczely Géza*, főszolgabiró.

3941/907. kig. sz.

Csik vármegye törvényhatósági bizottságának 3455/906. számú végh tározatával újjászervezett **csikszentmarton körorvosi állásra**, melyhez Csikmenaság, Csikszentgyörgy-Bánkfalva, Csikszentmárton, Csikcsekefalva, Kozmás és Lázárfalva községek tartoznak, pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló okmányokkal fölszerelt pályázati kéréseiket f. **évi november hó 3.-áig** hozzám adják be. Határidő után érkező kérések figyelembe nem vétetnek.

Javadalmazás évi 1620 korona fizetés, 240 korona lakáspénz, 180 korona utazási átalány, a megválasztandó körorvos és a községek között egyezségileg megállapitandó látogatási dijak.

A megválasztandó körorvos a szegény betegeket ingyen tartozik gyógykezelni.

A választás napjától számitott 15 nap alatt a megválasztott orvos állását köteles elfoglalni.

Csikszentmárton, 1907. évi október hó 2.-án.

2—1 *Bartalis Ágost*, főszolgabiró.

94/907. sz.

A kassai m. kir. állami bábaképző intézetn 1 megüresedett **dijazott gyakornoki (alorvosi) állás** f. **vi november hó 1.-én** betöltendő.

Nőtlen orvosok részéről a kellően felszerelt folyamodványok f. **hó 15-éig** alulirott igazgatósághoz nyujtandók be.

Javadalom havi részletekben **800 korona évi fizetés**, egy szobából álló természetbeni **akás** és első **osztályu ellátás**.

Előnyben részesülnek, kik a **kórszövettannal** és **bakteriologiával** foglalkoztak.

Tót nyelv birása **kivánatos.**

Kassa, 1907. évi október hó 1.-én.

A kassai m. kir. állami bábaképző intézet igazgatósága.

2333/907 sz.

Bihar vármegye sárréti járásához tartozó Szerep községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazokat, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy a kellő okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám legkésőbb f. évi október hó 17.-én d. u. 5 óráig annyival is inkább adják be, mert a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Fizetés évi 1600 korona, szabályrendeletileg megállapított látogatási dijak, szabad lakás.

A választást Szerep községházánál f. évi október hó 21.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

A megválasztott orvos állását legkésőbb f. évi november hó 1.-én elfoglalni tartozik.

Biharnagybajom, 1907. évi szeptember hó 26.-án.

2—1 *A főszolgabiró.*

1094/907. sz.

A m. kir. belügyminister úrnak 91,830 907. sz. a. kelt rendeletével jóváhagyott 3965/907. sz. vármegyei törvényhatósági határozat alapján a csikvármegyei közkórháznál rendszeresitett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás egy előre két évre tölthető be, a kinevezés azonban újabbi pályázat megnyitása nélkül megújítható.

A segédorvos javadalmazása a közkórház pénztárából havi előleges részletekben fizetendő évi 1600 korona, egy butorozott szobából álló lakás a kórház főépületében, fütés, világitás, a finom fehérnemü kivételével mosás és természetbeni, az orvos társadalmi állásának megfelelő élelmezés.

A segédorvos a kórházban köteles lakni s az alapszabályok értelmében az orvosi teendőkön kivül az ellenőri teendőket is köteles végezni.

Folyamodások a vármegye főispánjához czimezve alulirott igazgatósághoz f. évi deczember hó 1.-éig nyujtandók be.

A kinevezett segédorvos 1908. évi január hó 1.-én állását köteles elfoglalni.

Csikszereda, 1907. évi szeptember hó.

4—3 *Veress Sándor* dr., közkórházi igazgató.

HIRDETÉSEK.

A Bór- és Lithion-tartalmú

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

200 évnél több, hogy a rohitschi Styria-forrást akut és idült

Enteritis catarrhalisnál 4569

általánosan és kiváló sikerrel rendelik.

Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő, Buda.

Téli és nyári gyógyhely.

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, massage, vizgyógyintézet, gőzfürdők, kő- és kádfürdők, gyógyvizuszodák. Olcsó és gondos pensió. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok,** lakás, ellátás felől kimeritő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága, Buda.** 3376

Minden gyógyszertárban kapható.

MALTOCOL LEGOLCSÓBB LEGTÖKÉLETESEBB

GUAJACOL-PRAEPARATUM.

TÖRV. VÉDVE

ÁRA 1k. 80 f.

TARTALMAZ: FAHÉJSAVAS (HETOL) MALÁTASZÖRPBEN 7% KÁL. SULFO-GUAJAC. 2% CALC. és NATR. GLYCEROPHOSFOR. 1% NATR. CAMPHOR. STB. AROMÁS ANYAGOT.

KÉSZITI — MARBERGER GYULA VÖRÖSKERESZT GYÓGYTÁR UJPEST, VÁCI-UT 25.

Irodalom és minta ingyen.

„GUAJATIN JENCS"

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

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

Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkivül jól türik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készitője JENCS VILMOS gyógyszerész,

2027 **Budapest, II., Fő-utcza 27. szám.**

Oltásvédő-tapasz

xeroformgaze-betéttel

kapható

BAYER ANTAL gyógytárában

4496 **BUDAPEST, VI., Andrássy-út 84.**

LEGTÖKÉLETESEBB ERÖS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BÖRNEK ÉS MÜSZEREKNEK NEM ÁRT

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszivódást, mint a

Vasogen

Camphor-Chloroform-Vasogen

Utólérhetetlen, gyorsan ható analgeticum bárminő fájdalmak ellen, jelesen rheumatikus és neuralgiás fájdalmak esetén.

Az értéktelen utánzatok elkerülése czéljából kérjük mindig csak „PEARSON"-féle eredeti csomagolást rendelni.

Lactagol

egy specifikus ható lactagogum.

A zsír- és fehérnyetartalom, valamint a tejmennyiségnek meglepő gyors szaporodása már 1—2 nap mulva világosan észrevehető.

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

Főraktár Ausztria és Magyarország részére:

Maager Vilmos, Bécs, III/3.

Heumarkt 3.

Reiniger, Gebbert & Schall

villanyos orvosi műszerek különlegességi gyára

Budapest, VIII., Rákóczi-út 19.

Villanyos orvosi műszerek és készülékek, galvanisatio, faradisatio, elektrolyse, kataphorese, kaustika, endoskopia, franklinisatio. — Teljes Röntgen-berendezések, kapcsolható központi fényvezetékekhez, akkumulator-áramhoz vagy meglevő erőberendezésekhez.

Árjegyzék ingyen. 2998

UNIV. MED. **Dr. PÉCSI DANI** BUDAPESTEN

II., MARGIT-KÖRÚT 45. SZÁM. 4448

miniszt. enged. nyilv. tehénhimlő-termelő intézete.

TELEFON 91—08. TELEFON 91—08.

Árak:

1 fióla 2—3 egyénre	1 korona	Üres fióla darabonként	2 fillér
10 vagy több fióla à	1 „	Fuvocső darabonként	4 „
1 fióla 10—15 egyénre	3 „	Tárgylemez darabonként	8 „
1 fióla 50 egyénre	450 fillér	Platin iridium oltólándzsa	5 korona
1 fióla 100 egyénre	9 korona	Oltótoll darabja	5 fillér
Oltásvédő 10 gyermekre	1 „	Oltótoll-tartó darabja	20 „
Oltásvédő 25 gyermekre	150 fillér	Portóért és csomagolásért	80 „
Oltásvédő 100 gyermekre	3 korona		

51. évfolyam. 41. szám. *Budapest, 1907. október 13.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Bence Gyula: A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr. ny. r. tanár.) Anyagcserevizsgálat pankreatitis interstitialis chronica luetica egy esetében. 726. lap.

Halász Henrik: A nemleges nyomás (szívás) értéke az oto-rhinologiában. 728. l.

Földes Móricz: Milyen elváltozások találhatók a gerinczagyban és a csigolyaközti dúczokban a végtagok csonkítása avagy hibás fejlődése esetén? 731. lap.

Tárcza. Grósz Emil: A berlini XIV. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus. 733. lap. — Steiner Pál: Uti jegyzetek. 734. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. E. Jacobi:* Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluss der wichtigsten venerischen Erkrankungen. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Saalfeld:* Eston, formeston és subeston. — *Belorvostan. Treupel:* A heveny és idült rheumás és gonorrhoeás izületlobok gyógyitása. — *Idegkórtan. Brissaud* és *Sicard:* Hysteriás táplálkozászavarok. — *Claude:* Hysteriás betegek idegrendszerének szövettani vizsgálata. — *Sebészet. Ruge:* Adatok a proctitis purulenta és ulcerosa kórtanához és gyógymódjához. — *Burkhardt:* A konyhasóoldat-infusio befolyása a chloroform-narcosisra. — *J. O. Rushmore:* 301 intussusceptio. — *Gyermekorvostan. Gonsalez Alvarez:* A kanyaró ismétlődése. — *Heubner:* Az idiotiának s a vele rokon állapotoknak előfordulása az általános orvosi gyakorlatban. — *Bőrkórtan. K. Herxheimer:* Adatok az acne vulgaris therapiájához. — *Húgyszervi betegségek. R. Walker:* A húgyhólyag gümőkórja. — *Venereás bántalmak. P. Mühlens:* Adatok a házinyulak corneájának kisérleti syphiliséhez. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Gellhorn:* Szer az inoperabilis méhrák kezelésére. — *Almerini:* Szer a törött csontok egyesülésének elősegitésére. — *Kolipinski:* Szer arthritis deformans ellen. 735—738. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 739. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 739. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 740—741. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr. ny. r. tanár.)

Anyagcserevizsgálat pankreatitis interstitialis chronica luetica egy esetében.

Irta: *Bence Gyula* dr. egyetemi tanársegéd.

„A pankreas betegségeiben állandóan meglevő, a physiologiai kutatásnak teljesen megfelelő tünetekről mind ez ideig szó sem lehet“ mondja *Leube* tankönyvének a pankreasbetegségek fejezetéhez irt bevezetésében. De sőt tovább mehetünk, mert igen sok esetben határozott eltérés található a physiologiai kisérletek és a klinikai tapasztalatok között. Ez eltérés annyira megy, hogy *Mering* és *Minkowski* alapvető felfedezésének nagy jelentőségét már-már kétségbe vonták, a mennyiben tagadták, hogy párhuzam van az állatkisérletek útján nyert eredmények és a klinikai tapasztalatok közt. *Hansemann*, a pankreasdiabetes-theoriának egyik leglelkesebb híve, sem tagadja, hogy némely esetben a pankreasmirigy állományának teljes tönkremenése ellenére sem található diabetes. Érdekesnek tartom a leirandó eset közlését, mert a hasnyálmirigy teljes tönkremenése mellett a kórkép úgy folyt le, a mint a pankreas kiirtása után állatokon látjuk. A beteg kórtörténete következő:

Kórelőzmény: Terheltség nincsen. Az első terhessége alkalmával a III. hónapban vetélt el, a második és utolsó terhessége rendes időben holt magzat születésével végződött. 17 éves korában typhust állott ki. 1901 deczember havában naponkénti hidegrázása volt, melyet néhány óráig tartó láz követett. A beteg 1902 márcziusában jelentkezett első izben klinikánkon, ekkor a a bal bordaiv alatt támadó fájdalmakról panaszkodott és lépét jelentékenyen megnagyobbodottnak találtuk. Ugyanez év szeptemberében hasvízkórral és lábvizenyővel keresett fel bennünket, a lépmegnagyobbodás pedig fokozódott. A hasfalon több tágult s kanyargósan lefutó vena volt, a székletét rendes külemü. A hasvízkór a rendes diureticumok alkalmazása mellett nem javult, míg calomel adagolása után majdnem teljesen megszünt. A beteg ezután több hónapon át jodkaliumot vett és a hasvízkór 3½ évig, azaz a klinikán való utolsó jelentkezéséig, 1906 februárig nem újult ki. 1905 októberében hasmenéssel kezdődött utolsó betegsége, mely miatt ismét felkereste kórodánkat. 8—10-szer volt naponta széke, mely szürkésfehéres színü volt. Egyidejüleg igen jó étvágya volt, igen sokat evett, erősen szomjazott, és sokat vizelt. Az utóbbi hónapokban 18 kgm.-ot veszített testsúlyából.

Jelenállapot: A beteg erősen lesoványodott, testsúlya 38 kgm. A bőr halvány, száraz. Az arczon nagy festenynélküli folt látható. A cucullaris széle mentén több apró babnyi, kemény, olvasószerüen elhelyezett mirigy tapintható. A szívcsúcslökés a III. bordaközben egy harántujjal a bimbóvonalon kivül tapintható. A jobb tüdő alsó széle mély légvételkor alig tér ki. A has bőrén több kanyargósan lefutó tágult gyüjtőér látható, továbbá a köldök magasságában egy körülbelül tenyérnyi széles, övszerüen lefutó festenymentes folt. A májtompulat a parasternális vonalban a VII. bordán kezdődik, innen bal felé a tüdő teljes éles, nem dobos kopogtatási hangja megszakítás nélkül megy át a has dobos kopogtatási hangjába. Az elülső hónaljvonaltól hátrafelé ismét hiányzik a májtompulat. A lép jelentékenyen megnagyobbodott. A hasban szabad folyadékgyülem nyomai sem mutathatók ki. A testhőmérsék rendes. Az étvágy és szomj erősen fokozott. A vizelet mennyisége 1450 cm³, fajsúlya 1047, 10·5% szőlőczukrot tartalmaz. Diaceteczetsav, aceton, valamint indican nem mutatható ki. A székürítés száma naponta 8—10. A székletét szürkéssárga, elszórva kifejezetten sárgás, vajra emlékeztető részletekkel, pépes összeállású, avas vajra emlékeztető szagú. Reactioja erősen savi. Górcső alatt igen sok zsírcsepp, zsírsavjegecz és harántcsikolatát jól megtartott izomrost látható.

A kórlefolyás a következő:

Márczius 1. A testsúly 38·4 kgm. A vizeletmennyiség 950 cm³, napi 77·9 gm. czukortartalommal (8·2%). 10 órakor délelőtt megkezdődik az ételkihasználás meghatározása czéljából végzett első kisérleti periodus, a mikor a beteg a székletét elhatárolására 1·0 gm. carmint kap.

Márczius 2. A testsúly 38·1 kgm. A vizeletmennyiség 1200 cm³, napi 86·4 gm. czukortartalommal (7·2%). 6 székürités.

Márczius 3. A testsúly 38·1 kgm. A vizeletmennyiség 880 cm³,

52·8 gm. czukorral (5·96%). 7 székletét. Az utóbbi három nap szárított bélsarának súlya 370 gm.

Márczius 4. A testsúly 38·1 kgm. A vizeletmennyiség 1030 cm³, napi 68·0 gm. czukorral (6·6%). Délelőtt 10 órakor a beteg 1·0 gm. carminport vesz be. Ettől fogva naponta 9 darab pankreontablettát kap, melyet étkezés közben fogyaszt el.

Márczius 5. A testsúly 38·25 kgm. A vizeletmennyiség 940 cm³, napi 76·1 gm. czukortartalommal (8·1%). 4 székürülés.

Márczius 6. A testsúly 38·3 kgm. A vizeletmennyiség 1190 cm³, 107·1 gm. czukortartalommal (9%). 5 székletét.

Márczius 7. A testsúly 38·3 kgm. A vizeletmennyiség 1400 cm³, 92·4 gm. czukortartalommal (6·6%). A második kisérleti periodus befejezéséül a beteg 1·0 gm. carminport kap. Az e periodus alatt gyüjtött és szárított bélsárnak súlya 250 gm.

Márczius 27. A bélsár folyékony, sok vért tartalmaz. A beteg nagyon halvány, a pulsus üres, perczenként 135. Az indicanreactio a vizeletben negativ.

Márczius 31. A beteget 3 napig a végbélen át tápláljuk. A bélsárban már nincsen vér. A vizeletben sok aceton mutatható ki.

Április 7. A beteg a rendes étkezésre tér át és azonkivül még 200 gm. vajat kap, a mi után folytonos hasmenés indul meg. A beteg végbeléből az egész napon át folyékony, olajszerű ürülék szivárgott. A vizelet tetején vajszagú zsír úszkál, mely kihülés után megmeredt.

Április 15. A beteg 1 liter vért hány. Nagyfokú anaemia, a pulsus alig tapintható. 1·1 liter physiologiai konyhasóoldat bőr alá fecskendezése után a beteg állapota kissé javul; ismét végbélen át tápláljuk. A beteg nagyon szenved az éhségtől.

Április 20. A beteg állapota lényegesen javul, ezért ismét a rendes étrendhez tér vissza. A vizelet napi mennyisége 1200 cm³, 72·0 gramm czukorral (6%). Az indicanreactio negativ. A bélsár változatlanul sok zsírt tartalmaz.

Április 25. A beteg hasának feszültségéről panaszkodik. A hasban szabad folyadékgyülem mutatható ki.

Május 1. A hason kifejezett hullámzás található, a tompulat folyton nő.

Május 6. A has erősen feszült. Nehézlégzés miatt 5½ liter folyadékot bocsátunk ki a hasüregből csapolás útján, a mit kifejezett megkönnyebbülés követ.

Május 9. A beteg ismét nagymennyiségű vért hány.

Május 10. A vérhányás megismétlődött, azonkivül a székletét is véres. Nagyfokú anaemia, a pulsus alig tapintható.

Május 12. A székletét úgyszólván tiszta vér.

Május 13. A vérhányás megismétlődik. A beteg meghal.

A mint e kórtörténetből látható, a betegnek nagyfokú lesoványodással járó diabetese volt, melylyel egyidejüleg hasmenésben szenvedett, bőséges, folyékony zsírt és sok harántcsikolt izomrostot tartalmazó székletéttel.

A betegség tüneteinek e rövid foglalatja már elég arra, hogy figyelmünket a pankreas valamely megbetegedésére terelje. Mivel a betegség minden viharosabb kezdet nélkül, szinte észrevétlenül indult meg és hónapokon át tartott, az acut betegségek már eleve kizárhatók. Cystára nem lehetett gondolni, mert a jól tapintható hasban daganat nem volt található, ugyanez áll a daganatokra vonatkozólag, ámbár az utóbbiak közül infiltrative növő daganat, mely nem ért el nagyobb mérvet, biztosan nem volt kizárható. A pankreaskő tünetei teljesen hiányoztak, mert olyan fájdalmak, melyek erre engedtek volna következtetni, egyáltalán nem jelentkeztek a betegség folyamán. Azonkivül icterus nem lévén, kiestek mindazon betegségek, melyek a papilla Vateri-ra nyomást gyakorolhattak volna. Fel kellett tehát venni egy oly chronikus lefolyású pankreasbetegséget, mely megnagyobbodással nem jár, a szomszédságra nyomást nem gyakorol és nem szorítkozik csupán a hasnyálmirigyek kivezető csövének leszorítására — mert mint *Claude Bernard* bebizonyította, a kivezető cső lekötése nem elég a diabetes létrejöttéhez —, hanem magának a mirigyállománynak elpusztulását okozza. Ilyen betegség első sorban a pankreas interstitialis gyuladása, melyben az interstitiális kötőszövet túlburjánzása következtében a tulajdonképeni müködésképes mirigyállomány elpusztul és a mely ilyenformán az összes említendő kiesési tüneteknek kellő magyarázatot ad. E felvételünket támogatta az a körülmény, hogy a beteg egyidejüleg Laënnec-féle májcirrhosisban szenvedett, vagyis oly megbetegedésben, melynek bonczolástani jellege az említett pankreasbetegséggel teljesen megegyezik. *Hoppe-Seyler* és *d'Amato* is utalt arra, hogy az interstitiális májlobban elég gyakori a hasnyálmirigy hasonló természetü elváltozása. S *d'Amato* valószinünek tartja, hogy az interstitiális májlob némely esetében keletkező diabetes a pankreas említett elváltozásában leli okát.

A betegség okát illetőleg valószinünek kell tartani, hogy ugyanazon kórok, mely a máj interstitiális gyuladásához vezetett, a pankreasban ugyancsak ezen elváltozást okozta. Ilyen kórokok első sorban az alkoholismus és lues. Az alkoholismus majdnem biztossággal kizárható, ellenben több körülmény szól a lues mellett, ámbár a beteg tagadta a lueses fertőzést. A lues mellett bizonyít, hogy két terhesség közül az első abortussal, a második holt magzat születésével végződött, bár a nemi szervek semmiféle oly megbetegedése sem volt jelen, a mely ennek kellő magyarázatot adna, másrészt úgy a klinikai vizsgálat, mint a bonczolat alkalmával oly mirigyeket találtunk a nyakon, melyek kifejezetten lueses jellegüek, és végre a májlob jodkaliummal való kezelésre kifejezetten javult, ámbár e javulás abból is eredhetett, hogy már a kezelés megkezdésével egyidejüleg, talán ettől függetlenül új collaterális mellékutak nyiltak a portális keringés számára.

A klinikai diagnosist igazolta a bonczolás, melyet Királyfi tanársegéd úr végzett és melynek eredménye a következőkben foglalható össze:

A hulla középtermetü, gyengén táplált, a köztakaró színe feltünően halovány. A has előmborodó, kissé fluctuál. A hasüregben mintegy 2·5 liter gyengén zavaros, világossárga savó. A hashártya sima, fénylő. A rekeszállás a máj és rekesz közti összenövések miatt meg nem határozható. Ez összenövések igen nagy terjedelemben találhatók, egyrészt a máj és a rekesz, másrészt a lép és a diaphragma alsó széle, valamint az elülső hasfali peritoneum között. A jelentékenyen sorvadt jobboldali májlebenytől valósággal legyezőalakban elrendezett, vaskos, 4—4·5 cm. hosszú kötőszöveti kötegek haladnak a rekeszt borító peritoneumhoz. Az epigastriumban a proc. xiphoideus, valamint a bal bordaív alatt 2 férfiökölnyi nagyságban előmborodó baloldali májlebeny látható, melytől hasonló erős kötőszövetes adhaesiók haladnak a rekesz felé.

A nyakmirigyek borsónyira megnagyobbodtak, kemény tapintatúak, metszlapjuk egynemü, fehér színü. A mellüregek szabadok, csak a jobb tüdő rekeszi felszinén található erősebb kötőszövetes összenövés.

A szivizomzat feltünően halvány, vérszegény. Az endocardium, a billentyük simán fenylők, hártyások. Az aorta belhártyája sima, tükröző, isthmus alatt peripheriája 5 cm.

A tüdők lószörpárnatapintatúak, serczegők, metszlapjuk sima, szürkésvörös, vérszegény, nyomásra róluk igen nagy mennyiségü, finoman habzó savó nyerhető.

A lép jelentékenyen megnagyobbodott, méretei 20, 10·5, 6·5 cm. Tokján kötőszöveti megvastagodások láthatók, metszlapja halványvörös, vérszegény, sima, a kötőszövetes gerendák eléggé kifejezettek, tömött tapintatú.

A máj jelentékenyen megkisebbedett, deformált; különösen sorvadt a máj jobb lebenye, melynek szélei papirvékonyságúak. A máj felszine erősen göröngyös, rajta kisebb-nagyobb, borsónyi-babnyi, sőt egész kis mogyorónyi kiemelkedések és kötőszövetes behúzódások láthatók. A máj metszlapja diffus sárga színü, a rajzolat elmosódott, finoman szemcsézett, helyenként nagyobb kötőszöveti gerendákkal áthatott. A máj állománya szívós, kemény. Az epeutak átjárhatók, az epehólyagban kevés sürü sárga epe. A vena portae főtörzse szabad, de közvetlen a duodenum mögötti részletben és a vena lienalisban kevés a falhoz tapadó szürke, száraz, törékeny alvadék látható.

A pankreas tulajdonképeni mirigyállománya nem látható, helyét szívós fehér heges kötőszövet foglalja el, melybe belemetszve, a metszlapon az art. pancreatica lumene tünik elő.

A gyomor jelentékenyen kitágult, ürében mintegy 200 cm³ lazán alvadt friss véralvadék foglal helyet. Fala különösen a fundus táján kissé megvastagodott, nyálkahártyája kissé inbibált. A vékonybelek alsó részében híg, kissé pépes, vörhenyes bennék, a belek nyálkahártyája halvány. A vesék feltünően halványak.

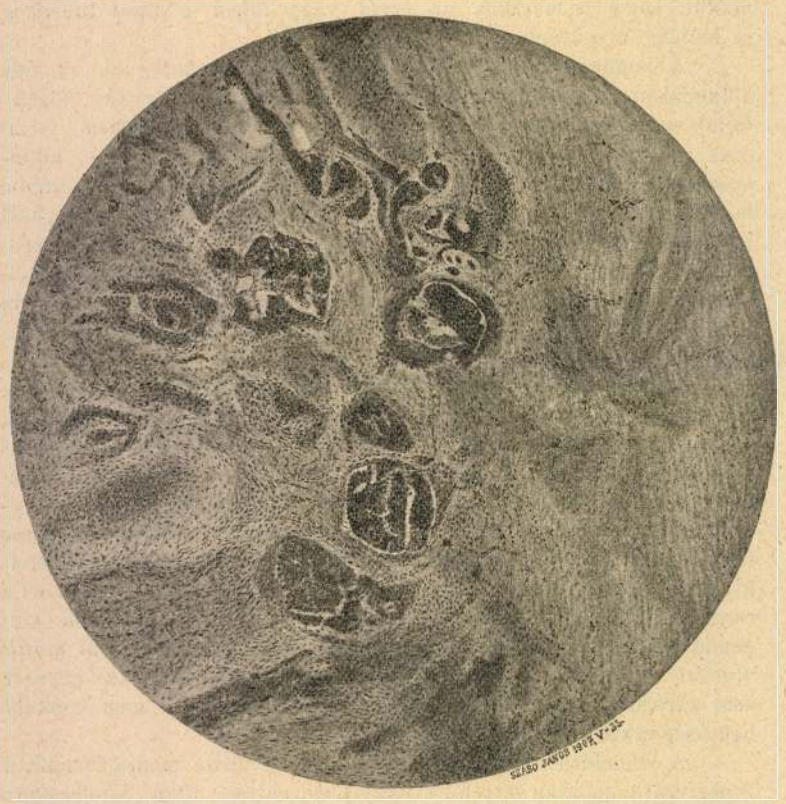
A górcsövi vizsgálatnak, melyet szintén *Királyfi* dr. tanársegéd volt szíves végezni, eredménye a következő:

A górcső alatt nagyfokú kötőszövetszaporodás található, a mely helyenként gömbsejtesen beszürődött, fiatal, másutt érettebb, sejtszegény és rostokban gazdag, sőt sok helyen hyalinosan elváltozott heges kötőszövetnek felel meg. A mirigyállomány csaknem elpusztult, csak itt-ott látható néhány megmaradt acinus, a melynek sejtjei vagy igen nagyfokú degeneratiót, vagy már tel-

jes nekrosist mutatnak. Hasonlóképen kisebb elhalások észlelhetők a megszaporodott kötőszöveti kötegek között is. A Langerhans-féle szigetek teljesen eltüntek. Az érfalak helyenként kissé megvastagodottak.

Ez esetnek boncztani illetve górcsövi képe teljesen megfelel azon leirásnak, a melyet *Hansemann* az általa „genuin granuláris atrophiá"-nak nevezett kórkép alatt irt le. A májban már négy évvel előbb megállapított megbetegedés teljes joggal engedi meg azon következtetést, hogy a hasnyálmirigyben is előbb következett be az interstitiális kötőszövet túlburjánzása s csak ennek következménye volt a tulajdonképeni mirigyszövet pusztulása. A hasonlatosság, melyet *Hansemann* a pankreas és vese granuláris atrophiája közt találni vél, esetemben is meglelhető, mert itt is megvan a vérerek falának megvastagodása és részben obliteratioja, itt is részben gömbsejtes beszürődés és részben hyalin elfajulást mutató kötegek találhatók a csak gyéren megmaradt nekrosisos mirigyszigetek közt. A pankreas granuláris atrophiájának szövettani jellege teljesen azonos a veséével, csakhogy az előbbiben könnyen érthető okoknál fogva nagyobb fokot ér el, vagyis a kettő közt csak fokozati különbség van.

Ha már el is fogadjuk azt, hogy a diabetes oka a has-



nyálmirigy granuláris atrophiájában keresendő, még mindig kérdéses marad, hogy vajjon a tulajdonképeni mirigytüszők, vagy a Langerhans féle szigetek tönkremenésének tulajdonítsuk-e a diabetes keletkezését. Számos vizsgálat (*Dickhoff*, *Soboleff*, *Opie*, *Weichselbaum* és *Stangl*, *Lancereaux*)[1] erősítette meg a Langerhans-szigetek elváltozásának oki összefüggését a diabetessel, mindamellett *Naunyn* szerint komoly ellenvetések hangzanak fel ellene. Igy *Schmidt* 2 esetben, *Karakascheff* 11 esetben azt találta, hogy a Langerhans-szigetek, a hasnyálmirigy egyéb szövetéhez viszonyítva, elég jól megtartottak. *Sauerbeck* szerint a Langerhans-szigetek diabebetikusok pankreasában gyérebbek ugyan, de egyéb megbetegedést nem mutatnak. *Halász* 30 diabetikus hasnyálmirigyének vizsgálata alapján arra a következtetésre jut, hogy míg a fiatalkori diabetes aetiologiája ismeretlen, egynémely esetben talán veleszületett szervi defectus forog fenn, addig idősebb egyénekben a czukorbetegség kiváltásában a főszerepet a hasnyálmirigy érrendszerének megbetegedése játszsza, mely egyes esetekben izolált s jobbadán csak a szigetek ereire szorítkozik, máskor a pankreas legtöbb ere beteg, s a hasnyálmirigy megbetegedése az általá-

[1] L. *Naunyn*: Diabetes. II. kiadás, 1906.

nos arteriosclerosis részjelensége. A szigetelváltozásokat *Halász* nem egyszer látta a parenchyma nagyfokú megbetegedése mellett, de azok mégis praevaleálnak s ritka az olyan eset, melyben a szigetelváltozások egyszerüen mint a hasnyálmirigyparenchyma megbetegedésének részjelenségei volnának értelmezhetők.

Mayo Robson a hasnyálmirigyről irt classikus tanulmányában a diabetest határozottan a Langerhans-szigetek megbetegedése következményének tartja. E nézetének helyességét részben saját, részben *Opie* munkájából átvett szövettani készítményekre alapítja, és rámutat egyszersmind azon okokra, melyek a különböző felfogásokra vezettek. Belátja, hogy a pankreas interstitiális gyuladásának nem minden esetében van meg a diabetes. Ennek okát *Mayo Robson* a gyuladás különböző alakjaiban véli megtalálni, még pedig három alakot különböztet meg: 1. az interlobuláris, melyben a Langerhans-szigetek épen maradása mellett diabetes nem keletkezik; 2. az interacinosus alak, mely a Langerhans-féle szigetek megbetegedésével jár, és minden esetben diabetest vált ki; 3. a pankreas általános scirrhosisa, mely szintén diabetest okoz, a mennyiben a megbetegedés a Langerhans-szigetekre is kiterjed.

Esetem a harmadik csoportba tartozik, és ennek következtében nem alkalmas annak eldöntésére, hogy vajjon a Langerhans-szigeteknek vagy a mirigyállomány többi részének jut-e szerep a diabetes kóroktanában. Annyit azonban ki kell emelnem, hogy *ezen bizonyosan pankreatikus eredetü diabetesben a Langerhans-féle szigetek teljesen elpusztultak, ellenben a tulajdonképeni mirigyacinusok nyomai még megtalálhatók, vagyis ez esetben is praevaleál a Langerhans-szigetek pusztulása.*

A glykosuria lefolyása szintén teljesen megfelelt az állatkisérleteknek, eleinte 9—10% czukor volt a vizeletben, míg később a betegség előhaladtával és a beteg erejének csökkenésével 3—4%-ra esett le, de teljesen nem tünt el soha.

Minthogy esetemben a hasnyálmirigy specifikus váladékát termelő, vagyis a külső elválasztást szolgáló mirigyelemek is megbetegedtek, természetes, hogy a diabetesen kivül a betegen még nagyfokú bélemésztési zavar is volt. E zavar tüzetes vizsgálata annyival inkább látszott fontosnak, mert eddig csak kevés oly eset ismeretes, melyben a hasnyálmirigy teljes elpusztulását a bonczolás igazolta volna és egyszersmind pontos táplálékkihasználási kisérleteket is végeztek volna. Azonkivül hiányzott ez esetben a pankreas megbetegedéséhez oly gyakran társuló és zavart okozó epeútelzáródás. Hangsúlyoznom kell továbbá, hogy a collaterális pályák jó kifejlődése következtében a portális pangás nyomai sem voltak kimutathatók, hogy tehát elesik azon ellenvetés, melyet *Brugsch Weintraud* esetével szemben, melyben májlob miatt portális pangás volt, felhoz, mert *Brugsch* szerint ez utóbbi gátolja a rendes bélfelszívódást. *Brugsch*-nak egy másik kifogása esetemmel szemben az lehetne, hogy betegem diabetikus és ezért nem alkalmas a pankreasváladék kiesési tüneteinek megállapítására, mert szerinte a diabetes is okozhat zavart a zsír és fehérje kihasználásában. *Hirschfeld* szerint a zsírszék és a haráncsikolatú izomrostok bőséges jelenléte a székletében biztos jele a diabetes pankreatikus eredetének. Ilyennek tartja egyik esetét, melyben 30—35% zsír és fehérje veszett el a felvett ételből a székletében.

Ez esetben azonban nem végeztek bonczolást és igy hiányzik a diagnosis kifogástalan igazolása. Ezért szembeállítja ezzel *Brugsch* egyik esetét, melyben az acetonuriával járó diabetes mellett 19·7% zsír és 11·9% N távozott kihasználatlanul a székletében. E betegének Noorden-féle zabkúrát rendelt és naponta 15·0 gramm natrium bicarbonicumot adott, a mire a zsírveszteség 5·6%-ra, a fehérjeveszteség pedig 5·1%-ra esett le. *Brugsch* ebből arra következtet, hogy esetében a pankreas nem volt beteg, hanem hogy az emésztési zavarok úgy magyarázhatók, hogy a kivülről bevitt, valamint a bélváladékokból eredő alkali a fennálló acidosis közömbösítésére fordíttatott, a midőn pedig a kivülről bevitt alkali mennyisége növekedett, az acidosis elvonó hatása megkimélte a bélváladékokat. E javulás azonban nem volt tartós, mert később az acidosis fokozódásával a régi emésztési zavar ugyanazon kezelés mellett ismét csak újra megjelent. De ezen esetben sem történt bonczolás és igy ez esetben sem dönthető el biztosan az említett következtetés helyessége; az a körülmény

pedig, hogy az étrend szabályozása és alkali adagolása után csökkent a zsírveszteség, még nem ad elég alapot annak felvételére, hogy az említett esetben a pankreas nem volt beteg. Ugyanezen javulást meg tudjuk magyarázni akkor is, ha a pankreas működésének elégtelensége volt a hiányos zsírkihasználás oka. *Deucher, Brugsch* és mint látni fogjuk az én esetem is azt bizonyítja, hogy biztos pankreasbetegség ellenére a zsírhasítás nagyon jelentékeny lehet, a hasítás azonban csak a zsírsavképzésig megy, míg a szappanná való átalakulás jelentékenyen rosszabb. Ha már most alkalit viszünk be kivülről, a készen álló zsírsav átalakulhat szappanná és ezzel egyszersmind meg van adva a mód a felszívódásra. *Brugsch* esetét ezért épen annyi joggal lehet pankreasbetegségnek tartani, mint nem. Az állatkisérletek, továbbá bonczolás által igazolt egyéb esetek, melyekben steatorrhoea és azotorrhoea kisérte a diabetest, határozottan a pankreas megbetegedése mellett szólanak, úgy hogy csatlakozom *Hirschfeld* véleményéhez, hogy első sorban ily esetekben jogosult a pankreasdiabetes felvétele.

Tekintettel arra, hogy esetemben a klinikai diagnosist igazolta a bonczolat, különös figyelmet érdemelnek a zsír kihasználására vonatkozó vizsgálatok. Már a bélsár egyszerű megtekintése elegendő ahhoz, hogy a zsírkihasználás csökkenését megállapítsuk. A székletét hónapokon át nagyon tömeges volt, szürkéssárgás színü és sok folyós zsírt tartalmazott. Ez utóbbi mennyisége a zsírfelvétel növekedésével nagyon emelkedett. Betegemnek egy alkalommal próbaképen 200 gm. vajat adtam a többi étel elkészítéséhez elhasznált zsíron kivül. Akkor úgyszólván naphosszat csurgott a beteg végbeléből az olajszerű székletét. De még aránylag kisebb mennyiségű zsírt tartalmazó étrend mellett is állandóan tartalmazott folyós zsírt, úgy, hogy ez utóbbi tünet, melyet *Ury* és *Alexander* különösen jellemzőnek mond a pankreasbetegségre, szintén megvolt.

(Folytatása következik.)

A nemleges nyomás (szívás) értéke az oto-rhinologiában.

Irta: *Halász Henrik* dr., az államvasutak és a diósgyöri vasgyár szakorvosa, Miskolczon.

Bier nagy horderejü munkája (Hyperämie als Heilmittel. Leipzig. 1903.) a különféle, de leginkább sebészeti bántalmak therapiájában fordulópontot alkot. Alig kétséges már, hogy a bövérüség létrehozása hasznos gyógytényező; meg nem számlálható esetben érvényesitette már Bier ismert közlése óta az egész világ orvosi gyakorlatában jótékony hatását. Az otologiában ugyan a Bier és környezete által ajánlott pangásos módszer (nyakbandage) az újabb ez irányú vizsgálatok *(Fleischmann,*[1] *Röse,*[2] *Isemer*[3]*)* szerint nem igen vált be és csak nagyon kis számú esetben volt positiv eredmény észlelhető, de a Bier alapeszméjén felépült egyéb eljárások, melyekről alant referálok, az otologia és rhinologia terén is számbavehető sikereket mutathatnak fel.

Sondermann-t is (Über Saugtherapie bei Ohrerkrankungen. Arch. f. Ohrenheilkunde, 64. köt.) Bier eszméje vezette arra, hogy szívókészülékével gyógykisérleteket végezzen. A *Sondermann* eljárása és eszköze sem egészben új; előtte már *Seifert* (Zur Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Nebenhöhle der Nase, Sitzungsberichte der physikal.-med. Gesell. zu Würzburg, 1899 április) és *Réthi* (Die negative Luftdusche als diagnostisches Hilfsmittel bei Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Wiener klin. Rundschau, 1899. 43. sz.) foglalkozott az orr és melléküregeinek negativ nyomás útján (negativ politzerezés) való gyógykisérleteivel és az eljárásnak úgy diagnostikai mint therapiás tekintetben jó hasznát látták. A Sondermann készüléke csupán a negativ nyomás czélszerübb alkalmazhatóságában különbözik a fentebbi szerzők eljárásától.

Sondermann czélja volt szívókészülékével heveny és idült dobüri és antrumbeli genyedés eseteiben a felgyülemlett váladékot a dobhártya spontan létrejött vagy mülegesen ejtett defectusán át, nemkülönben az orr és mellüregeinek szintén heveny és idült megbetegedéseiben képződött váladékot eltávolítani s ilyen módon, míg egyrészt a váladék eltávolításával a gyógyulás egyik sarkalatos feltételének kivánt eleget tenni, addig másrészt a szivás által létrehozott activ bővérüséget mint már elismert gyógytényezőt óhajtotta felhasználni.

Sondermann készüléke három részből, egy maszkból, egy szívólabdából és az ezeket összekötő, szétcsavarható gummicsőből áll. A maszk a fül és az orr alakjához alkalmazott, az utóbbi Sondermann által legutóbb javított formájában kisebb s csak az orrnyilásokat és az orrcsúcsot magába fogadó, szélein a légmentes elzárásra léggel felfujható gummicsövel körülvett készülék. A maszk ürege vattával bélelhető az orrból kiszivandó váladék felfogására. A szívólabdának szellentyüje van, a mely a labda összenyomásakor nyilik meg, a labda kirugódásakor rögtön zárul s az ilyen módon létrehozott szívóhatás folytatódik az összekötő gummicsövön át a maszkra és az orr- és a fülüregekre. Az összekötő gummicső szintén szellentyüvel van ellátva, ennek müködése azonban épen ellentétes, mint a labdáé, vagyis a labda összenyomására zárul, a szívás kezdetén pedig, mikor a labda kirugódni kezd, nyilik. Ez által válik lehetővé egymás után több compressiót végezni a labdával s igy a szívóhatást fokozni, a nélkül, hogy a maszkot az orról vagy fülről e miatt többször el kellene távolítani.

A Sondermann szívókészülékét gyakorlatomban 3 év óta alkalmazom s annak előnyeit, nagy hasznát főleg heveny középfüllob-esetekben minden kétséget kizáró módon észlelhettem. Nemcsak az a nagy haszna a készüléknek, hogy idejében való alkalmazásával súlyos heveny esetekben a *csecsüregek és az antrum mastoideum feltárását is elkerülhetjük*, hogy a kóralak lefolyását jelentékenyen megrövidíthetjük, hogy továbbá a dobhártya paracentesis útján ejtett defectusának időelőtti záródását meggátolhatjuk, hanem azért is értékes eszköz és eljárás, mert a nem szakembernek is, sőt magának a betegnek is módjában van vele gyógyítást és gyógyulást elérni.

Noha ma már nem tekinthető életveszélyes beavatkozásnak acut otitis media-esetekben az antrum és a csecsüregek feltárása, az annak elkerülését czélzó és lehetővé tevő gyógyeljárásokat mégis nagy megnyugvással fogadjuk és a Sondermann-féle készülék és annak alkalmazása mint ilyen eljárás elsőrangú gyógytényezőnek tekinthető. Ott, a hol acut esetekben részint a magas láz, a nagy fájdalom, a fejfájások, részint a csecsnyújtvány rendkivüli és tartós érzékenysége miatt indikálva volt az antrum és a csecsüregek sebészi feltárása, a Sondermann-féle készüléknek elegendő módon való alkalmazása mellett *egyetlen esetben sem került mütétre a sor* és az egyszer végzett paracentesis nyilása egyszer sem záródott el idő előtt, mint az sok esetben — nem csekély boszúságunkra — megtörténni szokott.

A Sondermann-féle készüléket acut otitis media-esetekben a perforatio spontan létrejötte vagy paracentesis után Sondermann ajánlata szerint akként alkalmazom, hogy 3—4 óránként (nappal) legfeljebb 2 perczen át végzek vele a fülön szivást, mikor is a hangvezetőben az eset súlyosságához mérten több-kevesebb geny gyülik meg a dobüregből illetve az antrumból. Hogy szivásra geny nemcsak a dobüregből, de az antrumból is ürül, azt a megjelenő nagymennyiségü genyből jogosan következtethetjük. Ha sok geny ürült első szivásra, a genynek kitörlése után még egyszer szivok 1—2 perczen át, hogy lehetőleg minden váladékot eltávolitsak az üregekből. A rendesen kábult fejü beteg minden szivás után jelentékenyen könnyebbnek érzi állapotát, a csecsnyújtvány tájékának érzékenysége is fokozatosan enyhül és a bántalom kezdetétől számitott 8—12. napon megszünik a fül genyedni, mire hamarosan beáll a restitutio ad integrum.

Ott, hol a csecsnyújtvány is érzékeny, a jégzacskót a szivókészülék mellett is alkalmaztatni szoktam. Lényegesen megrövidíti a heveny genyedő középfüllob lefolyását a készülék alkalmazása, a mennyiben a heveny otitisek egyébként való gyógykezelés mellett 3—6 héten át is genyet produkálnak, nem számítva az esetleges antrumfeltárás gyógyulásának több hétre terjedő tartamát.

A Sondermann-féle készüléket három év alatt 20 heveny otitis media-esetben alkalmaztam s noha voltak az észlelt

[1] *Fleischmann:* Monatschrift f. Ohrenh. 40. Jahrg. 1906. 5. füzet.
[2] *Röse:* Archiv f. Ohrenheilk. 71. kötet, 1—2. füzet.
[3] *Isemer:* Archiv f. Ohrenheilkunde. 69. kötet, 131. l.

esetek között igen súlyos csecsnyújtványcomplicatioval járók is, mint már jeleztem, egyetlen egy *esetben sem kellett antrumfeltárást végezni* vagy megismételni a paracentesist, a mennyiben a készülék szívó hatása folytán a dobhártya defectusa állandóan nyitva volt tartható. Hangsúlyozni kívánom, hogy a fent jelzett 20 eset olyan észleletre (magánbeteg) vonatkozik, a hol a Sondermann készüléket vagy magam, vagy felváltva a consultatiora hivó házi orvos, vagy pedig a beteg esetleg intelligensebb környezetének egy tagja naponta 3—4 izben, 3—4 órai időközben alkalmazta. Ott, hol a viszonyok vagy a beteg körülményei nem engedték meg a készüléknek beszerzését, esetleg annak napjában *többször való alkalmazását*, a csecsnyújtványműtét néhány esetben nem volt elkerülhető.

Idült genyedő középfüllobesetekben, atticus-genyedésekben szintén kiváló hatásúnak bizonyult a szívókészülék alkalmazása, a mennyiben a genynek az atticus és antrumból történő rendszeres kiszívása által, nemkülönben a szívás folytán ott létrejövő bővérüség által sok esetben gyógyulást érhettem el akkor is, midőn epitympanalis öblítések nem vezettek eredményre és a hallócsontok extractioját voltam végzendő. A kitartó szívás tehát még ezt a műtétet is elkerülhetővé tette. Idült genyedő középfüllob 17 esetében alkalmaztam Sondermann féle szívókészüléket, melyek közül 9 esetben a betegek maguk végezték a számukra meghozatott műszerrel napjában két izben a szívást és ezek közül 7 esetben teljesen megszünt a genyedés, mely pedig előzőleg évekig fennállott. A kezelés néhány héttől 4 hónapig tartott. A többi két esetben és a hol a szívókészüléket napjában csak egyszer alkalmazhattam, annyiban észleltem javulást, hogy a váladékképződés a minimumra apadt s csak az epitympanális szegélyen látszott teljes dobhártyadestructio mellett kevés beszáradt geny.

Mindezen fent észlelt idült esetekben a Sondermann-féle szívókészülék mellett nem hanyagoltam el az *Urbantschitsch junior* által ajánlott és sok esetben valóban kitünő gyógyhatású thigenol-perhydrol-alkoholkeveréknek a fülbe öntését.

Hogy az észlelt és gyógyult idült esetekben mennyi irható az elért eredményből a szívókészülék javára, mennyi a gyógyszeres kezelés javára, nem elegendő számú esetemből megállapítható nem volt. De tény az, hogy a Sondermann-készüléknek a gyógyszeres kezeléssel párosult alkalmazása meglepő gyógyeredményeket hozott létre.

Eddigi tapasztalataim a Sondermann-féle szívókészülékkel azon hitet keltik, miszerint heveny genyedő középfüllob eseteiben és megfelelő módon alkalmazva, míg egyrészt jelentékenyen megrövidül a kór lefolyásának tartama, a beteg a genyretentio okozta kábultságtól, fejfájástól, szédüléstől hamarosan megszabadul, másrészt csecsnyújtványcomplicatio esetében a *minimumra* redukálódik az antrum és csecsüregek feltárásának esélye s ilyen módon a gyakorlóorvos kezébe értékes, veszély nélkül alkalmazható műszert adhatunk, mely sokszor nehéz esetekben is nagy segítségére lesz.

Az orrnak és melléküregeinek bántalmaiban úgy diagnostikai, mint therapiai tekintetben szintén igen hasznos, sőt sok tekintetben hézagpótló s nélkülözhetlen műszernek bizonyult Sondermann szívókészüléke.

Honneth (Über den Wert des Sondermann'schen Saugapparates zur Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen. Münch. med. Wochenschrift, 1905. 49. sz.) *Eschweiler* bonni poliklinikáján végzett nagyszámú és beható kisérleteiről beszámolva, igen melegen ajánlja a Sondermann-készüléket az orr és melléküregei bántalmainak kórismézésénél és gyógyításánál. A hol geny volt a melléküregekben — mondja Honnet —, azt mindig ki is szívhattuk, de a hol genyet nem hozott felszinre a szívókészülék, ott a bántalom lefolyása kapcsán be is bizonyosodott, hogy empyema nem is volt jelen. Pontosan észlelt eseteiből egy izben megállapították az állcsontöböl kettéosztottságát s azt, hogy csak az egyik rekeszben volt jelen empyema; idült állcsontöbölempyemákat is láttak meggyógyulni a készülék alkalmazása után. Honneth oda konkludál, hogy a Sondermann-féle szívókészüléket ezután nem lehet nélkülözni a rhinologiai gyakorlatban.

Uffenorde (Kritische Bemerkungen über die Sondermann'sche Saugmethode bei Erkrankungen der Nasennebenhöhle. Münch. med. Wochenschrift, 1906. 24. szám), ki kisérleti anyagából mindössze *két siker nélkül* kezelt esetet említ, melyekben (állcsontöbölempyemák) a szívás után végzett punctioval és átöblítéssel még sok genyet tudott kiüríteni, nem látja *Sondermann* és *Honneth* ajánlatai ellenére sem a készüléknek tulajdonított előnyöket, noha az orr száraz hurutos állapotaiban ő is kedvező hatást vár alkalmazásától.

Heermann (Münch. med. Wochenschrift, 1906, 24. szám), ki az orr melléküregeinek bántalmaiban azok sikeres gyógyításához szintén a negativ nyomást használja, előzetesen perhydrololdattal öblíti ki a feltárt melléküregeket s csak azután végzi a szívást. Eredményei igen biztatóak.

Réthi (Bemerkung zu Herrn Dr. Sondermann's Publikation. Münch. med. Wochenschrift, 1906. 4. szám) a Sondermann-féle készülék praktikusságát és nagy hasznát dicsérőleg említi.

Muck (Über eine Vorrichtung zum Aussaugen von Sekreten aus den Nebenhöhlen der Nase. Münch. med. Wochenschrift, 1905. 42. szám), ki szintén igen fontos diagnostikai és gyógyeszköznek tekinti a negativ nyomást létrehozó eljárást és készüléket, Sondermann készülékét olyan módon változtatta meg, hogy a maszk helyett egy a középen diónyi kiöblösödéssel biró és a két végén kihúzott tompavégü csővel ellátott üvegburát készített, a melylyel azonban csak egy orrfélben tud egyszerre negativ nyomást létrehozni, de előnye a müszernek, hogy sterilizálható.

Polyák (Archiv f. Laryng., 1906. 331. l.) szintén negativ nyomással igyekszik a garat és orrgarat atrophiás folyamataiban üvegszívói segélyével a beszáradt váladékot meglazítani és az atrophiás nyálkahártyát a szívás útján létrehozott bővérüség segélyével nedvessé tenni.

Vohsen (Beitrag zur Stau- und Saugtherapie im Ohr und in den oberen Luftwegen. Münch. med. Wochenschrift, 1907. 7. szám) a Sondermann-féle készülék alkalmazását teljesen feleslegesnek tartja, minthogy a Sondermann kisérletei alapján olyan eljárást fedezett fel, hogy annak alkalmazásával a Sondermann-készülékre egyáltalán nincs szükség. Ugyanis szerinte a száj- és orrnyilások elzárása mellett, a mellkassal vagy zárt glottis mellett a szájjal történő szívással az arcz minden melléküregéből lehetséges a létrehozott nagy nemleges nyomással úgy váladékot kiszívni, mint a nyálkahártyákon activ bővérüséget létrehozni.

Spiess (Die therapeutische Verwendung d. negativen Druckes etc. Archiv f. Laryngologie, XVII. kötet) csaknem egyidejüleg *Sondermann*-nal (Eine neue Methode zur Diagnose und Therapie der Nasenerkrankungen. Münch. med. Wochenschrift, 1905, továbbá Über Saugtherapie bei Höhlenerkrankungen etc. Vortrag auf d. Naturforscherversammlung, Breslau, 1904) ajánlotta elektromos erővel müködő szívókészülékét az orr és garat nyálkahártyájának atrophiás folyamatai ellen, azonban míg egyrészt készülékének alkalmazása nagyon nehézkes a garat hátulsó falán a beteg öklöndözése miatt, de az öklöndözés leküzdésére ajánlott eucain-solutionak hosszabb időn át való állandó használata sem lehet közömbös a szervezetre, másrészről a Sondermann maszkja helyett az orrba alkalmazott oliva semmi előnynyel sem bir a könnyü csirtalanításon kivül a maszk felett, de hátránya, hogy csak az egyik orrfélben lehet vele nemleges nyomást létrehozni, míg a maszkkal egyidejüleg mindkét orrfélben történik a szívás, azonkivül Spiess szerint az orrgaratnak a szívás alatt történő elzárására még a lágyszájpadot is mülegesen kell a szájon át az orrgarat felé feltolni, míg a Sondermann maszkjánál ezen nagyon kellemetlen beavatkozásra nincs szükség. *Spiess*, noha geniálisnak tartja a Sondermann-féle maszkot, főhibájául nem sterilizálhatóságát említi. Igaz, hogy a Sondermann maszkja — mert gummiból van — nem főzhető ki, de jól ki és megmosható sublimatoldattal, a mikor is nem fertőzhet, egyébként is lupusos, lueses betegek számára úgy is külön maszkot tartunk.

A Sondermann maszkjával az orrüregben olyan módon létesítjük a nemleges nyomást, hogy a maszkot az orra helyezve és léggel telt peremét az orrt környező lágyrészekre nyomva, a beteggel „*hukk*“ szót mondatunk, a mely pillanatban megnyomjuk a labdát s erős nemleges nyomás áll be néhány pillanatra; ha a nemleges nyomás múlóban van, mit a beteg az orrüregekben beállott feszülés gyengüléséből könnyen észrevesz s erre figyelmeztetve újra „hukk“-oltatjuk, a labdát összenyomjuk, mire ismét

beáll a nemleges nyomás, mely kiterjed nemcsak az orr és orrgarat nyálkahártyájára, ott bővérüséget hozván létre, hanem a fülkürtre és az orr melléküregeire is, honnan, a mennyiben azok savós vagy genyes váladékot tartalmaznak, azt felszinre is hozza. Mint ilyen kiváló jelentőségü a müszer épen az orr melléküregeinek, a homlok-, ik- és rostaöblök empyemájának kórismézésénél, a mennyiben a nemleges nyomás — szivás — folytán előbukkan a geny s a szerint, a hol az megjelenik, következtetünk a középső kagyló és sövény közt, az iköböl és hátulsó rostasejtekben, a középső orrjáratban, illetve hiatus semilunarison, az elülső rostaöblökben és a homloköbölben fennálló genyedésre. Az állcsontöböl — magasan elhelyezett szájadékánál fogva — csak úgy alkalmas genyes tartalmának kiürítésére, ha a fejnek oldalt helyezésével a szájadékának mélyebb elhelyeződést biztositunk.

Hibájául rótták fel a Sondermann-féle szivókészüléknek, hogy túl erős sziváskor az orrhát bőrének vérerei megrepedhetnek és vérömleny képződik a bőr alatt. Való, hogy igen érzékeny, vékonybőrü nőknél elvétve, a régebben használatos túl erős labdával és nagy maszkokkal előfordult jelentéktelen vérkilépés a böralatti erekből, a mi azonban hamar eltünt; a csupán az orrcsücs és az orrnyilások befogadására újabban construált és forgalomba hozott kicsiny maszkok a készüléknek ezt a hátrányát is kiküszöbölték.

Mig eddig az orr melléküregeinek genyes megbetegedésében a genyedés székhelyét igen sokféle fogással, a fej különféle helyezkedésével, tamponálással, átvilágitással, a beteg orrának napjában 3—4 izben való vizsgálatával tudtuk, akkor sem minden esetben, megállapitani, addig a Sondermann készülékkel az orrüregnek előzetes cocain-adrenalinozás után való alkalmazásakor néhány percz alatt tisztában lehetünk a genyedés székhelyének valószinü elhelyezésével. Valószinü kifejezéssel azért élek, mert biztosan meg nem állapitható a fissura olfactoriában (orrsövény és középső kagyló közti rés) megjelenő genyről, hogy az iköbölből vagy valamely hátulsó rostaöbölből jött-e a geny, épen úgy a hiatus semilunarison megjelenő genyről sem tudjuk biztosan, vajjon az elülső rostasejtekből vagy a homloköbölből ürült-e ki. A szakorvosnak az is fontos támpont, ha tudja a geny megjelenési helyéről, melyik csoportja az arcz melléküregeinek van megbetegedve. Az átvilágitás, mely megbizhatlan eljárás, csak akkor bir bizonyító erővel, ha más, értékes tünetek empyema mellett szólnak.

A Sondermann-féle készüléknek diagnostikai czélra való kiváló használhatóságán kivül a homlok- és állcsontöböl heveny savós vagy genyes sinusitiseinek gyógyitásában is fontos szerep jut. Főfeltétele, mint tudjuk, a nevezett kóralakok gyógyulásának az öblök tartalmának akadálytalan kiürülése, mit eddig az által igyekeztünk elérni, hogy az öblök tartalmának levezetését gátló, lobos beszürődés folytán hevenyen megduzzadt lágyrészeket adrenalintamponoknak az orrba helyezése által birtuk lelohadásra. Sikerült is ez sok esetben. De mennyivel jobban megfelelünk a kóralakok gyógytani javalatának akkor, midön az adrenalinnal tágitott öbölnyilásokon át a Sondermann-féle készülékkel még direct ki is szivattyúzzuk onnan az öböl tartalmát tevő váladékot. Betegeimen tett észleleteimen kivül legutóbb önmagamon is volt alkalmam a készülék hasznát tapasztalni. Heveny, genyes, mindkétoldali maxillaris sinusitisem keletkezett, annak minden tünetével. Az arczbőr feszülése, a felső állcsonton érintésre az öböltáj érzékenysége, az orrból zöldessárga geny ürülése stb. Az orr gyakori kifúvása, a fejnek felváltva jobb, majd baloldalt viz szintes irányban való fektetése, előzetes adrenalinozás után is csak igen kis váladék ürült a sinusokból. A Sondermann-készülékkel végzett néhányszori szivásra mindkét orrüregből egyenként kávéskanálnyinál több, zöldessárga váladék ürült, mely váladékképződés az öblök lobosságának minden tünetével hatodnapra megszünt naponként 4—5 izben végzett aspiratiora. Ugyanilyen jó eredményt érhettem el a készülékkel néhány heveny homloköbölgenyedésben, hol a váladék adrenalintampon behelyezése után még a maszk üregébe is belövelt.

Hogy a *Polyák* (l. c.) által többszörösen kipróbált Bier-féle pangásos eljárás (nyakbandage) heveny sinusitisekben szintén jó eredményre vezethet, nem vonom kétségbe; de tapasztalataim nincsenek e téren.

Nem kevésbé megbecsülendő jó hasznát láttam a készüléknek olyan idült melléküregempyemákban, hol a rosta- és iköblök feltárása után az üregek lehető kikaparására, 3—5% pokolkőoldattal való edzésre és naponként végzett öblítésekre is újra bő genyképződés állott be. A készülék hasznát abban láttam, hogy a betegre magára bizhattam otthon való alkalmazásra a készüléket, melylyel napjában többször (3—5-ször) kényelmesen kiszivattyúzhatta a feltárt üregekből adrenalin nélkül is könnyen kiürülő váladékot s mig egyrészt ezen eljárással a gyógytani javalatnak is a lehetőség szerint legjobban megfelelhettem, t. i. a képződő genyet állandóan eltávolitottam, másrészt a betegnek nagy megkönnyebbülésére szolgált, hogy nem kellett mindennap az orvoshoz fáradnia a melléküregek kiöblítése végett.

Hogy az idült melléküreggenyedéseket meg lehet-e teljesen gyógyitani a szivókészülék kitartó használatával, mint azt egy esetben Sondermann észlelte, ezt igazolni a jövő feladata. Jelenleg 3 idült melléküreggenyedésben szenvedő s a melléküregeknek általam történt feltárása után a szivókészülékkel önmagukat kezelő betegem van, kiknél a váladék jelentékenyen kevesebb, mint volt ezelőtt, de gyógyulásról még nem lehet beszélni. Nagyobb magánbeteganyaggal biró kartársak bizonyára bővebb, értékesebb kisérleti eredményekről számolhatnak be.

Még két kóralak van, melyben a készüléket sikerrel alkalmazhattam: ozoena és rhinitis atrophica eseteiben. Ozoenában a pörkök leválasztását — mint tudjuk — sok fáradsággal, az orrüreg tamponálásával, hosszas bőséges öblítésekkel sikerült úgy a hogy elömozditani. A szivókészülék néhány pillanat alatt részben leemeli, részben annyira meglazitja alapjukról a pörköket, hogy egyszerü orrfúvásra kiürülnek, s mig egyfelől — napjában többször végezve a szivást — elérhetjük azt, hogy a pörkök állandó nyomása nem sorvasztja az orr nyálkahártyáját, mint *Sondermann* helyesen mondja (Weitere Erfahrungen mit meinem Nasensauger. Archiv f. Laryngol. XVII. köt.), másfelől a szivóhatás folytán az atrophiás nyálkahártya fokozatosan bővérübbé válik és az orrváladék elveszti besürüsödésre való hajlamát. Noha módunkban van genuin ozoenában a hideg paraffininjectiókkal igen szép gyógysikereket elérni, de ott, a hol paraffininjectiora sem áll be a várt siker, vagy melléküreg-genyedéshez társuló ozoena eseteiben a Sondermann készüléke nélkülözhetetlen gyógytényezőnek fog bizonyulni.

Különösen érdekes volt több esetben látnom, hogy a mindenféle irritáló ecsetelésekre is csak ideig-óráig reagáló rhinitis atrophica miként javul meg a nemleges nyomás hatása alatt; miként változik át a fényes, pörkökkel fedett felületü nyálkahártya folyékony nyállal fedetté. Bárha tudjuk, hogy az orrnyálkahártya atrophiás folyamataiban a nyálkát elválasztó mirigyek elpusztulása van jelen: vajjon képesnek higyjük-e a fenti észleletek után a bővérüséget a pusztulásnak induló nyálkamirigyek regenerálására, megfelelő vizsgálatok hijján eldöntetlen marad; szintén beható vizsgálatnak kellene dönteni a felett is, hogy a szivóhatásra a nyálkahártyafelületen jelentkező váladék a még esetleg egészen tönkre nem ment, bizonyos fokban müködésre képes nyálkamirigyek terméke e avagy a vérből direct átivódott nedv-e? De az tény, hogy a sorvadt nyálkahártya rendszeres, napjában legalább két izben végzett kezelésre hosszú hónapokra gyógyultnak látszik. A végleges eredmény megitélésére természetesen hosszabb idő és nagyobb beteganyag kivánatos.

Határozott meggyőződésem, hogy a rhinitis atrophicában tartós javulást, *esetleg* gyógyulást? minden más eljárás kizárásával egyedül a sorvadt nyálkahártya kitartó bővérüvé tétele által érhetünk el, mely czél elérésére a nemleges nyomás alkalmazása látszik kiválóan hasznavehetőnek.

Olyan esetekre, hol a Sondermann-készülék alkalmazása csak az egyik orrfélben javalt, Sondermann sterilizálható és szétszedhető üvegolivákat készittetett, melyek alkalmazásakor a nem kezelendő orrfél nyilását az orrszárnynak a sövényhez való nyomásával zárjuk el.

Vohsen-nek fentebb ismertetett eljárását betegeimen nem kiséreltem még meg, de saját magamon kisérletezve az általa ajánlott módon, főleg a tubákra gyakorolt túlerős szivóhatását észlelhettem, mig az orrgarat és az orr egyéb részein alig észrevehető a nemleges nyomás; s habár Vohsen szerint az ő el-

járása útján jóval nagyobb nemleges nyomást lehet létrehozni, mint a Sondermann-féle szívókészülékkel, én erről nem tudtam kisérleteim alatt meggyőződni. Vohsen eljárásával én a tuba és dobüreg catarrhális megbetegedéseiben vélek sikereket elérni, de a Sondermann-féle készülékct a dobüreg, antrum és az orr- és mellküregeinek genyes megbetegedéseiben alig hihető, hogy pótolni tudja.

A Sondermann-féle szívókészülék bevezetésével az oto-rhinologiába egy szép jövőjü, megbecsülésre érdemes gyógytényezőhöz jutottunk, melynek használatát megfelelő esetekben melegen ajánlom a kartársak figyelmébe.

Milyen elváltozások találhatók a gerinczagyban és a csigolyaközti dúczokban a végtagok csonkitása avagy hibás fejlődése esetén?[1]

Irta: *Földes Móricz* dr., a budapesti Herczel-sanatorium és a győri közkórház volt segédorvosa.

A czímben jelzett kérdes aránylag sokat foglalkoztatta már a tudományos vizsgálódást. *Berard* óta, ki tudomásom szerint először foglalkozott az irodalomban e kérdéssel (1829-ben), mindenuntalan vizsgálat tárgya voltak az amputatiókkal kapcsolatos elváltozások, úgy hogy ma mintegy negyven tanulmány alkotja e kérdés irodalmát.

Berard a párisi anatomiai társulatban 14 évvel a halál előtt Waterloonál a vállizületben kiizesített katona hullájából való boncztani készitményen mutatta be a létrejött elváltozásokat: a csonkításnak megfelelő oldalon az elülső ideggyökök a gerinczvelő nyaki duzzanata táján sorvadtak voltak; a folytonosságukban megszakított idegek peripheriás végei különböző nagyságú neuromákban végződtek. Mindezen elváltozások Berard véleménye szerint gyuladásos táplálkozási zavar folytán jöttek létre.

Ebből az időből valók *Serres*, *Tiedemann* és *Gurlt* vizsgálatai is, kik hiányos fejlődésü végtagok mellett szabad szemmel az egész gerinczvelő és különösen a megfelelő duzzanat sorvadását észlelték.

Hosszabb szünet után 1853-ban *Türk* közölt két esetet; mindkét esetben a halál előtt két évvel történt czomb- illetve felkarcsonkítás. Az első esetben elváltozás nem mutatkozott, a második esetben a nyaki duzzanat táján az ideggyökök sorvadtak.

Ezek a vizsgálatok csupán a legszembetünőbb eltérésekre szorítkoztak s az elváltozásokat az említett kutatók — Berardtól eltérőleg — a csonkítás folytán létrejött tétlenségi sorvadásnak tekintették: „Schwund in Folge von Nichtgebrauch“.

Waller idegtani tanulmányai nyomában újabb vizsgálatok indultak meg, az előzőknél szélesebb alapon és nagyobb apparatussal. Az új módszerekkel új eredmények és ellentétes nézetek kerültek napfényre. Nagy eltérés mutatkozott az észlelt elváltozások között úgy mennyiségre, minőségre, mint a localisatiora nézve. Ezek az ellentétek újabb és újabb kutatást provokáltak, annál is inkább, mert az amputatiós elváltozások nemcsak kórboncztani, hanem épboncztani, szövettani és élettani szempontból is fontossággal birnak.

1868 és 1869-ben jelentek meg *Clarke*, *Dickinson* és *Vulpian* tanulmányai. Clarke egy 74 éves korában elhalt és 53 évvel halála előtt a bal czomb felső részén amputált hajós gerinczagyán s idegein szadad szemmel eltérést nem látott. A górcső alatt azonban az amputált oldali ülőideg jól kifejezett degeneratiót mutatott. Az egyes idegrostok nagy mértékben meg voltak vékonyodva; néhol a velős hüvely, sőt a tengelyfonál is annyira szét volt esve, hogy köztük különbséget tenni nem lehetett. Az idegrostkötegek közti kötőszövet meg volt szaporodva.

Ezen esetben a gerinczagy vizsgálatát Dickinson végezte és az ágyéki duzzanatból készített metszeten az amputált oldal hátulsó kötegének lényeges atrophiáját látta különösen a centrum felé eső részen. A közti kötőszövet némi szaporodást mutatott. A szürke állományban változást nem állapitott meg.

Dickinson még két esetet irt le, az egyikben a bal felkaron 23 évvel a halál előtt, a másodikban ugyancsak 23 évvel a halál előtt a jobb alkaron történt a csonkítás.

A vizsgálat a kóros oldali hátulsó kötegnek csekély sorvadása mellett a hátulsó szarvak alig kifejezett megkisebbedését mutatta ki a nyaki duzzanatban. A csigolyaközti dúczok ezen esetben nem vizsgáltattak.

Vulpian 5 esetről számol be. Az első 59 évet élt, halála előtt 47 évvel jobb lábszárán amputált nő volt. Gerinczagyvelején, ideggyökerein, idegein nem látott elváltozást a górcső alatt s még kevésbé szabad szemmel.

A második eset a halál előtt 20 évvel a bal lábszár alsó harmadán csonkított, 39 éves korában elhalt nőre vonatkozik, kiben az egész gerinczagy hosszában, de legkifejezettebben a kóros oldali ágyéki duzzanaton az elülső szarv s az elülső fehér köteg meg volt kisebbedve. Az egyes idegrostok megvékonyodtak, de nem estek szét.

A harmadik esetben egy 10 évvel halála előtt csípőizületi kiizelést szenvedett 34 éves korában elhalt férfi, a negyedikben pedig egy 84 éves korában elhalt s 16 évvel azelőtt a jobb czombon csonkított férfi került vizsgálat alá. Mindkét esetben a hátulsó fehér kötegre szorítkozott a sorvadás. A harmadik esetben az oldalköteg is megkisebbedett; a negyedik esetben pedig a nyaki duzzanat alatt az elülső fehér köteg atrophiája mutatkozott. A kóros oldali szürke állományban az elülső szarv alsó-külső dúczsejtcsoportjának számbeli megfogyatkozását észlelték.

Az ötödik eset egy 48 éves korában elhalt és azelőtt másfél évvel alkarján csonkított férfi volt, kin a nyaki duzzanatban felfelé a nyúltagyig, lefelé a háti gerinczagy felső részében az elülső köteg volt jelentékenyen megfogyatkozva; a háti gerinczagyban a hátulsó köteg is kisebb mértékben. A dúczsejtekben semmi eltérés.

Vulpian állatkisérletekre is kiterjeszkedett. Kisérletei abban állottak, hogy különböző korú kutyák ülőidegét átvágta s az állatokat különböző ideig hagyta életben. Igy alkalma volt az életkor befolyását s az amputatio idejének befolyását tanulmányozni. E kisérletek eredményeképen tapasztalta, hogy a fiatal állatokon rövidebb idő alatt s nagyobb mértékben fejlödik ki az elváltozás, mint az idősebb állatokon.

Esceteiben egyébként a megfelelő hátulsó köteg és hátulsó szarv megfogyatkozását találta. A dúczsejtekben eltérést nem talált. A csigolyaközti dúczokat nem vizsgálta. Minthogy csak dimensiobeli s nem a szöveti szerkezetre vonatkozó eltéréseket tapasztalt, Dickinson-nal és Clarke-kel ellentétben nem elfajulást, hanem functionális zavarok s tétlenség okozta megcsappant táplálkozás következtében létrejött sorvadásnak minősítette az észlelt elváltozásokat.

Erlenmayer (1872) is úgy találta amputált esetekben, hogy a kóros oldalon vékonyabbak az idegrostok, mint az ép oldalon.

Friedrich (1873) egy esetben 12 évig fennállott amputatio után elváltozást nem talált. Ebből következteti, hogy az eddig észlelt elváltozások nem állandóak és nem következnek biztosan be. Véleménye szerint részben bizonyos motorius müködések tartós kimaradása folytán létrejött másodlagos sorvadásról lehet szó, részben pedig felszálló gyuladást kell felvenni. A kevert idegcsonkban a szerint, a mint a gyuladás mindkét gyökön, vagy csak egyiken halad tova, az elülső vagy a hátulsó szarv, vagy mindkettő mutat sorvadást.

Genzmer (1876) egy esetben, midőn a jobboldali czombcsonkítás térdizületi csontszú miatt 30 évvel a halál előtt történt, az elülső (motorius) ideggyököket sorvadtnak találta. A conus medullarisban eltérést nem észlelt; de az ágyéki duzzanatban a jobb elülső szarv s ebben a dúczsejtek feltünően meg voltak kisebbedve. Genzmer tesz először említést a canalis centralis obliteratiojáról. Véleménye szerint fiatal fejlődő állaton végzett csonkítás után rövid idő alatt is nagyobb elváltozás jön létre, mint idös kifejlödött szervezeten hosszú idő alatt.

Hayem (1875 és 1876) emberen az elülső szarv sorvadását látta. Állatokon az egész kóros oldalra terjedő kisebbedést és kötőszöveti szaporodást észlelt; különösen a hátulsó szarv és köteg sorvadása volt kifejezett, e mellett azonban az elülső szarvnak s ebben az alsó-külső dúczsejtcsoportnak számban és nagyságban való megfogyatkozása is jelen volt. Az ideggyökök is sorvadtak,

[1] E közlemény, némi módositásoktól eltekintve, lényegében a budapesti tud.-egyetemen 1899-ben pályadíjat nyert tanulmánnyal azonos.

a hátulsók jobban, mint az elülsők. Két esetben a megvastagodott környi idegeket is megvizsgálta s bennök a rendesnél több ideg rostot s köztük a rendesnél vastagabbakat és vékonyabbakat, sőt velőshüvely nélküli tengelyszálakat is talált.

Az elváltozásokat nézete szerint nemcsak a tétlenség, hanem bizonyos „irritatio“ rovására is kell irnunk, mely a hátulsó gyökök mentén halad a hátulsó szarvon át az elülső szarv alsó külső dúczsejtcsoportjáig.

Hayem eredményeit a későbbi vizsgálatok is megerősítik, kivéve az idegrostszaporodásra vonatkozó megfigyelését. Itt valószinüleg tévedett Hayem, a mi a degenerativ szétesés helytelen megfigyeléséből illetőleg magyarázatából származhatott.

Buffalini és *Rossi* (1876) csak a fehérállományban, főleg a hátulsó kötegben talált sorvadást.

Leyden (1876) három esetet vizsgált s úgy találta, hogy mind a három esetben legkifejezettebb volt a sorvadás az elülső szarvban, továbbá a fehérállomány oldalsó és elülső kötegeiben. Az ép és kóros oldali dúczsejtek között különbséget nem talált. Egyik esete 2½ évvel, a másik 3 évvel, a harmadik 5 évvel a halál előtt amputáltatott; de legkifejezettebbek voltak az elváltozások az utóbbi esetben.

Mayser (1877) Gudden methodusa szerint állatkisérleteket végzett, tudniillik újszülött kutyákon a for. isch. maj.-ból való kilépés helyén átmetszette vagy kitépte az ülőideget a csigolyaközti dúczczal együtt s rövidebb vagy hosszabb idővel azután vizsgálván a gerinczvelőt, jól kifejezett sorvadást talált úgy a fehér-, mint a szürkeállományban, de különösen a szürkeállomány hátulsó szarvaiban. A csigolyák közötti dúczok kitépésével járó kisérlet természetesen már nem egészen analog az e tanulmány tárgyát tevő amputatiókkal.

Déjérine és *Mayer* (1878) nyolcz esetet vizsgált. Mindenik esetben, a szerint, milyen régi volt az amputatio, kisebb-nagyobb eltérés volt a gerinczvelő két felének nagysága között. Az elváltozás a megfelelő gerinczvelőduzzanattól különböző magasságig volt követhető a gerinczvelőben. Egy esetben az ágyéki duzzanat közepén az elülső szarv elülső-belső dúczsejtcsoportja számban megfogyott. A fehérállományban az oldalsó és elülső részek sorvadása volt kifejezettebb.

Dreschfeld (1879) 15 évvel a haláleset előtt történt czombamputatiós esetben csak az ágyéki duzzanatra szorítkozva az elülső szarv nagyobb, a hátulsó szarv kisebb sorvadását említi. Az elülső szarv intermedio-laterális dúczsejtcsoportjában a sejtek számra és nagyságra nézve megfogytak.

Kahler és *Pick* (1880) egy esetben (18 évig fennállott czombamputatio) az ágyéki duzzanat szürke állományát, valamint az elülső és hátulsó kötegeket sorvadtnak látta. Az elülső szarv elülső dúczsejtcsoportjai is számban, nagyságban megfogyatkoztak.

Másik esetükben (6 évvel a halál előtt alkaramputatio) jóformán csak az V. és VI. nyaki ideg magasságában találták a fehér- és szürkeállomány sorvadását. Ez esetben az elülső szarv külső dúczsejtcsoportjának megfogyatkozása volt kifejezett.

Erlitzky (1880) kutyagerinczvelőket vizsgált. A kisérleti állatok végtagjait amputálta a könyök-, illetve a térdizület felett. A fiatalabb állatokat néhány hó mulva, az idősebbeket két év mulva vizsgálta. Az utóbbiakon alig talált változást, míg a fiatalabb állatokon a megfelelő oldalon a hátulsó gyökök, a hátulsó kötegek, a hátulsó és elülső szarv dúczsejtjeinek sorvadását észlelte.

Edinger (1882) három amputatiós esetében alig kifejezett sorvadást talált a kóros gerinczvelőfél mindkét állományában. A dúczsejtekben egyáltalán nem észlelt változást, noha egyik esete 18, a másik 20 évvel a halál előtt amputáltatott.

Hayem és *Gilbert* (1884) egy hét évvel a halál előtt felkarján amputált egyén gerinczvelejében a plexus brachialis idegeinek eredése táján a hátulsó köteg, a hátulsó szarv és az elülső szarv, valamint a különböző dúczsejtcsoportok sorvadását találta oly mértékben, hogy a káros oldal dúczsejtjei az ép oldaliaknak csak ¼—⅕-ét tették ki.

Dudley (1886) vizsgálatai szerint egy 39 éves és 11 évvel a halál előtt amputált egyén gerinczvelejében a kóros oldal szürkeállománya az éphez képest ⅓-nyival megfogyatkozott. Górcső alatt a kóros oldalon talált 15—18 „plump“, nyúlvány nélküli sorvadt dúczsejtnek az ép oldalon 40—45 rendes alakú dúczsejt felelt meg. Az elülső ideggyök rostjainak száma megfogyatkozott.

Friedländer és *Krause* (1886) két felkar-, négy czomb- és két lábszáramputatiós esetet vizsgált meg. Különös tekintettel voltak az ú. n. Waller-féle degeneratiora, de csak az idegrostoknak bizonyos sorvos állapotát találták mindig csak az érzőrostokon, míg a motorius rostok épek voltak. Ők észlelték legelőször a Clarke-féle dúczsejtcsoport megfogyatkozását is.

Krause egy évvel később újabb eseteket vizsgálván, észlelte, hogy az idegek rövid idővel a csonkítás után szétestek; négy hét mulva pedig a szétesett idegrostok vagy teljesen eltüntek, vagy csak alig volt látható bennök a tengelyfonál. Ennek folytán Krause a csonkítás utáni elváltozásokat a Waller-féle degeneratioval megegyezőnek tartja.

Bignami és *Guarneri* (1889) egy esetben a hátulsó köteg megfogyatkozása mellett a *Gowers*-féle kötegnek (kisagy oldalkötegútja) kisebbedését is észlelte, a mit előtte határozatlanul kifejezve Vulpian is említett. Ezen leletet Friedländer és Krause eredményeivel és embryókon végzett saját vizsgálataival egybevetve *Flechsig* úgy vélekedik, hogy a Gowers-féle köteg összeköttetésben van a Clarke-féle oszloppal.

Homén tanulmánya 1890-ben jelent meg s munkája az eddig megjelent tanulmányok között a legnagyobb anyagról számol be. A helsingforsi pathologiai intézetben mintegy negyven különböző korú kutyán végzett csonkítást, illetve kiizesítést, változó végtagokon s a végtagok különböző helyén, illetve izületein. Az amputált állatokat azután különböző ideig tartotta életben. Vizsgálatainak eredménye csoportonként következőképen alakult:

A hátulsó végtagok amputatioja után legkifejezettebb volt a hátulsó fehér köteg elváltozása az ágyéki duzzanatban. A commissurától a periferia felé egyenletes volt a megkisebbedés, néha felényire. A kóros oldali idegrostok mintha valamivel vékonyabbak lettek volna. A hátulsó intramedulláris ideggyökök is vékonyabbak, mint az ép oldalon. Az elülső szarvak sorvadtak, még pedig a laterális részben. Az elülső szarv dúczsejtjei számban, nagyságban fogytak, le vannak kerekítve, elmosódott határúak s kevésbé jól festődnek, mint az ép oldalon. Ezen elváltozások az összes kóros oldali dúczsejtekre — kisebb mértékben a Clarke-féle oszlop dúczsejtjeire is — vonatkoztak, nem csak az elülső szarv alsó, külső dúczsejtcsoportjára, mint azt Friedländer és Krause találta.

Az elváltozások különböző magasságig voltak találhatók.

Az elülső végtagok amputatioja esetén az elváltozások körülbelül megegyeztek az előbbiekkel. Itt észlelte Homén, hogy a nyaki duzzanatban a hátulsó szarv megkeskenyedett.

A periferiás idegekben a velős hüvely sorvadt, néhol rosszul festődött, sőt szétesett hüvelyek is előfordultak. A kóros oldali idegkötegek kisebb átmérővel birtak, mint az ép oldaliak s a közti kötőszövet megszaporodott.

Erlitzky, *Friedländer* és *Krause* észleleteit megerősítve Homén is azt találta — közvetlenül a csigolyaközti dúczok alatti metszeteken —, hogy a mozgató rostok épek maradtak, ellenben az érző idegrostok a környi idegrostokon észlelt elváltozásoknak megfelelőn sorvadtak vagy degeneráltak.

A csigolyaközti dúczok vizsgálatára Homén fordított figyelmet először s szabad szemmel is lényeges megkisebbedést konstatált a kóros oldalon. Górcső alatt az elváltozások jobban voltak kifejezve a periferián, mint a centrumban, az elváltozás abban állott, hogy a dúczsejtek kisebbek, az idegrostok között pedig rosszul festődő, sőt szétesett velős hüvelyüek is láthatók voltak.

Az oldalsó köteg atrophiáját nem észlelte. Térd- vagy még alsóbb kiizesítés után hasonlók voltak az elváltozások, de kisebb fokúak.

Nemkülönben kisebb fokúak az elváltozások kifejlett állaton végzett amputatio után, a mint korábbi vizsgálatok is kiderítették.

Az amputatio fennállásának ideje quantitative befolyásolta az elváltozásokat. Az idegeken úgy a periferiás, mint a centrális részen már egy héttel az amputatio után mutatkoztak az elfajulás homályos jelei; kifejlett kutyákon a periferiás végen előbb.

A gerinczvelőben qualitativ elváltozást sohasem, mindig csak quantitativ eltéréseket tapasztalt.

Három esetben volt Honénnak alkalma vizsgálatot emberen végezni s e vizsgálatok megerősítették állatokon tett észleleteit.

Összefoglalva tapasztalatait, úgy vélekedik, hogy a gerinczvelőben csak sorvadás, míg a környi idegekben elfajulással kombinált sorvadás támad a végtagok csonkítása után.

A sorvadás okát Homén első sorban a csonkítás következtében beállott inactivitásban látja s ezenkivül fejlődő szervezeteken a fejlődés megakadásában.

Hogy csak az érző rostok változnak meg, ezt úgy magyarázza, hogy az érző rostok alkotják a centripetál pályákat s a csonkítás folytán kimaradnak az idegingerek. Azonban az érző rostoknak is csak egy része pusztul el illetve szenved elváltozást. Homén — Friedländer és Krause nyomán — ezen érző rostokról azt tartja, hogy specifikus érző végkészülékben végződnek s ezen idegrostokban leginkább jut érvényre az idegingerek csonkítás utáni kimaradásának a hatása.

A csigolyaközti dúczok metszetein előforduló degenerált idegrostokat Homén „áthaladó“ rostoknak tartja; e rostoknak trophiás centruma a gerinczvelőben van s az ezen átfutó rostok vezetik tova azután a gerinczvelő hátulsó kötegének és a hátulsó szarvnak elváltozásait.

Az elülső szarv sorvadásának okát az érzőrostokkal való reflectorius kapcsolatban s a mozgató impulsusok kisebb-nagyobb fokú kimaradásában keresi.

Az elülső gyökre véleménye szerint az elülső szarvról terjed a sorvadás, de csak régi amputatio eseteiben s akkor is csak kis fokban.

Marie és *Pelizzi* (1892) régibb amputatiók után a fehér állomány egyes kötegeinek s a szürkeállománynak degeneratioját mutatta ki.

Redlich (1893) véleménye szerint mindjárt az amputatio után degeneratio támad a motorius idegrostokban és évek multán fejlődik ki a tétlenségi sorvadás.

Vizsgálatait tengerimalaczokon végezte a csonkítás után 17—70 napal.

Marchi-féle módszerrel az elülső gyökökben néha az oldalsó dúczsejtcsoport felé az elülső szarvba is haladólag ú. n. fekete magvacskákat („schwartze Körnchen“) észlelt; a hátulsó gyökökben, illetve az intramedulláris idegrostokban ilyen elváltozást ritkábban látott.

Az elváltozás a centrum felöl mindig kevésbé volt kifejezve, mint a peripherián. Úgy véli, hogy a degeneratio mindkét oldalon folyamatban van.

Bregmann megelőző vizsgálatai alapján (1892) azt állította, hogy a degeneratio a dúczsejt felöl kezdődik, innen folytatódik a periferia felé.

Gregoriew (1894) a prágai kórboncztani intézetben 5 csonkított esethez jutott: két esetben felsőkar-, kettőben czomb- és egy esetben lábszárcsonkítás történt. A vizsgálatkor tekintetbe vette a beteg kórtörténetét és bonczolati jegyzőkönyvét is.

Egy 53 éves, 20 év óta felső karján csonkított egyénen a szürke-, a fehérállomány s a gyökök sorvadása mutatkozott. Az elülső szarvak mediális részében a dúczsejtek számban, nagyságban néhol egyharmadnyira redukálódtak. Ezenkivül a hátulsó intramedulláris gyökrostokon kifejezett degeneratio mutatkozott.

Egy másik felkar-amputatiós esetében az elváltozások hasonlók voltak.

Egy 53 éves, 5 év óta bal czombján ulcus varicosum miatt csonkított egyénen úgy az érző, mint a mozgató gyökökben kisfokú sorvadás mutatkozott. A kóros oldali ülőideg egyes idegrostjai a degenerationak már leirt jeleit mutatták.

Egy 23 éves, 2 év óta lábszárán csonkított egyénen s egy másik 47 éves, 1 évvel a halál előtt czombján csonkított egyénen csodálatosképen semmi elváltozást sem talált a szóban levő képletekben.

Nem lesz érdektelen felemliteni, hogy *Davida* még 1882-ben makroskopikusan vizsgált egy 40 éves, hiányosan fejlödött előkarral biró egyént. A gerinczagyon eltérést nem talált, de úgy az elülsö, mint a hátulsó ideggyökök felényire vékonyabbak voltak a kóros oldalon. A kóros oldali csigolyaközti dúczok hasonlóképen kisebbek. Természetesen itt nem beszélhetünk sorvadásról, hanem hiányos fejlődésről, és pedig, a mint azt Davida valószinünek tartja, intrauterin befolyások alatt létrejött perobrachiáról van szó.

Förster ilyen torzképződésekről az tartja, hogy a defectus az idegcentrumok, vagy egy a fejlődésben előhaladott szerv főidegének sorvadásán alapszik. A Davida által leirt esetben meg lehetett volna talán találni az idegcentrumok elsődleges elváltozását, de górcsői vizsgálat nem történt.

Kahlden (1893) egy 31 éves korában szívbajban elhalt s az intrauterin életben könyökizületén amputált nö gerinczagyában a hátulsó fehér köteg kivételével az egész fehér- és szürkeállományt nagy mértékben sorvadtnak találta.

(Vége következik.)

TÁRCZA.

A berlini XIV. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus.

A XIV. nemzetközi közegészségi és demographiai congressust *Berlinben* mult hó 23-án nagy ünnepélyességgel nyitották meg. Már a gyülés külső képe is érdekes volt. A még gyöngélkedő védnöknö: a *német császárné* helyett a *trónörökös* jelent meg. A hatóságokat ministerek, *Berlin* főpolgármestere, a külföldi államokat diplomaták képviselték. Az elnöki asztalnál a congressus elnöke, *Schönaich-Carolath* herczeg, az alelnökök: *Rubner* tanár és *Mayer* államtitkár, a szervező bizottság elnöke *Bumm*, s a főtitkár *Nietner* ültek. A termet zsufolásig megtöltötték a congressus tagjai, kiknek száma már az első napon meghaladta a 4000-et. Az ünnepély két és fél óráig tartott s az elnöki megnyitón kivül az egész időt az üdvözlések foglalták le. A császár s a birodalmi kormány nevében *Bethmann-Hollweg* minister, a porosz kormány nevében *Holle* közoktatásügyi minister beszélt. Utóbbi a közegészségügyi intézkedések forrását: a laboratoriumok tudományos munkáját ünnepelte s *Pasteur*, *Lister* s *Koch* érdemeit méltatta. A hadügyminister helyett *Schjerning* vezértörzsorvos ismert ékesszólásával a katonai és népegészségügy szoros összefüggését fejtegette. A terjedelmes elnöki megnyitó rendkivüli tanulságos statistikai adatokat tartalmazott. A német socialpolitikai törvények eredményekép közli, hogy az utolsó évben 140,000 ipari és gazdasági balesetet kárpótoltak 140 millió márka összegben, a rokkantsági járulék 166 millió márkára, a betegpénztárak által nyujtott kedvezmény 232 millió márkára rugott.

A főtitkár jelentéséből megtudjuk, hogy a német államok 214, 24 külföldi állam 200 képviselőt, hatóságok 154 képviselőt küldtek. Az üdvözlő testületek részéről *Löffler* tanár, mint az állandó nemzetközi közegészségi bizottság elnökhelyettese az elhunyt elnök, *Brouardel* érdemeit méltatta; a tudományos akadémia nevében *Waldeyer*, az egyetem részéről *Kaftan* rector szólott. A külföldi kormányok delegátusainak sorát *Chantemesse* tanár nyitotta meg, az angol királyt s kormányt a nagykövetség egy tagja képviselte. Austria nevében *Jouraschek* osztályfönök kissé hosszasan beszélt s annál nagyobb tetszéssel fogadták *Tóth Lajos* min. tanácsos rövid, formás beszédét. Az ö érdeme különben, hogy az internationális tudományos congressusokon Magyarország közjogi helyzete nemcsak érvényesül, hanem teljes mértékben kidomborodik. A külföldi képviselök hosszú sora következett ezután; nagy tetszést aratott China és Japán képviselője, de annál türelmetlenebbül hallgatták Románia képviselöjét, ki vég nélküli beszédben fejtegette javaslatait.

A congressus megnyitását a hygiene-kiállítás megnyitása követte s még aznap megalakultak a szakosztályok. Este a minisieriumok osztályfönökei, a szervező bizottság elnöke s néhány tanár ismerőseik s a delegátusok tiszteletére ebédeket adtak, este 9 órakor a porosz képviselöházban a congressus elnöke adott fogadóestélyt. Egyik napon a város vendégelte meg a congressus tagjait, a trónörökös pedig a kormányok első delegátusait ebédre hivta meg.

A szakosztályokban intensiv tudományos munka folyt. Az

idő javát referatumok s azokat követő viták foglalták le, az előadások igen helyesen háttérbe szorultak. A ministeriumok, a város, a vasutak, a tudományos intézetek rendkivüli értékes tudományos könyveket ajánlottak fel, *Berlin* orvosai pedig nagy fogadóestélyt rendeztek. Szóval a berlini congressus minden tekintetben fényesen sikerült. Jellemző, hogy a congressus czéljaira a Reichstag épületét engedték át s nemcsak a kiállítás volt itt elhelyezve, nemcsak a szakosztályi üléseket tartották itt, hanem még az iroda is a palotában volt: a német birodalom tudja, mit köszönhet a tudománynak s ezért hálás is! *G. E.*

Uti jegyzetek.

Junius első hetében *Bécsben* több orvosi érdekű mozzanatot figyelhettünk meg. Ekkor ment híre, hogy Bécs városa a király 60 éves uralkodásának emlékére *10 millió koronás kórházat* óhajt építtetni; még határozatba se ment ezen szándék s már is a combinatiók özöne lepi el az orvosi köröket. Állami vagy városi lesz-e a kórház, milyen speciális osztályokból áll majdan az, hol épüljön fel, mind olyan kérdések, a melyek orvosi körökben nagy mozgalmat indítanak meg. Természetes, hogy kiki a maga szakmájának óhajtana elhelyezést, de leginkább hézagot fog pótolni e kórház a gyermekorvoslás terén. A gyermekek majdnem kizárólag magánjellegű kórházakban nyernek elhelyezést, csecsemőosztály alig van s ha tekintetbe veszszük, hogy az évente született 50,000 csecsemő közül 10,000 gyakran hosszas betegség után vész el, nem jogosulatlan a kivánság, a mely első sorban ezen baj orvoslását tüzi ki czélul.

Midőn ily nagy arányú kórház létesítése oly nagy megelégedést és örömet vált ki, ugyanakkor ünnepli egyik magánkórház, a „*Rudolfinerhaus*“ 25 éves fennállását; az ünnepben egész Bécs városa részt vesz, pedig csak 100 ágyas kórházról van szó, a mely 25 év alatt 24 ágyról 100-ra bövült ki. A kórház megalapitása *Billroth* érdeme, a ki élete czéljának tekintette ezen kórház megalapitását s felvirágoztatását, a ki ebben olyasmit óhajtott alkotni, a mi őt túléli és a mit a világ mintaszerűnek ismer el. Egy pavillonrendszerű kórház, a mely egyúttal ápolónők kiképzését tűzte ki feladatául, ez a gondolat annyira lelkesítette Billrothot, hogy nem átallott egy tavaszi ünnepély keretében egyik sátorban egész délután zeneműveket árúsítani, ő volt a principális, a segéd, a kikiáltó egy személyben és sikerült neki rövid néhány óra alatt e czélra 10,000 frtot gyüjteni. Azon az alapon, melyet Billroth megvetett, fejlődött lassan ez intézmény s a most megnyilt Wilczek-pavillon 32 ágyával minden tekintetben mintaszerű. Már a külső képe is megragadó, elhelyezése olyan, mint egy villa a Böcklin-féle tavaszi kép lombdús fái között, hiányzik a többi épületet díszítő sgraffito, de nagy ablakos frontjával s lapos tetejével nagyon jól illik a keretbe. Ezzel a pavillonnal együtt a Rudolfinerhaus 6 pavillonból áll, a melyek füthető folyosóval állanak egymással összeköttetésben s egészben egy olasz villakolonia benyomását keltik. 13,000 m² területen 4000 m² terület van beépitve, a többi gyönyörü kert; tölgyek sora díszíti a bejáratot, a hol Billroth mellszobra int felénk. A pavillonok gazdag kiállításukkal és felszerelésükkel meglepők; mindenütt terazzoburkolat, tágas, világos folyosók, alacsony nyomású gőz- és melegvízfütés, a Rudolf-pavillonban külön gázkályhák, fayencefürdőkádak bizonyítják, hogy az egész berendezésről nem szükkeblüen gondoskodtak. Érdekes újítás, hogy az új Wilczek-pavillonban a betegek csengetését a kórterem ajtata felett a folyosón elhelyezett vörös villamos körte fénye jelzi, előnye ezen rendszernek, hogy a folyosón az ápoló személyzet könnyen tájékozódhatik. E pavillon II. emeletén van egy nagy terem az ápolónőiskola részére, a melyet gyakran a legmagasabb körökből is látogatnak, itt van a betegápolási tárgyakból összeállított muzeum. A földszintet kis kápolna és egy terem díszíti, a melyben a Billroth-reliquiák vannak összegyüjtve, itt van az ujság, a mely Billroth születését jelenti, itt látjuk Billroth sajátkezü rajzait, compositióit, rendjeleit, Rudolf trón-örökös leveleit, Billroth müveit különböző nyelvű fordításokban, mindmegannyi emlék, a mely e kórház megalapítójának szellemét, lelki nemességét hirdeti.

Külön figyelmet érdemel e főleg sebészi kórháznak műtőterme, a mely *Gersuny* utasításai szerint készült. Az operatiós tractus egy kiszögelő épületben nyert elhelyezést, itt foglal helyet a két műtőterem közös sterilizáló helyiségükkel. A tető s az egész fal, a honnan a megvilágítás történik, üvegből készült, a front észak felé tekint; úgy a tető mint a fal kettős s a kettő közti tér olyan, hogy benne egy ember elférhet. E közti térben vannak a fütőtestek, így a műtőtermet körülvevő meleg légréteg meggátolja, hogy tél idején a felső világítást nagyobb hó megbénitsa, mert az eső hó állandóan azonnal felolvad. E térben vannak elhelyezve a lámpák is, 4 reflektoros és 2 tejüveggel borított ívlámpa, a melyek árnyékmentes, diffus fényt adnak. Előnye ennek a rendszernek, hogy a világítótestek a műtőtermen kivül esnek, úgy, hogy a műtőteremben mindent kikerültek, a hova por telepedhetnék. Külön villamos ventilator gondoskodik itt a szellőztetésről. Külön narkotizáló helyiség, külön mosakodóterem, a hol a szokásos fayen cemosdók helyett nagy márványmosdók foglalnak helyet; általában dominál itt a márvány, a mely a műtőtermek falait is borítja. Az ambulans helyiségek külön műtőteremmel, a Röntgen laboratorium a legbökezüebben felszerelve. A Röntgent Stegmann kezelte s itt főleg a prostatatúltengés x sugaras kezelésével foglalkozott; a sors ironiája, hogy ezen röntgenologus a közelmultban leukaemia áldozata lett, a melyet hiába kezeltek az általa vezetett laboratoriumban x-sugarakkal.

Gersuny osztályán nagyszámú appendicitiseset ragadja meg figyelmünket; nemcsak a korai mütét hive, hanem minden esetben, ha a kórisme bizonyos, azonnal beavatkozik, az intermediaer szakban sem várakozik. Állandóan látunk az osztályon különböző pofa- és orrplastikai eseteket, a melyekkel oly nagy szeretettel és szakértelemmel foglalkozik; hetenként egyszer az ambulantián kizárólag paraffin-prothesiseket készítenek. A különböző plastikai eredményeket gondosan csoportositott képgyüjteményében szemlélhetjük, főleg az orrképlésben excellál nagy plastikai érzékével, a mely sohasem sematizál, hanem mindig individualizál.

Az *Eiselsberg*-klinika, a melynek berendezéséről mult évi „Uti jegyzetek“ közlésemben (Orvosi Hetilap, 1906. 43—44. sz.) beszámoltam, rendszerében az idén sem változott. A tudományos kérdések közül behatóan foglalkoznak a *tetania parathyreopriva* kérdésével. *Eiselsberg* az utóbbi 6 évben összesen 449 esetben végzett strumamütéte után 2 esetben súlyos tetaniát, 12 esetben könnyü jellegü Chvostek-tünetet, 2 esetben Chvostek- és Trousseau-tünetet észlelt, tehát összesen 16 esetben láttak postoperativ könnyebb-súlyosabb tetaniát, vagyis az eseteknek közel 4%-ában; *Kocher* csak ½% tetaniát észlelt. *Clairmont*, a klinika assistense úgy véli, hogy ez aránylag kis számot úgy nyeri, hogy a könnyü jellegü tetaniát nem számítja be a százalékszámításba. Hogy a tetania parathyreoid eredetü, már beigazoltnak tekinthető. A klinikán igen érdekes eziránytú kisérletek folynak. Patkányok epitheltestecseit *egymásutáni* időközökben, 10 nap—1 hó közt a hasfalba transplantálták, egy esetben sem jelentkezett tetania; ha 3—6 héttel az átültetés után az epitheltestecseket a hasfal megfelelő részével együtt eltávolitották, a mütét utáni napon észlelhették a tetaniát. Ha *egyszerre* távolitották el a patkányok epitheltestecseit s azonnal mindkettőt a hasfalba átültették, a következő napon tetania mutatkozott, de ez rövid időn belül lezajlott s az állatok ismét rendbejöttek. Egy másik kisérleti sorozatban eltávolitották a patkányok mindkét epitheltestecsét és más hasonló állat gland. parathyreoideáját ültették át, ez esetekben sem keletkezett tetania. Ezen kisérletek alapján azt ajánlják, hogy nehéz strumamütétek után azonnal meg kell vizsgálni az exstirpált strumarészletet, vajjon nem lett-e vele valamelyik epitheltest eltávolítva, mert akkor sterilis állapotban azonnal reimplantálni kell a parathyreoidtestet. Továbbá ajánlják, hogy egyszerü, féloldali intracapsularis cystaenucleationál egy epitheltestet távolitsunk el, mert ez semmi functionális kiesési zavart nem okoz s ültessük át tetaniás betegbe. Egy esetben, melyben Billroth 27 évvel ezelőtt végzett strumektomiát, mely után tetania jelentkezett, most ültettek át egy epitheltestet, melyet strumacysta enucleatiojakor nyertek, úgy látszik, eredménynyel; a betegen, a kiből amaz egy epitheltestet vették, semmi zavar

nem jelentkezett. Ezen kisérletek s az ezekből leszürt klinikai tapasztalatok teljes figyelmünket ragadják meg s további ezirányú vizsgálódásra utalnak.

Az agysebészet is különös érdeklődésre tart számot e klinikán. Újabban minden nagyobb agyi műtét előtt a *Neisser-féle agypunctiót* végzik. E czélra a beteget narcotizálják, a daganatra gyanús helyen a lágyrész előzetes sebzése nélkül, a villamos fúrót a koponyán át a kemény burokig előtolják. Az eljárás nem veszedelmes, érezni lehet, a mint a 2 mm. átmérőjü fúró a tabula externán, majd internán áthalad s ekkor a fúró eltávolítása után vékony próbapunctiós tüt reá illő, jól szívó Record fecskendővel alkalmaznak s ekként győződnek meg, vajjon cystosus tumorral van-e dolguk. Az agypunctio kivitelében tehát Eiselsberg eltér a Kocher ajánlotta eljárástól annyiban, hogy 1. a műtétet narcosisban végzi, míg az előbbi helybeli érzéstelenítésben, 2. hogy villamos fúrót használ, míg az előbbi kézi fúrót. Tekintve, hogy ezen explorativ punctio a Neisser ajánlotta pontokon végezve, kellő asepsis és technika mellett a nagy osteoplastikus trepanatiókhoz viszonyítva aránylag kis beavatkozás, ezen eljárást mindazon esetekben ajánlják, midőn lokális vagy általános agynyomási tünetek vannak jelen. A mi az *érzéstelenítés* kérdését illeti, a lumbalis analgesiát csak ritkán és szigorú indicatiók mellett végzik; rendesen általános érzéstelenítésben végzik a műtéteket, narcoticum gyanánt leginkább a Billroth-féle keveréket alkalmazzák. Újabban a Strauch ajánlotta veronal-chloroform-narcosist is kedvelik; a műtét előtti este 1 gm. veronalt kap a beteg, a mely így idegzetére csillapító hatást fejt ki, a betegek a külső behatások iránt tompítva, izgalom nélkül kerülnek a műtőasztalra. A pulsus arhythmiája, a mely egyébként a műtétre kerülő betegeken majd mindig megtalálható, veronal előzetes adagolása után nem szokott jelentkezni s így a beteg erős, jól működő szívvel kerül műtétre.

A *végtagsebészetben* kiterjedten alkalmazzák, főleg a heveny fertőző megbetegedésekben a Bier-féle pangásos vérbőséget; nem csak a klinikai fekvőbetegek, hanem az ambulans betegek is kiterjedten részesülnek a pólya gyógyító hatásában. Az ambulans betegek ellenőrzés végett délután újból jelentkeznek s így esetleges szövődményeknek elejét veszik. Természetes, hogy ezen Bier-kezelés maga egy assistens munkakörét teljesen betölti; azon három hóban, midőn az assistens a bejáró betegek kezelését végzi, az asepsises műtőtől teljesen távol marad, csak így vihető szigorúan keresztül egyfelől a bejáró betegek körültekintő kezelése, másfelől az asepsises műtő lehető tisztántartása. Újabban tanítási czélból nagy gondot fordítanak a friss sérülési esetekre is és így az osztályon számos ínsérüléses, idegátmetszéses esettel találkozunk. Az *ínsérülések* ellátása többnyire a Lange-féle varrattal történik, ha pedig nagyobb feszülést kell legyőzni, a csonkok pontos összefekvését hosszanti felületes varratokkal biztosítják. Az *idegvarratot*, a melyet azonnal a beteg jelentkezésekor végeznek, s a melyet a sürgős műtétek közé sorolnak, rendesen jodcatguttal végzik; hogy a környező szövetek és képződő hegek nyomásának a varrat ki ne legyen téve, rendesen az ú. n. tubulisatiót végzik. Állandóan készletben tartják a keményített borjúverőereket üvegrudakra húzva, hogy szükség esetén mindig kéznél legyenek. A frissen ölt borjú verőereit üvegrúdon 5—10%-os formalinban keményítik, ez oldatban a készítmény 48 óráig áll, azután 30 órán át folyó vízben kimossák, 20 perczig főzik és 95%-os alkoholban megőrzik. Az így nyert praeparatum úgy az asepsis, mint a távolabbi eredmény szempontjából teljesen megfelelő. Természetes, hogy az idegvarrattal még nincs befejezve a kezelés; erélyes utókezelés: massage és faradizálás javítja a közvetlen eredményt.

Felkelti a figyelmet az osztályon a *lobos eredetü végbélszükületek* kezelése. Előzetes kolostomia után konikus végtelen gummicsővel történik a szükületek tágítása a kolostomián keresztül. Igaz, hogy e kezelés lázas reactiót vált ki, de máris 2 esetről számolhatnak be, midőn ez eljárással gyógyulást értek el; egyik esetben a kolostomia spontan záródott, a másikban műtéttel elzárható volt. A távolabbi eredményről az idő rövidsége miatt még nem lehet nyilatkozni. *Steiner Pál* dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

E. Jacobi: Atlas der Hautkrankheiten mit Einschluss der wichtigsten venerischen Erkrankungen. Dritte Auflage. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg, 1907.

Jacobi kitünő bőrkórtani atlasza, melynek előző kiadásait annak idején ismertettük, nemrégiben harmadik kiadásban jelent meg. Ismeretes, hogy az előző két kiadás és a hozzájuk tartozó pótkötet nem egészen négy év alatt fogyott el, s hogy már angol, franczia, olasz, spanyol és orosz nyelvre is lefordították: oly eredmény, a melylyel csak nagyon kevés munka dicsekedhetik s a mely egymagában is mutatja, hogy csakugyan közszükségletet elégit ki.

Nem akarjuk itt ismételni mindazt, a mit az előző kiadásokról irtunk; csak kiemeljük, hogy a szines táblák élethüsége és szépsége, valamint a mellékelt szövegnek rövidsége mellett mégis minden lényegest felölelő, jól megérthető, világos volta csakugyan kimagaslóvá teszi ezt az atlaszt.

Az új kiadás többrendbeli javításon ment át: néhány kevésbé sikerült táblát újakkal pótolt a szerző, a pótkötet tábláit beillesztette, több új táblát vett be s a szöveget is megfelelően átdolgozta. Az atlasz most 132 táblán 245 szines képet tartalmaz. Ára igazán alacsony (45 kor. 60 f.), a mi mindenesetre tetemesen hozzájárult rohamos elterjedéséhez nemcsak a külföldön, hanem nálunk is.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Eston, formeston és subeston. A liquor aluminii acetici jótékony hatása kivánatossá tette, hogy szilárd alakban is alkalmazható legyen a hatóanyaga. *Saalfeld* ezirányú törekvéseinek eredménye az eston (bázisos $^2/_3$-aluminiumacetat, a melyben az aluminiumhydrát meglevő három valentiája közül kettő eczetsavval van telítve; finom, fehér, jól eltartható, vízben csaknem oldhatlan por), a formeston (bázisos aluminiumsó, a melyben csak az egyik valentia van eczetsavval telítve) és a subeston. Ez utóbbinak gyengébb az antisepsises és adstringáló hatása, úgy hogy tisztán használandó, míg a másik kettő talcummal vagy zinkoxyddal, vagy e kettőnek egyenlő mennyiségéből készült keverékével együtt jön alkalmazásba 10—50% tartalommal. Kenőcsalakban következőkép rendelhetők: Rp. Estoni, Ol. olivarum āā 1·0; Aqu destill., Lanolini anhydrici āā 2·0. — Rp. Formestoni, Ol. olivarum āā 1·0; Aqu. destill., Lanolini anhydrici āā 2·0. Úgy por, mint kenőcs alakjában erősen szárító hatásúak. Javaltak nedvező eczemában, főleg ha hyperidrosis által okoztatik, továbbá eczema impetiginosumban, lábszárfekély és herpes zoster eseteiben stb. Ha csupán szárító hatást igényel a bőrbaj, poralakban használjuk e készítményeket, a többi esetben, főleg szőrös helyeken, kenőcsalakban; a kenőcsöket vaselin hozzáadásával még puhábbá tehetjük. (Therapeutische Monatshefte, 1907. 8. füzet.)

Belorvostan

A heveny és idült rheumás és gonorrhoeás izületlobok gyógyításáról ir *Treupel* tanár az utóbbi 4 évben észlelt 529 esete alapján. Az eseteknek többsége (471) heveny és félheveny izületcsúz volt. Ezen bajban első sorban a natrium salicylicumot vette igénybe, s csak ha 4—5 nap alatt semmi eredmény sem mutatkozott, tért át más salicylkészítményre. Natrium salicylicumra prompt reactio 295 esetben (65%) állott be; a betegség tartama átlag 28 nap volt. Az első két napon 4—6 grammot szokott adni naponként, azután 3 grammra száll le és ezen adagon marad meg mindaddig, a míg a fájdalmak tartósan megszünnek és a hőmérsék is rendessé válik. A mi a natrium salicylicumnak a vesére gyakorolt hatását illeti: kétségtelen, hogy a salicylsav hatása következtében a vesének desquamativ hurutja támadhat, de ez a tovább folytatott salicylhasználat mellett meggyógyul; a veséknek tartósabb megkárosodásáról azonban szó sem lehet. Idült nephritisekben, a melyekhez polyarthritis

csatlakozott, szintén használta a natrium salicylicumot a legjobb eredménynyel, a vese megkárosodása nélkül. A natrium salicylicumon kivül különösen a phenacetin és aspirin (āā 0·5) kombinálását ajánlja kevés (0·02) codeinum phosphoricummal vagy e nélkül. A gyógyszeres kezelés mellett valamennyi esetben helyi kezelést is használt, a mennyiben a beteg izületeket nyugalomba helyezte és hyperaemiát létesített bennük. Ez utóbbi czélra legalkalmasabbnak bizonyult a pangás és a forrólevegőkezelés. Régebben 6—8 órára, újabban 2—4 órára alkalmazza naponként a forró, piros pangást. Az antistreptococcus-serummal is tett kisérletet, eredményei azonban nem biztatók s a kellemetlen melléktünetek és veszélyek miatt használatáról lemondott. Idültebb esetekben, vagy ha a többi tünetnek aránylag gyors visszafejlődése után egy izület még hosszú ideig duzzadt és fájdalmas marad, nagyon jó eredménynyel használja a pangást és a forró levegőt felváltva; ilyenkor csakhamar olyfokú javulás következik be, hogy áttérhetni a masszálásra, majd pedig, a mikor a passiv mozgás bizonyos határok között már lehetséges, a meleg fürdő használatára. A gonorrhoeás eredetü izületlobban — az alapbetegség befolyásolása mellett — szintén a pangás, a forró levegő, később a massage és a meleg fürdő a fő gyógytényezők. Az előzőkben felsorolt gyógyszeres és helyi kezelésen kivül súlyt kell helyezni a diaetás therapiára is. Csúzos eredetü lobokban nagyon fontos az alkohol megvonása. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 39. szám.)

Idegkórtan.

Hysteriás táplálkozászavarokról értekezik *Brissaud* és *Sicard*. Az egyik eset pemphigus hystericus czím alatt volt régebben bemutatva. Később kiderült, hogy a beteg tüzesre hevített tüzkaparóvassal ejtette magán a sebeket. A másik beteg 45 éves asszony volt. Ennek jobb vállára vakolattörmelék esett. Egy hét mulva kifejezett oedema fejlődött jobb karján, a melynek mozgásképessége megszünt. E miatt kártérítési pert akasztott a beteg a balesetért felelős vállalkozó nyakába, 18 hónappal azután pedig a kórházba vétette fel magát, hogy onnét bizonyítványt kaphasson. Belépéskor a végtag oedemája jelentékeny volt, de egy a vállon levő állandóan viselt kötés gyanúsnak látszott. A kötés elvétele ellen az asszony élénken tiltakozott, de az oedema egy-két nap alatt elmult, majd újból előállott. Az ápolónő kiderítette, hogy a beteg éjjelenként az árnyékszéken hosszú ideig tartózkodott és ott a gázvezető gummicsővel kötötte körül a karját. A megszorítás helye jól látszott. Az asszony okult a történtekből és a törvényszéki orvosok vizsgálata előtt pelotát helyezett el a hónaljában, a melyet vattás kötéssel szorított meg. A törvényszéki orvosok hysteriotraumás oedemát állapítottak meg; a baleseteért felelős vállalkozót 3000 frank kártérítésre itélték. Az asszony a pénz átvétele után meggyógyult.

Mind a két beteg erősen hysteriás volt, az egyiken hemianaesthesia volt kimutatható, a másik hysteriás görcsrohamokban is szenvedett. A szerzők óvakodásra intenek hasonló körülmények közt és rámutatnak arra, hogy majd minden hysteriás mythomániás is egyszersmind legmesszibbre menni hajlandó, akár pusztán parádéból, akár pénzérdekből. Különösen táplálkozászavarok esetében gondoljunk szinlelésre.

A társaság ugyanazon ülésén a hysteriás izomsorvadás is szóba került és általában megegyeztek abban, hogy ilyen nem létezik, legfeljebb az izom térfogatának csekély kisebbedése, a mi a tétlenségnek felel meg. *Brissaud* valamely tünet hysteriás voltának megállapításában *Babinski* véleményéhez hasonló álláspontra jut; *Babinski* szerint hysteriás csak olyan tünet lehet, a mely suggerálás útján előidézhető. *Brissaud* ugyanezt máskép fejezi ki, a mennyiben azt mondja, hogy a mit valaki suggerálás útján tesz, azt akarja is tenni. Hysteriás tünet tehát csak olyan tünet lehet, a mely akaratlagosan előidézhető. A hysteriás beteg akarja az illető tünet jelenlétét, azt szándékosan előidézi, azaz simulálja. Így pl. egy pásztor baleset után kezében contracturát kap, betegsége tartamára évi járadékot itélnek neki. Azóta a baj állandóan fokozódik és csak az évi járadék megszünte után gyógyulhat. Ez a beteg haszonlesésből simulál, más beteg ugyanezt más okból teszi. Példa erre *Charcot* osztályának egy betege, a kit minden orvosnak bemutattak és a ki így jelentékeny egyéniség lett. A mikor *Charcot* más osztályt vett át, az asszony megszünt nevezetes személy lenni és minthogy nem törődtek vele, meggyógyult. Ez a beteg simulált, hogy magát érdekessé tegye. A baj alapja a beteg gondolkozás. Ide tartozik a folyton szenvedő „femme á chaise longue“ typusa is. *Brissaud* végeredményképazt mondja, hogy nem a betegség simulál, hanem a beteg. Foglalkozni kellene azzal a kérdéssel, hogy adott esetben a beteg akaratot milyen indító ok mozgatja. (Revue neurol., 1907 julius 30.) *Kollarits Jenő* dr.

Hysteriás betegek idegrendszerének szövettani vizsgálata *Claude* közlésének tárgya. Az egyik beteg hysteriás hemiplegiában és contracturában, a másik egy ideig ugyanazon bajban, később paraplegiában szenvedett. Mind a két esetben kisebb eltérések voltak fellelhetők a homloki tekervények felett az agyburkokon és a tünetekkel össze nem függő egyéb elváltozások. A bemutató eseteivel azt akarja bizonyítani, hogy a hysteria sokszor kibővíti és megváltoztatja a csekély szervi elváltozások tüneteit. Igen makacs hysteriás tünetek jelenlétekor arra kell gondolni, hogy csekély szervi elváltozások adják az alapját annak a tünetnek, a melyet azután a hysteria fejleszt ki és tart fenn. (Revue neurol., 1907 julius 30.) *Kollarits Jenő* dr.

Sebészet.

A proctitis purulenta és ulcerosa kórtanához és gyógymódjához közöl újabb adatokat *Ruge* Körte tanár osztályáról, 75 észlelt eset kapcsán. A gyógykezelés 24 esetben öblítésből, 17 esetben anus praeternaturalis készítéséből, 2 esetben rectotomiából a heg kimetszésével, 13 esetben rectotomia post.-ból, 19 esetben exstirpatio rectiből állott. 17 beteg meghalt phthisis, ulcusperforatio, nephritis következtében, a fennmaradó 58 közül 39% tekinthető gyógyultnak egy éven felül. A különböző gyógyeljárások kritikai méltatása után oda concludál, hogy

1. a tisztán gyógyszeres kezelés, legyen az általános vagy helyi antilueses kezelés, csak akkor vezet gyógyulásra, ha még nincsenek fekélyek (proctitis purulenta); fekélyek s szükületek esetén legfeljebb csak javulás érhető el;

2. a colostomiával kapcsolatos gyógyszeres kezelés lényegében egyenértékü az 1. sz. alatti kezeléssel; ritkán a lapszerüen terjedő fekélyek meggyógyulnak, az általános állapot javul; a retrograd bougierozás veszedelmes;

3. ha a fekélyek nem haladnak tovább mint a flex. coli sigmoidea s ha ez mobilizálható, radikális gyógyulást érhetünk el a kóros végbélrészlet kiirtásával. Ha a fekélyek még feljebb is terjednek, vagy ha a flexura mesenteriuma nagyon rövid, a kombinált abdomino-perineális módszer alkalmazható; a perineális módszer akkor jöhet szóba, ha csak a legalsó végbélrészlet beteg;

4. sacrális metszésből a strictura excisioja haránt bélvarrattal csak akkor végezhető, ha nagyobb fekélyesedés nincs;

5. a *Sokoloff*-féle rectotomia post. csak akkor végzendő, ha az exstirpatio feltételei hiányoznak s az eset súlyossága a lokális beavatkozást megkivánja; a gyógyulásra így kevés a kilátás; a sphincter átmetszésével gondoskodni kell a secretumok szabad élvezetéről;

6. a proctitis ulcerosa és a lobos végbélszükület aetiologiája rendesen syphilises. Gümő, dysenteria és gonorrhoea ritkábban szerepel. (Archiv f. klin. Chirurgie, 1907. 83. k., 2. f.)
Steiner Pál dr.

A konyhasóoldat-infusio befolyását a chloroform-narcosisra kisérleti és klinikai megfigyelés tárgyává tette *Burkhardt* (Würzburg). Kisérletei során úgy járt el, hogy állatok hasürébe a narcosis *után* konyhasós infusiót végzett, a vizeletet bizonyos időközökben vizsgálta s azt tapasztalta, hogy az infusio semmi befolyással sincs a fehérje- és a chloroformkiválasztásra. Kisérleteiben, melyekben a narcosis *előtt* 10—20 perczczel végezte az infusiót, azon meglepő eredményre jutott, hogy az infundált állatoknál kétszer annyi chloroformra volt szükség a halál beálltáig, mint a controllállatoknál Előzetesen infundált állatoknál a chloroform kiválasztása is gyorsabban megy végbe, az állatok a narcosis után gyorsabban helyreállanak. További kisérletei arról is meg-

győzték, hogy a nervus vagus ingerlékenysége intensivebb marad, ha a narcosis alatt infusiót alkalmaz. Úgy látszik, hogy a vér felhigulásában van a magyarázata annak, hogy az infusio kedvezőleg hat a narcosisra. Ezen kisérletileg beigazolt tényt a würzburgi sebészeti klinikán practice is értékesítik. Minden nagyobb műtét előtt, melyet chloroformnarcosisban végeznek, 1/4—1/2 órával a műtét megkezdése előtt 1500—2000 cm^3 physiologiás konyhasóoldatot infundálnak helybeli érzéstelenítésben. Az eredmény kedvező volt: a narcosis alatt a vérnyomás csak kevéssé csökkent, a pulsus mindvégig jó maradt s a betegek gyorsan rendbe jöttek. Fejfájás, rosszullét, hányás vagy teljesen kimaradt, vagy csak kis mértékben jelentkezett. Ezek alapján ajánlja a praeoperativ infusiót főleg szív- és vesebántalmakban, vérszegényeknél s chloroformnarcosisos nagyobb húgyivarszervi műtéteknél. (Archiv f. klin. Chir. 1907. 82. k., 4. f.)

Steiner Pál dr.

301 intussusceptioról számol be *J. O. Rushmore*; ezekből kettőt saját maga operált, a többit az utolsó 5 év irodalmából állította össze. A betegek között 194 férfi, 92 nő. Az intussusceptio 17 esetben a vastag-, 14-szer a vékonybélben székelt, 206-ban úgy a vékony- mint a vastagbél részt vett képzésében. Legfontosabbak az operativ gyógyításra vonatkozó adatai. Idézi *Weiss*-t, a ki 134 publicatioban foglalt 321 esetből a következő számokat hozta ki a gyógyulásra vonatkozólag.

	Csecsemő	Gyermek	Felnőtt
Conservativ kezelés . .	16%	22%	26%
Rögtöni laparotomia . .	61%	90%	85%
Késői laparotomia . . .	54%	50%	50%

Rushmore eseteiben 6 hó alatti 125 egyénből meghalt 28·8%, 6—12 hónapos 103-ból 22·1%, 12—18 hónapos 11-ből 18·2% és 18 hónapon felüli 31-ből 14·8%. Az első 12 órában jelentkező betegek közül meghalt 12·5%, a 12—24. órában jelentkezők közül 39·7%, a 24 órán túl jelentkezők közül 68·9%; ennél hatalmasabb érv alig kell a korai operálás mellett. Általában véve az intussusceptiomütétek mortalitása a régebb tapasztalathoz képest csökkent. *Rushmore*-nél 32% az összmortalitás, míg a *Monsarrat* által 1892-ben gyüjtött 374 esetben még 51·7% ot tett ki. (Annals of surgery, 1907 augusztus.)

Pólya.

Gyermekorvostan.

A kanyaró ismétlődése. *Gonsalez Alvarez*, a madridi gyermekmenhely vezető orvosa közli, hogy több mint harmincz éves gyermekorvosi gyakorlatában sohasem észlelte oly tömegesen a kanyaró ismétlődését ugyanazon gyermeken, mint a lefolyt évben. Különösen három esete érdemel említést, hol kétségtelen kanyaró kiállása után 8, 9, 10 nap mulva újból typusos kanyaró jelentkezett. Minthogy a kanyaró kórokozója igen csekély resistentiájú, *Alvarez* véleménye szerint a *második* kanyarót a *hiányosan* immunizált szervezetnek új *külső* infectioja okozta, mely *rövid* incubatioval birt. (Annales de médecine et chirurgie infantiles, 1907. 17. szám.)

Vas Jakab dr.

Az idiotiának s a vele rokon állapotoknak előfordulásáról az általános orvosi gyakorlatban értekezik *Heubner* tanár. A kérdés fontosságát bizonyítja, hogy Németországban a jelenben körülbelül 150,000 gyengeelméjü van s 43 német városban 15,000 gyengébb értelmi fejlettséggel biró gyermek számára az iskolák pótosztályokat tartanak fenn. A berlini gyermekklinika ambulans betegeinek 1%-át teszik ki az idiota gyermekek. *Heubner*-t 9200 magánbetege közül 308 esetben (3·3%) a gyermek intelligentiájának zavara miatt consultálták. A 308 beteg közül 118 absolut rossz kórjóslatú idiota volt, kiknek felében egyébként semmiféle rendellenesség nem volt, másik felében részint általános végtagmerevség (Little!), részint előrement encephalitis, hydrocephalus, mikrocephalia tüneteit lehetett találni. Az absolut idiota s a némileg nevelhető gyermek közt átmenetet képezett 20 „imbecillis", kik az idiotia monoton képébe az intelligentiának legalább némi árnyalatát vitték bele. Gyakorlati szempontból fontosabb a betegeknek másik része, mert visszamaradt szellemi képesség mellett is nagy részük többé-kevésbé megmenthető a társadalom számára. Ezek közül több mint 70 esetben gyenge értelmi fejlettséget (Schwachsinn, Debilität) talált, túlnyomólag fiukon, kik többnyire az iskolaköteles korban voltak, s a kiken a csökkent szellemi képességhez (nehézkes beszéd, az emlékezőtehetség elégtelensége) többnyire visszamaradt testi fejlettség is csatlakozott. Extrem typusát ezen alaknak észlelte egy izben, midőn a gyengeelméjüség mikromeliával párosult. Itt rámutat a szerző a test s szellem párhuzamos ápolásának s nevelésének fontosságára, mert a hol a testi fejlettségben kisebb visszamaradást észlelt, ott a prognosis a szellemi működés javulását illetőleg kedvezőbb is volt. A szellemi gyengeség más 24 esetében, melyeket a „psychopatische Minderwertigkeit" kórképébe sorol, 5—14 éves gyermekekről volt szó, kiken főleg az akaraterő hiányos volta tünt fel (feltünő lustaság, gyakori hirtelen megakadás a beszédben, számolásban), kisebb számban voltak explosiv, bizarr cselekedetekre hajlók. A 24 beteg közül 7 enuresisben szenvedett, 1—1 izben nyúlajkat, farkastorkot, astigmatismust, hypospadiasist, egyik kéz atrophiáját, máskor a hiányát találta. Az e csoportba tartozó betegek gyógyítása a gyógypaedagogia legnehezebb feladata, bár szakértő vezetés mellett nagy részük többé-kevésbé javul. Külön említ 8 súlyosan „szórakozott" gyermeket, kiknél nem minden esetben beszélhetünk az intelligentia vagy emlékezőtehetség gyengeségéről, hanem a gondolatokat összpontosítóképesség hiányáról 10—14 év körüli gyermekek ezek, kiknél czélszerű individuális neveléssel, magántanítással lehet czélt érni. Kifejezetten neurastheniás gyermek körülbelül 10 volt (9 fiú) 7—16 év között. Ezeket jellemezte az idegrendszer rendkivül gyors kifáradása a legcsekélyebb szellemi vagy testi tevékenység után. Az ilyen gyermekeknek az iskolakényszer valóságos kín, melyet csak magánoktatással s falusi tartózkodással lehet némileg enyhíteni. Végül megemlékszik néhány tiszta „psychosis" képét mutató betegéről, kiken főleg félelmi érzetek jelentkeztek. Helyes psychiatriai kezelés mellett ezek meggyógyulnak. (Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns, I. kötet 2. füzet.)

Vas Jakab dr.

Bőrkórtan.

Az acne vulgaris therapiájához nyujt adatokat *K. Herxheimer* (Frankfurt a. M.). A betegség valódi oka sehogyan sincs még felderítve. Az a körülmény, hogy az acnés csomókban a legkülönbözőbb bakteriumok találhatók, azt mutatja, hogy csak másodlagos szerepet visznek. Talán több valószinűséggel kereshető az acne oka chemiai tényezőkben. A jod, brom belső, a kátrány és paraffin külső használata legalább ujjmutatással szolgál ez irányban. Sok tapasztalat szól a mellett is, hogy a bélből jutnak bizonyos anyagok a bőrbe. Az acnés kiütés néha időszakos s ilyenkor bő táplálkozás és bélrenyheség gyakran tapasztalható. Mindennapos tapasztalás továbbá, hogy az acnés kiütés főleg anaemiás fiatal egyének bőrét lepi el, de az úgynevezett seborrhoeás bőralkattal is gyakran egybeesik a bántalom. Mindezekből kiviláglik, hogy az acne vulgaris gyógyítása általános és helybeli kezelést igényel. Bizonyos, hogy helyén való lesz, ha oly acnés betegeknek, kik egyúttal gyomor-bélbántalmakban vagy zavarokban is szenvednek, diaetás eljárásokat vagy ivókúrákat rendelünk. De általánosítani ezt természetesen nem szükséges. Szintúgy szükségtelen a zsírfelvételtől való eltiltás, mert az erre vonatkozó anyagcserevizsgálatok felesleges dolognak mutatták ki ezt. Jó eredmény, sőt teljes gyógyulás látható elég gyakran anaemiás acnés betegeknek vaskezeléssel való gyógyításával is. A szerző az általános kezelés igen jó szerének tartja a sörélesztőt is. Ez néha feltünő gyors javulást hoz létre, de szükséges, hogy az élesztő friss legyen. A közönséges élesztőtől, a cerolintól, levuretintől és zymintől a szerző jó hatást nem látott. Az acne vulgaris általános kezelésének igazi eredménye azonban mégis csak kivételes. A fontosabb kezelés mindig csak a lokális lesz. Ennek egyik segédeszköze a comedók kinyomása. De ezt a műveletet némely bőr csak rosszul türi, mert azonnal tartós vérbőséggel, sőt lobos reactioval válaszol. A helybeli gyógyanyagokban nagy a választék, első sorban azonban mindig a kénre kell gondolnunk. A kén lehet pl. zinkkenőcsben adni 2—30%-os arányban. Ily kenőcs főleg éjszakára rendelendő. A szerző a következő linimentumot is nagyon ajánlja: 15 rész sulf. praecip.,

45 rész aqua calcis és 10 rész aqua amygd. amar. Ez a keverék úgy hat mint a solut. Vlemingkx, de nincs maró hatása. Ha ez a linimentum a használat folyamán erősebben izgat, közben ung. Wilsoni-t használtatunk a beteggel. Az ichthyol használata kevésbé ajánlatos, különben sem tűri minden bőr. Jól beválik sokszor a resorcin is, bár erősebb hatású, mint a kén. Alkalmas a következő összetételű pasta: Resorcin 10·0, zinc. oxyd. 25·0, talc. venet. 25·0, paraffin. liq. ad 100 0. Szerves anyaggal, pl. disznózsírral, amylum-mal nem jó a resorcint keverni, mert bomlik. A kenőcsös eljáráson kivül igen jól alkalmazható még a meleg vízgőz is, ha kitartóan alkalmaztatjuk. De nem minden acnés beteg óhajtja vagy tűri az erősebb hatású szereket. Ezek számára néha sikerrel ajánlható a thymolresorcinos vagy salicylsavas spiritusos kezelés. Beválik olykor — jóllehet csak könnyebb esetekben — a sol. alum. acet. hig keverékével való borogatás, szintúgy a spiritus sapon. kalinus. Makacs kemény acnés csomók ellenében a salicyl- vagy kénesőtapasz kiserelhető meg. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 37. sz.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A húgyhólyag gümőkórjáról ir *R. Walker*. Motz és Halleval egyértelműen a kórbonczolástani lelet alapján a tuberculosisban a következő négy időszakot különbözteti meg: 1. az invasiót és a gümőképződést, 2. a felületes kifekélyesedés állapotát, 3. a mélyreható beszürődést és 4. a teljes destructiót.

A betegség első szakában az erek tágultak és a kötőszövetben már, kezdetben ugyan csak szórványosan, kialakulnak azok a lymphoidsejtek, a melyek később epitheliális jelleget öltenek; később az óriássejtek és a leukocyták a szöveteknek a centrumában helyenként nekrosist is idéznek elő és kész a fekély. A fekély környéke lobos, vagyis piros és duzzadt, az ulcus maga szabálytalan alakot ölt és belőle helyenként apró gümők burjánoznak ki. A mikor a fekély már a submucosát is átmarta, a hólyag azon a helyen gerendázottnak látszik, mert az egyes izomkötegeket csupán vékony sarjszövet borítja. A harmadik időszakban az izomzat fokozatosan teljesen tönkremegy; az izomzatnak a helyét bőséges rostszövet tölti ki, a hólyagfal jóval vastagabb, de a hólyag összehúzódásra már képtelen. Idővel a hólyag belső felülete teljesen ki fekélyesedik. A negyedik időszakban az izomzat már egészen elpusztult, a hólyag most már petyhüdt zacskóhoz hasonlít.

Az első kóros jelenségek rendesen az ureternyilások körül fejlődnek ki, innét minden irányban mintegy sugárszerüen terjednek szét és csakhamar elérik a trigonumnak a felső szélét is. A legtöbbször a hólyaggal együtt valamelyik vese is gümőkóros; már kevésbé gyakori az az eset, a mikor a mellékheréből indult ki a bántalom, s ennél még ritkább az, a mikor a hólyag a prostatával közösen van fertőzve. A gümőkóros fertözés tehát az esetek nagy többségében a veséből száll alá a húgyhólyagra; a statistikában a mellékhere csak másodsorban szerepel mint primaer gócz; ilyenkor az infectio a ductus deferensen halad felfelé, útjában fertőzi az ondóhólyagot és a prostatát is és az utóbbinak a kivezető csövein keresztül jutnak el a Koch-féle bacillusok az urethranyálkahártyán végig a húgyhólyagba.

Az *aetiologia* tekintetében tehát semmiképen sem kétséges, hogy a gümőkór sohasem lepi meg elsődlegesen a húgyhólyagot; a vérér- avagy nyirokrendszer révén való fertőzést tehát teljesen kizárhatjuk; az infectio mindig a már említett szervek valamelyikéről terjed át a hólyagra. A streptococcus és gonococcusinvasio csakúgy mint a hólyagnak és az urethrának eszközökkel és húgykövekkel okozott sérülése, valamint a strictura is a talajt a gümőkór részére kedvezővé alakítja át. Az öröklésnek ebben a bántalomban ugyanaz a szerep jut, mint a tüdőgümőkórban.

A *klinikai tünetek* közül a gyakori és nagyon fájdalmas vizelés uralkodik a kórképen; a haematuria már kevésbé gyakori, bár genyen, gümőbacilluson és felhámsejteken kivül a vizelet igen sokszor vért is tartalmaz. Lázat és rázóhideget nem minden betegen fogunk észlelni. A végső szakot a nagyfokú anaemián és a feltünő lesoványodáson kivül a teljes incontinentia jellemzi. A biztos diagnosist azonban egyedül a tükörkép fogja megadni. A vizeletvizsgálat szempontjából igen fontos, hogy a csapolás előtt a glanst gondosan megtisztítsuk, nehogy a smegmacsírákat Koch-féle bacillusoknak nézzük. Diagnosis czéljából ne végezzünk tuberculinbefecskendezéseket, mert ezek után a betegség többnyire rosszabbra fordul. A *prognosis* csaknem kivétel nélkül igen rossz; a szerző még nem észlelt olyan esetet, a mely végérvényesen gyógyult volna.

A *therapiának* első dolga az elsődleges gócznak — vese, mellékhere — az eltávolítása. A beteg vesét ki kell irtani (nephrectomia), ha pedig a mellékheréből indult ki a bántalom, a ductus deferens magas resectiojával végzett egyoldalú castratiót az ondóhólyagnak, sőt esetleg a prostata egy részének a kimetszésével kell kombinálni. A megoperált beteget, megfelelő diaetával, pormentes, meleg, napsugaras klimatikus helyen kell gondozni és a fekélyeknek a gyógyulását jodoformglycerinemulsioval eszközölt hólyagmosásokkal támogatni. A specifikus hatásúnak ajánlott bármely más folyadéknak a befecskendése a szerző észlelése szerint épen kevés eredménynyel jár, mint a sebészi beavatkozások közül a nyálkahártyának a kikaparása és az edzése (thermocauter). A felső hólyagmetszésnek nincsen gyógyító értéke, de a gyakori és kínos vizelési ingert megszünteti és igy mint palliativ eljárás csakugyan igen sok esetben lesz helyén. (Journ. des hopitaux, 1907 márczius). *Drucker Viktor* dr.

Venereás bántalmak.

A házinyulak corneájának kisérleti syphiliséhez nyujt adatokat *P. Mühlens* (Berlin). A syphilises anyaggal való oltás által létrehozott keratitis parenchymatosa-esetek száma egyre gyarapszik. *Bertarelli* eljárásával már számos vizsgálónak sikerült corneális syphilist létrehozni és azt továbboltással egész sorozatban tovább vinni. A szerző a spirochaeta pallidát emberi syphilises anyagból nyulak corneájára, majd majomra s innen ismét nyúlcorneára oltotta. Ezzel az oltási sorozattal sikerült a szerzőnek megállapitani, hogy az emberi syphilises anyag a nyúl corneáján specifikus keratitist okoz, az innen vett kaparék a majmon typusos primaer affectiót hoz létre, a melynek vakarékával a nyúlon ismét keratitis létesithető. A spirochaeták a passagenak minden fokán kimutathatók voltak. A szerző legújabb kisérletei azt bizonyítják, hogy nyulakon a keratitis congenitalisan syphilises gyermekek szerveivel is létrehozható. E czélból syphilises gyermekeknek friss hullájából a tüdőt, májat és mellékveséjét használta fel. E szervekből kisajtolt nedvet beoltotta nyulak corneájába; az oltások több héttel később typusos keratitis parenchymatosára vezettek. (Deutsche med. Woch., 1907. 30. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az inoperabilis méhrák kezelésére *Gellhorn* az acetont ajánlja. A rákot először is kürettel kikaparja, gyapottal jól megszárítja és csöves speculum segélyével acetont önt be, még pedig felpolczolt medencze mellett (Trendelenburg-féle helyzet); 15—30 percz mulva eltávolítja az acetont. A további kezelésben kürettezésre nincs szükség, csak egyszerüen az aceton alkalmazandó hetenként 2—3-szor. Ezen kezelésmód mellett a kiállhatlan büz megszünik, a vérzés csökken, a sebfelület megkisebbedik, az általános állapot javul. (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1907. 17. szám.)

A törött csontok egyesülésének elősegítésére *Almerini* néhány esetben eredménynyel használta a gelatinának befecskendezését az izomzatba. Physiologiai konyhasóoldattal készített 2·5%-os gelatinaoldatot használt, a melyhez még 1/20%-os carbolt is tett. Ebből 10 cm³-t fecskendezett be minden alkalommal. A befecskendezéseket, a melyek alig fájdalmasak, a betegek jól türték. (Ref. La sem. méd. 1907. 37. sz.)

Arthritis deformans ellen *Kolipinski* az acidum pyroligosumot ajánlja 10—30 cseppnyi napi adagban. *Hall* is nagyon jó eredményt látott ezen szertől a nevezett bajban. Szívbaj fennforgásakor csak nagyon óvatosan szabad használni az acidum pyroligosumot. (Ref. La semaine médicale, 1907. 31. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 40. szám. *Albeker Károly:* A Calmette-féle ophthalmoreactio mint a tuberculosis specifikus ismertető jele. *Hercz Oszkár:* A hysteria, neurasthenia és alkoholos elmezavar a törvényszék előtt.

Orvosok lapja, 1907. 40. szám. *Jacobi József:* A tetania oktanához, tekintettel a pajzsmirigyre.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 40. szám. *Lénárt Zoltán:* Az ictus laryngisről. „Urologia" melléklet, 4. szám. *Winternitz Arnold:* Az ectopia vesicae és annak műtéti kezeléséről. *Jakab László:* A neuropathia sexualis physikai kezelése. *Hoff Mór:* Új készülék katheterek sterilizálására áramló gőzzel. *Feleki Hugó:* Idegen test a hólyagban.

Vegyes hirek.

Kinevezések. *Dénes Ignácz* dr.-t a nagyváradi közkórházhoz segédorvossá, *Vulkán Kornél* dr.-t és *Bernát Ödön* dr.-t pedig a bajai városi közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

Jelentés Békés vármegye közkórházának 1906. évi működéséről. Közli *Berkes Sándor* dr. kórházigazgató. A kórházban a mult évben összesen 4539 beteget (2600 fi és 1939 nő) ápoltak. Ezenkivül elhelyezést és ápolást nyert 559 elmebeteg (327 fi és 232 nő). A kórházi betegek közül meghalt 3·99%, az elmebetegek közül 10·73%. A kimeritő statistikai adatokon kivül három értekezést is tartalmaz a jelentés. Az elsőben *Décsi Károly* dr. főorvos „Társas összejövetelek, ünnepélyek az elmegyógyintézetben" czimmel ir, a másodikban *Luxenburger György* dr. a kórház fogorvosi rendeléséről számol be, a harmadikban pedig *Kaczvinczky János* főorvos kimeritően (47 lapon) ismerteti a sebészeti osztály működését. A műtétek száma 1256-ra rúgott, a műtett betegek közül 38 halt meg.

Megjelent. *Schlesinger Miksa* dr., a pozsonyi vizgyógyintézet igazgató-főorvosa: A heveny fertőző láz hydriatikus kezeléséről.

A budapesti egyetemi I. számú női klinikán szeptember hóban a szülések száma 157 volt (először szülő 87, többször szülő 70). A született magzatok száma 159, még pedig élő 137, halott 15, macerált 7; érett 120, kora 26, éretlen 12; fiú 86, leány 68, kérdéses nemű 5; törvényes 60, törvénytelen 99. A gyermekágyas nők közül meghalt 2. A nőbeteg-osztályon 39 beteget ápoltak, a kik közül 1 halt meg. A klinikával kapcsolatos poliklinika 98 esetben nyujtott segitséget, a műtétek száma 75 volt.

Meghalt. *Debert János* dr. cs. és kir. I. oszt. főtörzsorvos, a budapesti 17. számú helyőrségi kórház vezetője, e hó 6.-án 54 éves korában. — *Lipeczky Endre* dr. e hó 4.-én 33 éves korában. — *J. Carroll* bakteriologus Washingtonban. Az elhúnyt tagja volt annak a bizottságnak, a melyet a sárgaláz tanulmányozására 1900-ban Cubába küldöttek s ő volt az, a ki fertőzött moszkitóval szándékosan megcsipette magát, hogy ezzel positiv bizonyitékát adja a sárgaláznak a moszkitók útján terjedésének; csakugyan súlyosan meg is betegedett, s társa, Lazear, a ki szintén megcsipette magát, bele is halt. — *Guiraud*, a hygiene tanára Toulouseban. — *R. Kossmann* tanár, ismert nőorvos, 59 éves korában szeptember 29.-én. Kossmann előbb a zoologia magántanára volt Heidelbergában s mint ilyen kapott rendkivüli tanári czimet. Később Berlinben telepedett le mint nőorvos; berlini collegái feljelentést tettek ellene a tanári czim jogosulatlan s a közönséget félrevezető használata miatt, de a biróság ehhez való jogát megállapitotta. Kossmann élénk irodalmi tevékenységet fejtett ki különösen orvostársadalmi téren.

Kisebb hirek külföldről. A lipcsei egyetemen a fogászatból egy második rendkivüli tanszéket is szerveztek s ezt *W. Pfaff* dr.-ral töltötték be. — Bolognában *Combo* dr. a gyermekorvostannak s Cagliariban *Colombini* dr. a börkórtannak rendes tanára lett. — *Koch Róbert* tanár s az általa vezetett expeditio, mely az álomkórság tanulmányozására küldetett ki, október végén visszatér Afrikából. — *Ahlfeld* tanár utódjává a marburgi gynaekologiai tanszékre *W. Stöckel* greifswaldi tanárt hivták meg. — *A. Stieda* sebész-magántanárt a königsbergi egyetemen a tanári czimmel tüntették ki.

A „Gesellschaft deutscher Nervenärzte" folyó évi szeptember 14. és 15.-én tartotta alakuló ülését. Ez a társulat azzal a czélzattal alakult, hogy a ma már oly nagy jelentőségre szert tett neurologia mint külön szakma általános elismerést nyerjen, a német egyetemeken külön tanszékekkel képviseltessék és az elmekórtannal foglalkozók részéről a neurologiának a psychiatriával való összefoglalása ellen állást foglaljanak. A neurologia kétségtelenül csakis mint a belorvostannak egyik nagy terjedelemre nőtt külön ága szerepelhet. Az alakuló ülés nagy látogatottságnak örvendett. *Oppenheim* (Berlin) üdvözölte a megjelenteket, a kik csakhamar elfogadták az alapszabálytervezetet és megválasztották *Erb* (Heidelberg) tanárt első elnökül, *Oppenheim*-ot másodelnökül. Jegyzők: *Bruns* (Hannover) és *Schönborn* (Heidelberg), a bizottság tagjai *Frankl-Hochwart* (Bécs), *Saenger* és *Nonne* (Hamburg), *Monakow* (Zürich), *Edinger* (Frankfurt). Ezután a tudományos ülés vette kezdetét, a melyen az agy és gerinczvelő daganatairól *Oppenheim*, *Krause*, *Eiselsberg*, *Bruns*, *Nonne* adtak elő érdekes megfigyeléseket, *Neisser*, *Pfeiffer* az agypunctiót tárgyalták. Ezen kivül számos neurologiai kérdés került még tárgyalásra. Az üléseken *Oppenheim*, *Erb*, *Jendrássik* és *Mingazzini* elnököltek. A jövő évi ülés október első hetében Heidelbergben fog megtartatni, a melyen *Oppenheim* az idegkórtan tanításáról, az idegosztályok és idegklinikák létesitéséről, *Erb*, *Schönborn* és *Wassermann* a cytologiának és serologiának az idegbajokban való alkalmazásáról fog előadást tartani. A társulat tagja lehet minden approbált orvos. A tagság díja 10 márka.

A marienbadi orvosok egyesülete szeptember 9.-én tartott ülésén elhatározta, hogy beteg vagy üdülésre szoruló orvosok részére Marienbadban intézményt létesit, a mely már a jövő évadban életbe lép. Egyelőre csak Ausztria-Magyarország és Németország orvosai fognak részesülni az intézet kedvezményében: szabad lakás, ingyen fürdés, a fürdődij alól való felmentés, olcsóbb étkezés. Addig, mig külön épület nem áll az intézmény rendelkezésére, orvosok tulajdonát tevő házakban nyernek elhelyezést a kedvezményt igénybe venni óhajtó kartársak. Az intézmény vezetésére *Grimm*, *Stark* és *Zörkendörfer* dr.-okból álló bizottságot küldtek ki, a mely már most is szivesen szolgál bárminemű felvilágositással.

Három évi nehéz, önfeláldozó munka eredménye fekszik előttünk, az általánosan előnyösen ismert **Keleti J. orvos-sebészi műszergyáros czég** (Budapest, IV., Koronaherczeg-utcza 17) **nagy árjegyzéke, melyet tetemes anyagi áldozatok árán bocsát az orvos urak rendelkezésére.** A mű már külsejét, az anyagot, nyomást és természethű ábrákat tekintve, remeke a magyar iparnak. Tartalmát illetőleg pedig valósággal páratlan a maga nemében, a mennyiben az eddigi szokástól eltérően, **nem a sablonos külföldi árjegyzékek mintája szerint készült, hanem szakszerü összeállitásakor, rendszeres kidolgozásakor, gyakori tanulmányutakon és szakmabeli congressusok látogatása alkalmával szerzett gazdag tapasztalatok szolgáltak alapul** és azért bizonyos, hogy ezen árjegyzék rövid idő alatt nélkülözhetetlen **kézikönyve lesz hazai orvosainknak,** kik minden szükségletüket a megfelelő rovatban a legnagyobb könnyüséggel megtalálják, minthogy az árjegyzék nemcsak pontos tárgymutatóval, de a műszerek feltalálóinak névszerinti mutatójával is el van látva.

Az árjegyzékben a legnagyobb pontossággal és részletességgel fel vannak véve mindazon műszerek és újdonságok, melyek egész a mai napig a gyakorlatban a legnagyobb bel- és külföldi orvosi tekintélyek tanúsitása szerint hasznosaknak, czélszerűeknek és szükségeseknek bizonyultak, és pedig minden egyes műszer a saját szakának megfelelő fejezetben.

Ezen mű megérdemli, hogy reá hazai orvosaink figyelmét külön is felhivjuk és egyszersmind őket ezen, az orvosi műszergyártás iparának fejlesztéséért mindig áldozatra kész czég támogatására a legmelegebben buzditsuk.

A czég gyára, mely villamos üzemre van berendezve, **szállit teljes kórházi berendezéseket, orvos-sebészeti műszereket,** továbbá **saját találmányú sérvkötöket, orthopaediai gépeket, villamos orvosi készülékeket, műtő- és vizsgáló-asztalokat, műszerszekrényeket, mosdókat, irrigátorállványokat, gőzsterilizátorokat** stb.; elvállal jutányos árakon műszerjavitásokat, dynamonikkel ezéseket, angol műköszörüléseket.

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

Vizgyógyintézet a „Fasor" (Dr. Herczel-féle) sanatorlumban, 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.** 2513

Dr. Gara Géza, Meran. Sanatorium. Prospectus.

JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.
Budapest, IV., Károly-körut 14.
Fürdők, sugaras gyógyitás, physikális gyógymódok.

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

Kopits Jenő dr. testegyenesitő intézetét **VIII., Gyöngytyúk-utcza 14. sz.** alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

Orvosi laboratorium: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—69.

SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybetegek, alkoholisták, morphinisták számára. Vezető orvos **Salgó Jakab** dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágositással. Prospectus. Sürgöny: Budapest. Telefon 79—72. Posta Rákospalota. 1703

ERDEY Dr. **Budapest, IX., Bakács-tér 10.**
14/153109 **SANATORIUMA.** **Nőbetegek és szülőnők részére.**

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (Ülés 1907. május hó 16.-án az izraelita-kórházban.) 740. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (1907. április 13.-án tartott IX. szakülés.) 740. l.

A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(Ülés 1907 május hó 16.-án az izraelita-kórházban.)

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

(Vége.)

Faragó Zsigmond: Sérvműtét.

Az 56 férfibetegen baloldali kizárt sérv miatt műtétet végzett. A kizáródás két nap óta állott fenn. A sérv tojásnagyságú, fájdalmas, a has puffadt, érzékeny; hányás és csuklás. A műtét myocarditis és emphysema miatt narcosis nélkül végeztetett. A kizárt sérv egyenes lágyéksérv volt, tartalma cseplesz és kb. 6 cm. hosszú vékonybélkacs $^1/_2$ dcl. sérvvízzel. A kapu tágítása és a tartalom visszahelyezése után gyökeres műtét végeztetett. Ezen sérven kívül ugyanazon oldalon egy inguinális ferde sérv is volt, melyet *Bassini* szerint operált meg. Gyógyulás per primam.

Faragó Zsigmond: Az ondózsinór torsioja.

Két esetéről számol be: egy 27 éves férfi esetéről, kinél a torsio magától kiegyenlítődött és egy 24 éves férfi esetéről, kinél az ondózsinór torsioja a processus vaginalis ürébe jutott here és ondózsinór üszkösödését idézte elő. A torsio kétnapos volt. Az ondózsinór kétszer 360°-nyira volt megcsavarodva. Bemutató a herét és az ondózsinórt eltávolította. Gyógyulás.

Báron Jónás: Belső bélelzáródás.

Az 1906 május 5.-én felvett 23 éves férfibeteg 10 nap óta hasgörcsökben szenvedett, gyakran hányt, négy nap óta szelek nem mentek és székrekedése volt, a has puffadt, a beteg sokat csuklott és hányt. Felvétel napján hasmetszés. A bélelzáródást egy 8 cm. hosszú, 2 mm. vastag, harántul haladó zsineg okozta, mely a vékonybél mesenteriumának jobboldali bélszélétől kiindulva egy félméter hosszú vékonybélkacsot szorított le és másik végével a mesenterium baloldalának gyökrészéhez tapadt. A zsineg a bél átvizsgálásakor átszakadt. A hasseb záratott. Gyógyulás.

Báron Jónás: Bélszűkület tüneteivel járó appendicitis.

A 35 éves férfibeteg 1906. november 6.-án vétetett fel. Évek óta székrekedésben szenvedett, négy hónap előtt bélhurutja támadt, mely hasgörcsökkel és gyakori székeléssel járt és hetekig eltartott. Azóta széke csak beöntésre van és gyakran vannak görcsei a gyomor- és köldöktájon. Hetek óta este hány. Utóbbi időben erősen fogyott. A has kissé puffadt, tapintásra nem érzékeny, a köldöktájon a belek peristaltikus mozgása látható, gyomorfelfúváskor a köldök felett egy harántirányú, hurkaalakú, tömöttebb képlet tapintható. Diagnosis: Minden valószínűség szerint akadály a vékonybélben. November 19.-én műtét. 10 cm. hosszú metszés a has középvonalában a sternum alsó végétől a köldökig. A vékonybélben itt rendellenest nem találván, B. a hasmetszést a köldök alá 20 cm. nyire meghosszabbította. A felhágó és a haránt remese tágultnak mutatkozott, a vékonybél alsó részében nincs rendellenesség, ellenben a vakbél elülső fala tallérnagyságú területen lobosan beszűrődött, a 12 cm. hosszú, kisujjvastagságú, lobosan beszűrődött féregnyúlvány a vakbélhez és a medencze falához odanőtt. A nyúlvány csonkoltatott. Gyógyulás per primam. A beteg deczember 10.-én a kórházból elbocsáttatott, azóta 20 kilóval hízott.

Báron Jónás: Húgycsőkő esete.

A 65 éves férfibeteg 1907 január eleje óta gyakori és fájdalmas vizelésben szenvedett. Január 20.-án húgyretentioval vétetett fel. Hólyaghurutja volt, kutaszszal hólyagkövet nem találtak. A beteg a cystoskopiát ezúttal nem engedte végeztetni. Február 3.-án elhagyta a kórházat. Február 9.-én húgycsövében erős fájdalmak jelentkeztek, a vizelet nehezen ürült, a húgycsőfájdalmak február 12.-én fokozódtak. Másnap újra felvétetett. Ekkor előadta, hogy 18 év előtt epeköben szenvedett és f. évi január 1.-én a has jobb oldalán kólikaszerű fájdalmak támadtak. Felvételkor a hőmérsék 39·2°, teljes húgyrekedés, a mony kissé duzzadt. Pöscsappal kő volt a húgycső hátulsó részében érezhető. Ezt fogóval nem sikerült eltávolítani, de kathetert sikerült a hólyagba vezetni. Cystoskopi vizsgálat követ a hólyagban nem mutatott ki. A gáton kő nem volt érezhető. Azonnal húgycsőmetszést végezni nem mutatkozott javaltnak, mert a beteg igen gyengének érezte magát. Egyelőre állandó katheter vezettetett a hólyagba. Délután 38° hőmérsék és 100 érverés mellett a pöscsapon át kevés vizelet ürült. Este felé a pöscsap eltávolíttatott, mert úgy látszott, hogy bedugult. Utána fémkatheter vezettetett be, de vizelet nem jött, tehát anuria lépett fel, 140 alig érezhető érveréssel, a beteg kollabált, hideg. Camphor-coffein-injectiót kapott, melegvíz-palaczkokkal melegíttetett, 1 liter konyhasóoldatinfusiót, később morphium-injectiót kapott. Éjjel jól aludt, $^3/_4$ liter zavaros vizeletet ürített. Február 14.-én reggel a hőmérsék 37°, az érverés 104, telt, erős. A mony duzzanata kisebb. Este a hőmérsék rendes, állandó katheter. Február 17.-én este 39·4° hőmérsék, a mony alsó részén mogyorónyi hullámzó duzzanat. Másnap reggel a hőmérsék 37·8. B. a duzzanatot felvágta, kevés geny jött ki, a metszés helyén a húgycső nyálkahártyája szederjes-szürkés. Délben a hőmérsék 38·7°. Február 19.-én állandó katheter mellett a gát kissé duzzadt, délben rázóhideg, a hőmérsék 40·7°, délután láztalan. Február 20.-án délelőtt húgycsőmetszés a gáton; orsóalakú, $1^1/_2$ cm. hosszú, közepén 7—8 mm. átmérőjű kő távolíttatott el. Állandó katheter. Azóta láz nincs. A mony sebe a húgycsőbe vezet. Április 29.-én B. a fillérnagyságú, kb. 2 cm. hosszú monysipoly szélét a bőrön áthatoló két fél elliptikus metszéssel körülmetszvén, a belső sebszéleket catgut-, a külsőket selyemcsomós varratokkal egyesítette, minek eredménye az, hogy a sipoly hossza félakkora, mint volt. Későbbi újabb műtéttől a sipoly teljes elzárása várható. A gátseb helyén lencsényi hámfosztott hely van. A Röntgen-vizsgálat követ a vesékben és ureterekben nem mutatott ki.

Báron Jónás: Czombsérv különös neme.

A 34 éves férfibetegnek czombsérve a lágyékszalag alatt a czomberek mögött tolult elő, úgy hogy a czombgyűjtőér a kis alma nagyságú sérv előtt egész hosszában volt elhelyezve, a czombverőér a sérv külső oldalán maradt. A gyűjtőér aljáról leválasztatott s a sérv külső oldala mellé helyeztetett. A sérvtömlő megnyitása és a tartalmát tevő cseplesz visszahelyezése után a sérvtömlő nyakán át három ujjat lehetett egymás mellett a hasűrbe vezetni. A tömlő nyakának lekötése után B. a tömlőt lemetszette és a sérvnyílást úgy zárta, hogy a lágyékszalag által alkotott felső szélét három selyemcsomós-varrattal a fascia pectinealishoz rögzítette.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(1907. április 13.-án tartott IX. szakülés.)

Elnök: **Udránszky László.** Jegyző: **Konrádi Dániel.**

1. **Veress Ferencz: Heveny általános mérgezés esete resorcin külső alkalmazása után.** A teljesen egészséges, erőteljes fiatal nő teleangectasiák miatt az *Unna*-féle hámlasztó kúrát végezte. Arczát reggel 8 órakor kente be s csak 5 óra mulva mosta le. Már a délelőtt folyamán bágyadtnak érezte magát s kissé émelygett, majd fokozódó fejfájás lepte meg, szédülni kezdett, délután kirázta a hideg, remegés jelentkezett és szívdobogást érzett. Kínzó hányás, hasmenés és rángógörcsök jelentkeztek, majd ismét rázóhideg, végül izzadás. Ezek a rohamok $^1/_4$ órai időközökben ismétlődtek. Orvosi beavatkozásra este 9 órakor jobban lett, de bágyadtsága, émelygése 3 napig tartott.

Hozzászól: *Jakabházy Zsigmond*, *Benel János*, *Udránszky László.*

2. **Gyergyai Árpád: A Highmor-üregbe beterjedő fogcysta esete.** A 18 éves betegnek 2½—3 év óta fejlődő kis almanagyságú fogcystája van, mely a jobb maxillának szinte teljes elülső felületét, a kemény szájpadot és a jobb orrüreg oldalfalát elődomborítja, s a Highmor-üregbe is beterjed. A periodontális cysta a jobb felső metszőfogból indult ki, melynek pulpája trauma következtében elhalt.

3. **Veress Elemér: Optikai tényezők a festészeti technikában.** Aquarell-vázlatok bemutatásával tartott előadásában kifejti, hogy a festett tájkép a természeti kép élénk hatását akkor közelíti meg a legsikeresebben, ha az irradiatio, az élettani fényelemezés, az egyidejű ellentétesség és a szinlebegés a kép megfelelő területein érvényesülhet.

PÁLYÁZATOK.

A pécsi állami gyermekmenhelynél betöltendő a **másodorvosi állás** (1200 korona fizetés, lakás, fütés, világitás és élelmezés). A kérvények **október hó 16.-áig** küldendők be az igazgatósághoz. 4—4

A pécsvárosi közkórházban lemondás folytán megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása 1200 korona fizetés és I. osztályu élelmezés.

Felhivom a pályázni kivánó orvostudor urakat, hogy kellő minősitésüket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket méltóságos Erreth János úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához czimezve, nálam legkésőbb **f évi októbe hó 25.-éig** nyujtsák be. Megjegyzem, hogy kellő minősitésü pályázó hiánya esetén orvosgyakornok is nyerhet alkalmazást.

Pécs, 1907. évi október hó 5.-én.

2—1 *Kórházigazgató.*

5164/907. sz.

A Jásznagykun-Szolnok vármegye tiszai alsó járásában fekvő Mesterszállás községben megüresedett **községi orvosi állásra**, a mely 1. egyezer korona készpénzfizetéssel; 2. öt szobából és mellékhelyiségekből álló természetbeni úri lakással (kerttel); 3. a látogatásokért nappal egy korona, éjjel két korona dijazással van javadalmazva, ezennel pályázatot hirdetek és felhivom a pályázni kivánókat, hogy az oklevelükkel felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **október hó 20.-áig** adják be.

Tekintettel arra, hogy a község 8000 hold területen fekszik, a mely mind vagyonos parasztbirtokosság tulajdonát képezi, továbbá arra, hogy a község belterülete körül van véve a kint lakó mezőtúri és ösödi lakosok tanyáival, a kik a mesterszállási orvos segélyét szokták igénybe venni, végre, hogy a kézi gyógytár tartásával is fel fog ruháztatni a községi orvos, a megválasztandó orvos tekintélyes jövedelemre számithat.

Az érdeklődők forduljanak Virág Miklós községi jegyzőhöz, a ki a helyi viszonyokat megtekinteni kivánó pályázóknak távirati vagy levélbeli megkeresésükre a községi előfogatot dijtalanul fogja a legközelebbi mezőtúri vagy tiszaföldvári vasuti állomáshoz az oda és visszautazásnál rendelkezésre bocsátani.

Tiszaföldvár, 1907. évi szeptember hó 27.-én

2—2 *Buza Ákos*, főszolgabiró

3559/907. sz.

A szentjobbi körorvosi állásra pályázatot hirdetek és felhivom pályázni kivánókat, hogy szabályszerüen felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz **f. évi október hó 25-éig** adják be.

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

Látogatási dijak nappal 1 korona, éjjel 2 korona, köruton kivül 4 korona.

A körhöz a székhelyen kivül H.-K.-Szent-Miklós, H.-K.-Szent-Imre és Csohaj községek tartoznak.

A körorvos kézi gyógytár tartására jogosult.

Székelyhid, 1907. évi szeptember hó 25.-én.

3—2 *A főszolgabiró.*

323/907. vrs. sz.

Debreczen sz. kir. város közkórházánál megüresedett s kinevezésem útján betöltendő **két segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A segédorvos évi 1200 korona fizetés, a közkórházban lakás és teljes ellátásban részesül, s a közkórházban bent lakni köteles. A magángyakorlat megengedett. A kinevezés ideiglenes s a kinevezett állásában véglegesitésre nem számithat.

Felhivom mindazokat az orvostudor urakat, a kik ezekre az állásokra pályázni kivánnak, hogy születési bizonyitványukkal, orvostudori oklevelükkel, s esetleges eddigi alkalmaztatásukról szóló egyéb okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. **évi október hó 15 napjának d. u. 5 óráig** annyival is inkább benyujtsák, mert a későbben beérkezett pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Debreczen, 1907. évi szeptember hó 24.-én.

2—2 *Weszprémy Zoltán*, főispán.

3979/907. kig. sz.

Krassó-Szörény vármegye bozovicsi járásban levő **bozovicsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör székhelye Bozovics, mely községen kivül hozzá tartoznak még a bányai, prilipeczi, prigori és pervovai körjegyzőségek községei.

A kör tehát 13 községből áll.

A körorvos javadalmazása 1600 korona fizetés és 600 korona úti átalány. Ezenkivül a szabályrendeletileg megállapitott dijak.

A pályázni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képzettségöket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **f. évi október hó 30.-áig** hozzám annyival inkább benyujtsák, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

A román nyelvet legalább szóban érteni kivánatos.

A választást f. évi november hó 9.-én d. e. 9 órakor Bozovics község-házánál fogom megtartani.

Megjegyeztetik, hogy Bozovics község 4500 lakossal bir, van kir. járásbirósága telekkönyvi hivatallal, adóhivatala, 3 takarékpénztára, 6 ügyvéde, nagy az intelligenciája, ezzel szemben magánorvos itt letelepedve nincs, ennélfogva magángyakorlatra megfelelő kilátás van.

Bozovics, 1907. évi szeptember hó 29.-én.

3—2 *Péczely Géza*, főszolgabiró.

4263/907. sz.

Az 1886. évi XXII. t.-cz. 82. §-a alapján pályázatot hirdetek a Gömör és Kishont t. e. vármegye rozsnyói járásában Csetnek nagyközség székhelylyel Berdárka, Gacsalk, Geczelfalva, Kisgencs, Kisszabos, Kuntapolcza, Márkuska, Mártonháza, Nagyszabos, Pétermány, Rekenyérujfalu, Pozsfalva, Restér, Sebespatak és Szabados községekből **rendszeresitett egészségügyi körorvosi állásra**.

A körorvos javadalmazása 1400 korona törzsfizetés, 300 korona lakbér, 300 korona úti átalány az érdekelt községektől, ezenkivül 200 korona évi tiszteletdij a Concordia vasgyár és bányatársulattól a csetneki és kuntapolczai vasgyártelepek látogatásáért. A körorvosi körben van ezenfelül még egy nagyobb magnesitkőfejtőtelep, több bányatelep, 2 vizi, 1 gőzfürész és egy papiranyaggyár, melyekben a körorvos az orvosi teendőket végzi. A látogatási dijak egyezségileg rendezendők. Az úti átalányból a körorvos csakis a községek havonkénti látogatásának költségeit fogja fedezni.

Ezen állás f. évi október hó 29. napján d. e. 10 órakor fog Csetneken, a kör székhelyén, a városháza helyiségeiben az 1886. évi XXII. t.-cz. 83. § a alapján megejtendő választás útján betöltetni.

Felhivom a pályázni szándékozókat, hogy az 1886. évi XXII. t-cz. 73. §-a, illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt képesitésüket igazoló eredeti okmányaikkal felszerelt pályázati kérvényeiket a **vá lasztást megelőzőleg** nálam vagy pedig Csetnek nagyközség előljáróságánál nyujtsák be. A megválasztott körorvos állását f. évi november hó 1.-éig tartozik elfoglalni.

Rozsnyó, 1907. évi október hó 3.-án.

Főszolgabiró helyett:

Maurer Oszkár, tb. főszolgabiró.

3083/907. közig. sz.

Zólyom vármegye zólyomi járásában Zólyombács, Kovácsfalva, Garamberzencze, Zólyomkecskés, Zólyomtúr, Osztroluka, Baczúr, Dobó, Zólyomberezna, Zólyommihályi, Dobróváralja, Mátyásfalva, Ujmogyoród, Dobrókirályi, Zólyomlukó, Hajnik, Garamhalászi, Szélnye, Nagyrét, Számpor, Zólyomternye, Budás, Zólyomszabadi és Vaségető községekből az I. 3 sz. egészségügyi körbe Zólyombúcs község székhelylyel csoportositott **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állásnak javadalmazása a következő

1.	Törzsfizetés	1200 korona
2.	Lakbér	400 „
3.	Uti átalány	1200 „
	Összesen	2800 korona,

mely összeg fedezésére 2000 korona a vármegyei alapból utalványoztatik, 800 koronát pedig az érdekelt községek fizetnek.

4. Az egészségügyi körbe osztott községekkel egyezségileg megállapitandó látogatási dijak.

5. A körorvos azonfelül a kir. belügyminister úr által megállapitott 1200 korona évi átalányt élvez oly kikötéssel, hogy a körhöz tartozó Zólyombúcs, Zólyomtúr, Zólyomternye, Vaségető, Garamberzencze, Osztroluka, Baczúr és Zólyomberezna községek trachomás betegeit saját községükben, a Budás és zólyomszabadi trachomásokat Zólyomternyán, a Dobó községbelieket Baczúron gyógykezelje, még pedig október hó 1.-étől április hó 30.-áig hetenként kétszer, május hó 1. étől szeptember hó 30.-áig hetenként egyszer.

A megválasztandó körorvos a körhöz tartozó többi községeket is kéthetenként egyszer előre meghatározandó és közzéteendő napokon köteles meglátogatni.

Felhivom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt minősitésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket legkésőbb **f. évi november hó 15.-éig** hozzám terjeszszék be, mert a később érkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választás kitűzése iránt a pályázati határidő lejárta után fogok intézkedni.

Zólyom, 1907. évi október hó 7.-én.

2—1 *Sztrakoniczky Kálmán*, főszolgabiró.

1090/907. sz.

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

Pályázni kivánók pályázati kérvényüket, mely az orvostudori oklevéllel vagy hiteles másolatával, erkölcsi bizonylattal s esetleges működési bizonylattal szerelendő fel, **1907. évi november 15.-én déli 12 óráig** adják be. A tót nyelv birása kivánatos. A kör 34 község és 15.834 lakosból áll.

A körorvos javadalmazása:

1. Fizetés 1600 korona negyedévi utólagos részletekben.
2. Úti átalány községenként 12 korona.
3. Szabályszerű látogatási, himlőoltási, vágóbiztosi és halottkémlési dijak.

A megválasztott körorvos kézi gyógytár engedélyezésére igényt tarthat. A megválasztott körorvos köteles a törvény- s szabályrendeletekben meghatározott kötelességeit pontosan teljesiteni, körközségeit minél gyakrabban, évnegyedenként legalább egyszer beutazni.

A választást később meghatározott napon fogom Csáb községben a körjegyzői irodában megtartani.

Ipolynyék, 1907. évi október hó 2.-án.

2—1 *Pályi*, főszolgabiró.

3941/907. kig. sz.

Csik vármegye törvényhatósági bizottságának 3455/906. számú végh. határozatával újjászervezett **csikszentmárton körorvosi állásra**, melyhez Csikmenaság, Csikszentgyörgy-Bánkfalva, Csikszentmárton, Csikcsekefalva, Kozmás és Lázárfalva községek tartoznak, pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9., illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előirt minősitést igazoló okmányokkal fölszerelt pályázati kéréseiket f. évi **november hó 3.-áig** hozzám adják be. Határidő után érkező kérések figyelembe nem vétetnek.

Javadalmazás évi 1620 korona fizetés, 240 korona lakáspénz, 180 korona utazási átalány, a megválasztandó körorvos és a községek között egyezségileg megállapitandó látogatási dijak.

A megválasztandó körorvos a szegény betegeket ingyen tartozik gyógykezelni.

A választás napjától számitott 15 nap alatt a megválasztott orvos állását köteles elfoglalni.

Csikszentmárton, 1907. évi ok tóber hó 2.-án.

2—2 *Bartalis Ágost*, főszolgabiró.

2333/907. sz.

Bihar vármegye sárréti járásához tartozó Szerep községben lemondás folytán megüresedett **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazokat, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy a kellő okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám legkésőbb f. **évi október hó 17.-én d. u. 5 óráig** annyival is inkább adják be, mert a később beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Fizetés évi 1600 korona, szabályrendeletileg megállapitott látogatási dijak, szabad lakás.

A választást Szerep községházánál f. évi október hó 21.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

A megválasztott orvos állását legkésőbb f. évi november hó 1.-én elfoglalni tartozik.

Biharnagybajom, 1907. évi szeptember hó 26.-án.

2—2 *A főszolgabiró.*

1094/907. sz.

A m. kir. belügyminister úrnak 91,830/907. sz. a. kelt rendeletével jóváhagyott 3965/907. sz. vármegyei törvényhatósági határozat alapján a csikvármegyei közkórháznál rendszeresitett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás egyelőre két évre töltendő be, a kinevezés azonban újabbi pályázat megnyitása nélkül megújitható.

A segédorvos javadalmazása a közkórház pénztárából havi előleges részletekben fizetendő évi 1600 korona, egy butorozott szobából álló lakás a kórház főépületében, fütés, világitás, a finom fehérnemü kivételével mosás és természetbeni, az orvos társadalmi állásának megfelelő élelmezés.

A segédorvos a kórházban köteles lakni s az alapszabályok értelmében az orvosi teendőkön kivül az ellenőri teendőket is köteles végezni.

Folyamodások a vármegye főispánjához czimezve alulirott igazgatósághoz f. **évi deczember hó 1.-éig** nyujtandók be.

A kinevezett segédorvos 1908. évi január hó 1.-én állását köteles elfoglalni.

Csikszereda, 1907. évi szeptember hó.

4—4 *Veress Sándor* dr., közkórházi igazgató.

HIRDETÉSEK.

A **Bór- és Lithion-tartalmú**

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

Kiterjedt

fogorvosi gyakorlat,

régi jó hirnévvel, a főváros legélénkebb pontján, átadó; esetleg házasság útján is. Ajánlatok „Fogorvos 100“ jelige alatt a Petőfi-kiadóvállalatba Budapest, VII., Kertész-utcza 16 küldendők.

Minden gyógyszertárban kapható.

MALTOCOL LEGOLCSÓBB LEGTÖKÉLETESEBB

TÖRV. VÉDVE

GUAJACOL-PRAEPARATUM.

TARTALMAZ: FAHÉJSAVAS (METIL) MALÁTA SZÓRPBEN 7% KAL. SULFO-GUAJAC. 2% CALC. és NATR. GLYCEROPHOSFOR. 1% NATR. CAMPHOR. STB. AROMÁS ANYAGOT.

ÁRA 1k. 80 f.

KÉSZÍTI — MARBERGER GYULA VÖRÖSKERESZT GYÓGYTÁR UJPEST, VÁCI-UT 25.

Irodalom és minta ingyen.

Székesfővárosi egyetemes szanatorium és vízgyogyintézet részv.-társ.

alapítási tervezete.

A főváros **középpontjában** oly **betegotthont** létesitünk, a mely a technika legújabb haladásának megfelelő berendezésénél fogva, továbbá a legkiválóbb orvostanárok és szakorvosok támogatásával és közreműködésével hivatva lesz a polgári osztály azon részét is befogadni, melynek vagyoni helyzeténél fogva a szanatoriumárak magassága folytán eddigelé nem volt módjában egészségének helyreállitása vagy egy műtét végrehajtása czéljából szanatoriumot felkeresni: miután az **Egyetemes Szanatorium és Vízgyógyintézet r.-t.** a mellett, hogy a modern orvosi tudomány összes vivmányaival lesz felszerelve, **igen mérsékelt árakat fog szabni.**

A részvénybirtokosok vagy azok engedményesei a szanatoriumot, úgy a vízgyógyintézetet minden részvény után évente 7 napig a szanatoriumárak 25%-ának engedményével vehetik igénybe.

A szanatoriumba való felvételnél első sorban csakis a részvényeseket vagy azok engedményeseit fogjuk tekintetbe venni.

Az egyenesen ezen czélra épülő s központi fütéssel, villanyvilágitással, valamint villamos fény-, szénsavas-fürdőkkel, Röntgen-laboratoriummal, svéd tornateremmel felszerelt, úgyszintén teljesen berendezett vízgyógyintézettel, modern műtőtermekkel ellátott ezen **Egyetemes Szanatorium** czimének megfelelőleg befogad mindkét nembeli **bejáró és bennlakó sebészeti, női és belső betegségekben szenvedő betegeket, kik az általuk szabadon választott bármely fővárosi orvos gyógykezeltetése mellett** az intézetben állandóan lakó orvos felügyelete alatt állanak.

Tekintve a külföldi fővárosokban a lakosság számbeli arányához viszonyitva létező szanatoriumokat, azt találjuk, hogy székesfővárosunknak a lakosság arányához képest elenyészően csekély számú szanatoriuma van, mit bizonyit az a körülmény is, hogy gyakori, sőt napirenden lévő eset, — hogy a beteg sem kórházban, sem szanatoriumban a túltömöttség folytán fölvételt nem nyer.

A szanatoriumok tekintetében mutatkozó **állandó szükséglet fokozatos emelkedéséből biztositottnak látszik,** hogy vállalkozásunk folytonosan és állandóan teljes mértékben igénybe lesz véve, mely esetben, ha egy-egy részvényes vagy annak engedményese a minden egyes részvény után élvezett évi 7 napos szanatorium igénybevételi jogát nem is gyakorolná, a 100 korona részvénye után még jelentékeny osztalékban is részesül.

A részvénytőke K. 500,000, azaz ötszázezer koronában állapittatik meg, mely 5000 drb, egyenként száz koronás névértékü részvényre oszlik.

A jegyzéssel egyidejüleg 10%, további 20% pedig az alakuló közgyülést megelőző 15 napon belül fizetendő **alanti jegyzési helyen** vagy **meghatalmazással** ellátott megbizottunknak **nyugta** ellenében, további 30% pedig az alakuló közgyülést követő 30 napon, végül 40% újabbi 30 napon belül fizetendő.

A részvényjegyzés határideje 1907 november 30.

Az alapitók fentartják maguknak a jogot, hogy az igazgatóságot az első 3 évre kinevezik.

Budapest, 1907. október.

Jegyzési és befizetési hely: BELVÁROSI TAKARÉKPÉNZTÁR RÉSZV.-TÁRS. Budapest, IV., Kigyó-tér 1. szám.

51. évfolyam. 42. szám. *Budapest, 1907. október 20.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Félegyházi Ernő: Közlés a kolozsvári m. kir. Ferencz-József tudomány-egyetem sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Makara Lajos dr. egyetemi nyilv. r. tanár.) A gázphlegmoneről 743. lap.

Bence Gyula: A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr. ny. r. tanár.) Anyagcserevizsgálat pankreatitis interstitialis chronica luetica egy esetében. 746. lap.

Földes Móricz: Milyen elváltozások találhatók a gerinczagyban és a csigolyaközti dúczokban a végtagok csonkítása avagy hibás fejlődése esetén? 749. lap.

Tárcza. Steiner Pál: Uti jegyzetek. 752. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Stiller Bertalan:* Az astheniás alkati betegség. — *Lapszemle. Belorvostan. Ewald:* A colitis mucosa és colica mucosa. — *Cohnheim:* Atoxyl leukaemia ellen. — *Best:* A gyomorfekély összefüggése a pylorusgörcscsel és a hypersecretioval. — *Hedinger:* Újabb tapasztalatok az intravenosus strophantin-kezeléssel. — *Sebészet. Klapp:* Narcosis mestersége sen megkisebbített vérkeringés mellett. — *Channing C. Simmons:* Osteogenesis imperfecta. — *R. Hamilton Russel:* Új hypospadiasis-műtét. — *L. Freeman:* A nyeregorr correctioja. — *Gyermekorvostan. C. Francioni:* A passiv immunitás elveszése a serumbetegség következtében diphtheriában. — *E. Apert:* Herpes zoster és fertőző betegségek. — *Bőrkórtan. F. Nagelschmidt:* Adatok a gümös bőrbajok diagnosisához és therapiájához. — *Húgyszervi betegségek. Hartmann:* Húgycsőtuberculosis érdekes esete. — *V. A. Oppel:* A húgycső-végbélsipoly operálása. — *P. Delbet:* A hólyagvarrat módosítása. — *J. Verhoogen:* Laparotomia a húgyhólyag teljes kiirtásakor. — *Venereás bántalmak. Philip:* Szer a kankós mellékherelob gyógyítására. — *Claus:* A parotis lueses bántalma. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Hartmann:* A natrium perboricum használata az orr, torok, gége és fül betegségeiben. — *Paterson:* A chloroformozás utáni hányás megelőzése. — *Van Binsbergen:* A szódafürdő gyógyító hatása. 753—758. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 758. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 758. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 759—762. lap.

Melléklet. F. Hoffmann-La Roche et Cie czég „Thiocol“ készítménye. — Goedecke & Co. Leipzig „Arhovin“ készítménye.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a kolozsvári m. kir. Ferencz-József tudomány-egyetem sebészeti klinikájáról (Igazgató: Makara Lajos dr. egyetemi nyilv. r. tanár.)

A gázphlegmoneről.

Irta: *Félegyházi Ernő* dr. műtőnövendék.

A *gázphlegmone*, mely *heveny oedema malignum, tovaterjedő üszkös emphysema, acut genyes oedema* (Pirogoff), *gangrène foudroyante* (Maisonneuve) vagy *gangraena emphysematosa* név alatt van felemlítve az irodalomban, már a régi orvosok előtt egyike volt a legrettenetesebb kórképeknek. Különösen elgázolások után nagyon gyakoriak voltak a súlyosan fertőzött nyilt csonttörések, s jóllehet a gázphlegmone klinikai tüneteit és durva anatomiai leletét a felfedezők már igen jól ismerték, okát, vizsgálati módszereiknek a hiányos volta miatt, nem is sejtették. Innen van, hogy a gázphlegmone keletkezését a sebzett szöveteknek a környező levegővel való érintkezéséből és a csonttörést követő levegőaspiratioból magyarázták. Csak a mult század utolsó évtizedében derítették ki a szóban forgó bántalom fertőző természetét és végeztek tüzetes bakteriologiai, kórszövettani és állatkisérletekkel kapcsolatos vizsgálatokat. Ma az antisepsisnek és az asepsisnek rohamos előrehaladása folytán ezen betegséggel szerencsére mind ritkábban találkozunk, s épen azért, mivel manapság ritkaságszámba megy, vizsgálati módszereinkkel pedig alapos bepillantást nyerhetünk a kórbonczolástani elváltozások lényegébe, tartottam érdemesnek *egy esetet* közölni, kiterjeszkedve a gázphlegmone irodalmának mai állására is.

Az eset egy 49 éves görög-katholikus lelkészre vonatkozik, a kinek, mikor 1906 november 1.-én délelőtt egy ló által elragadt szekérről ugrott le, a szekér a bal lábára dőlt, kiálló oldallépcsője azt mélyen belefúrta a földbe, miközben nyilt lábszártörést szenvedett. A kiálló csontvéget ő maga dugta vissza és zsebkendőjével kötötte be a sebet. Később orvosi segélyben részesült. A gyorsan kifejlődő sepsis miatt november 3.-án, vagyis *2 nap mulva* szállitották be a kolozsvári sebészeti klinikára, de a sérült ekkor már collabált volt, igen gyenge szívműködéssel.

A magasabb termetű, erősen elhízott (140 kgm. súlyú) férfibeteg bőrszine általában sárgásbarna, a conj. sclerae is kifejezetten sárgás színezetű. Szemei félig nyitva, a pupillák tágak, fényre renyhén reagálnak. A beteg eszméletlen, érverése igen gyenge, szapora.

A bal alsó végtag erősen duzzadt. A térdhajlattól felfelé, körülbelül a czomb középső és felső harmadának határáig a bőr élénkvörös színű, felfelé meglehetős éles határral bir, zegzugos, hasonlít némileg az orbáncz zegzugos széleihez, csak kevéssé emelkedik az ép bőr szinvonala fölé. A térdtől alófelé a pir livid színbe megy át, majd fokozatos kékesbarnás színt vesz fel, mely az egész lábszáron körüskörül leterjed a bokák alá, sőt a lábhátra is, csupán a talp mutatja a rendes bőr színét. A talp egyúttal elég duzzadt, hámja azonban ép, míg a kékesbarnán elszíneződött területek felett a hám vagy teljesen hiányzik, vagy czafatokban lóg le. A lábháton és a térd tájékán a piros területeken a hám kékes nagy hólyagokban van felemelve. A lábszár elülső mediális felszinén mintegy 6—8 cm.-nyire a mediális boka felett egy harántirányú, zúzott szélű seb látszik, a mely elülről hátrafelé mintegy 7 cm., felülről lefelé 3 cm. átmérőjű, feketés szélű s alapjáról szövetroncsok tolakodnak elő. Megtapintáskor a lábszár bőre rendkivül feszes, rugalmas, légpárnatapintatú, feljebb a czombon serczegő. A boka felett a lábszáron a láb mozgatásakor crepitatio érezhető.

A *műtét* a hozzátartozóknak kérésére november 3.-án este 6 órakor csak mintegy kisérletképen hajtatott végre. A mütétet *Hevesi* magántanár végezte. A beteg ekkor már annyira elesett volt, hogy nehány csepp aethertől elbódult s a mütét nagy része jóformán narcosis nélkül folyt le. A bal alsó végtag a czomb felső harmadában, a nagy vérerek előzetes felkeresése és alákötése után, tölcséres csonkítással távolíttatott el. Csonkítás közben látni lehetett, hogy erősebb nyomásra a látszólag teljesen ép metszési felületről az izomközökből hallható robajjal gázbuborékok törnek elő. A mütét befejeztével a csonk steril gaze-zel és vattával köttetett be. November 4.-én reggel 6 órakor a beteg meghalt.

A bonczolás a halál után 5 óra mulva, míg az amputált végtag vizsgálata a csonkítástól számított 17 óra mulva történt. A kórbonczolástani leletet *Buday* tanár szívességéből közölhetem. Csak a has- és a mellüreg bonczoltatott. A bal szív kissé hypertrophizált, az art. pulmonalis a három rendes billentyűn kivül még egy negyedik, kis járulékos billentyűvel is el van látva. Az aorta belhártyáján néhány sárga plaqueszerü keményedés. Mindkét tüdő kissé odanött, a metszéslapon oedema jelei. Heveny léptumor. A májban zavaros duzzadás, sárgás árnyalattal; az epehólyagban sötétzöld epe. Általános elhájasodás. A csonk megtapintáskor serczeg.

A czomb középső harmadának felső részében amputált végtag a jelenállapotban leirt elváltozások képét mutatja. Az egész végtag a mediális oldalon egy hosszú metszéssel a mélyebb részek felé feltáratván, kiderült, hogy a felszinesebb izmok és a böralatti zsírszövet aránylag csekélyebb elváltozást szenvedtek. A zsírszövet színben alig változott, a felszines izomszövet valamivel halványabb, gázbuborékokat kis mértékben tartalmaz. A mélyebb lábszárizmok bemetszéskor explasioszerüleg bűzös gázok törnek elő. A m. soleus s a mély hajlitóizmok igen lágyak, fakó sárgásvörösek, helyenként gázbuborékoktól likacsosak, de sem savós, sem genyes beszürődést vagy számbavehető hyperaemiát rajtuk látni nem lehet. Az izomközökben vörhenyes, kissé zavaros folyadék gyült össze. A megvizsgáláskor kitünt, hogy a fibulán egy V alakú szabálytalan törés van körülbelül 8 cm.-nyire a laterális boka felett, míg a tibia alsó izületi vége darabos törést szenvedett olyanformán, hogy egyfelől maga a mediális boka sagittális repedés által levált a tibia alsó végéről s az alsó epiphysis külső széléből is lepattant ujjhegynyi csontszilánk; ezenkivül az izületi felszinből frontális irányú repedés által mintegy 6 cm.-nyi darab vált le, mely felfelé elhegyesedve végződik. Ezen törések következtében a tibia alsó vége elvesztette a szokásos megvastagodását. Feljebb a czombizmok felé az elváltozások fokozatosan megszünnek, úgy, hogy a czombizmok közt nem érezhetők gázbuborékok. Erősebb lobos reactio, nevezetesen vizenyő, vérbőség a mélyben is hiányzik.

Kórszövettani vizsgálatkor az elhalt és a látszólag épebb izomzatból kimetszett darab teljesen egyforma szöveti elváltozások képét mutatja. A 4%-os formalinban rögzített és haematoxylin-eosinnal festett metszetekben úgy az izomrostokon, mint az intermusculáris kötőszöveti rostokon magfestés egyáltalában nincs. A széttolt izomrostok között számos bakteriumtömeg, melyek keresztülkasul szövik az elhalt kötőszöveti rostokat, s néhol még az izompamatokon is felismerhető erősebb nagyitással egy-egy karcsú pálczika, némelyike végálló sporával. Az izomrostok harántcsíkolata elég jól kivehető, némely helyen azonban, a hol a bakteriumok nagyobb tömegben vannak, az is eltünt. Egyes izomrostok harántlemezekre vannak szétdarabolódva, köztük számos vacuola, míg másutt szemcsés anyag vagy sárgásbarna pigment található. Gömbsejtes beszürődésnek vagy vérzésnek nyoma sincs.

A *bakteriologiai* vizsgálatot egyrészt a sebészeti klinikán *közvetlenül a műtét után* végeztem, másrészt a kórbonczolástani intézetben került feldolgozásra az eset s igy készitményeimet és tenyészeteimet összehasonlithattam az ott megejtett vizsgálatok eredményeivel.

A sebészeti klinikán a bakteriologiai vizsgálatot olyan módon végeztem, hogy először a czombon, a hol aránylag még épebb volt a köztakaró, a bör alapos lemosása és fertőtlenítése után steril késsel mély bemetszést ejtettem s a szövetnedvvel kevert vérből, úgyszintén a mélyebb izmok közt lévő vörhenyes folyadékból ültetést tettem szőlőczukros agarba, szőlőczukros kocsonyába, közönséges ferde agarra és levesbe. Hasonló módon történtek ültetések a lábszárizmokból. Ugyanekkor több tárgyüvegre is kentem szét a vizsgálandó szövetnedvből, melyeket *carbolos fuchsinnal* és *Gram* szerint festettem meg. A friss kaparékban számos magánosan vagy párosan álló középvastag, lekerekített végű pálczika látható, mely sporákat nem tüntet fel, *Gram szerint igen jól festődik*. A pálczikák hossza különböző, egy-egy pálczika 3—4-szer oly hosszú, mint a minő vastag, de jóval hosszabbak is találhatók. Más bakteriumot nem lehet kimutatni ebben az esetben, tehát *tiszta fertőzés* van jelen, a mit a tenyészetek is megerősitenek. A *szőlőczukros agartenyészet* már 24 óra mulva a szúrcsatorna mentén számtalan repedéstől szétszaggatott és apró gázbuborékoktól átszött; a tenyésztőtalaj felső nagyobb része egészen a dugóig fel van tolva, a kémcső fenekén zavaros folyadék gyült meg. A *kocsonyát* folyósitja, az elfolyósodás szép gömbszerűen, olvasószerü elrendeződésben alulról felfelé történik, de a gelatina felszinétől 1 cm. távolságra visszamarad. Az elfolyósodott kocsonya egyenletesen zavaros, gomolyagszerü szürkéssárga üledékkel, felületén egy-két gázbuborék. *Levesben* és *ferde agaron* semmi megeredés A *hullából* vett fedőüvegkészitményeken némelyik bacillus *végálló sporát* tüntet fel. A sterilisen felfogott szív véréből tett egyik szőlőczukros agar szintén gázképző bakteriumok fejlődését mutatja.

Az állatkisérletek házinyúlon és tengerimalaczokon történtek. A kórbonczolástani intézetben physiologiai konyhasós vízzel szétdörzsölt izomkaparékból oltottunk be 1—1 cm^3-t két házinyúlnak a czombbőre alá, de eredménytelenül. Tengerimalaczokon a sebészeti klinikán végeztem oltásokat szőlőczukros tenyészeten már több izben átvitt bakteriummal, de typusos, állandó pathogen hatást ezekkel az oltásokkal sem sikerült elérnem Oltási czélra először levestenyészetet próbáltam előállitani *Buchner*-féle csőben (hol az alkaliássá tett pyrogallus-sav a légmentesen elzárt térből az O-t elnyeli), de ezen eljárás eredményre nem vezetett s ekkor az elfolyósodott kocsonyából oltottam be egy 320 és egy 370 gm. súlyú tengerimalaczba 1—1 cm^3-t. A kocsonyából vett készitményben számos bacillus, köztük egy-két involutiós alak, sporaképződés nem látszik. Mivel a két beoltott tengerimalaczon 17 nap alatt semmi eltérést nem észleltem, másodszor 48 órás szőlőczukros agartenyészetből oltottam be ugyanezen állatokat olyanformán, hogy a kémcsőből tisztán kivett tenyészetet steril porczellánczsészében laboratoriumi levessel összedörzsöltem, steril gaze-en átszürtem és ebből a léből fecskendeztem be mindkét malacznak a czomb izomzatába 3 cm^3-t. Oltás után nyugtalanok lettek az állatok. A 370 gm. súlyú tengerimalacz szomorú, nem eszik, este 7 órakor még él, de már féloldalára dől s másnap reggelre elpusztul. Súlya ekkor 240 gm., tehát az első oltás után 130 gm.-ot fogyott. A tetemvizsgálatkor az izomkaparékban bakteriumokat nem találtam, a szív véréből tett ültetéseken sem eredt meg semmi. A 320 gm. súlyú tengerimalacz a második oltás után 6 nap mulva pusztult el, ez 120 gm.-ot fogyott. Tetemvizsgálatkor az oltás helyén egy izomban lencsényi, véres beivódás, közepén sárga foltocskával. Az izomzat itt valamivel fakóbb színü és duzzadtabb, mint az ép oldalon; feltünő húslészerü exsudatio, lágyulás és gázképződés azonban nem észlelhető. A szövettani vizsgálatkor a sárga csomócska tályognak bizonyult, körülötte kiterjedt vérzésekkel és sárgásbarna pigmentatioval. A tályogban a genysejtek és széttöredezett sejtmagvak között elhalt izom- és kötőszöveti rostok ismerhetők fel, az utóbbiak átszőve bakteriumokkal, a melyek egyes helyeken zoogleákat alkotnak s *Gram* szerint festve bacillusoknak bizonyulnak. A tályog körül a magfestés elég ép, számottevő gömbsejtes beszürődés nincs. Végül még egy harmadik, teljesen egészséges tengerimalaczot is beoltottam az előbb leirt módon átszürt szőlőczukros agartenyészettel, mely alkalommal 2 cm^3-t kapott. Két heti észlelés után, mely idő alatt a 320 gm. súlyú állat 30 gm.-ot még gyarapodott, a tengerimalaczot leöltem. A tetemvizsgálat teljesen negativ eredménynyel járt.

Az állatkisérletek tehát házinyúlon positiv eredménynyel nem jártak, tengerimalaczokon pedig csak *kis fokban* bizonyultak a bakteriumok pathogennek.

Hogy a szóban forgó bacillus az ismert pathogen bakteriumok közül melyikkel azonositható, ennek az eldöntése nem könnyű feladat. Az irodalomban számos részint anaërob, részint aërob bakterium van felemlítve, melyek a lágyrészek rothadása közben gázt termelnek és gyakran néhány nap alatt halálos lefolyásúak. A közölt esetekben[1] nem volt mindig *tiszta fertőzés*-ről szó, hanem legtöbbször *vegyes fertőzés* volt jelen, midőn a vizsgált szövetnedvben aërob vagy anaërob pálczikákon kivül még egy sereg

[1] *Fraenkel:* Über die Aetiologie und Genese der Gasphlegmonen, Gascysten und Schaumorgane des menschlichen Körpers. (Lubarsch-Ostertag: Ergebn. d. Allgem. Pathol. u. Path. Anat. des Menschen u. der Thiere, 1904.)

genyedést előidéző coccust is ki lehetett mutatni. Különösen két úgy aetiologiailag mint klinikailag is különböző megbetegedést nem szabad összetévesztenünk: az *oedema malignum*-ot és a *gázphlegmone*-t. Jóllehet aetiologiailag helyes ez a megkülönböztetés, klinikailag mégis összetartoznak, mivel az oedema malignum bacillusa a gázphlegmone-hoz teljesen hasonló kórképet idézhet elő, sőt átmeneti és vegyes infectio is előfordulhat mindkét főalakban. Míg tehát az oedema malignumnak az okozója a *Koch* által felfedezett *bacillus oedematis maligni*, addig a tulajdonképeni gázphlegmonet illetőleg a legtöbb szerző azon a véleményen van, hogy azt a *Welch-Fraenkel*-féle *bacillus phlegmones emphysematosae* idézi elő, a melyet azonosnak tartanak a *bacillus aërogenes capsulatus Welch-Nuttal*-lal. *Stolz* szerint a gázphlegmone aetiologiájában főleg *anaërobok*, nevezetesen a *Schattenfroh* és *Grassberger* által leirt *vajsavbacillus*, a *Welch-Fraenkel gázbacillusa* játszszák a főszerepet, de *aërob* bakteriumok, mint *proteus vulgaris Hauseri*, *coli*- és *paracoli*-bacillusok is idézhetnek elő gázképződéssel járó elváltozásokat, míg tisztán a *coli* erre sohasem képes. A *bakt. coli commune*, mely az egészséges ember szájüregének, gyomor- és bélhuzamának rendes lakója, *Gilbert* és *Roger* szerint rendkivül mérges anyagot termel, melyet valószinüleg a máj illetve az epe pusztít el. A rendes körülmények közt ártatlan colinál még eddig ki nem mutatott alapon nagyfokú virulentiát kell felvennünk, mely különböző gyuladásokat, genyedéseket tud előidézni nemcsak a bélhuzamban és környékén, hanem a többi szervben is, gyakran más mikrobákkal, különösen streptococcusokkal vegyesen.

A szerzők összes idevágó munkálataiból azt a következtetést lehet levonni, hogy a közölt esetek nem tartoznak mind az üszkös phlegmonenak a képéhez. *Schrötter* ezért *gázphlegmone* t és *gázabscessusokat* különböztet meg. Az előbbiben biologiai folyamatról van szó, melyet az anaërob bacillusok létesitenek, az utóbibban gáznak a jelenlétéről, mely csak másodlagosan, bizonyos körülmények közt van jelen. Ha ilyen genyet vizsgálunk górcső alatt, benne a különböző bakteriumoknak egész légióját találjuk s ha ültetést teszünk belőle és a telepeket nézzük, meglepődve látjuk, hogy néha csak a bakt. coli és néhány genyokozó coccus eredt meg. Nekem is többször volt alkalmam részint a kórbonczolástani intézetben, részint a sebészeti klinikán oly büzös genyedéseket vizsgálni, melyek a belek közelében (perityphlitises tályog) vagy a szájüreg szomszédságában (periostitis, osteomyelitis mandibulae) képződtek. Az ilyen genyben rendesen fusiformis bacillusokat spirillumokkal vegyesen vagy a nélkül, commabacillusokat, rövidebb-hosszabb legömbölyített végü karcsú pálczikákat, vékony fonálszerü bakteriumokat és temérdek genyokozó coccust találtam. Ezen symbiosisban levő bakteriumoknak a kitenyésztése *Veszprémi* m. tanárnak sikerült;[1] ő ezen zavaros, barnásfekete szemcséket tartalmazó, rendkivül büzös tenyészetből házinyulakon végzett oltásokkal jellegzetes üszkös gyuladásokat idézett elő.

Ezek azok az esetek, melyek a tulajdonképeni gázphlegmonetól elválasztandók. Ezekben tehát a lényeges anatomiai folyamat a phlegmone, mely a szöveteknek beolvasztására vezet s a melyhez csak másodlagosan, bizonyos körülmények között társul gázképződés, mely a betegség lefolyására nincs jelentőséggel, míg a valódi gázphlegmonet épen a gázképződés jellemzi.

A gázphlegmonet specifikus életjelenségek által jellemzett, nagy fokban pathogen mikroorganismusok idézik elő, melyeknek hatása alatt a czafatszerüen szétmálló, ellágyult bőralatti és izomközti kötőszövetben, úgyszintén az izmokban is gázhólyagok keletkeznek, és ha tiszta fertőzés van jelen, semmi szagot nem érzünk, a bőr elszíneződik és hólyagok keletkeznek. A kórszövettani elváltozások lényege az, hogy a magvak teljesen eltünnek, még pedig a pépes, mállékony izomszövetben hamarább, mint az ellenállóbb kötőszöveti rostokon. A lobos beszürődés teljesen hiányozhatik, néha azonban előfordul. Vegyes fertőzésben geny is keletkezik, különösen pyogen bakteriumok társulása mellett, s ha saprophyták telepedtek meg, büzös gáztartalmú phlegmone vagy tályogok keletkeznek.

Mindezekből kitünik, hogy különböző bakteriumok képesek a gázphlegmone nevéhez füződő klinikai tünetcsoportot előidézni, az esetek túlnyomó számában azonban mégis, különösen ha tiszta fertőzés van jelen, a gázphlegmone előidézője gyanánt a *Welch-Fraenkel*-féle *bacillus phlegmones emphysematosae*-t ismerték el. Ez teljesen mozdulatlan, minden anilinszínnel, de különösen *Gram* szerint *igen jól* festődő anaërob bacillus, mely élő szövetben és tenyésztőtalajban nem, míg hullában gyorsan termel sporát. Állatkisérletre legalkalmasabb a tengerimalacz, míg házinyúlon csak kivételesen fordul elő helyi, nem tovaterjedő betegség. A tengerimalaczban az oltás helyén először fájdalmas duzzanat támad, mely több-kevesebb véres izzadmánynyal jár s már 12—18 óra alatt gázképzéssel járó elváltozások keletkeznek. Ha tiszta fertőzés történt, geny sohasincs jelen, ha azonban a specifikus mikrobán kivül még pyogen coccusok is jutottak be, genyedés áll be. Gyógyulásra hajlandó esetben az alapjáról felemelt feszes bőr sárgásan vagy zöldesen elszíneződik, majd czafatokban hull le, máskor ellenben, ha perforatio nem következik be és a zavaros folyadék nem ürül ki, az állat 3—4 nap alatt elpusztul.

Ezek előrebocsátása után megpróbálhatjuk az esetünkből tisztára kitenyésztett anaërob bacillust az említett bakteriumok valamelyikével azonositani. A felsorolt bakteriumok közül a *bacillus oedematis maligni* és a *bacillus phlegmones emphysematosae* jöhet szóba, melyekhez alaki, de főleg tenyészetbeli sajátságaira nézve legközelebb áll. Alakra nézve különösen a gázphlegmone bacillusával, tenyészetbeli sajátságaira nézve pedig mindkettővel megegyezik, mivel büzös gázbuborékokat termel, mely a szőlőczukros agart darabokra szaggatja, a kocsonyát folyósítja, csupán levesben nem sikerült a kitenyésztése. Míg az oedema malignum bacillusa *Gram* szerint nem festődik, addig ez igen jól festődik, tehát ebben is megegyezik a gázphlegmone bacillusával. A bacillus oedematis maligni iránt a házinyúl és tengerimalacz fogékony, a bacillus phlegmones emphysematosaeval szemben a tengerimalacz igen fogékony, míg a házinyúl nem. Az esetünkből kitenyésztett bacillusról azt tapasztaltuk, hogy ez iránt házinyúl nem, míg tengerimalacz csak igen kis fokban fogékony. Lehet, hogy a tenyésztés alatt a hőmérsék behatására változott meg a szóban forgó bacillus virulentiája és ha közvetlen a műtét után vett izomkaparékból oltottunk volna be tengerimalaczokat, talán sikerült volna a fent említett jellemző anatomiai elváltozásokat létrehozni. Mindezeknek alapján annyit mondhatunk, hogy az *esetünkből kitenyésztett bacillus a legnagyobb valószinüség szerint a Welch-Fraenkel-féle bacillus phlegmones emphysematosaeval azonos.*

A gázphlegmone *aetiologiájában* legtöbbször trauma, zúzódás, szóval sebzési behatások szerepelnek, melyek közül legnagyobb szerepet mégis a komplikált törések játszszák, különösen a sebnek földdel való szennyezése elgázoláskor, vagy fának a törzsre vagy valamelyik végtagra való esésekor. De előfordult ez a betegség injectiók és konyhasós infusiók után is. A klinikai tapasztalatok azt mutatják, hogy a fertőzés leggyakrabban uteczai szerencsétlenségek alkalmával jön létre. A gázphlegmone bacillusa előfordul a talajban, pöczegödrökben, sőt *Fraenkel* egy tetanusban szenvedő embernek az ujjából kivett vastag szálkából is kitenyésztette. Tehát fertőzés akkor jön létre, ha a sebek szennyezve vannak földdel és fával. Azonkivül állandó lakója a bélcsatornának és ez az oka nagy elterjedésének. *Uterusemphysemában* pl. a fertőzés a hüvely vagy a végbél felől olyan módon történhetik, hogy a szülőnő szülés alatt székel s a bélsárban tartózkodó bacillus inficiálja a nemi részeket. Ide tartozik a gyermekágyi fertőzés legrettenetesebb alakja, a *tympania uteri (physometra)* is, a melyben rendkivül virulens mikrobák: streptococcus, bacillus coli, bacillus oedematis maligni s egyéb gázfejlesztő anaërob mikrobák szerepelnek mint kórokozók, az utóbbiak közül kivált a *bacillus phlegmones emphysematosae* (Fraenkel). Ha tengerimalacz terhes méhébe oltjuk be ezen utóbb említett bacillus színtenyészetét, teljesen hasonló kórkép fejlődik ki, míg colit fecskendezve be, nem fejlődik ki. Néha multiplex, egymástól elválasztott területek gyanánt felfogható gangraenák keletkeznek (pl. az egyik alkaron és ellenkező oldali vállon, vagy a czombon és mindkét vállon), melyek úgy magyarázhatók, hogy azok a bakteriumok, melyek a gázt termelik, egyedül vagy más mikrobákkal akár a vér, akár a nyirokáram útján tovahurczoltatnak és metastasisokat alkotnak.

[1] L. Orvosi Hetilap, 1906. évfolyam.

Annak ellenére, hogy a bac. phlegm. emphys.-t joggal mint specifikus bakteriumot foghatjuk fel, mely a szövetekben mindenkor jellemző gázképződéssel járó elváltozásokat idéz elő, újabban mégis akadtak szerzők, kik a szövetekben keletkező elváltozásokat a gázphlegmone által előidézett erjedési tüneteknek tulajdonították s az egész folyamatot *erjedési nekrosisnak* nevezték el. Különösen *Westenhöffer* volt az, ki azt állította, hogy a nevezett bakterium az emberre nem fertőző, mivel saprophyta, a mely csak holt, nekrosisos, a keringésből kizárt talajokban alkot gázt. Szerinte a gázphlegmone veszedelme erjedési termékeknek a felszívódásán alapulna, melyek már a bacillus bejutása és felszaporodása előtt jelen voltak. Mindezekre igen helyesen jegyzi meg *Fraenkel*, hogy a konyhasós infusiók és böralatti injectiók oly csekély beavatkozások, hogy róluk *Westenhöffer* sem állíthatja, hogy a szöveteknek elhalását és a vérkeringésből való kirekesztésüket idéznék elő, mert akkor ezer meg ezer esetben, különösen cholera idején, kellett volna gázphlegmonet észlelni. Nem a sérülések súlyos vagy enyhébb volta az, mely a gázphlegmonenak a keletkezését vagy elmaradását befolyásolja, hanem a hiánya vagy a jelenléte a specifikus mikrobának. Ezt mutatják a klinikai tapasztalatok sebészeti osztályokon. Ma már tudjuk, hogy a legsúlyosabb sérülésekben nem kell mindjárt gázphlegmonenak kifejlődnie, és csekélyekhez is társulhat az, ha a gázphlegmone bacillusa a sérült szövetekbe bejutott. Gázphlegmone társulhat fekélyes folyamatokhoz is, mint pl. oesophaguscarcinomához, a mikor a test különböző helyein akár a vér, akár a nyirokerek útján metastasisok támadnak. Észleletek mutatják, hogy élő ember keringő vérében úgy górcső alatt, mint tenyészetben a bac. phlegm. emphys.-t sikerült kimutatni. Elterjedhetnek tehát a bacillusok intra vitam is, legtöbbször azonban mégis postmortálisan terjednek szét. Néha jelen lehetnek a sebben a nélkül is, hogy betegséget idéznének elő. Ezt úgy magyarázzák, hogy a diphtheriabacillus is előfordulhat a szájüregben a nélkül, hogy diphtheriát idézne elő. Tympania uteriben észlelték, hogy kevésbé súlyos fertőzéskor a gyuladásos góczok betokolódhatnak, úgy hogy az esetek egy része még meg is gyógyul.

A *prognosis* különböző részint a hely, részint a gyuladás kiterjedése szerint, továbbá a bakteriumok virulentiája szerint is, melyek a gázphlegmonet előidézték. A valódi gázphlegmonék legtöbbször letális kimenetelüek, gyakran néhány nap alatt vezetnek halálra, mielőtt a lokális jelenségek világosan kitöréshez vezettek volna.

A modern sebészet vívmánya, hogy a nyilt csonttörések ma elvesztették azon jellegeiket, melyek régente oly veszélyessé tették a prognosist. Ma joggal mondhatjuk, hogy a sérülés sorsa az *első segélynyujtáskor* dől el, s ha ennek a körülményei nem olyanok, hogy a sérülést a sebészet szabályai szerint el lehetne látni, inkább ne nyúljon a sebhez az orvos, hanem csak immobilizálja a végtagot és a sérültet azonnal a legközelebbi sebészeti intézetbe szállítsa be. Szomorú példáját láttuk ennek a kolozsvári sebészeti klinikára beszállított esetben, hol az illető mintegy saját magát részesítette első segélyben akkor, a midőn a kiálló piszkos csontdarabot visszadugta és zsebkendőjével kötötte be a sebet. Két napi várakozás után azután kifejlődtek a gázphlegmone súlyos tünetei, de ekkor már magas amputatioval sem lehetett megmenteni a beteg életét.

A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye.
(Igazgató: Korányi Sándor dr. ny. r. tanár.)

Anyagcserevizsgálat pankreatitis interstitialis chronica luetica egy esetében.

Irta: *Bence Gyula* dr. egyetemi tanársegéd.

(Vége.)

Egy következő kérdés tárgya a bélsár absolut zsírtartalma a hasnyálmirigy megbetegedéseiben. Sok esetben találtak zsírszéket, míg másokban nem. Az előbbiek közt sok oly eset szerepel, melyekben icterus is fennállott, tagadhatatlan azonban, hogy több tiszta pankreasmegbetegedés-esetben is találtak bő zsírtartalmat a bélsárban. A bélsár zsírtartalmának egyszerű megállapítása azonban nem ad oly hű képet a zsírkihasználásról, mint a pontos zsíranyagcserekisérletek, melyek azt mutatták, hogy pankreasbetegségekben a felvett zsír 50%-a, söt még több szokott a székletében elveszni.

Sokat vitatott kérdés, hogy miként alakul a zsírhasítás a pankreasváladék hiánya esetén. *Müller*-nek erre vonatkozó első kisérletei szerint jellemző, hogy pankreasbetegségekben a zsír a bélsárban túlnyomóan neutrális zsír alakjában jelenik meg, vagyis hiányos a zsírhasítás. Hasonló nézetet vall *Noorden*, *Anschütz*, *Weintraud* és *Katz*. Ez utóbbi annyira megy, hogy csak akkor tartja megokoltnak a pankreasbetegség felvételét, ha legalább 70%-ra sülyedt a zsírhasadás. E nézettel mindenekelőtt ellentétben állanak *Abelmann*-nak sok oldalról megerősített állatkisérletei, melyekből kitünik, hogy a pankreas kiirtása után a bélsár csak aránylag kevés neutrális zsírt tartalmaz, hogy a zsírhasadás majdnem rendes marad, azonban a hasított zsír túlnyomó része a szappan rovására megmarad zsírsav alakjában. E kisérleti eredményeket *Deucher*, *Albu*, *Zoja* és *Brugsch* betegeken végzett vizsgálatai is megerősítették, a mennyiben részben bonczolat által igazolt pankreasmegbetegedés-esetekben az előbbiekkel egybehangzó eredményeket találtak.

A szappan csekély mennyiségét tartja *Zoja* legjellemzőbbnek a pankreas hiányos működésére, míg *Müller* szerint a szabad zsírsav és szappan mennyiségének aránya csak véletlen körülményektől függ, tudniillik attól, hogy a zsírhasítás alkalmával több vagy kevesebb alkali van-e a bélben. Ha esetemből a pankreas-pathologia szempontjából értékes következtetéseket akarunk levonni a zsíranyagcserére vonatkozólag, meg kellett határoznunk a beteg bélsarának absolut zsírtartalmát, a táplálékban felvett zsírnak kihasználódási fokát és végre a zsírhasítást.

A zsír meghatározását a bélsárban *Liebermann Leo* tanár ajánlatára, kinek e helyütt is hálás köszönetet mondok szíves tanácsaiért, következő módon végeztem: Körülbelül 10 gm. szárított bélsár 24 óráig állott 100 gm. hideg alkoholban. Ez idő alatt a keveréket többször felráztam és azután leszürtem. A szürletben volt egyebek közt a zsírsav és szappan, míg a maradékban volt a neutrális zsír. Ez utóbbit 72 óráig tartó Soxhlet-féle eszközzel végzett kivonással határoztam megmérés útján. A szürletet bepároltam, majd aetherrel kivontam. Az aetherben oldódó szabad zsírsavak oldódtak, míg a szappan visszamaradt. Az aetheres zsírsavoldatról ledestilláltam az aethert, a visszamaradó szabad zsírsavat szárítottam, megmértem, majd ismét alkoholban feloldottam és alkoholos natronlúggal megtitráltam. Az aetherkivonás utáni maradékot, melyben a szappan is benne volt, híg kénsavval felfőztem, a minek következtében a szappanból a megfelelő szabad zsírsav alakult, melyet rázótölcsérben aetherrel kivontam és az előbb leirt módon határoztam meg.

Az ételkihasználás meghatározása czéljából a betegnek a *Schmidt* által megállapított próbaétrendet adtam. A bélsarat három napon át gyüjtve szárítottam, és úgy végeztem rajta a meghatározásokat. Az első három napos periodus alatt megállapítottam az ételkihasználást minden külső befolyástól menten, míg a következő periodus alatt a beteg naponta az előbbi étrend mellett 9 pankreon-tablettát kapott. A bélsár elhatárolása az egyes periodusok elején illetve végén 1·0 gm. carminpor adagolásával történt. A pontosabb elhatárolás czéljából a betegnek a kisérlet megkezdése előtti napon a kisérlet alattitól teljesen eltérő étrendet adtam.

A próbaétrend tartalma a következő volt:

Tápfelvétel	Szilárd anyagok	Zsír	N
1·5 liter tej	233·0 gm.	48·0 gm.	7·3 gm.
80 gm. zabliszt	72·0 „	4·8 „	1·7 „
50 gm. vaj	43·0 „	42·0 „	—
125 gm. sovány marhahús	30·0 „	2·5 „	4·4 „
100 gm. kétszersült	88·0 „	1·0 „	1·3 „
Összesen	*466·0 gm.*	*98·3 gm.*	*14·7 gm.*

Egy három napos periodus alatt tehát 295·0 gm. zsírt és 44·1 gm. N-t tartalmazott a beteg étrendje. Az első periodus

alatt gyüjtött és szárított bélsár súlya 370 gm., ebből 3 részletet a zsír, 2 részletet a N meghatározására vettem el. Az egyes meghatározások eredménye a következő:

A kisérlet száma	Szárított bélsár	Neutrális zsír	Szabad zsírsav	Szappan	Összes			N
					neutrális zsír	szabad zsírsav	szappan	
I.	10·07 gm.	1·4013	2·434	0·352	51·43	89·33	12·92	—
II.	9·86 „	1·4313	2·357	0·346	53·17	89·40	12·97	—
III.	9·66 „	1·3168	2·332	—	50·40	89·32	—	—
I.	0·66 „	—	—	—	—	—	—	0·02555
II.	0·68 „	—	—	—	—	—	—	0·02765

Ha az átlagos értéket számítjuk ki és azonkivül a szabad zsírsavat és szappant neutrális zsírra számítjuk át, az értékek a következők:

Összes			Összesen		A szárított bélsár összes N-je	
neutrális zsír	szabad zsírsav	szappan	gm.-ban	%-ban	gm.-ban	%-ban
51·85	93·6	13·56	169·0	*45·6*	14·7	*4·0*

Mérleg:

Bevitt zsír	295·0 gm.	Bevitt N	44·1 gm.
Bélsár útján vesztett zsír	169·0 „	Bélsár útján vesztett N	14·7 „
	+ 126·0 gm.		+ 29·4 gm.
Nem szivódott fel *57·3%-zsír.*		Nem szivódott fel *33·4%-N.*	

A fel nem szivódott zsír következő összetételü:

Neutrális zsír	*36·6%*
Szabad zsírsav	*55·4%*
Szappan	*8·0%*

A következő három napos periodusban a beteg 9 pankreontablettát is kapott. A szárított bélsár súlya e periodus alatt 250 gm., ebből 2—2 részletben a zsírt illetve a N-t határoztam meg. Az egyes meghatározások eredménye a következő:

A kisérlet száma	Szárított bélsár	Neutrális zsír	Szabad zsírsav	Szappan	Összes			N
					neutrális zsír	szabad zsírsav	szappan	
I.	9·88	1·1653	3·047	0·284	29·60	77·38	7·21	—
II.	11·26	1·2608	3·283	0·338	27·99	72·88	7·50	—
I.	0·83	—	—	—	—	—	—	0·035
II.	0·83	—	—	—	—	—	—	0·035

Ha az átlagos értéket számítjuk ki, és azonkivül a szabad zsírsavat és szappant neutrális zsírra számítjuk át, az értékek a következők:

Összes			Összesen		A szárított bélsár összes N-je	
neutrális zsír	szabad zsírsav	szappan	gm.-ban	%-ban	gm.-ban	%-ban
28·8	78·72	7·7	115·22	*46·0%*	10·5	*4·2%*

Mérleg:

Bevitt zsír	295·0 gm.	Bevitt N	44·1 gm.
Bélsár útján vesztett zsír	115·22 „	Bélsár útján vesztett N	10·5 „
	+ 179·78 gm.		+ 33·6 gm.
Nem szivódott fel *39%-zsír.*		Nem szivódott fel *23·8%-N.*	

A fel nem szivódott zsír a következő összetételü:

Neutrális zsír	*24·9%*
Szabad zsírsav	*68·4%*
Szappan	*6·7%*

A leirt vizsgálatokból kitünik mindenekelőtt, hogy betegem *bélsarának zsírtartalma 46·5%, vagyis az absolut zsírtartalom igen nagy emelkedést mutat.* Ez annyival inkább érdemel figyelmet, mert az ételben felvett zsír mennyisége aránylag csekély, naponta 98·3 gm. Még szembeötlőbb a zsírveszteség, ha az ételben bevitt és a bélsárban veszített zsírmennyiséget összehasonlítjuk. Ekkor kitünik, hogy a *felvett zsír 57·3%-a veszett el.* Az ételzsírkihasználás tehát ezen esetben is nagyon rossz volt, hasonlóan már több leirt pankreasmegbetegedés-esethez.

A bélsárban foglalt zsír közelebbi vizsgálatakor kitünt, hogy úgy oszlik el, hogy *36·6% esik a neutrális zsírra, 55·4% a szabad zsírsavra és 8% a szappanra.* Katz beosztása szerint ez eset közel van azon határhoz, a hol még épen jogosult a pankreas megbetegedésének a felvétele. Ezzel szemben én is esetemben azt találtam, hogy a bélsár zsírját túlnyomóan a szabad zsírsavak adják, már pedig kevés eddig leirt esetben, melyekben egyszersmind anyagcserevizsgálatot végeztek, volt a pankreas elpusztulása úgy bonczolástanilag, mint szövettanilag oly biztosan igazolva, mint esetemben. Ez eset a pankreasváladék hiánya szempontjából méltán az állatkisérletek mellé sorolható és a mint látjuk a kiesési tünetek teljesen megfelelnek a hasnyálmirigy kiirtása után állatokon tett tapasztalatoknak. Csatlakozom tehát *Brugsch* nézetéhez, hogy a hiányos zsírhasítás nem feltétlen atributuma a pankreas betegségének, sőt elfogadom azon nézetet, hogy a *szabad zsírsavak túlsúlyra jutása inkább a szappan, mint a neutrális zsír rovására, kifejezett és jellemző tünete a hiányos pankreasemésztésnek.*

Miként magyarázzuk azonban e kiadó zsírhasadást a pankreasváladék hiányában? *Müller* a bélbakteriumok szerepét vizsgálta, s azt találta, hogy csak csekély mértékben befolyásolják a zsírhasadást. Fontosabb szerepe van *Volhardt* szerint a gyomornedv zsírhasító hatásának, melynek azonban csak természetesen emulgeált zsírra van befolyása. Ebben keresendő valószinüleg annak az oka, hogy a különböző kutatók a pankreasnedv hiánya esetén a zsírhasadást illetőleg betegeken oly különböző tapasztalatokról számolnak be. Nem lehetetlen, hogy azon esetekben, melyekben az enyémhez hasonló eredményre vezettek a kisérletek, az étrend zsírjának nagyobb része jól emulgeált alakban jutott a tápcsatornába. Betegem a táplálékában foglalt zsírnak majdnem felét tej alakjában, azaz a legjobb emulsioban kapta. Azonkivül legutóbbi időben *Boldyreff* béllypase létezéséről számol be és *Frouin*-nek is sikerült kimutatnia, hogy a bélben a pankreasnedv kirekesztése után, különösen, ha az epe hozzáfolyása zavartalan, kiadó zsírhasadás folyik, hogy tehát a bélnedvnek magának aktiv része van a zsírhasításban. A gyomornedvnek zsírhasítóképessége egyesülve a bél nedveével, továbbá kisebb mértékben a bélbakteriumok közreműködésével, együttesen a pankreasnedv zsírbontó hatását legalább némileg pótolni tudják. Ez utóbbi tényezők befolyása azonban úgy látszik jobban érvényesül, ha a zsírt lehetőleg nagy behatási felületen érik. Ezért pankreasmegbetegedésekben összehasonlító vizsgálatokat kellene végezni az emulgeált és nem emulgeált zsír hasadását illetőleg. Azt hiszem, hogy ilyen kisérletek némi világot vetnének azon ellentétre, mely e kérdésben a különböző vizsgálók közt fennáll.

Minkowski és *Abelmann* állatkisérleteikben azt találták, hogy a hasnyálmirigy kiirtása után bekövetkező hiányos zsírkihasználás egyidejü pankreasetetés után lényegesen javul. Azóta többen próbálkoztak a betegeknél steatorrhoea esetén, részben

sikerrel, pankreaskészítményekkel. Pontos összehasonlító anyagcserevizsgálatokat *Salamon* végzett és azt találta, hogy pankreon adagolása mellett a székletét zsír- és fehérjetartalma csökken. Ehhez hasonló vizsgálatot végeztem betegemen is. A beteg előbb 3 napig a Schmidt-féle diaetát kapta, majd a következő 3 napon ugyanezt és 9 darab *pankreon*-tablettát. Az ételkihasználást összehasonlítva a következő táblázat tünteti fel:

Periodus	Szárított bélsár	Neutrális zsír	Szabad zsírsav	Szappan	Összes zsír gm.-ban	A bélsár-zsír %-a	N gm.-ban	N %-ban	
I.	370	51·85	93·6	13·56	169·0	45·6	14·7	4·0	Pankreon nélkül
II	250	28·8	78·72	7·7	115·22	46·1	10·5	4·2	Pankreonnal
—	120	23·05	14·88	5·86	53·78	—	4·2	—	Csökkenés gm.-ban
—	32·4%	57·5%	15·8%	43%	31·8%	+ 0·5	28·6%	+ 0·2	Csökkenés %-ban

A fel nem szívódott zsír következő összetételü:

	Pankreon előtt	Pankreon alatt
Neutrális zsír	36·6%	24·9%
Szabad zsírsav	55·4%	68·4%
Szappan	8·0%	6·7%

A mint e táblázatokból kitünik, *az ételkihasználás a pankreon hatása alatt lényegesen javult.* A bélsár szilárd alkotórészei, a zsír és fehérje majdnem egyenletesen csökkentek, a mennyiben 32·4%, 31·8% illetve 38·6%-kal csökkent a mennyiségök a bélsárban. Különös figyelmet érdemel annak követése, hogy a pankreon miként befolyásolta a zsírhasadást. Legerősebben csökkent a neutrális zsír a bélsárban, a mennyiben 57·5%-kal lett kevesebb. A szappan százalékban kifejezve szintén nagy csökkenést mutat, ez azonban absolut mennyiségben kifejezve oly kevés, hogy alig jön tekintetbe. Ezzel szemben a szabad zsírsavak mennyisége csak 15·8%-kal csökkent. A *pankreon tehát nemcsak a zsírhasadást emelte, hanem fokozta a zsírfelszívódást is.* Még szembeötlőbbé válik ez eredmény, ha a bélsár zsírjának százalékos elosztódását a pankreonkezelés előtti és alatti periodusban hasonlítjuk össze. Ebből kitünik, hogy a neutrális zsír 36·6%-ról 24·9%-ra, a szappan 8·0%-ról 6·7%-ra esett le, ellenben a szabad zsírsav 55·4%-ról 68·4%-ra emelkedett. A pankreon tehát mindenekelőtt fokozta a zsír hasadását zsírsavra, mivel azonban ennek ellenére úgy a zsírsavak, mint a szappan mennyisége absolute csökkent, fel kell tennünk, hogy a hasított zsír szappanná alakíttatván, a felszívódásra elkészítve fel is szívódott. Mivel azonban a szabad zsírsavak százaléka emelkedett, felvehető, hogy a pankreonnal nem jutott elég alkali a bélbe. Hasonló esetekben azért meg kellene gondolnunk, hogy nem ajánlatos-e a pankreonnal egyidejüleg nagyobb mennyiségü alkalit is adni. Ezzel ugyan árthatunk esetleg a gyomor működésének, a melynek épségben tartása pedig épen ezen esetekben nagy jelentőségü.

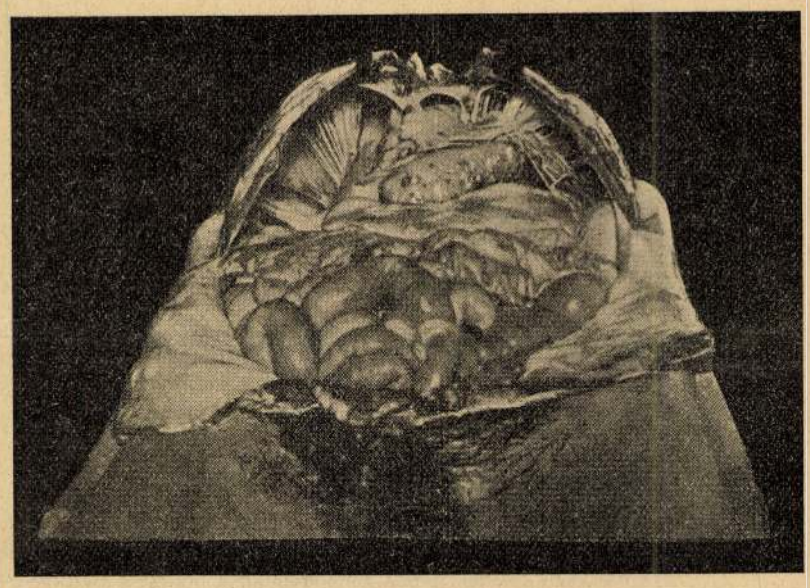
Meg akarom még említeni, hogy a vizelet czukortartalmára a pankreon adagolásának semmi befolyása sem volt.

Említést akarok e helyütt tenni egy, főnököm, *Korányi Sándor* tanár magángyakorlatából vett második esetről. A beteg évek óta steatorrhoeában szenved, azonkivül egy éve 1% czukor volt a vizeletében. A czukor megfelelő étrend mellett rövidesen eltünt a vizeletből. A zsírszékelést *Korányi* tanár pankreonnal kezelte. A pankreon ezen esetben is igen jól vált be, mert nélküle a betegnek folytonos hasmenése volt. A bélsár nagyobbára olajszerüen folyós volt. A pankreon bevétele után a betegnek rendes széke lett és évek óta használja sikeresen e gyógyszert. E két eset igazolja azon tapasztalatot, hogy pankreasbetegségek esetén az e szervből készített praeparatumok a hasnyálmirigy működését egy bizonyos fokig pótolni tudják. A készítménynek ezen hatása nagyon kedvezően befolyásolhatja a betegség lefolyását, mert meg fogja gátolni a pankreas megbetegedéseiben keletkezni szokott rohamos lesoványodást és a vele karöltve járó nagyfokú elgyengülést.

A pankreasváladék hiánya zavart okoz a fehérjeemésztésben is. Ebben már teljes a megegyezés a kisérleti és klinikai tapasztalatok közt. *Abelmann* a pankreas kiirtása után kutyákon igen jelentékeny N-veszteséget látott. A betegeken hasonló tapasztalatokat tettek és a bélsár nagy N tartalmát a pankreasbetegség egy jellemző tünetének tartják. *Hirschfeld, Weintraud, Deucher* és *Brugsch* vizsgálatai szerint 20—40% N vész a felvett táplálékból a bélsárban, a minél fogva a száraz bélsár N-tartalma 4%-ot is elér. Erre vonatkozó kisérleteim hasonló eredményre vezettek, a mennyiben betegem szárított bélsarában 4% volt a N, a mi 33·6% N-veszteségnek felel meg. E nagy fehérjevesztéseknek megfelelően igen sok volt a harántcsikolt izomrost a bélsárban.

A vizelettel végzett indicanreactio többszöri vizsgálatkor negativ volt. *Le Nobel* szerint ez a pankreasműködés kiesésének egyik rendes tünete.

Nagyobb mennyiségű zsír elfogyasztása után a betegnek egy alkalommal lipuriája volt. A vizelet tetején vajszagú, zsírszerű tömeg uszkált.



A betegség végső szakában, hasonlóan *Mering* és *Minkowski* kisérleteihez, nagyfokú acetonvizelés keletkezett.

A hasnyálmirigy gyuladása a beteg erős lesoványodásával járt, 18 kgm.-ot veszített néhány hét alatt testsúlyából, ámbár egészen szokatlan mennyiségü ételt fogyasztott. A pankreas megbetegedésének első jelei körülbelül 1 évvel halála előtt mutatkoztak. A betegség lefolyását tulajdonképen a komplikáló gyomor-bélvérzések siettették.

Külön megbeszélést érdemel ez esetben a hepatitis interstitialis lefolyása. Öt évvel a halált megelőzőleg mutatkoztak e betegség első jelei. Eleinte lépdaganat és fájdalmak a bal bordaív alatt, később izolált ascites voltak a hepatitis főtünetei, melyek fennállását egy évig figyeltük meg a kórodán. Sikeres calomel-diuresis után jodkalium rendelésével bocsátottuk el a beteget, ki a gyógyszert több hónapon át vette. Négy év mulva jelent meg a beteg ismét klinikánkon, állítása szerint a hasvízkor az elmult idő alatt többé nem újult ki és a vizsgálatkor tényleg szabad hasvízkór nyomát sem találtuk. E jelenség okát már az élőben megtaláltuk, de még inkább a bonczoláskor. A beteg has- és mellkasbőrén számos tágult kanyargós lefutású gyüjtőeret láttunk. Azonkivül bizonyos jelekből a mellhártya és rekesz közti összenövésekre lehetett következtetni. Igy a jobb mellkasfél a légzéskor erősen visszamaradt, a tüdő alsó határa mélyebben állott és légvételkor nem tisztult fel, a jobb tüdő felett légzés alig volt hallható. Jobboldali mellhártyagyuladás a kórelőzmény alapján nem volt felvehető. Röntgen-átvilágításkor a physikális vizsgálatnak megfelelően azt találtuk, hogy a jobb rekeszfél a légzéskor nem

tér ki. Mind e tünetekből méltán tehettük fel, hogy összenövések vannak a rekesz és pleura, illetve a tüdő közt. A bonczoláskor várakozásunknak megfelelőleg, mint a mellékelt ábra mutatja, kiterjedt legyezőszerű összenövések voltak a máj, a lép és a rekesz között, mely utóbbi viszont mellkasi felületén lapszerűen volt összenőve a jobb mellhártya illetve tüdő alsó felszinével. Azonkivül több kötőszövetes köteg haladt a májtól és léptől az elülső hasfalhoz.

E kiterjedt összenövések új összekötő utakat teremtettek a vena portae és cava pályája közt, és elégségesek voltak arra, hogy a hepatitis okozta portális pangás kiegyenlítődjék, a mi abban nyert kifejezést, hogy a szabad hasvízkór teljesen megszünt.

Ez esetben természetes úton létesült a Talma-féle műtéttel elérendő eredmény, s így ez eset e műtét elvének helyességét bizonyítja. Beigazolást nyert tovább *Ito* és *Omi* kisérletekre alapított ama nézete, hogy az omentum összenövése a hasfallal csak alárendelt fontosságú, ellenben a fősúly arra fektetendő, hogy a hasi szervek és a hasfal között minél kiterjedtebb összenövések létesüljenek.

Két héttel a beteg halála előtt ismét rohamosan növekvő ascites keletkezett, melylyel egyidejűleg nagy gyomor és bélvérzés jelei is mutatkoztak. E tüneteket pylethrombosis eredményének tartottuk, s a bonczoláskor a vena portae főtörzse szabad volt ugyan, de a következő két főág tényleg thrombotizálva volt.

Irodalom. *Leube:* Spezielle Diagnose der innoren Krankheiten, 1904. I. k. 292. l. — *v. Mering* u. *Minkowski*: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 26. k. — *Hansemann:* Zeitschrift f. klin. Med. 26. k. — *Claude Bernard*: Leçons de physiologie experiment. 1856. — *Hoppe-Seyler:* Deutsches Arch. f. klin. Med., 81. k. — *d'Amato:* Riforma medica, 1903. 36. és 37. sz. — *Schmidt:* Naunyn: Diabetes-ből idézve. — *Karakascheff:* u. o. — *Sauerbeck:* u. o. — *Halász:* Orvosi Hetilap, 1905. 43—48. sz. — *Mayo Robson:* Lancet, 1904 márczius 19—26. — *Opie:* az előbbiből idézve. — *Brugsch:* Zeitschr. f. klin. Med., 58. k. 5. és 6. f. — *Weintraud*: Heilkunde, 1898. — *Hirschfeld:* Zeitschrift f. klin. Med., 19. k. — *Deucher:* Correspondenzblatt d. Schweiz. Ärzte, 1898. — *Ury* u. *Alexander*: Deutsch. med. Woch., 1904. 36. és 37. sz. — *Fr. Müller:* Zeitschr. f. klin. Med., 12. k. — *v. Noorden:* Berl. klin. Woch., 1890. — *Anschütz:* Deutsch. Arch. f. klin. Med., 62. k., 411. l. — *Katz:* Wiener klin. Woch., 1899. — *Abelmann:* Inaugural-Dissertation. Dorpat, 1890. — *Albu:* Berl. klin. Woch., 1901. — *Zoja:* Brugsch közleményéből idézve. — *A. Schmidt* u. *Strassburger*: Fäcesuntersuchung. Deutsche Klinik am Ende des XIX. Jahrhunderts. — *Volhard:* Zeitschrift f. klin. Med., 42. k. 414. l. — *Boldyreff:* Zeitschrift f. phys. Chemie, 50. k. 1907. — *Trouin:* Soc. d. Biolog. 1906. 61. k. — *Minkowski:* Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 31. k. — *Salamon:* Berl. klin. Woch., 1902. 45. sz. — *Le Nobel*: Deutsches Arch. f. klin. Med., 43. k., 285. l. — *Talma:* Berl. klin. Woch., 1898. — *Ito* u. *Omi:* Deutsche Zeitschrift f. Chir., 62. k., 1. és 2. f.

Milyen elváltozások találhatók a gerinczagyban és a csigolyaközti dúczokban a végtagok csonkitása avagy hibás fejlődése esetén?

Irta: *Földes Móricz* dr., a budapesti Herczel-sanatorium és a győri közkórház volt segédorvosa.

(Vége.)

Az előrebocsátottak után áttérek saját vizsgálataimra, melyeknek anyagához a budapesti egyetemi I. sz. kórboncztani intézetben jutottam s ez alkalommal is kifejezést kell adnom az intézet vezetője: méltóságos Genersich Antal udvari tanácsos, egyetemi tanár úr iránt érzett hálámnak azért a sok jóindulatért, melylyel tanulmányaimban támogatott és buzdított.

A vizsgálati anyagot időnként megújított Müller-féle folyadékban, majd vízben való alapos kimosás után fokozatosan emelt töménységű alkoholban keményítettem, a gerinczvelőknek kellő fokú megkeményedése átlag három hónapot vett igénybe.

A beágyazásra az ágyéki duzzanatból 3, a háti részből 5—6, a nyaki duzzanatból 3 darab egy-egy cm. magasságú oszlopot metszettem ki, egymástól egyenlő távolságban. Az egyes darabokon a jobboldalt a fehérállományból való kis ék kimetszésével megjelöltem.

A csigolya közötti dúczokat vagy a gerinczagygyal kapcsolatban véstem ki, vagy pedig a gerinczagy eltávolítása után a gerinczoszlop megfelelő részének formolban néhány napig keményítése után praeparáltam ki. Mert a formolban keményített dúczok épebb állapotban készíthetők ki, mint keményítés nélkül.

Beágyazásra celloidint használtam.

A metszetek festésére *Weigert-Wassale* velőshüvely-, *Mallary* tengelyfonalt kiemelő eljárását s a *Böhmer*-féle haematoxylinnal, vizes eosinnal, illetőleg *Van Gieson*-féle keverékkel való kettős festéseket alkalmaztam. Degeneratiora való vizsgálatkor *Marchi*-féle keverékben való 8—10 napi áztatás után lithioncarminnal és *Weigert-Wassale* módszere szerint festettem.

1. eset. Az első eset anyagát *O. Gy.* 66 éves korában elhalt napszámos szolgáltatta, kinek jobb lábszárát 5 évvel halála előtt lábszárfekélyedés miatt amputálták.

A gerinczvelőn, ideggyökökön, a czomb- és ülőidegen szembetünő változás nem észleltetett a bonczoláskor.

Górcsövi vizsgálatra csak a gerinczvelő állott rendelkezésemre.

Az ágyéki duzzanat alsó részében a gerinczvelő két felének symmetriája általában megvan, azonban a kóros oldali ú. n. oldalsó szarv megkisebbedett, legömbölyített és már lupenagyítással is kevesebb dúczsejt látható benne, mint az ép oldalon. Erősebb nagyítással nézve a canalis centralis nyitott, de a bélelő hámsejtek annyira megszaporodtak, hogy a lumen néhol felényire megszükült. A duzzadt magvú, nagyobbára sokszögletü sejtek kisebb-nagyobb csoportokban leváltak a canalis faláról.

Friedländer és *Krause*, *Homén* s mások nyomán megszámláltam a dúczsejteket; e czélra a 120-szoros nagyítás megfelel. Az intramedulláris rostok szerkezetét és egyéb finomabb részleteket 620 szoros nagyítással vizsgáltam.

Az egyes dúczsejtcsoportokat nem lehet mindig határozottan megkülönböztetni. Még legjobban kivehetők az egyes csoportok az ágyéki duzzanatban, a hol az elülső szarvban egy alsó laterális — középen egy vagy két kisebb —, egy nagyobb felső laterális, sőt néha egy felső mediális dúczsejtcsoport is látható.

A következő táblázatban az ágyéki duzzanatból származó több metszetben az elülső szarvak dúczsejtjeinek számaránya van kimutatva.

Az ágyéki duzzanat alsó része.

Ép oldal		Kóros oldal	
Alsó-oldalsó dúczsejtcsoport	Többi dúczsejtcsoport	Alsó-oldalsó dúczsejtcsoport	Többi dúczsejtcsoport
19	19	11	25
21	26	11	22
18	23	11	23
21	22	8	21
22	22	11	20
19	26	10	21
18	25	11	20
18	23	11	22
19	30	12	24
18	25	9	22
18	21	8	26
17	21	9	19
228	283	122	265
511		387	

Tehát az ép oldali alsó-külső dúczsejtcsoport majdnem kétszer gazdagabb sejtekben, mint a kóros oldali s különösen az oldalszarv külső része mutatja legkifejezettebben a fogyatkozást. A meglevő sejtek pedig általában kisebbek, mint az ép oldaliak. Mig az ép oldali dúczsejtek határozott körvonalú kör, körte, gömb vagy háromszögletű csúcsos alakúak, erőteljes nyúlványokkal birnak, jól festődött, élesen határolt plasmát, concentrikusan fekvő magot és magcsát mutatnak, addig a kóros oldali dúczsejtek zsugorodottak, kevésbé éles határúak, a mag és magcsa alig vehető ki s többnyire excentrikusan fekszik a plasmában, mely hiányosan festődött.

Az elülső szarvból kiinduló intramedulláris gyökök 620-szoros nagyítás mellett finomabb szerkezetet s vékonyabb szálakat mutatnak, mint az ép oldalon.

A hátulsó szarvban a Gerlach-féle ideghálózat ritkább a

kóros oldalon, minthogy a sorvadt vékony idegszálak nagyobb közti üröket alkotnak.

A két hátulsó fehér köteg közt eltérést nem észleltem.

Az ágyéki duzzanat középső részében a viszonyok hasonlók az alább leirtakhoz.

A sejtek számát a következő táblázat mutatja:

Az ágyéki duzzanat középső része.

Ép oldal		Kóros oldal	
Alsó-oldalsó dúczsejtcsoport	Többi dúczsejtcsoport	Alsó-oldalsó dúczsejtcsoport	Többi dúczsejtcsoport
18	22	20	26
16	23	16	23
16	20	13	24
12	20	12	23
18	25	13	18
20	27	19	20
17	19	16	22
18	29	17	23
11	22	11	20
20	36	19	24
19	28	17	30
25	27	22	23
210	288	195	276
498		471	

A mint a számok mutatják, a differentia kisebb, mint a duzzanat alsó részében; a centrális csoportok gazdagabbak, mint az alsó részben. Egyébként a lelet hasonló az előzőhöz.

Az ágyéki duzzanat felső részében a canalis centralis többé-kevésbé nyitott a szerint, a mint a kezelés alatt több-kevesebb sejt vált le a canalis faláról.

A sejtszámlálás eredményét a következő táblázat mutatja:

Az ágyéki duzzanat felső része.

Ép oldal		Kóros oldal	
Külső-alsó dúczsejtcsoport	Többi dúczsejtcsoport	Külső-alsó dúczsejtcsoport	Többi dúczsejtcsoport
18	28	12	26
10	19	10	17
14	23	11	16
14	18	12	14
13	14	10	17
17	28	14	19
10	19	11	17
13	18	10	16
12	17	11	16
15	19	13	15
18	25	16	22
14	20	13	21
168	248	143	216
416		359	

A különbség tehát még mindig fennáll. A felső- és alsó-külső csoportok egészen egymás mellett feküsznek, minthogy az oldalsó szarvak ebben a magasságban alig vannak kifejezve.

Az első háti segmentumból származó metszeteken úgy a hátulsó, mint az elülső fehér kötegek jóval megfogyatkoztak a kóros oldalon, a structurában azonban erősebb nagyítással sem láttam eltérést.

Noha 4 metszet nem szolgálhat elég biztos alapul, mégis megszámláltam a sejteket és úgy az elülső szarvban (hol az egyes csoportok összefolytak), mint az itt először mutatkozó Clarke-féle oszlopban csekély differentiát állapítottam meg.

Első háti segmentum.

Ép oldal		Kóros oldal	
Az elülső szarv sejtjei	A Clarke-féle oszlop sejtjei	Az elülső szarv sejtjei	A Clarke-féle oszlop sejtjei
17	5	15	5
16	5	12	3
12	3	17	4
19	6	16	3
64	19	60	15
83		75	

A gyökökben szembetünő különbséget nem észleltem.

A második háti segmentumban még mindig látható a kóros oldali hátulsó fehér kötegben némi fogyatkozás, az elülső fehér kötegek egyenlő nagyságúak.

A sejtek száma a következő táblázatban látható.

Második háti segmentum.

Ép oldal		Kóros oldal	
Az elülső szarv sejtjei	A Clarke-féle oszlop sejtjei	Az elülső szarv sejtjei	A Clarke-féle oszlop sejtjei
17	15	17	14
15	18	11	9
18	10	19	8
27	13	18	8
10	7	14	9
22	19	19	8
109	82	98	56
191		154	

E számadatok szerint tehát főképen a Clarke-féle oszlop sejtjei fogyatkoztak meg.

A harmadik háti segmentumban az eltérések már alig konstatálhatók; a negyedik háti segmentumban és feljebb pedig a két oldal között különbséget nem láttam.

Minthogy a megfogyatkozott fehér kötegek keresztmetszetén structurabeli eltérést nem tudtam megállapitani, az első háti segmentum felett közvetlenül hosszmetszeteket készítettem, de qualitativ vagy quantitativ eltérés az egyes kóros oldali idegrostok között az ép oldalhoz képest a hosszmetszeteken sem mutatkozott.

2. eset. *Kl. J.* 30 éves salgótarjáni szénbányász, a ki másfél évvel halála előtt egy bányaszerencsétlenségből kifolyólag mindkét lábszárán csonkítást szenvedett. Idegrendszeréből csak a csigolya közötti dúczok állottak rendelkezésemre.

Minthogy mindkét oldalon amputatio történt, a mindkét oldalon egyenlő mértékben elváltozott csigolyaközti dúczokat egy 28 éves egyén ép dúczaival hasonlítottam össze (III. eset).

Kl. J. csigolyaközti dúczai a következő méreteket adták:

		hosszúság	szélesség	vastagság
XI.	háti cs. k. d.	6·5 mm.	5·0 mm.	3·5 mm.
XII.	„ „ „ „	6·5 „	5·2 „	3·0 „
I.	ágyéki „ „ „	5·5 „	3·5 „	3·0 „
II.	„ „ „ „	7·0 „	5·0 „	4·0 „
III.	„ „ „ „	9·0 „	5·5 „	4·2 „
IV.	„ „ „ „	10·0 „	6·0 „	4·2 „
V.	„ „ „ „	9·0 „	6·5 „	4·5 „

Ezen méretek megfelelnek az ép dúczok átlagos méreteinek. A velük összehasonlított ép dúczok sem voltak nagyobbak.

Górcsövi vizsgálatkor már kis nagyítással szembetünik az V. ágyéki csigolya közti dúczokból készült metszeteken, hogy míg az ép dúczokban a dúczsejtek nagyságra és számra nézve egyenletesen vannak elhelyezve, addig a kóros dúczok több és nagyobb sejtet mutatnak a peripherián, mint a centrumban, hol az idegrostok s a nagyon megszaporodott kötőszöveti rostok között itt-ott látszik egy-egy összezsugorodott sejt.

Erősebb nagyítással összehasonlítva a látótereket, a kóros dúczokban a legsejtdúsabb területeken is felényire megfogytak a dúczsejtek. A gömb- vagy körtealakú ép dúczsejtek kitöltik a sejtüreget, egymásnak közvetlen közelében sürü csoportokat alkotnak, ellenben a kóros ganglionok dúczsejtjei rendesen az üreg falának egy pontjához tapadva, többé-kevésbé, néhol felényire kitöltetlenül hagyják a sejtüreget. A plasma szabad felülete szálfinoman kihegyesedő, tövisszerü nyúlványokkal van ellátva, melyek által a sorvadt sejt csipkézett szélüvé lesz. Az egyes sejteket vastag kötőszöveti rétegek választják el egymástól.

A sejtplasma s a legtöbbször excentrikusan fekvő mag — mint az 1. eset kóros dúczsejtjeiben — nem bir éles konturokkal; ha ritkán a mag látható is, a magban a magcsa alig vehető ki. A plasma egyenetlenül, foltosan festődik és úgy tetszik, mintha pigmentje megszaporodott volna, mely körülmény a plasmának a rendesnél jóval szemcsésebb, rögösebb kinézést kölcsönöz. Ez a pigmentszaporodás azonban alkalmasint csak optikai csalódás; a nagy mértékben sorvadt plasmában ugyanis az eredeti mennyiségü pigment megszaporodottnak látszik.

A mi az idegrostokat illeti, sem a dúczban, sem a dúczból haladó rostok szerkezetében változást nem láttam. Néhol ugyan halványabban festődtek a Weigert-féle eljárással a számban megfogyatkozott és a rendesnél vékonyabb rostok, de ilyen árnyalatbeli különbségek előfordulnak egyes ép metszetek között is, a minek oka a festési eljárásban, illetve a színtelenítés fokában rejlik.

Ellenőrzés czéljából megvizsgáltam szétfoszlatott, izolált idegrostokat is, de nyomát sem láttam azon nagymérvü széteséseknek, a melyeket Dickinson, Hayem, Homén leirt.

Keresztmetszeteken a viszonyok mutatis mutandis megfelelőek az előbb elmondottaknak, azonban ezeken alkalmam volt megfigyelni a motorius és sensorius idegrostokat, t. i. a mozgató rostok részt nem véve a csigolyaközti dúcz képzésében, egy erőteljesebb kötőszöveti réteggel a dúczhoz vannak kötve s ez által alkalmam nyilt egy látótérben a mozgató és érző rostok összehasonlítására.

A különbség szembetünő: a mozgató rostok ritkán állanak és különböző vastagságúak, míg a meglehetősen egyenlő vastagságú érző rostok sürün egymás mellett állanak. Azonban ehhez hasonló, sőt néhol jobban kifejezett különbségek láthatók az ép dúczokban is. Erre a kérdésre utóbb visszatérek.

3. eset. *Sch. L.* 18 éves korában trauma következtében bal lábán Pirogoff-féle műtétet szenvedett a budapesti zsidó hitközség kórházában. 6 évvel később bekövetkezett halála után a 3301/224. sz. bonczolati jegyzőkönyvben a következő idevonatkozó feljegyzéseket találtam:

A gerinczcsigolyák elég tömöttek, a II. háti csigolyának megfelelőleg baloldalt a csonthártya megvastagodott, elszínesedett mintegy krajczárnyi területen, mert itt a csigolyaív egész a testig morzsás genynyel körül van véve és állományában megritkult és elhalt; az ez által létrejött ür fala puha sarjjal van körülvéve. A kemény burok e helyen kivülről ugyan kissé megvastagodott, de belül semmi eltérést sem mutat; a lágy burok halvány, az ideggyökön szembetünőbb eltérés nincs; a gerinczagy sem az említett helyen, sem állandóbb eltérést nem mutat; az ágyéki duzzanatban úgy látszik, hogy a bal elülső szarv valamivel kisebb és inkább besüpped. Sem az idegrostokon, sem a lófarkon szembetünő eltérés nincs.

Vizsgálatra csak az 5 hónapon át keményített gerinczagyat kaptam kézhez, melynek ágyéki duzzanata alsó részében a központi csatornát teljesen elzárják a felhalmozódott hámsejtek.

A két elülső szarvbeli dúczsejtek egymáshoz való viszonyát a következő számok mutatják:

Ép oldal		Kóros oldal	
Külső-oldalsó dúczsejtek	Többi dúczsejt	Clarke-féle oszlop	Többi dúczsejt
29	27	29	29
38	29	19	28
29	35	27	32
33	29	32	28
40	58	29	38
38	46	34	40
38	43	29	40
39	44	30	39
31	38	30	37
36	45	28	38
351	394	287	349
745		636	

Az ép oldali elülső ideggyökök erőteljesebbnek látszanak, mint a kóros oldaliak, de szöveti eltérést nem tapasztaltam.

A hátulsó szarvak, a fehér kötegek egymástól eltérést nem mutatnak.

Az ágyéki duzzanat középső részében a két gerinczvelőfél már kis nagyítással szembetünő asymmetriát mutat. Úgy a szürkeállomány, mint a fehérállomány elülső és hátulsó kötegei 1/3 résznyivel megfogytak a kóros oldalon. Az elülső szarv külső-oldalsó, a hátulsó szarv centrális részében fogyott meg.

A canalis centralis olyan, mint az alsó részben. A sejtek között a differentia relative nagyobb, mint az ágyéki duzzanat alsó részében, nemkülönben az egyes sejtekben a sorvadtság jelei sokkal jobban ki vannak fejezve. Az intramedulláris gyökökben és a fehérállományban semmi szöveti eltérés. Az ágyéki duzzanat felső részében a középrésznél leirtakhoz hasonló viszonyok állanak fenn.

Innen kezdve a gerinczagy két fele között az asymmetria mindjobban kifejlődik; legnagyobb fokban az 5—7. háti segmentumban van kifejezve, hol az elülső szarv megnyúlt és felényire megkeskenyedett, ellenben a hátulsó szarvak között alig van eltérés A hátulsó fehér kötegek szinte felényire, az elülsők több mint felényire megfogytak. Az asymmetria valamivel kisebb fokban fennáll az egész gerinczvelő mentén; a legmagasabb nyaki segmentumban is igen jól láthatók a különbségek.

A központi csatorna egészen a nyaki duzzanatig obliterálva marad, azon túl ismét nyitott.

A sejtcsoportok közti differentia mindvégig kimutatható. Az 1. háti segmentumban 7 metszetet véve a számítás alapjául

az ép oldalon az elülső szarvban . . . 180
a kóros „ „ „ „ . . . 135
az ép oldali Clarke-féle oszlopban . . . 170
a kóros oldali „ „ . . . 123

sejtet számláltam.

A 3. háti segmentumban

az ép oldali elülső szarvban 168
a kóros „ „ „ 127
az ép oldali Clarke-féle oszlopban . . 104
a kóros „ „ „ . . 73 sejtet.

Végre a 6. háti részben

az ép oldali elülső szarvban 145
a kóros „ „ „ 108
az ép oldali Clarke-féle oszlopban . . 105
a kóros „ „ „ . . 65

dúczsejtet számláltam.

A nyaki duzzanatban nagyobb összegekben arányosan kisebb differentiát találtam.

A sejtek sorvadása várakozás ellenére kisfokú, a sejtekben s nemkülönben a gyökökben alig van kifejezve annyi elváltozás, mint az első esetben.

A Marchi-féle methodussal kezeltekben láttam ugyan fekete szemcséket, a minőket Redlich leirt, de ugyanannyit az ép, mint

a kóros oldalon és nem oly jellemzően elrendezve, hogy specifikus jelentőségünek tarthatnám. Véleményem szerint ezek a szemcsék is, mint a Weigert festésnél a csapadékok, nem degeneratiós szétesés jelei.

Összefoglalás.

Egybevetve vizsgálataimat mások vizsgálataival, a részben eltérő eredmények a következőkben foglalhatók össze:

A gerinczvelőben — a legtöbb észleléssel egybehangzóan — a fehérállománybeli elülső és hátulsó kötegek fogyatkozását, s a szürkeállománybeli elülső szarv nagyobbfokú, a hátulsó szarv kisebb sorvadását találtam. A fehérállománybeli oldalkötegek eseteimben mindenütt épek voltak.

A dúczsejtek sorvadásának főképen az elülső szarv alsó-külső csoportjára s a Clarke-féle oszlopra való lokalizálódását — a Friedländer és Krause óta végzett vizsgálatokkal egybehangzóan — az én észleléseim is megerősítik. De a hátulsó szarvban a Clarke-oszlopon kivüli többi dúczsejtnek eddig meg nem figyelt fogyatkozását is észleltem.

A dúczsejteknek Flattau által leirt szemcsésedését láttam, de a sejtek duzzadását („hypervoluminös") nemcsak hogy nem sikerült megtalálnom, de eseteimben a dúczsejtek mindig zsugorodottnak mutatkoztak.

A csigolya közötti dúczokban szintén dúczsejtsorvadást s e mellett a közti kötőszövet kifejezett szaporodását észleltem.

Az intramedulláris ideggyökökben és a fehérállomány idegrostjaiban nem találtam degeneratiós szétesésre valló tüneteket, sem hossz-, sem keresztmetszetben. A Homén által leirt gliaszövetbeli magszaporodás nem mutatkozott eseteimben.

Minthogy Friedländer és Krause a mozgató gyökökben elváltozást nem észleltek, felvették, hogy az elváltozás az érző impulsusok centripetál irányának megfelelően terjed tova. Az elülső szarvbeli motorius dúczsejtek s a Clarke-oszlop dúczsejtjeinek sorvadásából pedig e sejteknek az érző pályákkal való összeköttetésére következtettek.

Homén közvetlenül a csigolya közti dúczok alatt végzett idegkeresztmetszeteken a motorius és sensorius rostok között észlelt különbségek alapján az előbbi felfogáshoz csatlakozik. Szerinte a motorius sphaerában létrejött elváltozások másodlagosan terjednek át az érző pályákról s csak a csonkítás után huzamosabb idő mulva jönnek létre.

Ellentétben áll e felfogással azon észleletem, hogy az érző és mozgató idegrostok közötti, Homén által jelzett eltérést eseteimben megtaláltam az ép oldalon is." (Ez új észlelet.) Ezek a differentiák tehát nem tekinthetők az amputatioval kapcsolatos kóros elváltozásoknak. Másrészt a csonkítás fennállásának idejére való tekintet nélkül mindig nagyobb mértékben volt kifejezve az elülső szarv, az elülső fehér köteg, az elülső ideggyökök sorvadása, mint a hátulsó megfelelő részeké. Ezen okokból *Gregoriew*-hez, *Flattau*-hoz s az újabb vizsgálókhoz kell csatlakoznom, kik az amputatiók folytán létrejövő elváltozásokat úgy az érző, mint a mozgató sphaerában elsődlegesnek tekintik. S ez természetes is, mert hiszen a végtag csonkítása után nemcsak az érző, hanem egyidejüleg a mozgató impulsusok is lényegesen megcsökkennek, tehát ennek megfelelően mindkét sphaerában egyidejüleg fognak az elváltozások is létrejönni.

Röviden összefoglalva tehát mondhatjuk, hogy végtagok csonkítása után a gerinczvelőben a megszakítás és az inactivitás folytán beálló anyagcserezavarok miatt úgy a dúczsejtekre, mint az idegrostokra vonatkozó „*numerikus atrophia*" s a kötőszöveti elemekben dúsabb csigolya közötti dúczokban a dúczsejtek sorvadása mellett a kötőszövet túltengését mutató úgynevezett „*concurrens atrophia*" jön létre. Az elváltozás úgy az érző, mint a mozgató sphaerára egyidejüleg kiterjed s annál jobban fejlődik ki, minnél fiatalabb egyénen, minél közelebb a törzshöz végeztetett a végtag csonkítása s minél tovább élt az egyén a csonkítás után. Valamelyes szerepe természetesen az amputatiót indikáló betegségnek, illetve a csonkítást megelőző esetleges hosszabb tétlenségnek is van.

Hibásan fejlődött végtagokkal biró esetek nem állottak rendelkezésemre; pedig ilyeneknek a vizsgálata igen kivánatos volna, mert ezek segélyével megállapithatnók, hogy mennyiben járulnak hozzá az elváltozások előidézéséhez a csonkítást indikáló idült kórfolyamatok, vagy különösen az állatkisérletekben végzett csonkításokhoz esetleg hozzájáruló gyógyulási complicatiók stb. Minthogy az emlitett kóros momentumok intrauterin csonkításoknál s egyéb hibás fejlődésnél kizártnak tekinthetők, az idegrendszerbeli lelet tisztább világításban állana előttünk.

Irodalom. 1. *Aug. Förster:* Die Missbildungen des Menschen. Jena, 1865. — 2. *Vulpian:* Exam. de la moëlle ep. dans les cas d'amput. Arch. de physiol. 1868. — 3. *Davida:* Spinalwurz. u. Gangl. bei Perobrachie. Virch. Archiv. 1882. 88. kötet. — 4. *Edinger:* Rückenmark u. Gehirn bei angebor. Mangel eines Vorderarms. Virchow's Archiv, 1882. 89. kötet. — 5. *Hayem* et *Gilbert*: Modific. du syst. nerveux chez amputé. Arch. de physiol., 1884. IV. — 6. *Friedländer* u. *F. Krausz:* Veränd. d. Rückenm. nach Amp. Fortschritte d. Med., 1886. — 7. *Tiedemann:* Mangelhafte Bildung des Rückenmarkes mit Mangel der Gliedmassen verbunden. Zeitschrift f. Physiologie, 1829. — 8. *Troisier:* Note sur l'état de la moëlle epinière dans un cas d'hemimidal unithoracique. Arch. de physiol, 1871. T. IV. — 9. *Genzmer:* Veränderungen im Rückenmark eines Amp. Virch. Arch., 1876. 66. kötet. — 10. *Homén:* Veränd. des Nervensystems nach Amp. Beitr. v. Ziegler, 1890. VIII. — 11. *Pelizzi:* Modific. dans la moëlle epin. des amputés. Arch. ital. de biol., 1892. XVIII. — 12. *Grigoriew:* Veränd. d. Rückenmarks nach Amp. Zeitschr. f. Heilk., 1894. XV. — 13. *Flattau:* Veränd. d. menschl. Rückenmarkes nach Wegfall grösserer Gliedmassen. Deutsche med. Wochenschr., 1897. 18. sz. — 14. *Türck:* Sitzungsb. d. Akad. d. Wissensch., Wien, XI. kötet, stb.

TÁRCZA.

Uti jegyzetek.

(Folytatás.)

A *Hochenegg*-klinikán előszeretettel foglalkoznak a *végbélrák* operálásával. A kombinált abdomino-dorsalis módszert csak kivételesen alkalmazzák, rendesen a Kraske-Hochenegg eljárást használják, a melylyel magasan ülő rákok eltávolítása is lehetővé válik, a mellett egyszerübb, kevésbé veszedelmes és a radikalismusnak sem megy a rovására. Diagnostikai czélból kiterjedten alkalmazzák a rekto-romanoskopiát nagy óvatossággal, a melyre fel is kell hivni a figyelmet, mert már ismerünk egy esetet (Sultan), midőn kevés levegő befúvása után a lobos bél rupturája sepsisre vezetett. Nagy gondot fordítanak a sacrális úton operált végbélrákosok utókezelésére, a betegek oldalfekvésben, mélyen elhelyezett medenczével foglalnak helyet, a vizeletretentio beállását meggátlandó, prophylactice csapolnak. Gyógyulás után súlyt helyeznek a fokozott táplálkozásra s erősbítésre, hogy a szervezet a fenyegető recidivával szemben ellenállóbb legyen.

A Rothschild-kórház sebészi osztályának élén *Zuckerkandl* áll, itt főleg az urologiai sebészetet művelik. Modernül felszerelt műtőteremben exact sterilitással és meglepő gyorsasággal operál Zuckerkandl. A functionális vesediagnostikára nagy súlyt helyez, csak a phloridzinpróbában nem bizik, mert több esetben észlelte, hogy kóros vese is prompt választott ki czukrot. A *vesechirurgiában* nem túlzottan radikális, nephrolithiasisban lehetőleg nephrolithotomiát vagy pyelotomiát végez drainage-zsal; vesegümőkór esetén a korai radikális műtét híve, az uretert minden esetben teljesen eltávolítja s ezzel a visszamaradó sipolyok számát jelentékenyen csökkenti. *Prostatatúltengés* eseteiben régebben az ismert perineális praerectalis ívmetszésből távolította el a prostatátt a húgycső praeventiv megnyitásával, újabban azonban kizárólag a suprapubikus utat választja és közel 60 transvesicális prostatektomiája kedvező távolabbi eredményre is vezetett. Igen szép kögyüjtemény, különböző vesék és valamennyi eltávolított prostata egész speciális múzeumot alkotnak, a melyhez hasonlót az egyetemi klinikák sem mutathatnak fel; általában a bécsi sebészeti klinikákon kevéssé művelik anyag hiján az urologiai sebészetet.

Így röviden néhány vonással ecsetelve ezen sebészi osztályok működését, még meg akarok emlékezni egy általános érdekü eseményről. Junius elején ülésezett Bécsben az *akademiák nemzetközi associatioja*; az eszme Mommsené volt, a kinek hazájában nem sikerült tervét megvalósitani; még az ilyen geniális ember sem próféta a saját hazájában s idegen földön igyekezett eszméjének híveket szerezni. Kezdetben a lipcsei, göttingeni, müncheni

és bécsi akademiák alkották a tudományos kartellt, majd hozzájuk csatlakozott a londoni Royal society, a porosz akademia és most már a művelt nyugat összes akademiáit egyesíti magában s irányítja a nemzetek tudományos dolgozását. Számos kérdés vár mogoldásra, a melyek közül egyik közel van a megvalósításhoz, a másik a legjobb úton van, és ismét egy másik még a messzeségben, az ismeretlenség homályában. A tudományos igazságok nem születnek egyszerre, a természetben nincsen ugrás, hosszú idő kell, míg a bimbóból virág és a virágból gyümölcs lesz. Alkinoos, a phaeakok királyának kertjében ugyanazon fát érett gyümölcsök, illatos virágok és nyiló bimbók díszítették, így van ez az akademiák szövetségének fáján is. A még csak bimbó alakban levő *agykutatásra* külön sectiót alakítottak, a melyben 31 állam, közte Magyarország is részt vesz. Három centrális bizottság 7 külön commissioból alakult meg, a mely az agy leíró és összehasonlító bonczolástanát, histologiáját, fejlődéstanát, élettanát s klinikáját tanulmányozza s igyekszik a számos kérdést a megismeréshez közelebb vinni. Igazán véletlen, hogy épen ezen időben, midőn az agykutatás foglalkoztatja a tudományos világot, készült el Bécsben a legnagyobb *elmegyógyintézet* 2500—3000 betegre a Galizinbergen. Ez intézet 3 részből áll, a gyógyintézetből, az ápolóintézetből és a sanatoriumból. Egész kis várost alkot ama 59 épület a templommal, a szinházzal, a concertteremmel, a melyek 1.430,000 m³ területen 18·5 millió korona költséggel épültek s a kontinens legnagyobb ily intézetét képviselik. A berendezés még nem kész, de már közel áll a befejezéshez s ezen évben még megnyilik az intézet. Ugyancsak most készültek el az új női klinikák is, most készülnek a belorvostani klinikák építéséhez, a sebészet pedig általános egyetemi érdekekből szerényen húzza meg magát az ósdi közkórházban, a honnan modern szellemével a tudományos világot beragyogja. Az idegenek nem is értik és nem is érthetik, hogy a közoktatási kormány olyan jeles emberekkel szemben, mint a milyenek a sebészi tanszéket betöltik, olyan szükkeblüen jár el és nincs csodálkozni valónk azon, hogy a bécsi professort még a kisebb, de modern felszerelésü breslaui klinikára is meghivják tanárnak.

* * *

Annál bőkezüebben jár el a kis Svájcz, hogy jeles sebészeit megtartsa, és ha kórházai nem is új keletüek, de a sebészi osztályok modern berendezést mutatnak. A *zürichi* kantonspital sebészi osztályának élén *Krönlein* áll, a kinek utasításai szerint épült a sebészi pavillon műtői tractusa. A műtőtermek földszint foglalnak helyet, itt végzik előadás előtt a steril műtéteket, a melyeken a hallgatók csoportokban vehetnek részt s a műtéteknél az altatás körül segédkeznek. A műtőterem alapját terrazzoburkolat fedi, a falakat 2 m. magasságban márvány borítja, a nappali világítást az észak felé helyezett oldalsó s felső kristálytükörüvegen át kapják az oktogonalakú teremben, az esti világítást villamos ívlámpák szolgáltatják. A fütés alacsony nyomású gőzfütés, a fütőtestek a falak mögött s a talapzatban vannak elhelyezve. Külön helyiség szolgál a steril vizet és konyhasóoldatot nyujtó sterilisatorok részére, külön előkészítő van, a melyben elhelyezett fürdőkádban a betegek a műtét előtt közvetlenül újból megfürödnek, külön altatóterem. A betegeket műtőasztalra fektetve steril meleg takarókkal borítják. A souverain altatószer az aether, a melyet Sudeck-féle kosárban, nem cseppekben, nyujtanak, előzetesen morphint csak potatorok kapnak. A műtői terület csirtalanításában a sublimat előkelő helyet foglal el. A műtő sem sapkát, sem kesztyüt nem használ, mütét közben gyakran mosakszik sublimatban; a selyem állandóan sublimatban áll, előzetesen megfelelő hosszúságú szálakat készítenek, a melyeket csipővel nyujtanak egyenként a műtőnek. Lumbális analgesiát ritkán végeznek, lokális anaestheticum gyanánt a stovaint használják. Ezen asepsises műtőn kivül amphitheatrumszerü tanterem áll a klinika rendelkezésére, a hol Krönlein csak kisebb műtéteket mutat be hallgatóinak, a kik kettes csoportokban praktizálnak. Előadásaiban előszeretettel tárgyalja a friss sérülési eseteket is, melyek közt a lövési sérülések nagy szerepet játszanak, strategiai muzeumba is beillenék azon löveggyüjtemény, a melylyel a klinika rendelkezik. A klinikán az *agysebészetet* nagyban müvelik és a megfelelő anyagot nemcsak az idegklinika, hanem maga a sebészeti klinika is szolgáltatja, a hol a topikus diagnostikára nagy súlyt helyeznek. A trepanatiót Krönlein vésővel és kalapácscsal végzi, a fraisek még nem nyertek nála polgárjogot.

Gazdag *strumaanyag* áll a klinika rendelkezésére. Általában féloldali resectiót végeznek, az enucleatiót csak határozott indicatio mellett ajánlják. A féloldali resectiót előnyben részesitik az enucleatio felett, mert kisebb vérzéssel jár, egyszerübb sebviszonyokat teremt, az utóvérzések ritkábbak, úgyszintén a recidivák is. Azon esetekben, midőn a struma a légcsővel szoros összefüggésben áll, az enucleatiót a resectioval kombinálják. Behatolásul erősebben ívelt metszést használnak, mint a Kocher-féle gallérmetszés, s a metszés egyik szárát rendesen a struma felső polus sáig folytatják; a vérzéscsillapítás a legexaktabban történik; minden esetben kis gummidraint alkalmaznak, melyet 3—4 nap után távolítanak el, ugyancsak akkor szedik ki a varratokat s helyükre vékony collodiumréteg jő, így a szúrási csatorna alig marad látható. Feltünő nagyszámú Zürichben azon strumaesetek száma, a melyek olyankor kerülnek a klinikára, midőn *typusos fuladási rohamok* késztetik a beteget a mütétre; így 670 esetükből 130 esetben voltak előzetesen ilyen fuladási rohamok. Krönlein magán a tracheán létesített elváltozásokon s a struma endothorakális, retrotracheális, retroclaviculáris elhelyezésén kivül a fuladási roham létrejöttében nagy szerepet tulajdonít a mm. sterno-hyoidei, sterno-thyreoidei, omohyoidei hypertrophiájának s gyakran észlelhette, hogy egyéb tényezők hiján a túltengett izmok átmetszése után a struma fészkéből mintegy kiugrott s a dyspnoët rögtön megszüntette. A lefolyásban a klinika gyakran észlelt *lázat*; ennek okát, ha a sebcompli gyuldását kizárhatta, catiókat, a légutak a pajzsmirigy elemeinek felszívódásában látja; ezen asepsises hyperthermia akkor volt legnagyobb fokú, ha kiterjedt resectiót végzett. Épen ezért, ha műtét után ezen úgynevezett strumaláz mutatkozik, nem nyitja ki a sebet, hanem 3—4 nap után váltja a kötést s eltávolítja a draincsöveket.

A hassebészet köréből főleg a *gyomorrák* foglalkoztatja intensivebben a klinikát. Nagy súlyt helyeznek a prophylaxisos, a műtét előtt systemásan keresztülvitt gyomormosásokra, a melyek a petyhüdt gyomorizomzat tonusára kedvező befolyást gyakorolnak; a betegek napokkal a műtét előtt csak tejet és teát kapnak per os, gyakori tápláló klysmákkal és nagymennyiségü steril olivaolaj, physiologiás konyhasóoldat subcutan injectiojával a beteg erejét fokozzák, a gyomor vitalitását és tonusát nagyobbitják. Ezen praeoperativ therapiát nagyon ajánlják, mert ezzel a betegek még súlyban is gyarapodnak. A palliativ gastroenterostomiát Hacker szerint, a radikális gyomorkiirtást Billroth II. szerint végzik. A laparotomiás betegek a műtét után 20 napig feküsznek és határozott diaetás kezelésben részesülnek. Itt ki kell emelnünk, hogy azon újabb irányzatot, a mely a gyomormütétek előtt a gyomormosást feleslegesnek tartja, a mely a laparotomiás beteget másnap vagy harmadnap az ágy elhagyására biztatja, a mely a speciális diaetát feleslegesnek itéli, Krönlein nem fogadja el és kitart eddig jól bevált módszere mellett. Főleg a korai felkelés az, a melyet a külföldön nem acceptálnak, a mely Amerikából került át hozzánk s a melyet Morris már 15 év előtt ajánlott; legújabban pedig Boldt ajánlja 1000 esete alapján a korai felkelést és feleslegesnek tartja a specialis diaetát; ez irányzat szerintük az amerikanismus jellegét viseli magán, a mely utánzásra nem ajánlandó.

A *vesesebészetet* szintén nagyban müvelik a klinikán, főleg a vesegümőkór miatti nephrektomiák praevaleálnak, a melyeket lehetőleg a korai szakban ajánlanak. A functionális vesediagnostika mellett nagy súlyt helyeznek a klinikai tünetekre; az ureterkatheterezést azonban minden esetben végzik sjelentőséget tulajdonítanak a két vese külön felfogott vizelete relativ hugyanyagmennyiségének; a kryoskopiát is kiterjedten végzik. *Steiner Pál* dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Az astheniás alkati betegség. (Asthenia universalis congenita. Morbus asthenicus.) Irta **Stiller Bertalan** dr., egyetemi tanár. Budapest, Franklin-társulat. 1907.

E terjedelmes munka, mely az orvosi könyvpiaczon magyar és német nyelven egyszerre jelent meg, olyan themát tárgyal,

mely ezen folyóirat olvasóira talán nem fog az ujság teljes ingerével hatni; 1894-től 1905-ig, egy egész évtizeden át, követhették e hasábokon e munka kialakulását, melyet teljes joggal nevezhetünk organikusnak; mert már az első vázlata — az orvosi intuitio szép példája — in nuce tartalmazta Stiller egész tanát, melyet a folytatólagos inductiv munka és a létért való küzdelem erőteljes organismussá fejlesztett. A specialismus jegyében álló, ritka kórképek kifestésével tetszelgő modern nosographia itélőszéke előtt Stiller következetes vállalkozása eleinte háladatlannak látszott: hiszen az általa elemzett, csoportosított és magasabb szempontok alatt összefoglalt kóralakok olyanok, melyek a klinikán és kórházban ritkák, de annál gyakoribbak a poliklinikákon és a gyakorló orvos rendelőszobájában, a hol az „anyag“ rubrikázatlan vagy változó etiquettek szerint vezetett töltelékét teszik a félig egészségesek, a tudományos therapia mostoha gyermekei, kik az orvos egyéni izlése és a kor divatja szerint mint gyomor- és bélatoniások, ideges dyspepsiában szenvedők, ptosisosak, neurastheniások szerepelnek.

Könyvének egyik helyén Stiller univerzális hajlamúnak mondja magát és ezen szellemi habitusból érthető, hogy a tudományos synthesis, az egyes jelenségek és kórformák egységes magasabb nézőpontokból való összefoglalása munkájának legegyénibb vonása. „Irrendes, schweifendes — glücklich verbinden“ — az általa is szívesen idézett Goethe ezen szavai, melyekkel a teremtő tudós egyik legszebb functioját jellemezte, tehetnék e könyv mottóját is.

Már első fejezete, a történeti visszatekintés, érdekes bepillantást enged Stiller tanának a keletkezésébe és azon sokféle forrásba, melyet Stiller szerencsésen az astheniás betegség közös medrébe terelt: ezek a vándorvese kórképe, a *Leube* által német nyelven először tárgyalt ideges dyspepsia fogalomköre, melyet Stiller 1884-ben megjelent monographiájában módosított, a neurasthenia bizonyos formái, a *Glénard* enteroptosisa. Ezen kórképek útvesztőjében *Stiller* megtalálta a közös vonást: egy magában véve jelentéktelennek látszó tény, tudniillik a 10. bordának a szabad végződése, volt az, mely őt arra a gondolatra hozta, hogy ezek a kórformák mindannyian egy közös kóros alkatnak a törzsén fejlődnek, hogy mindannyian egy betegségnek, az astheniás alkati betegségnek megnyilvánulásai. A habitus régi fogalmának ugyanakkor szerzett ismét polgárjogot, midőn Németországban *Rosenbach*, *Martius* és mások a bakteriologia egyeduralmával szemben az alkati pathologiának kezdtek utat nyitni.

Tévedés volna hinni, hogy a 10. mozgó borda, a costa decima fluctuans, melynek jelentőségeért ennyi lándzsát tört, csakugyan az egész tanának a tengelye: semmi egyéb, mint egy stigma, mely ép úgy tartozik az astheniás alkathoz, mint a hosszú mellkas, a hegyes epigastrikus szeglet stb., mely azonban ezeknél sokkal gyakoribb, sőt egyes esetekben mint „monostigma“, a hogy Stiller nevezi, az astheniás alkat egyedüli jele és a belőle eredő „morbus asthenicus“ egyedüli előhirnöke. Polemiájában sokat foglalkozik azoknak a véleményeivel, kik a betegség különböző nyilvánulásait, különösen a ptosisokat, ektogen, föképen mechanikai okokra akarják visszavezetni. Stiller álláspontját, *az endogen, alkati momentum jelentőségét* el kellene ismerni akkor is, ha bizonyítékai csak az általános orvosi tapasztalatból és a természettudományi gondolkodás általános logikájából fakadnának, úgy hogy a 10. mozgó borda tárgyi indiciuma a bizonyító eljárásnak csak értékes kiegészítését teheti, de korántsem az alapját.

A tünettan tárgyalása elején igen jól találjuk *Stiller* álláspontját *Glénard*-éval szemben kiélezve: *Glénard* szerint az elsődleges tünet az erőmüvi alapon létrejött ptosis, ennek következménye a dyspepsia, az utóbbi talaján nő a neurasthenia. *Stiller* szerint az ideges asthenia és nem a szervek helyzetváltozása a ptosisosok bajainak a forrása. Egy bizonyíték a sok közül: a nagy sérvekben, eventratioban szenvedők aránylag csekély panaszai! Az ideges asthenia első nyilvánulása a gyomoratonia mint mozgási, a hyperaciditás mint leggyakoribb elválasztási zavar; ezekhez csatlakozhatik a ptosis, melynek keletkezését erőmüvi okok másodlagosan elősegíthetik.

A következő fejezetek részletesen tárgyalják a gyomor és a bél mozgási zavarait, melyek az astheniás alkat talaján nőnek. Ismeretesek Stiller érdemei a gyomoratonia fogalmának a tisztázása körül, a melyhez sok ellenvetéssel szemben állhatatosan ragaszkodik. Azon vitás problemák közt, melyek a tárgyalás során felmerülnek, említendők a locsogás jelentőségének, az atoniás tágulásnak és a habituális székrekedésnek a kérdései. Az elválasztási rendellenességek igen nagy részét szintén az asthenia számára reklamálja, igy a heterochyliát és a hyperaciditást. Különösen az utóbbi tárgyalásakor sok finom megjegyzésre akadunk, pl. az éhség és étvágy megkülönböztetéséről szóló definitiojára, melylyel Pawlow exact kutatásait mintegy előre sejtette, a rohamosan sóványodó hyperacid betegeken feltételezhető assimilatiós zavarok kiemelésére stb. Abban, a mit a gyomorkutasznak túlságba vitt alkalmazásáról ir, igen sok az igazság, de mégis azt hiszszük, hogy ezen kitérés csak a könyv német kiadásában bir aktualitással. Hiszen nálunk még mindig többet vétenek a kutasz mellőzése, semmint túlságos igénybevétele által.

Miután az astheniás alkati betegségnek az enteroptosishoz való viszonyát még egyszer behatóan megvilágította, áttér arra a kapcsolatra, mely a szóban forgó betegség és a *neurasthenia* közt fennáll. Álláspontját saját szavai jellemzik legjobban. „A neurastheniának nagy és formákban gazdag területét két külön részre látjuk megoszolva: az egyik az astheniás-dyspepsiás, atoniás, enteroptotikus neurasthenia, a másik a nem astheniás vagy irritativ alak, mely valamennyi többi, tisztán cerebrális, spinális, cardiális, ivari és algiás fajt magába foglalja“. Az átöröklés az első csoportban jobban érvényesül, mint a másodikban. Ezen nagymérvü különbségnek más oka nincs, *mint a hasi sympathicus részvétele a szervezeti astheniában*. A szervezeti asthenia elemzéséből továbbá érveket merít a neurasthenia tisztán psychogenetikai felfogása ellen. „Központi eltérés nélkül bizonyára nincs neurasthenia; ha azonban az különböző egyéneknél különböző kitörési helyeket foglal el, akkor ezekben a peripheriás idegterületekben is kell valami alkatilag helytelennek, valami „pars minoris resistentiae“-nek lennie“.

A későbbi részek közül, mint a gyakorlóorvosra nézve különösen értékesek, azok emelendők ki, melyek az astheniának a tüdővészhez való viszonyát tárgyalják — Stiller szerint a habitus phthisicus tulajdonképen nem egyéb, mint habitus asthenicus —, továbbá a dyspepsia praetuberculosa igen találó, minden szőrszálhasogatástól mentes leirása, az asthenia viszonya egyéb betegségekhez, pl a chlorosishoz, az ulcus ventriculihoz, az achylia gastricához, a stenosis mitralis juvenilis alakjához, a vérkeringési és a nemi szervek hypoplasiájához, az angolkórhoz és a hysteriához. Kifejti, hogy az asthenia sok betegséggel ellentétes, pl. a verőerek atheromatosisával, a csúzzal, a szív és a vese súlyosabb megbetegedéseivel. (Könnyebb functiozavarok azonban előfordulhatnak, pl. az orthotikus albuminuria.) Eredeti és magas szempontból iródott azon fejezet, mely az astheniás alkati betegség kapcsán a veleszületett és az öröklött hajlam biologiai problemáival foglalkozik, mig a therapiát tárgyaló utolsó részben ismét a tapasztalt klinikust juttatja szóhoz.

Nem lehetett feladatom e vázlatos felsorolással a könyv gazdag tartalmát csak némileg kimeriteni: minden orvosnak magát a könyvet kellene forgatnia, melynek sorai közt gyakorlatának mindennapi problemáit, rendelőszobájának leggyakoribb látogatóit egy tapasztalatokban és eszmékben egyaránt bővelkedő elme megvilágításában láthatja viszont. Hogy ezt nemcsak haszonnal fogja tenni, hanem élvezettel is, e mellett kezeskedik Stiller irásmódja, mely színes, fordulatos, temperamentumos. Egyéni stilusáról tanuskodjék néhány találomra kiragadott mondat. A hepatoptosis sebészi kezeléséről lévén szó, a következőket irja: „A Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1900.-i évfolyamában olvastam, hogy Boetticher a hepatoptosis 23 esetében varrta oda a májat. Honnan veszik csak ezek az urak azt a sok süllyedt májat.... A forróvérü magyar májak talán nagyobb állandósággal volnának felruházva, mint a józan teuton faj májai? avagy talán én vagyok színvaksággal sujtva a mütéti javalat veres spectrumával szemben?....“ Sőt félős, hogy a mai „görögpótló“ nemzedék az iró egyes czélzásai előtt tanácstalanul fog állani: például, midőn az atoniát a ptosis — plátói értelemben vett — „eszméjének“ nevezi....

„J'aime“ — irja Sainte-Beuve — „les livres vrais, qui sont le moins possible des livres et le plus possible l'homme même“. Ebben a könyvben is az embert birjuk: az eredeti gondolkodót, az élesen megfigyelő orvost, a finom humanistát.

. . . . . *ct.*

Lapszemle.

Belorvostan.

A colitis mucosa és colica mucosa (myxoneurosis intestinalis) *Ewald* szerint is két, egymástól elkülönítendő betegség. Az elsőben főleg a vastagbélre szorítkozó idült hurutos állapottal van dolgunk, mely többnyire székszorulással, ritkán hasmenéssel jár s a melyben gyakran találkozunk fokozott nyálkatermeléssel. Lefolyásában néha hirtelen rosszabbodás mutatkozik, erős kólikás fájdalmakkal baloldalt vagy a bordaív és köldök közötti részen, a mely napokig, sőt némi megszakításokkal hetekig tarthat. Tehát ilyenkor is tulajdonképen colica mucosáról beszélhetünk, ha — a mint az többnyire úgy is van — a nyálkatermelés fokozott; az alapját a bajnak azonban mindig a vastagbél hurutja alkotja. A másik betegségben, a tulajdonképeni colica mucosában (Ewald szerint helyesebben myxoneurosis intestinalis) többé-kevésbé erős fájdalomrohamok alkalmával nyálkás vagy hártyás tömegek ürülnek; bélhurut nincs, vagy ha van is, csak nagyon mellékes szerepet játszik, előtérben van azonban a bajnak ideges jellege. A bélműködés rendellenessége (szorulás illetve hasmenés) ilyenkor is megvan, de nem lobos folyamatok, hanem bélatonia vagy -spasmus által feltételezve. A két bajnak egymástól megkülönböztetésére felhasználható a rektoskopia is. A Kelly és Tuttle-Strauss ajánlotta hosszú csövekkel egészen a flexuráig áttekinthető a bél. Colitis mucosában a bél nyálkahártyája bársonyos, az erek egyes helyeken erősen belöveltek s főleg a bélredők tetején pontszerű vagy csíkos vérzések láthatók; az előzetes tisztító klysma ellenére üvegszerű, sárgászöld vagy barnás nyálka nyomul lefelé; néha felületes erodált helyeket is látni, a melyeket fehéres vagy szürke váladék fed; a bél petyhüdt, a tubus — feltéve, hogy nincsenek összenövések — könnyen tolható feljebb. Ezzel szemben a myxoneurosis tiszta eseteiben a nyálkahártya halovány-rózsaszínű, a világos, üvegszerű nyálka függönyszerűen lóg le a redőkről, a nyálkaelválasztás ellenére is száraznak látszik a nyálkahártya, belövelt erek és vérzések nincsenek. Legfontosabb azonban, hogy görcsös összehúzódásokra hajlamos ilyenkor a bél, minek következtében a tubus felvezetése nehéz, sőt néha 10—15 centimeternél magasabbra nem is sikerül.

A mi a colitis mucosa és myxoneurosis therapiáját illeti, *Ewald* nagyon ajánlja a csokoládé-diaetát: a beteg naponként 100 gramm cacaot vagy csokoládét, 200 gramm kétszersültet és 300 gramm rizst kap (esetleg némikép módosított quantitativ arányban, vízzel, tejjel vagy levessel megfőzve; adható egy lágy tojás, 1/3 liter tejfel vagy kevés gyümölcslé is). A hús, főzelék és gyümölcs teljesen eltiltandó. Az említett diaeta épenséggel nem okoz szorulást, mint a hogyan az ember gondolná, sőt ellenkezőleg rendbe hozza a székelést. A gyógyszerek közül különösen a bismutosét és rokonait: az airolt (bismuthum subgallicum oxyjodatum) és a thioformot (bismuthum dithiosalicylicum) ajánlja, mint a melyeknek fájdalomcsillapító, szárító és fertőtlenítő hatásuk van. Legjobb a gyógyszert maradó klysma alakjában adni: 10—20 gramm bismutoseból és 200 cm^3 olajból durva emulsiót készítünk és ezt a betegnek bal fekvő helyzetében, felpolczolt medencze mellett, lehető magasra vitt bélcső és Politzer-labda segélyével bepréseljük. Előzetesen tisztító klysmát kap a beteg s az emulsiót lehetőleg az egész éjjelen át benntartja. A teljes gyógyulás esélyei nem nagyok, mert a myxoneurosis rendkivül makacs s mint minden neurosis, nagyon szeszélyes baj. (Therapie der Gegenwart, 1907. 9. füzet.)

Atoxyl leukaemia ellen. *Cohnheim* leukaemia egy esetében kisérletet tett az atoxyllal, még pedig eleinte bőr alá fecskendezte naponként 0·1 vagy kétnaponként 0·2 cm^3 mennyiségben, majd pedig a Blaud-féle atoxylpilulák használatára tért át, a melyekből naponként 3—4-et adott egy hétig, azután egy heti szünettel ismét ugyanannyit egy hétig stb. A vér képében alig állott ugyan be változás, az általános állapot azonban tetemesen javult, a lép megkisebbedett és a mirigyduzzanatok visszafejlődtek. Tekintettel arra, hogy a leukaemia ellen gyógyszerünk nincs, az atoxyltherapiával való kisérletezést jogosultnak tartja. (Medizinische Klinik, 1907. 41. szám.)

A gyomorfekély összefüggéséről a pylorusgörcscsel és a hypersecretioval ir *Best*. Az olyan fekélyek, melyek a pyloruson vagy a közelében ülnek, vagy pedig idegek útján vele összefüggésben vannak, csak nagyon csekély gyógyuláshajlammal birnak. A tápláléknak a pyloruson áthaladása közben ugyanis vongáltatnak s újból megsérülnek. Másfelől a fekély ingerlése útján pylorusgörcs támad, úgy hogy az esetleg részben már heges fekély által szükített pylorus a görcs következtében teljesen elzáródik. Ennek már most az a következménye, hogy a pangó gyomortartalom állandó izgalomban tartja a fekélyt és beáll a hypersecretio. A pangó táplálék, a túlságos mennyiségben termelődő gyomornedv s a reflex útján fokozott mértékben képződő és lenyelt nyál mindjobban kitágítja a gyomrot. A tágulásban természetesen részt vesz maga a fekély is, a minek következtében fájdalmak támadnak. Jellemző, hogy a tünetek erős hányás vagy gyomormosás után néha hosszabb időre is elmaradnak, úgy hogy bizonyos periodusosság áll be. A pylorusgörcs és gyomornedvfolyás egyrészt, a motorius elégtelenség és a gyomortágulás másrészt tehát circulus vitiosust alkot, a melynek alapoka a pyloruson székelő fekély. A mi a gyógyítást illeti, a rendes fekélytherapia sokszor cserben hagy; a pyloruson székelő fekélyek belső szerekkel nem igen gyógyíthatók meg. A gyomorszonda állandó használatával és nagy önmegtartóztatással a diaetában tetemes javulás érhető el, a legkisebb okra azonban ismét roham következik be. Teljes gyógyulás csak műtét segélyével érhető el. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 27. sz.)

Az intravenosus strophantin-kezeléssel tett újabb tapasztalatairól számol be *Hedinger*, a következő pontokba foglalva össze eredményeit: 1. Az intravenosus strophantinkezelésnek gyors és biztos hatását a szívből eredő vérkeringészavarokban az újabb tapasztalatok is igazolják. 2. A némelyik közlésben említett kellemetlen mellékhatások (hőemelkedés, rázóhideg) az oldatok bakteriumos szennyezettségének tudandók be; a mióta az oldatok biztosan sterilezett állapotban jutnak a forgalomba, nem észlelni ilyen kellemetlenségeket. 3. A hatás a hosszabb ideig folytatott kezeléskor sem csökken, vagy legfeljebb abban az arányban, a mely a betegség haladó természetének felel meg. 4. 24 óránként legfeljebb 1 milligramm strophantinnak használata esetén cumulatiós tünetek nincsenek. 5. Az intravenásan befecskendezett strophantin a legnagyobb mértékben alkalmas a szájon át adott digitalis helyettesítésére. (Münchener med. Woch., 1907 41. szám.)

Sebészet.

Narcosis mesterségesen megkisebbített vérkeringés mellett czímmel ir Bier tanár segédje, *Klapp*. A helyi és a lumbális anaesthesia tetemesen szükebb körre vonták ugyan a narcosis javalatait, de azért még elég sokszor kell igénybe vennünk, úgy hogy nagyon jogosultak a veszélyének elhárítására irányuló törekvések. Ezek egyrészt az adagolás és ellenőrzés javítása, másrészt veszélytelenebb szereknek az előállítása terén mozognak. *Klapp* azt hiszi, hogy még egy harmadik út is van, tudniillik a vérkeringésnek megkisebbítése. Ezzel elérjük azt, hogy kevesebb narcoticum kell, a mennyiben a kevesebb vérben már kisebb mennyiségű narcoticumnak beléjutása után lesz meg az a concentratio, a mely mellett a tekintetbe jövő központok hűdése, vagyis a narcosis beáll. De tulajdonképen nem is annyira ez a lényeges a szóban forgó eljárásban, hanem az, hogy a végtagokban narcoticumot nem tartalmazó nagy mennyiségű jó vért halmozunk fel, a melyet szükség esetén a narcoticumot tartalmazó vérbe juttatva, ennek mérgező, károsító hatását tetemesen csökkenthetjük. Úgy jár el, hogy a narcosis előtt, a végtagokban először is mérsékelt leszorítással pangást létesít és csak azután szorítja öket össze teljesen, még pedig nem csővel, hanem szalaggal. Tapasztalatait, noha már sok esetben használta az eljárást minden baj nélkül, még nem tartja elegendőnek végleges itélet alkotására. (Therapie der Gegenwart, 1907. 8. füzet.)

Osteogenesis imperfecta, idiopathiás csonttörékenység eseteit ismerteti *Channing C. Simmons*. Az egyik eset egy 13 éves leányra vonatkozik, a ki 9 alkalommal szenvedett csonttörést és pedig 4 izben a bal lábszárát, 2 izben a jobb czombját supracondylaer törte el, azonfelül humerus-, olecranon- és baloldali supracondylaer csonttörést is állott ki különféle alkalmakkor. A második eset egy 10 hónapos leánygyermekre vonatkozik, a ki bronchitisben halt el s a kinek csontvázát post mortem Röntgennel átvilágítva, az összes hosszú csontokon 1—4 kisebb-nagyobb dislocatioval járó fracturát találtak. Mindkét esetben a radiogramman feltünő, hogy a törékeny csontok halvány árnyékot vetnek és corticalisuk igen vékony. A czikkben közölt irodalmi adatok közül említésre méltó, hogy *Griffiths* 57 ilyen osteopsathyrosis-esetet állított össze, és hogy egyes megfigyelések ezen csonttörésre való hajlamosság öröklékenysége mellett szólnak. Igy *Greenish* a következő családfát állította össze:

Apa { fiú 2 csonttörés és { fiú 2 csonttörés; fiú 2 csonttörés; 3 ép gyermek
3 ép gyermek
ép fiú { fiú 8 csonttörés; fiú 3 csonttörés; fiú 4 csonttörés; fiú 4 csonttörés; fiú 4 csönttörés; leány 3 csonttörés; 4 ép gyermek

A csonttörésre hajlamosság legkifejezettebb a femuron, azután jő a lábszár és a kar. (Annals of surgery, 1907. augusztus.)

Pólya.

Új hypospadiasisműtétet ir le *R. Hamilton Russel*, mely súlyos penoscrotális formák gyógyítására is használható. A műtétet két szakaszban hajtja végre. Az elsöben a makki húgycsőrészletet készíti el oly módon, hogy a makkot átszúrás által tunnellirozza s ebbe egy a fitymából készített hídlebenyt csúsztat. A második ülésben ezt a makki húgycsövet a scrotális húgycsőnyilással oly módon köti össze, hogy a penis alsó felszinén egy ovális bőrdarabot metsz körül, melynek csúcsain foglal helyet a két összekötendő nyilás; ennek hámját befelé fordítja oly módon, hogy az erre szolgáló öltések a bőr sebszéleit is felölelik s azokat is egyesítve, kivülről csomóztatnak. A II. szakaszban egyszersmind temporaer hólyagsipolyt is készít. A 2 eset, melyet ily módon operált, fistulákkal gyógyult. (Annals of surgery, 1907 augusztus.) *Pólya.*

A nyeregorr correctiojára *L. Freeman* celluloidlemezt ajánl, melyet egy az orrgyökön a két szemzug közt vezetett haránt-metszésen át visz egy harisnyafoldozótü vezetése mellett s az orr bőrének tompa felpraeparálása után subcutan helyez el. Az egyetlen betegen, a kin az eljárást megkisértette, a lemez elhelyezése jól ment, azonban később az orrüreg felé perforált. Azt hiszi, ha a lemez szélei le lettek volna kerekítve, e balsiker elkerülhető lett volna. (Annals of surgery, 1907 augusztus.)

Pólya.

Gyermekorvostan.

A passiv immunitás elveszése a serumbetegség következtében diphtheriában. *C. Francioni* a firenzei klinika diphtheria-anyagán azon irányban tett megfigyeléseket, hogy a serumbetegségnek (helybeli és általános reactio) van-e valamelyes zavaró hatása a diphtheriaellenes serum által előidézett passiv immunitás tartamára. Azon gyakori recidiváknak s újabb megbetegedéseknek, melyeket diphtheriában észlelünk, egyik oka abban keresendő, hogy úgy az activ immunitás, mint a passiv (serum által előidézett) nem az egész életre szól. A passiv immunitás hatása a tapasztalatok szerint átlag 3—5 hétre terjed ki. Másik oka a Löffler-bacillus virulentiája, melyet néha hetekig és hónapokig megtart a nyálkahártyákon. Végre helyi okok (újabb gyuladások a torok és gége nyálkahártyáján) s általános betegségek (morbilli), melyek a szervezet immunitását lerontják. Ide tartozónak tartja más theoretikai okoskodások alapján a serumbetegséget is Ebbeli nézetét megerősitik tapasztalatai. Számos esetet észlelt, melyekben az elsődleges diphtheria alkalmával alkalmazott serumra erősen reagáló beteg igen rövid idő mulva (10—14 nap) visszaesett a bajba. Egy esetében rövid időközökben 3 recidiva állott be egymásután. Igen tanulságos egyik esete, melyben serummal kezelt diphtheria után hüdés állott be; a hüdést újabb injectiókkal kezelte s ime a 10. napon a beteg ismét diphtheriában betegedett meg. Ezen beteg valamennyi seruminjectiora igen erős helybeli s általános reactiót adott. Az eseteiben alkalmazott serum erőssége 4000—12,000 egység között ingadozott. Ezen tapasztalatai alapján azt ajánlja, hogy a serummennyiség alkalmazásakor óvatosak legyünk s ne haladjuk meg a szükségelt adagot. Ne hanyagoljuk el a prophylaxisos oltások mellett a többi elővigyázati rendszabályt (elkülönités, desinfectio). Hosszabb ideig a diphtheriaosztályon kezelt betegeken alkalmazzunk átlag 10—15 naponként mindig újra kisebb mennyiségü serumot, még serumküteg esetén is. (Rivista di clinica pediatrica, 1907. 8. sz.) *Faludi Géza* dr.

Herpes zoster és fertőző betegségek. Régóta ismeretes, hogy a herpes zoster elég gyakran előhirnöke a heveny fertőző betegségeknek. Legújabban *E. Apert* a párisi *Trousseau*-kórház egy idevonatkozó esetét közli. Junius 7.-én egy 8 éves gyermeket hoztak be, a kin a bal hypochondriumból az epigastrium felé húzódó, 7—8 cm. hosszú typusos övsömör volt látható. Két nap alatt a hólyagok beszáradtak; a herpes lefolyása fájdalmatlan volt. Junius 7.-én mindkét oldalon heveny parotitis jelentkezett.

Letulle influenza, vörheny, gyermekágyi láz kiséretében 9 izben észlelt herpest. *Adenot* kanyaróban radialis, *Viollet* radio-cubitalis zostert látott. *Comby* szamárhurutban és kanyaróban, s számtalan szerző tüdőgyuladásban észlelt övsömört. Érdekes *Hallopeau* esete, melyben cruralis zoster előzte meg a tüdőlobot. Az övsömör hamar beszáradt, de a pneumonia lefolyásában ugyanazon bőrterületen újból jelentkezett. (Annales de Médecine et Chirurgie infantiles, 1907. 17. sz.) *Vas Jakab* dr.

Bőrkórtan.

A gümős bőrbajok diagnosisához és therapiájához nyujt adatokat *F. Nagelschmidt* (Berlin). Bizonyos, hogy a lupus vulgarisnak, úgy hatás, mint kosmetikai eredmény tekintetében egyik legjobb kezelésmódja a *Finsen*-féle fénykezelés. Vannak azonban nagy számmal oly esetek is, melyek alkalmatlanok rá, igy első sorban a túlságosan nagy kiterjedésüek. Tudnunk kell ezenkivül, hogy a *Finsen*-kezelés alkalmával még egyéb nehézségek is támadhatnak. Ilyenek egyrészt, hogy a kezelés befejezésekor nem tudni határozottan a még fennálló reactio leple alatt, hogy elpusztult-e minden lupusos gócz, másrészt pedig gyakori dolog, hogy a kemény heges szövetben lupusos góczok rejtőznek el, melyek ilyenkor igen ellenállók a további kezeléssel szemben és a legjobb esetben is még több ülést igényelnek. Az ilyenkor diagnostikai czélból alkalmazott üvegnyomás nem vezet mindig czélra és különben is sok subjectivitásnak van alávetve. A szerző a diagnosis szempontjából újabban a *Pirquet*-féle tuberculines oltásokkal kisérletezett. A tuberculinoltáskor, mely a *Koch*-féle régi tuberculinnal végzendő, finomabb adagolás felesleges, mert tapasztalás szerint egyforma eredményre vezet akár töményen, akár sokszorosan higitva használjuk a reagenst. Az oltás, mely a bőrre alkalmazott apró scarificatiókkal történik, felnőtt egyéneken csaknem mindig reactioval jár. A szerző szerint a különbség csak akkor nyilvánul, ha ép bőrü egyének oltási reactioját összehasonlitjuk oly oltásokkal, melyek gümősen megbetegedett bőrön létesültek. Míg az első esetben az oltási reactio kis papulával jár, mely néhány nap mulva leszárad, addig a gümös góczokon végzett oltás rendesen fekélyes elváltozással járó reactiót vált ki. A szerző ezt az utóbbi tapasztalását therapiás czélokra is felhasználta. Az elpusztitandó lupusos góczokon oltásokat végzett s mire az erős reactio lezajlott, sokszor a göböknek is nyoma veszett. Az ilyen gümös bőrön való oltásoknak azonban több hátránya is van. Igy előfordul, hogy kiterjedt lupus esetén több napig tartó általános, lázzal járó reactiós tünetek keletkeznek. Az oltásnak gyógyító ereje nem terjed messze, a hatás legfeljebb csak néhány cm.-nyire terjed. S végül a kosmetikai eredmény sem kifogástalan.

Mindezek ellenére azonban sok szól az eljárás mellett s így a további kisérletezésre nagyon is érdemes. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 40. szám.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

Húgycsőtuberculosis érdekes esetét közli *Hartmann*. A 27 éves nőbeteg már 6 év óta nehezen vizel, a mictio fájdalommal jár és a hosszas kezelés az állapotát semmiképen sem enyhítette. A beható vizsgálat kiderítette, hogy az urethrát közvetlenül az orific. externum alatt egy kemény heg megszükítette, a húgycsőnyálkahártya ezenkivül egész lefolyásában sclerosusan vizenyős volt és a külső nyiláson granulomát fakasztott ki. A műtét folyamán az urethra innenső részét a heges szükülettel együtt ki kellett vágni és a húgycsőcsonkot a hüvelybe kellett varrni. A kimetszett húgycsőrészletből készített praeparatum a górcső alatt a *tuberculosis hypertrophica stenosansnak* azt az érdekes képét mutatta, a mely a lupusnak Darier által sarcoid bőrtuberculosisnak nevezett alakjával azonos (Annales des mal. des org. génito-urinaires, 1907.) *Drucker Viktor* dr.

A húgycső-végbélsipoly sebészi kezelésének nehézségeit tárja fel *V. A. Oppel* egy érdekes esete kapcsán. A 35 éves betegnek a sipolya elhanyagolt genyedő prostatitisből keletkezett. Minden mictio után körülbelül 2 kávéskanálnyi vizelet gyült össze a végbélben. A beteg csak a negyedik műtét után szabadult meg a bajától. Az első műtét abból állott, hogy a végbelet praerectális metszéssel leválasztották a hólyagról és a sipolyt széleinek a felújítása után összevarrták. Ez az operatio teljes kudarczczal járt, a mennyiben a gáton cloaka képződött, a melyből a bélsár beszivárgott az urethrába. A második műtétnél a sipolynak a széleit újból lemetszették és a hézagot Thiersch-féle transplantatioval befedték. A mikor ez a beavatkozás is sikertelen maradt, a szerző most már csak nagyobb műtéttel segíthetett a betegen. Az anust és a végbelet körülbelül 12 cm. magasságig körüskörül teljesen lefejtette, a végbélsipolyt két rétegen catguttal összevarta, a végbelet a tengelye körül 90°-ra elfordította és a sipolyvarratot a medenczének a kötőszövetéhez rögzítette. A mikor néhány hét mulva meggyőződött, hogy a végbélsipoly teljesen elzáródott, a húgycsősipolyt a negyedik műtéttel *Nélaton-Sédillot* eljárása szerint úgy egyesítette, hogy a sipolyt a nyálkahártyájának leválasztása által készített saját lebenyével fedte be. Csekély genyedés mellett a sipoly néhány nap alatt spontan elzáródott. Ezenkivül még két másik esetet említ a szerző, a hol impermeabilis stricturából, illetőleg a gáton támadt vizeletphlegmonéből keletkezett húgycsősipolyt sikerült neki a Nélaton-Sédillot-féle műtéttel véglegesen megoperálnia. (Semaine médicale, 1907. 12. szám). *Drucker Viktor* dr.

A hólyagvarrat módosítását ismerteti *P. Delbet*. Köztudomású, hogy a hólyagvarrat a mai kivitelében nem zárja el teljesen a sebrést. *Delbet* most újítással áll elő, a mely két esetében fényesen bevált. Eljárása a következő: A sebszéleken a mucosát a muscularisról 1 cm. szegélyben leválasztja és az izomszövetet úgy varrja össze, hogy a tűt azon a ponton szúrja be, a hol a mucosa már nincs leválasztva és a másik oldalon a megfelelő helyen ölti ki. Ha a varratot jól meghúzzuk, az izomszövet ránczokat vet, a leválasztott mucosaszegélyek pedig a hólyagűrbe betüremkednek és két vérző felületükkel egymásra tapadnak. A nyálkahártyacsikok összeforrnak és jóval előbb, mielőtt a varrásra használt catgut felszívódott volna, légmentesen elzárják a hólyagot. (Annal. des malad. des org. génito-urinaires, 1907. 7. füzet.) *Drucker Viktor* dr.

A húgyhólyag teljes kiirtásakor *J. Verhoogen* először laparotomiát végez, hogy tájékozódjék a betegségnek foka, kiterjedése és az összenövések felől, azután felkeresi a húgyvezetőket az erek kereszteződési helyén és a jobb uretert bevezeti a vakbélbe, a balt pedig az S-romanumba. Utóbb a hólyagot körüskörül leválasztja, a prostatát is kifejti és egy elülső és egy hátulsó hashártyalebeny kipraeparálása után a sebürt a hüvely, illetőleg a gát felé drainezi, végezetül a hasfalat teljesen elzárja. 3 részletesen közölt esete eredményesen gyógyult. (Journal des chirurg., 1907 márczius.) *Drucker Viktor* dr.

Venereás bántalmak.

A kankós mellékherelob gyógyítására *Philip* az ichthyolt ajánlja. Az egészen heveny szakban a szokásos módon jár el (ágynyugalom, a here felpolczolása, hideg borogatás). 4—7 nap mulva, a mikor a lobos tünetek, a nagyfokú láz, a duzzadás és a fájdalmasság már visszafejlődőben vannak, áttér az ichthyol alkalmazására. A megbetegedett scrotumfelet fel a lágyékcsatornán túl tiszta ichthyollal vastagon beecseteli és reá mérsékelt vastagságú egybefüggő gyapotréteget tesz. A gyapot egybetapad az ichthyollal s ilyen módon rövid idő alatt szilárd compressiv kötés képződik, a mely megadja a beteg mellékherének a gyógyuláshoz szükséges nyugalmat. A scrotumot felesleges megberetválni, elegendő a szőröket rövidre nyirni. A kötést 4—5 naponként újítjuk meg; a régi kötést egyszerűen meleg vízzel távolítjuk el. Az eljárással, melyben a rögzítés mellett nagy szerep jut az ichthyol lobellenes és felszívó hatásának, a szerző nagyon jó eredményeket ért el. A beszürődés feltünő gyorsan fejlődött vissza, a fájdalmak úgyszólván tüstént megszüntek, noha a betegek foglalkozásuk után jártak, a mellékherében visszamaradó keményedések nagyon csekélyek voltak, sőt néha teljesen eltüntek. (Münch. med. Woch., 1907. 41. sz.)

A parotis lueses bántalmáról ir *Claus* (Berlin). A száj nyálmirigyei közül még leginkább a parotis az, melyet a syphilis megtámadhat, bár ez az eshetőség is vajmi ritka. *Letzel* tapasztalása szerint a korai második szakban nem nagyon ritka jelenség, hogy a nyálmirigyek megduzzadnak, de sokkal valószinübb, hogy ez az elváltozás a higany használatának tudandó be, nem pedig a syphilisnek. A nyálmirigyek valódi lueses elváltozása a luesnek bármely szakában jelentkezhetik. A lueses parotitisnek sajátos tünetei vannak ugyan, de egyéb lueses tünetek hiján mégis nehéz azt megállapítani. A tünetek főleg nyelési, rágási nehézségekben, továbbá erős nyálfolyásban nyilvánulnak. A praeauriculáris nyirokcsomók többnyire megnagyobbodottak. A parotis maga duzzadt, fölötte a bőr piros, oedemás. Az oedema azonban lueses parotitis esetén nem nagyfokú. A salivatio kénesős kezelésre rövidesen elmúlik, szintúgy a többi tünet is hamar szünik. A szerző esetében a nőbeteg bal járamcsontja táján kemény dudorodást mutatott, mely lefelé az erősen befüződött s jól kitapintható parotissal függött össze. Kisebb fokú duzzadás a jobb parotison is megállapítható volt. A hátulsó garatfalon cseresznyemagnyi, ép nyálkahártyával borított daganat volt. A betegnek ezenkivül még baloldali idült középfülgenyedése is volt, valamint a sternoclaviculáris izület táján sipolya. A szerző, noha az elváltozások egy része tuberculosisos eredetünek látszott, jodkalit is adott, mert némiképen a luest is számításba kellett venni. Az anamnesis tudniillik előrement luest gyaníttatott. A jodkalikezelés rövid idő alatt lényeges javulást okozott. A garatfali tumor rövidesen eltünt, szintúgy a parotisdaganat is, úgy hogy a beteg hamarosan ismét jól nyithatta a száját. Leghamarább gyógyult a sternoclaviculáris fistula. Mindez arra mutat, hogy a betegen a parotisbetegség lueses eredetü lehetett s így adott esetben erre a lehetőségre is ki kell terjeszteni figyelmünket. (Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 31. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A natrium perboricum használatáról az orr, torok, gége és fül betegségeiben ir *Hartmann* tanár. A natrium perboricum, melyet a Merck-czég hozott forgalomba, fehér por, melyből 20° os vízben körülbelül 2·5% oldódik s a mely 10% activ oxygent tartalmaz. A szer egyesíti a hydrogensuperoxyd és a natrium boracicum hatását. Szerves anyaggal érintkezésekor bomlás áll be, miközben activ oxygen válik szabaddá és natrium boracicum marad vissza. A szerző kiterjedten használta a szert középfülgenyedésben, továbbá az orr, torok és gége hurutos és fekélyes folyamataiban s tapasztalatai alapján odanyilatkozik, hogy hurutos, genyedő és fekélyesedő nyálkahártyabajokban kitünő fertőtlenitő és gyógyító szer, a mely az eddig rendelkezésünkre állott szereket hatásában felülmulja. Részint por, részint oldat alakjában használta. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 38. szám.)

A chloroformozás utáni hányás megelőzésére *Paterson* a picrotoxint használja. Mihelyt a chloroformozást beszüntették, de legalább is még mielőtt a műtőasztalról eltávolították a beteget, 0·2%-os picrotoxinból 1 cm³-t fecskendez a bőr alá; ha ennek ellenére 12 percznél hosszasabban tartó hányás jelentkeznék, még ½ cm³-t fecskendez be. Az említett adag felnőtteknek való, gyermekeknek megfelelően kisebb adag (4 évesnek ¼ cm³) adandó. (Ref. La semaine médicale, 1907. 38. szám.)

A szódafürdő gyógyító hatásáról ir *Van Binsbergen*. Először panaritium eseteiben kisérelte meg s a kedvező eredményektől felbátorítva, később csontgümőkór, osteomyelitis és lábszárfekély mintegy 300 esetében is használta, állítólag feltünő jó eredménynyel. Az illető testrészt naponként kétszer, erős genyedés esetén pedig négyszer 1 órán át 1%-os, 35—40° C hőmérsékü szódaoldatban fürészteti. Teljesen tiszta angol kristályszódát kell használni. (Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde, 1907. 20. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 41. szám. *Alexander Béla:* Az x-sugarak rajzképességéről. *Weisz Ferencz:* A bacteriuriáról.

Orvosok lapja, 1907. 41. szám. *Jacobi József:* A tetania oktanához, tekintettel a pajzsmirigyre.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 41. szám. *Vas Bernát:* A chronikus pentosuria pathogenesise és diagnostikája.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Zsiday Dávid* kisvárdai kórházi alorvost Szabolcs vármegye főispánja tiszteletbeli kórházi főorvossá nevezte ki.

Választás. Budapest székesfőváros törvényhatósága *Herczeg Lipót* dr.-t és *Maár Mihály* dr.-t kerületi orvossá választotta. — *Lázár Lipót* dr.-t Szirákon, *Neuwirth Dezső* dr.-t pedig Nágocson körorvossá választották.

Megbizás. *Dános József* dr.-t a belügyminister a szombathelyi állami gyermekmenedékhelynél a másodorvosi teendők ellátásával bizta meg.

A budapesti egyetem orvosi karán alkalmazást nyertek: A II. sz. belklinikán: *Neuber Ede* dr. díjtalan gyakornok. A II. sz. nőklinikán: *Frigyesi József* dr. második tanársegéd (meghosszabbitás), *Balla Béla* dr. díjas gyakornok, *Ruszinko Miklós* dr., *Herczeg Irma* dr., *Bernát Dezső* dr., *Brósz Sándor* dr. díjtalan gyakornok. A szemklinikán: *Réthi Aurél* dr. és *Spanyol Béla* dr. díjtalan gyakornok. A II. sz. kórbonczolástani intézetben: *Bókay Zoltán* díjas gyakornok, *Szénásy József* és *Kakuk János* díjtalan gyakornok. Az I. sz. anatomiai intézet mellett: *Balázsy Dezső* díjas és *Robstein Mátyás* díjtalan gyakornok. A II. sz. anatomiai intézet mellett: *Lükő Béla* dr. második tanársegéd és *Nisponszky Béla* dr. díjas gyakornok (meghosszabbitás).

A budapesti önkéntes mentő-egyesület szeptemberben 744 esetben nyujtott első segítséget; ezenkivül 564 szállítást végzett, 103 esetben mint mozgóőrség szerepelt és 35 esetben vaklárma miatt vonult ki. A szeptember havi működési főösszeg tehát 1446.

A budapesti egyetem II. szül. és nőgyógyászati klinikájával kapcsolatos szülészeti poliklinikum szeptemberben 96 esetben nyujtott segitséget; a műtétek száma 73 volt.

A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület szeptember hóban 186 esetben nyujtott első segitséget; ezenkivül 32 betegszállitást végzett, 40 esetben mint mozgóőrség szerepelt és 6 esetben téves jelentés folytán vonult ki. A szeptember havi működési főösszeg tehát 264.

Megjelent: *Pach Henrik* dr.: Magyar munkásegészségügy. Budapest, Benkő Gyula könyvkereskedése. Ára 5 korona.

Meghalt. *Károlyi Gyula* dr. marczali körorvos 36 éves korában. — *L. Glück*, a sarajevoi országos kórház igazgatója, október 9.-én. — *Ch. Stewart* dr., az összehasonlitó anatomia és élettan tanára a londoni Royal College of Surgeons-on, 67 éves korában, szeptember 30.-án.

Kisebb hirek külföldről. *Stöckel* tanár utódjává a greifswaldi gynaekologiai tanszékre *M. Henkel* tanárt, Olshausen tanár segédjét Berlinből hivták meg. — *Schwenkenbecher* heidelbergi magántanárt, Krehl tanár segédjét Marburgba hivták meg rendkivüli tanári minőségben a poliklinika vezetésére. — *H. Helferich* tanár, az ismert kieli sebész, egészségére való tekintettel állásáról lemondott. — *A. Westenhöffer* berlini magántanárt a Santiago de Chile-i egyetemen a kórbonczolástan rendes tanárává nevezték ki. — Az elhunyt Budin professzor utódjává a párisi rendes nőorvostani tanszékre *Paul Bar* dr.-t nevezték ki. Bar dr. 54 éves; eddigelé a St. Antoine-kórház szülészeti osztályának vezetője s az egyetemen agrégé (magántanár) volt. Tarnier-rel és Budinnal együtt adta ki a Traité de l'art des accouchements czimü nagy munkát. — *Esmarch* kieli tanár, a német sebészek nestora, e hó 7.-én ülte tanárságának 50. évfordulóját. — *Voit* müncheni tanár e hó 8.-án ünnepelte 50 éves orvosdoktori jubileumát. — *N. Pane* dr.-t (bakteriologia) és *F. Padula* dr.-t (sebészeti anatomia és műtéttan) a nápolyi egyetemen, *F. Lewkowicz* dr.-t (gyermekorvostan) pedig a krakói egyetemen rendkivüli tanárrá nevezték ki.

A legközelebbi nemzetközi tuberculosis-congressust Washingtonban tartják 1908 szeptember 20.-ától október 3. áig, *Frank Billings* és *L. F. Flick* (Philadelphia) főtitkársága mellett. A congressussal a tuberculosisra vonatkozó kiállitás lesz kapcsolatos.

Nemzetközi urologiai társulat szervezését tervezi a franczia urologiai társulat, a nemzetközi sebészeti társulat mintájára. Az I. congressust 1908 őszén óhajtanák megtartani Párisban.

A rákirodalom az utóbbi években rendkivül nagyra nőtt. *Sticker* összeállitása szerint 1902 óta 3395 dolgozat jelent meg, mely a rosszindulatú daganatokkal foglalkozik. Ezek közül 1960 német, 607 angol, 549 franczia, 113 olasz, 70 orosz és lengyel, 37 svéd, 22 spanyol, 16 holland, 9 magyar, 7 portugál, 3 japán és 2 görög nyelven van irva.

Az orvosok jövedelme Angliában nem valami fényes. A „British medical journal" egyik utóbbi száma szerint az angol orvos átlagos évi jövedelme 4800—9600 korona. Már nagyon kedvelt orvos az, a kinek az évi jövedelme 12—24,000 korona. E mellett tekintetbe veendő, hogy Angliában az élet sokkal drágább, mint nálunk.

A kinematografot már kezdik az orvosi oktatás czéljaira is felhasználni. Igy Edinburgban *Chase* a kóros mozgásokról készittetett kinematografiai felvételeket; egyedül az epilepsiás mozgások felvétele 500 meter filmet vett igénybe 22,509 felvétellel; Berlinben *Bumm* tanár a normális szülés végső szakában a gyermek fejének helyzetváltozásairól készittetett kinematografiai felvételeket, a melyek nagyon jól sikerültek.

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

Mai számunkhoz a Goedecke & Co. Leipzig „Arhovin" czimü prospectusa van mellékelve.

ORVOSOK, kik 1907-ben lakhelyüket vagy lakásukat változtatták, kéretnek, hogy erről az Orvosi Évkönyv szerkesztőségét (Budapest, VII., Kertész-utcza 16) levelezőlapon mielőbb értesiteni sziveskedjenek.

Az orvosi gyakorlat évtizedes tapasztalata alapján közismert az a körülmény, hogy ha csukamájolajról van szó, akkor a **Zoltán-féle csukamájolaj** lesz rendelve, a mely könnyü emészthetősége és kiváló minősége folytán áll felette minden készitménynek.

Szigeti Márton dr. gleichenbergi és abbaziai fürdőorvos davosi tanulmányútjáról megérkezett Abbaziába és folytatja a tuberculosis elleni Spengler-féle oltásokat.

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. 2507

Dr. Gara Géza, Meran. Sanatorium. Prospectus.

JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyitó intézete.
Budapest, IV., Károly-körút 14.
Fürdők, sugaras gyógyitás, physikális gyógymódok.

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.

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

Elektromágneses intézet, Budapest, VII., Dr. Grünwald-sanatorium. Főbb javallatok: **neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúz stb.** Prospektus. Vezető orvos: **Réh Béla dr.**

Orvosi laboratorium: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—69.

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti fasor 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal. Gyógykezelés tetszés szerint bármely tanár által. 2652

Budapesti Orvosi Laboratorium IV., Koronaherczeg-utcza 18, I. em. Mindennemü ép és kóros váladék (ú. m. vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, górcsői és bakteriologiai vizsgálata. Klinikai diagnostika. Tulajdonos: **Arányi Gusztáv dr. karlsbadi gyakorló fürdő orvos** (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 20.-ától szeptember 20.-áig, vagyis fürdőorvosi működése alatt a Budapesti Orvosi Laboratoriumot helyettes szaktárs vezeti. 2939

ERDEY Dr. **Budapest, IX., Bakács-tér 10.**
14/153109 **SANATORIUMA.** **Nőbetegek és szülőnők részére.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Budapesti kir. Orvosegyesület. (LXX. évforduló nagygyülés 1907. október 14.-én.) 759. l. — A VII. nemzetközi physiologiai congressus Heidelbergben. 760. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 761. l

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(LXX. évforduló nagygyülés 1907. október 14.-én.)

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyzők: **Lévai József, Blaskovics László.**

Az *elnök* a következő megnyitót mondja:

Tisztelt Tagtársak! A 70. nagygyülésre jöttünk ma össze s ha végignézzük az egyesületünk alapítása óta letünt hét évtized orvostörténelmének kaleidoskopos képeit, csodálkozva kell látnunk, hogy tudományunknak milyen változó phasisain vitt bennünket végig a szárnyas idő s hogy mennyire kellett folytonfolyvást adaptálódni tagtársainknak a tudományos felfogások szakadatlan változásaihoz. De nemcsak a multban kellett alkalmazkodni, hanem kell ma is napról napra mindannyiunknak. Érezzük mindnyájan, hogy mily nehéz, mily fáradságos lépést tartanunk a fejlődéssel, mikor minden óránkat évről-évre jobban s erősebben igénybe veszi a mindennapi kenyér megszerzése, mikor minden lépésnél, melyet előre akarunk tenni, megállít a másnap gondja.

A nagy *Broussais* úgynevezett physiologiai iskolája utolsó éveit élte, mikor egyesületünk megalakult. S ime nemsokára résztvettünk *Broussais* tanainak temetésén, melyekkel együtt elföldelték végre a levegőben lógó doctrinaer pathologiai systemáknak utolsóját is, azoknak a mondva csinált systemáknak, melyek mindannyija zsákutczába vezetett. A második bécsi iskola franczia előkészítői rendezték a temetést: *Laënnec, Cruveilhier* és *Corvisart*, a pathologiai-anatomiai kutatás s a physikai diagnostika előfutárai, a kiknek kezdetleges munkáját folytatta *Rokitansky* és *Skoda*. Látta egyesületünk, miként morzsolódnak szét a humoralpathologiás, neuropathologiás és vitalismusos tanok erősnek vélt épületei is *Johannes Müller* tanítványainak, különösen *Virchow* nak és *Traube*-nek csákányai alatt s miként épül fel helyükbe a természettudománynyá fejlesztett új orvostudomány s hogyan alakul ki ezen alapon *Henle, Semmelweis, Pasteur* és *Koch* kezében a mai aetiologiai irány s hogyan születik meg ezen aetiologiai alapon a physiologia és chemia segítségével a modern therapia. Átélte egyesületünk a chirurgia nagy reformjait, melyeknek étappejai az aether- és chloroformnarcosis, az antisepsis, az asepsis és a helyi anaestheticumok. Látta egyesületünk megszületni a gégetükröt, szemtükröt, fültükröt, endoskopot, cystoskopot stb. s ezekkel együtt a specialistaságokat. Ma végre benne evezünk az általános biologia vizeiben, a mi — azt hiszem — nemcsak az élettanra, hanem a kórtanra és therapiára is óriási haladás kezdete; az általános biologia tényei át fogják alakítani egész gondolkozásunkat, úgy hogy az orvostudomány mai képe egy-két évtized alatt ismét teljesen meg fog változni.

A mult 70 év alatt nem volt soha pihenésünk, még kevesebb lesz az ideges haladás következő esztendőiben s felvetem azért a kérdést, vajjon ha mindenikünk magára marad, meg tud-e majd birkózni mindazzal, a mit a haladó tudomány mint újat és elsajátítandót elibe tár? Vajjon nem kell-e összefognunk, hogy egymást segítve, gyámolítva könnyítsünk munkánk terhén?

A mit eddig ezen irányban tettünk, az mind csak kezdetleges volt és tökéletlenül szolgálta a czélt, az *orvosi továbbképzést*. A szünidei orvosi cursusok csak néhány napig tartanak s ezért még egyszerübb gyakorlati ismeretek és fogások megtanulására sem alkalmasok; az *„Orvosi kör“* cyclusos előadásai, melyek néhány év óta e fedél alatt tartatnak, már egészségesebb alapon állanak, de daczára annak azon néhány előadás korántsem elégséges, hogy egy-egy szakmakör haladásáról beható ismereteket terjeszthessen. Ugyanígy vagyunk az orvosi facultásunk által rendezett *jubiláris előadásokkal* is.

Mi tehát a teendőnk?

Megadja erre a feleletet és mindjárt a példát is az okos Németország. Ott is szünidei orvosi tanfolyamokkal kezdették a kisérletezést s azt látták, hogy daczára annak, hogy azok nemcsak néhány napig, hanem hetekig tartottak, mégsem váltak be, mert azokon főleg csak felületesebb gyakorlati ismereteket tanítottak s nem az alapvető tudományok haladását ismertették összefüggő rendszeres előadásokban. Megalakították tehát Kölnben és Düsseldorfban a gyakorlati orvostan akadémiáit, két iskolát gyakorló orvosok számára, dúsan felszerelve kórházakkal és laboratoriumokkal, a hol minden orvosi szakmában tovább képezheti magát időről időre minden orvos, a ki tudományа haladását követni akarja. De megalkották milliókkal Berlinben a Kaiserin Friedrich-Hausot is, mint központját az orvosi továbbképzésnek s ma már ez a ház majd 30 nagyobb német városban tart hosszútartamú (2 hónapos) tanfolyamokat, jeles előadókat küldve ki s felszerelve őket a tudományos tanszerek, gyüjtemények egész arsenáljával. Mindezt utánozni természetesen nem tudjuk. Szegénységünk szük határok közé szorít bennünket. De valamit mégis tehetünk és épen egyesületünk karolhatná fel az orvosi továbbképzés ügyét egyelőre saját tagjai érdekében és számára, nem arra fektetve a súlyt, hogy a mindennapi gyakorlat fogásaira tagitson, a mit mindenki bármely kórházi osztályon vagy ambulatoriumon úgyis elsajátíthat, hanem arra, hogy a collegákkal az alapvető orvostudomány, tudniilik a physiologiai, pathologiai és pharmacologiai tárgykörök haladását időről időre megismertesse. Talán úgy intézhetné a dolgot az egyesület, hogy évenként a 7—8 hónapi munkaévadban heti 1—1 estén, összesen kb. 20 előadásban ismertetné meg egy-egy előadás valamely alapvető orvostudományi szak azidőszerinti állását. Meg vagyok győződve, hogy örömmel gyülekeznénk össze sokan ily előadásokra, melyek persze nem iskolai szinvonalon, hanem a mi orvosi müveltségünkhöz mért modorban kellene hogy tartassanak s biztosra veszem, hogy kiváló fiatalabb szakembereink is örömmel vállalkoznának ezen előadások tartására. Még orvosi irodalmunknak is hasznára szolgálna, ha ily előadások nyomtatásban is megjelenhetnének, a mi ismét a továbbképzés ügyét szolgálná olyanoknál, kiknek nem volt alkalmuk az előadásokat látogathatni. Igaz, hogy ezen felvetett tervem anyagi áldozatokkal is járna, de nem annyival, hogy azt egy 700-nál több tagot számláló egyesület ne tudná győzni. Nem volna helyén, ha a mai ünnepi alkalommal a részletekről is közlést tennék, a mint azok bennem kialakultak. T. Tagtársaim lesznek majd hivatva dönteni a felett, hogy megérdemli tervem a további tárgyalást. Ha igen, lesz még alkalmam, hogy a részletekről nyilatkozzam. De bármi lesz is sorsa az imént elmondottaknak, az orvosi továbbképzés ügyét napirendről levenni már alig lehet.

Megnyitom 70. nagygyülésünket azzal a meleg óhajtással, hogy ma megnyiló munkaévünk munkában serény, eredményekben gazdag legyen.

Lévai József titkár felolvassa jelentését a „Mészáros Károly-jutalomdíjról“, a „Balassa-pályázatról“, a „Szenger Ede-pályázatról“, melyek mind meddők maradtak.

Blaskovics László másodtitkár felolvassa a pályázatokat. A „Mészáros Károly-alapítvány“ kamataiból 1600 korona a boncztan, szövettan és fejlődéstan, az élettan, kórboncztan és kisérleti kórtan körébe tartozó, magyar nyelven nyomtatásban 1905 junius 1-től 1909 május 31.-éig megjelent legjobb érintkezésre, monographiára vagy kézikönyvre. Pályázati határidő 1909 május 31.

Szenger Ede-féle orvostudományi 800 koronás két pályadíj önálló, magyar, eddig meg nem jelent bármely szakmájú dolgozatra; pályázati határidő 1908 május 31.

Balassa-féle 600 koronás két pályadíj az orvostudomány bármely szakmájából szabadon választott, önálló kutatások alapján készült, befejezett, még sehol közzé nem tett, magyar nyelven megjelent dolgozatra. Határidő 1908 május 31.

Virulentia és therapia.

Preisz Hugó: A fertőző betegségek therapiájának legelső sorban és mindenek felett arra kell törekednie, hogy megfoszsza a szervezetbe jutott mikrobákat a virulentiától, vagyis attól a képességtől, hogy a szervezetben tovább éljenek és elszaporodjanak. Mert ma már kétségtelen, hogy a legveszedelmesebb pathogen csírák is ártalmatlan varietásokká módosulhatnak vagy módosíthatók és hogy a szervezetbe jutott csírákra több-kevesebb befolyást tudunk gyakorolni.

A számtalan mikroorganismus legtöbbje olyan, hogy az állati szövetekbe jutván, ott csakhamar elpusztul. Csak aránylag kis része van felruházva olyan tulajdonságokkal, a melyeknél fogva az állati szervezettel konkurrálni tud és ezáltal mint kórnemző szerepelhet.

Felismerni ezt a többletet, a melynek a kórnemző csírák pathogenitásukat köszönik, szemben az ártalmatlan csírákkal, és ellene a fertőzött szervezetben küzdeni: ez a fertőző betegségek ellen való észszerű therapia alapja.

Fejtegeti ezután a különböző csíráknak pathogenitását a különböző élő lényekre. A virulentia mindig csak a csíra és a szervezet közti viszonytól függ: nem létezik absolute fogékony szervezet és nem létezik absolute virulens bakterium. A virulentia a mikrobának életenergiája viszonyítva az állati test mikrobaellenes energiájához. A virulentia eredője egyrészt a mikroba, másrészt az állati szervezet egymás ellen működő erőinek. Ez a két tényező nem változhatlan, hanem igenis változó és megváltoztatható, és kétségtelen, hogy minél előbbre jutnak ismereteink a szervezet ellenálló erőinek fokozásában és a mikrobák életenergiájának és resistentiájának csökkentésében, annál több a fegyverünk a fertőző betegségek elleni küzdelemben.

Vázolja ezután azon körülményeket, melyek a szervezet ellenálló képességét fokozzák és azon tényezőket, melyek ellen a szervezetnek küzdenie kell. Ezek a mikrobák, melyeknek fertőző képessége mesterségesen erősíthető vagy csökkenthető. Sokszor a virulens mikroba oly anyagot termel, mely a leukocytákat távoltartja tőle, vagy tevékenységüket megbénítja.

A virulentia emelkedése összefügg a mikroba chemismusával, az általa termelt bizonyos anyagok kisebb vagy nagyobb mennyiségével, de magának a testének is a chemiai összetételével, a mely az ilyen alsórendű lényeken különböző viszonyok mellett széles határok között változhat.

Tényeket sorol fel ezen állítások beigazolására.

Máskor a virulentia a bakterium testéhez kötött oly activ tömecsek vagy tömecsrészletek mennyiségétől függ, a melyek az állati szervezetben ennek védekezésére alkalmas anyagokat lekötni tudják. Minél több ilyen activ tömecs-csoportja van valamely bakteriumnak, annál virulensebb; viszont minél kevesebb anyag van a fertőzött szervezetben eme tömecscsoportok lekötésére, annál virulensebbnek fog bizonyulni a bakterium erre a szervezetre.

Bármi legyen azonban a virulentia alapja s bár az oka a különböző bakteriumoknál nem is azonos, mégis van oly jelenség, a mely nagy következetességgel mutatkozik mint különbség a virulens és nem virulens csírák között. Ez a jelenség pedig a leukocyták bő meggyülemlése a nem virulens bakterium körül a fertőzés helyén. Ezért a leukocytosis fokozására kell törekedni. A leukocytosist fokozó anyagot Wright és Douglas opsoninnak nevezte el. Az opsonin directe a bakteriumra hat s előkészíti a leukocyta számára, nem pedig megfordítva.

A phagocytosist fokozni lehet az által, hogy a megfelelő bakteriumok elölt testeit viszszük a szervezetbe (Wright-féle vaccin); legjobb magának a betegnek szervezetéből vett vaccin. (Hektoen). Prophylactice is próbálták már ezen eljárást operálások előtt. Ezáltal feltámadt újból a similia similibus elve, csakhogy a similiába most betekintésünk van. Tehát a hány támadó eszközét ismerjük meg a kórnemző mikrobáknak és a hány védekező módját az emberi szervezetnek, ugyanannyi új irány kinálkozik a therapia kifejlesztésére is.

Végül az előadó ismerteti saját vizsgálatai alapján azokat a jelenségeket, a melyeket a lépfene-bacillus virulentiájának lényegéül felismert.

A VII. nemzetközi physiologiai congressus Heidelbergben.

Irta: *Kőrösy Kornél* dr.

Az idén nyáron augusztus 13.-ától 17.-éig Heidelbergben *Kossel* elnöklete alatt megtartott physiologiai congressus sokkal nagyobb érdeklődés mellett folyt le, mint a három év előtti Bruxellesben. A résztvevő tagok száma néhány százra rugott, úgy hogy a megnyitó ülés alkalmából zsufolásig megtelt az egyetem nagy aulája. Eljöttek az angol physiologusok teljes számban, a francziák is majdnem mindnyájan, és nem volt ország, mely ne lett volna több-kevesebb taggal képviselve.

A régebbi congressusokon a németek mindig aránytalanul csekély számban vettek részt. Most történt először, hogy a congressus Németországban üléseztt, de a németek távolmaradása még mindig feltünő volt. Ott volt többek között: Abderhalden, Bethe, Dastre, Edinger, Exner, Gotch, Grützner, Hamburger, Kronecker, Overton, Pawlow, Richet, Sahli, Schaefer, Tangl, Tigerstedt, Verworn, Zuntz.

A 13.-án tartott megnyitó ülést megelőzően 12.-én ismerkedő este volt a városházán; hasonlóképen gondoskodás történt minden estére valamelyes szórakozásról. A megnyitó ülésen tartott beszédek közül említésre méltó Kossel elnöki megnyitója, melyben áttekintést adott a physiologia újabb fejlődéséről. Érdekes volt Kroneckernek — a ki tulajdonképen lelke volt az egész congressusnak — emlékbeszéde a congressus megalapitójáról, sir M. Fosterről. Emlékbeszédet tartott még Dastre Burdon-Sandersonról és Sherrington Errerárol és Herzenről.

Az előadások száma óriási volt, kb. 200, úgy hogy mindig 4 szakosztály ülésezett egyidejűleg különböző intézetek tantermében; Tigerstedt tréfás tósztja szerint az embernek egyidejűleg kellett két fülével négy előadást végighallgatnia és ugyanakkor két szemével öt demonstratiót megnéznie. Ez a túlhalmozás kétségtelenül nem vált előnyére a congressus niveaujának, úgy hogy jövő alkalommal valószinűleg szükségessé fog válni az alapszabályok szigoritása; bár most is elég szigorúak, a mennyiben egy előadás idejét legfeljebb egy negyed órában szabják meg. Helyesebb volna egyes előre megállapitott aktuális kérdések megvitatására és a demonstratiókra helyezni a fősúlyt és az egyes speciális kérdésekre vonatkozó előadásokat lehetőleg visszaszorítani. A négy szakosztály tárgy szerint nem volt egymástól szigorúan elkülönítve; az egyikben tartott előadások mind az agy-, ideg- és érzékszervphysiologiára vonatkoztak, a másikban a physiologiai chemiára, a harmadikban a vérkeringésre és lélegzésre, a negyedikben pedig különböző tárgyakra. Az egyes délelőttök és délutánok programmja nagyon ügyesen úgy volt összeállitva, hogy az előadások egy szükebb tárgykörre vonatkozzanak, pl. az enzymekre, a fehérjechemiára, a vérérbeidegzésre stb.

Két kérdés volt, mely körül az ellenkező felfogások érdekes összeütközését vártuk: a fehérjechemia és a neuronelmélet. Véletlenül egy időre tűztek ki mindkettő tárgyalását különböző szakosztályokban. A fehérjechemia kérdésében Fischer Emil munkatársa, Abderhalden képviselte a modern álláspontot Siegfrieddel szemben, de a dolog egész simán folyt le, miután a hadviselő felek már előzőleg a kulisszák mögött megegyeztek. Érdekes vitára adott azonban alkalmat Hopkins inditványa a fehérjék egységes nomenclaturájáról, melyet az angol physiologiai társaság nevében terjesztett a congressus elé; ennek megvitatásakor természetesen felújultak az ellentétes felfogások. Abderhaldennak különben mindkét előadása általános érdeklődést keltett. Egyikben a Fischer és ő általa legújabban talált tetrapeptidet (4 aminosav kapcsolata) ismertette, melyet a selyemnek nem teljes hasításakor találtak. E lelet először azért fontos, mert a tetrapeptid tulajdonságaiban megegyezik egy Fischer által synthetisisesen előállitott testtel és igy újabb bizonyitéka, hogy Fischer a fehérje synthesisében a helyes úton jár; másodszor pedig azért, mert úgy viselkedik mint egy albumose, noha csak négy aminosavból áll. Másik felolvasása azon nem kevésbé érdekes kisérletekről szólt, melyeket Rónával együtt végzett: sikerült nekik egy három hétig tartott kisérletben egy kutyán állandó súlyszaporodást és nitrogenvisszatartást elérniök, pedig a kutya az egész idő alatt csak teljesen aminosavakra bontott húst kapott enni.

A neuronkérdésben újra, mint három év előtt is, Bethe és Langley állott egymással szemben.

Bethe gyönyörű, eredeti Apáthy-féle metszetek bemutatása kapcsán azt hozta fel a fibrillaelmélet mellett, hogy az ideg nyújtásakor a különben kacskaringósan futó fibrillák csak kiegyenesednek, míg az egész ideg háromszorosára is megnyúlhat; az izgalom vezetésideje pedig ugyanaz, akár nyújtva van az ideg, akár nincs, tehát az izgalmat a fibrilla vezeti. Bethevel szemben főleg Langley védte a neuronelméletet; úgy hallom azonban, hogy hevesebb összeütközésre nem került a dolog, nem úgy, mint Bruxellesben

Még csak egy-két előadásról akarok röviden megemlékezni, melyek fontos, vitás kérdésekben úgy látszik döntő bizonyítékokat hoztak a felszinre. Bohr tudvalevőleg már régóta igyekszik érvényt szerezni azon felfogásának, hogy a lélekzés nem magyarázható meg egyszerű physikális gázdiffusioval, a mint mai napig általában el van fogadva; szerinte a tüdő épen úgy kiválasztja a szénsavat, mint a hogy bármely más mirigy kiválasztja váladékát, vagyis itt még egyelőre ismeretlen tényezőkkel is kell számolnunk. Új kisérletei a következők: egy kutyának két tüdejét egy a jobboldali főbronchusba alkalmazott katheter segitségével külön hagyta lélekzeni; a baloldali athmosphaerás levegőt kapott, a jobboldali 8% szénsavat tartalmazó levegőt; a két tüdőt át-

járó vér és annak szénsavtartalma természetesen ugyanaz volt. A kisérlet tanúsága szerint mindkét tüdő kiválasztott szénsavat, pedig a jobboldali tüdő alveolusainak szénsavtartalma több mint még egyszer annyi volt, mint a véré; a tüdő gázcseréje tehát egyedül diffusio alapján meg nem érthető.

Ha az épen említett előadás érdekessége abban rejlett, hogy új, megoldatlan problémákra mutatott rá oly téren, melyet már a physika törvényei szerint is megmagyarázottnak tartottunk, bizonyos tekintetben ellenkező szempontból volt érdekes Hamburgernek egy előadása. A bélüregből történő felszivódásban tudvalevőleg igen fontos szerepe van az osmosisos viszonyoknak; újabban azonban azt az érvet hozták fel a nyálkahártya vitális működése mellett, hogy az élő bélfal átbocsátja a konyhasót a lumenből a vérerek felé, ellenkező irányban azonban nem. Hamburger már most kimutatta azt, hogy a holt bélfal, sőt a galatinával bevont pergamenthártya is, különböző irányban különböző mértékben bocsátja át a vizet és az oldott anyagokat; e szerint tehát a fent említett körülmény magyarázatában nincs szükségünk vitális tulajdonságok felvételére.

Sok tanulságos dolgot láttunk a demonstratiók alkalmával, különösen methodikai tekintetben. Krogh bemutatta a vér gázainak feszülését mérő új eszközét, melylyel képes egy 3—6 cm^3-nyi minimális gázmennyiséget 0·2%-nyi pontossággal meganalyzálni; ezen eszközzel végezte Bohr előbb említett vizsgálatait. Ugyancsak a vér gázainak analysisére való eszközöket mutatott be Barcroft és Brodie. Nagy érdeklődést keltett Róna módszere folyadékok fehérjementesítésére, a mi mastix-emulsio hozzáadására tökéletesen és igen könnyen sikerül. *Cremer* bemutatta új fonalelektrometerét, összehasonlítva azt a mult congressuson Einthoven által bemutatott fonalgalvanométerrel; a természetesen igen drága eszköz rendkivül érzékeny és az izomrángás, pulsus stb. grafikai registrálására alkalmas. Igen ügyes és egyszerű volt a Kreidl által bemutatott, könnyen változtatható villanyos ellenállás. Edinger különben halagyvelők demonstrálása kapcsán arra utalt, mennyi fontos új problémát nyujt az összehasonlító agyanatomia az agyphysiologiának.

Az utolsó nap délelőttjén Kronecker a Col d'Olen-en (Monte Rosa) 2900 m.-nyi magasságban épen akkor megnyilt, szépen felszerelt laboratoriumot ismertette; majd beszámolt az *Institut Marey* működéséről az utolsó három évben. Utána Carvallo, a ki ezen idő alatt az említett intézetet vezette, bemutatta nagyhatású kinematografiai felvételeit a béka gyomorbélcsatornájának mozgásáról; békával bismuthot etetett, azután hosszú időközökben Röntgen-képeket vett fel róla egy kinematografiai tekercsen. E felvételek gyors lepergetése szemünk elé varázsolja a gyomor és bél mozgásának lefolyását, természetesen gyorsitva. Ezután bemutatott még Carvallo több új registráló eszközt, melyeknek tökéletesitése tudvalevőleg az *Institut Marey* egyik feladata. Délután közös ülés volt, melynek keretében Bertrand tartott összefoglaló diszelőadást az oxydasékról. Ezután Richet felhivta a figyelmet az *Institut Marey*-ben rendezendő, internationalis jellegű demonstratiók látogatására, melyek tartására bárki jelentkezhetik ezen intézet vezetőségénél. Majd e sorok irója meghivta Klug tanár megbizásából a jelenlevőket az 1909-ben Budapesten tartandó orvosi congressusra, a mit Kronecker pártoló szavai után általános helyesléssel fogadtak.

A következő congressus helyéül Exner meghivására Bécset választották, hol a congressus 1910-ben lesz pünkösd idején. Reméljük azonban, hogy már előbb szerencsénk lesz a jelen volt szaktársak nagy részét nálunk üdvözölhetni.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Az atropin-próba a bradycardiában jó szolgálatot tehet *Vaquez* szerint, a ki a „Société médicale des hopitaux" julius 26.-i ülésén tartott ezen tárgyról előadást. Ideges eredetű bradycardia eseteiben ugyanis atropin használatára a szivösszehúzódások száma megszaporodik, míg szivbajtól feltételezett bradycardiában nem. Egy esetét ismerteti, a melyben súlyos appendicitis kapcsán az érverések száma 40—42-re csökkent olyan jelenségek közepette, a melyek a myocardiumnak súlyosan megkárosodott voltára engedtek következtetni; ez azonban ki volt zárható a megejtett atropin-próba eredménye alapján, 84-re emelkedvén az érverések száma. A beteg különben meggyógyult; a néhány héttel később végzett műtét csakugyan appendiculáris tályog jelenlétét derítette ki.

PÁLYÁZATOK.

6987/V. 1907. szám.

A lemondás folytán megüresedett **tiszaszentmiklósi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az orvosi körhöz Tiszaszentmiklós székhelylyel még Józova község tartozik.

Az orvosi állással 1438 korona negyedévi részletekben előre kiszolgáltatandó fizetés, 300 korona lakbér, éjjeli vagy nappali vényirással együtt vagy e nélkül 80 fillér látogatási díj s hússzemle és halottkémlés szabályrendeletileg megállapított díjai élvezete van egybekötve. A szegényeknek ingyen gyógykezelendők s a megválasztandó orvos az orvosi nyugdíjintézetbe belépni köteles.

Felhivom ennélfogva mindazokat, kik ez állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi oklevéllel s eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonylattal felszerelt kérvényüket **folyó évi november hó 15.-ig** ide adják be.

Törökkanizsa, 1907. évi október hó 12.-én.

A főszolgabiró.

9712/907. sz.

Az üresedésben levő **kisbecskereki orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Fizetése 1400 korona és lakáspénze 200 korona. A látogatási dijak egyelőre a következőképen vannak megállapitva; nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér. Megjegyzem különben, hogy a látogatási díjakat a megválasztandó orvos a községgel kölcsönösen fogja megállapitani. Felhivom a pályázókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket **f. év november hó 10.-éig** hozzám nyujtsák be. A választás napját később fogom kitűzni.

Temesvár, 1907. évi október hó 15.-én.

2—1 *A főszolgabiró.*

13,541/907. ai. sz.

A borsodvármegyei Erzsébet-k özkórháznál katonai szolgálatra történt bevonulás miatt megürült **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhivom az állást elnyerni óhajtókat, hogy szab ályszerűen felszerelt és Borsod vármegye főispánjához czimzett pályázati kérvén yeiket a kórház igazgatóságánál legkésőbb **f. évi október hó 30.-áig** nyujtsák be.

Az állás javadalmazása teljes ellátás mellett az 1907. év végéig évi 1200 korona, az 1908. év elejétől évi 1400 korona.

Miskolcz, 1907. évi október 11.-én.

Tarnay dr. s. k., alispán.

617/907. ikt. sz.

Békés vármegye közkórházának elmebeteg- és sebészeti osztályán egy egy **segédorvosi állásr** és a sebészeti osztályon egy **díjazott gyakornoki állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás az elmebetegosztá ly segédorvosi állásánál évi 1600 korona, a sebészeti osztály segédorvosi állá sánál évi 1000 korona készpénzfizetés, a sebészeti gyakornoki állásnál napi 2 korona, és valamennyi állás I. osztályú élelmezés, lakás, fűtés, világitás élveze tével van egybekötve.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy szabályszerűen felszerelt folyamodványaikat Békés vármegye főispánjához intézve f. **hó 22.-éig** hozzám küldjék be.

Gyula, 1907. évi október hó 15.-én.

Békés vármegye közkórházának igazgatója.

Nyitra vármegye érsekujvári közkórházában betöltendő **alorvosi állásra** a m. kir. B. M. 125,000/902. sz. körrendelete 2. pontja alapján pályázatot nyitok. Felhivom mindazon nőtlen orvostudor okat (esetleg szigorló orvosokat), kik ezen 1200 korona fizetéssel, egy szobából álló lakással, fűtéssel, világitással és természetben kiszolgáltatott élelmezéssel javadalmazott, a kórházban való benlakás kötelezettségével járó állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényeiket az ügyviteli szab. 4. §-ában leirt módon **f. évi november hó 15.-éig** hozzám nyujtsák be. Közszolgálatban állott pályázó szolgálatból való kilépésének okát okirattal tartozik igazolni. Megjegyeztetik, hogy a kinevezés orvosokra két évi időtartamra szól, szigorló orvosok kineveztetése csak ideiglenes. Megelégedésre töltött szolgálati idő a vármegye területén esetleg üresedésbe jövő állásra való pályázatnál előnyképen figyelembe vétetik.

Nyitra, 1907. évi október hó 10.-én.

2—1 *Az alispán.*

3979/907. kig. sz.

Krassó Szörény vármegy e bozovicsi járásban levő **bozovicsi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A kör székhelye Bozovics, mely községen kivül hozzá tartoznak még a bányai, prilipeczi, prigori és pervovai k örjegyzőségek községei.

A kör tehát 13 községből áll.

A körorvos javadalmazása 1600 korona fizetés és 600 korona úti átalány. Ezenkivül a szabályrendeletileg megá llapitott díjak.

A pályázni óhajtókat fel hivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képzettségöket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **f. évi október hó 30.-áig** hozzám annyival inkább benyujtsák, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

A román nyelvet legalább szóban érteni kivánatos.

A választást f. évi november hó 9.-én d e. 9 órakor Bozovics] községházánál fogom megtartani.

Megjegyeztetik, hogy Bozovics község 4500 lak os sal bir, van kir. járásbirósága telekkönyvi hivatallal, adóhivatala, 3 tak a rékpénztára, 6 ügyvéde, nagy az intelligenciája, ezzel szemben magánorvos itt letelepedve nincs, ennélfogva magángyakorlatra megfelelő kilátás van.

Bozovics, 1907. évi szeptember hó 29.-én.

3—3 *Péczely Géza*, főszolgabiró.

3559/907. sz.

A **szentjobbi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhivom pályázni kivánókat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket hivatalomhoz **f. évi október hó 25.-éig** adják be.

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

Látogatási díjak nappal 1 korona, éjjel 2 korona, köruton kivül 4 korona.

A körhöz a székhelyen kivül H.-K.-Szent-Miklós, H.-K.-Szent-Imre és Csohaj községek tartoznak.

A körorvos kézi gyógytár tartására jogosult.

Székelyhid, 1907. évi szeptember hó 25.-én.

3—3 *A főszolgabiró.*

A pécsvárosi közkórházban lemondás folytán megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása 1200 korona fizetés és I. osztályu élelmezés.

Felhivom a pályázni kivánó orvostudor urakat, hogy kellő minősitésüket igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket méltóságos Erreth János úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához czimezve, nálam legkésőbb **f. évi október hó 25.-éig** nyujtsák be. Megjegyzem, hogy kellő minősitésü pályázó hiánya esetén orvosgyakornok is nyerhet alkalmazást.

Pécs, 1907. évi október hó 5.-én.

2—2 *Kórházigazgató.*

3083/907. közig. sz.

Zólyom vármegye zólyomi járásában Zólyombács, Kovácsfalva, Garamberzence, Zólyomkecskés, Zólyomtúr, Osztroluka, Baczúr, Dobó, Zólyomberezna, Zólyommihályi, Dobróváralja, Mátyásfalva, Ujmogyoród, Dobrókirályi, Zólyomlukó, Hajnik, Garamhalászi, Szélnye, Nagyrét, Számpor, Zólyomternye, Budás, Zólyomszabadi és Vaségető községekből az I. 3. sz. egészségügyi körbe Zólyombúcs község székhelylyel csoportosított **körorvosi** állásra pályázatot hirdetek.

Ezen állásnak javadalmazása a következő

1. Törzsfizetés	1200	korona
2. Lakbér	400	„
3. Uti átalány	1200	„
Összesen	2800	korona,

mely összeg fedezésére 2000 korona a vármegyei alapból utalványoztatik, 800 koronát pedig az érdekelt községek fizetnek.

4. Az egészségügyi körbe osztott községekkel egyezségileg megállapitandó látogatási díjak.

5. A körorvos azonfelül a kir. belügyminister úr által megállapított 1200 korona évi átalányt élvez oly kikötéssel, hogy a körhöz tartozó Zólyombúcs, Zólyomtúr, Zólyomternye, Vaségető, Garamberzence, Osztroluka, Baczúr és Zólyomberezna községek trachomás betegeit saját községükben, a Budás és zólyomszabadi trachomásokat Zólyomternyán, a Dobó községbelieket Baczúron gyógykezelje, még pedig október hó 1.-étől április hó 30.-áig hetenként kétszer, május hó 1. étől szeptember hó 30.-áig hetenként egyszer.

A megválasztandó körorvos a körhöz tartozó többi községeket is kéthetenként egyszer előre meghatározandó és közzéteendő napokon köteles meglátogatni.

Felhivom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt minősítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket legkésőbb f. évi november hó 15.-éig hozzám terjeszszék be, mert a később érkezetteket figyelembe venni nem fogom.

A választás kitűzése iránt a pályázati határidő lejárta után fogok intézkedni.

Zólyom, 1907. évi október hó 7.-én.

2—2 *Sztrakoniczky Kálmán*, főszolgabiró.

1090/907. sz.

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

Pályázni kivánók pályázati kérvényüket, mely az orvostudori oklevéllel vagy hiteles másolatával, erkölcsi bizonylattal s esetleges működési bizonylattal szerelendő fel, **1907. évi november 15.-én déli 12 óraig** adják be. A tót nyelv birása kivánatos. A kör 34 község és 15.834 lakosból áll.

A körorvos javadalmazása :

1. Fizetés 1600 korona negyedévi utólagos részletekben.
2. Úti átalány községenként 12 korona.
3. Szabályszerű látogatási, himlőoltási, vágóbiztosi és halottkémlési dijak.

A megválasztott körorvos kézi gyógytár engedélyezésére igényt tarthat. A megválasztott körorvos köteles a törvény- s szabályrendeletekben meghatározott kötelességeit pontosan teljesiteni, körkörségeit minél gyakrabban, évnegyedenként legalább egyszer beutazni.

A választást később meghatározott napon fogom Csáb községben a kör jegyzői irodában megtartani.

Ipolynyék, 1907. évi október hó 2.-án.

2—2 *Pályi*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

A **Bór-** és **Lithion-tartalmú**

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! **Könnyen emészthető!** **Teljesen tiszta!**

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

---

200 évnél több, hogy a rohitschi Styria-forrást akut és idült

Enteritis catarrhalisnál 4569

általánosan és kiváló sikerrel rendelik.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER 3040

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

Kapható minden gyógyszertárban.

„Bayer" **CONTRATUSSIN** „Bayer"

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VI., Andrássy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható. 4036

Kivánatra próbaküldeményt kisérletezésre díjmentesen.

Szabadalmazva. **Gyorsan ható puha salicylszappanok.**

Dr. R. Reiss

Rheumasan — Rheuma, csúz, ischias, migrain, influenza, tylosis.

tubus K. 2.50; tégely K. 1.50.

Ester-Dermasan — Szintén makacs esetekben, továbbá psoriasis-, pityriasis ellen.

tubus K. 3.—; tégely K. 1.80.

Kátrány-Dermasan — Idült eczemák, pityriasis, psoriasis, prurigo és scabies ellen.

Chrysarobin-Dermasan
Chrysarobin-kátrány-Dermasan
kis tubus K. 1.50; nagy tubus K. 3.—

Ester-Dermasan
Vaginal-Kapsulák — Para-, perimetritis, oophoritis.

10 darab K. 2.50.

Irodalom és minták ingyen.

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

Képviselő Ausztria részére: Alex. Herkner, Wien, XVIII/2. — Magyarország részére: dr. Rosenberg Sándor, Budapest. 4330

SANATOGEN

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

BAUER & CIE.

Sanatogenwerke,

Berlin SW. 48.

51. évfolyam. 43. szám. *Budapest, 1907. október 27.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Donath Gyula: Felvehetők e neurotoxinok az epilepsiás görcsroham kiváltásában. 763. lap.

Sugár K. Márton: Az otosclerosis belső kezelésének kérdéséhez. 767. lap.

Schrank Ferencz: A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr., ny. r. tanár.) Kisérleti adatok a jodos készitményeknek az adrenalin-arterionekrosisra gyakorolt hatásához. 769. lap.

Tárcza. Ráskai: A „Deutsche Gesellschaft für Urologie“ I. congressusa Bécsben október 2.-ától 5.-éig. 771. lap. — **Steiner Pál:** Uti jegyzetek. 772. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Franciscus de le Boë Sylvius:* De phthisi. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Rössle:* Károsak-e a konyhasóinfusiók? — *Belorvostan. Erb:* A neurasthenia kezelése. — *Sebészet. Pässler* és *Seidel:* Az alveoláris tüdőemphysema pathologiája és therapiája. — *Hoddick:* A peritonitisben jelentkező vérnyomáscsökkenés emelésére intravenosus adrenalin-konyhasós infusio. — *Gyermekorvostan. Concetti:* A gyermekorvostan tanitása Rómában. — *Oberwarth:* A Hutchinson-féle fogaknak kórjelző értéke. — *Bőrkórtan. V. Bandler* és *K. Kreibich:* A Pirquet-féle tuberculinoltások. — *Venereás bántalmak. C. Bruhns:* A syphilises egyének életének prognosisa. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Midelton:* Szer idült izületesűz ellen. — *Mantelin:* Szer szemölcsök ellen. 772—776. lap.

Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archivum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 777. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 777. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 778—779. lap.

Melléklet. „Folia urologica“, „Folia haematologica“ és Werner Klinkhardt dr. kiadványai.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Felvehetők-e neurotoxinok az epilepsiás görcsroham kiváltásában?

Irta: *Donath Gyula* dr., egyetemi magántanár, a szt. István-kórház idegosztályának vezetőorvosa.

Ha eltekintünk azon *mechanikai* okoktól, melyek az eszméletlenséggel járó *görcsroham* tünetcsoportját előidézni tudják (koponyasérülés, agydaganat), továbbá azon okoktól, melyek *reflectorius behatásokra* (a környéki idegek bántalma, szem- és orrmegbetegedések, bélparasiták stb.), *infectiókra* (encephalitis, syphilis), *intoxicatiókra* (alkoholismus, saturnismus) vezethetők vissza, vagy hysteroepilepsia alakjában nyilvánulnak, nevezetesen két alakja az *intoxicationak:* az *uraemia* és a *terhesek eklampsiája* az, mely görcsjelenségei által annyira közel áll a *genuin epilepsiához.*

Az oly közel fekvő régibb elméletek, melyek szerint az uraemiában — mint a neve is jelzi — húgyalkatrészeknek a vérben visszatartásáról volna szó, a felhalmozott klinikai tapasztalatokra és megfigyelésekre, valamint az állatkisérletekre való tekintettel mellőzendők voltak. A vizelet nitrogentartalmú alkotórészei nem okolhatók, első sorban nem a húgyanyag, a mint azt először *A. Wilson* tette. Hisz uraemiások vérében ez majd nagy, majd kis mennyiségben lelhető fel és vesebajosok vérében gyakran nagy mennyiségben van meg a nélkül, hogy uraemiás jelenségeket idézne elő. Másrészt a húgyanyag rengeteg mennyiségben fecskendezhető be ártalom nélkül állatok venájába, sőt ezen eljárás még a vesék egyidejü kirekesztése vagy az ureterek alákötése esetén sem sietteti a halált. Egyébként a húgyanyagot ártalmatlan diureticumnak ismerjük, melyet 20 gm.-os és ezen felüli adagokban is adhatunk. Nem helyesebb ama felvétel sem, hogy egy ferment képződik a vérben *(Frerichs)* vagy a bélben *(Freitz)*, mely a húgyanyagot mérges szénsavas ammoniákká átváltoztatná. De az ammoniák, mely — mint kisérleteimből is kiderült — csakugyan tud görcsöket előidézni, sem uraemiás állatok *(Kühne* és *Stranck)*, sem uraemiás emberek *(Rosenstein)* vérében nem volt kimutatható, de semmi esetre sem haladja meg a mennyisége a normális mértéket. Midőn később *Salaskin*[1] uraemiában elpusztult két egyén agyát és gerinczvelejét ammoniakra vizsgálgatta, oly számokat (100 grammra 12—17 milligramm) jegyzett fel, a minőket ép kutyákon is talált. Ugyanaz áll a húgy egyéb nitrogentartalmú alkotórészeire: a kreatininre, leucinra, tyrosinra, húgysavra stb., valamint a kaliumsókra is. Nem vezethetett czélra *Bouchard* autointoxicatiós tana sem, mely szerint a szervezet különféle ismert és ismeretlen ptomainokat (urotoxinokat) termel, melyeknek értékegysége a nyúlnak kilogrammszáma, mely a vizsgálandó 24 órai vizeletmennyiség által megöletik. Uraemiában szerinte a húgy mérgessége a vérben visszatartott mérgek folytán csökkenne. *Bohne* a chloridoknak, *Lindemann* általában a krystalloidtesteknek a vérben felhalmozódását okolta, mi a vér fagypontjának sülyedésében nyilvánul. Ámde észleltettek uraemiás esetek normális osmosisos vérnyomással, hol a vér fagypontja 0·56 C° volt és viszont olyanok, hol —1 C° alá sülyedő fagypontnál is hiányoztak az uraemiás jelenségek *(Korányi S., Senator, Strübell, Rumpel, Strauss* és mások).

Hogy sem egy bizonyos, sem valamennyi húgyalkotórész retentioja az uraemia jelenségeit elő nem idézheti, bizonyítják a tartós, teljes anuria ama esetei, hol az anuria mechanikai módon, az egyik oldali ureter vagy vesemedencze vesekövek okozta elzáródása folytán jött létre, a másik vese ellenben concrementumképződés folytán már régebben teljesen elpusztult *(Roberts, D'Arcy-Power).* Ilyen esetekben tehát maga a természet a vesemüködés teljes kikapcsolása által hasonló kisérletet végzett az emberen, mint mi mindkét vese kiirtása vagy mindkét ureter alákötése által állaton. A jelenségek úgy itt, mint ott, lényegükben azonosak: fokozódó lankadtság és elesettség, olykor hányásinger és hányás, álmosság, halál, *de görcsök sohasem jelentkeznek.* Másrészt látszólagos zavartalan vizeletelválasztás mellett is bekövetkezhetik az uraemia, míg csökkenő vagy akár pangó húgyelválasztás mellett kimaradhat.

[1] Zeitschrift für physiolog. Chemie, 1898. XXV. k.

Mindez indokolttá tette annak a felvételét, hogy az uraemiában nem a húgy kiválasztási termékeinek pangásáról, hanem egy új méregnek a vérben keletkezéséről van szó, mely csakis a lobos vesékből eredhet, melyeknek megbetegedése, mint azt már *Morgagni* óta tudjuk, conditio sine qua nonja az uraemiának. *Brown-Séquard* volt az első (1893), ki a belső secretio tanával a figyelmet a vesékre terelte, melyek szintén egy a normális élethez szükséges anyagot termelnének; ezen működés zavara véleménye szerint uraemiára vezetne. Nem sokkal utóbb olasz búvárok, *Forlanini* (1897) és *Riva-Rocci* (1898) veselobokban fermentjellegű érgörcsokozó és vérnyomásemelő anyagokat mutattak ki a vérben. Az utóbbi búvár ugyanis nephritisesek vesekivonatával vérnyomásemelkedést tudott előidézni, mely ép vesék hasonló alkalmazása esetén kimaradt.[1] Sőt, a mi a renalis uraemia tanának kiépítésére nagy jelentőségü volna, még az ép állatoktól nyert vesepép is nucleoproteidjei folytán mérgező a saját állatfajra és a különböző szervek, kivált a máj és vesék degeneratioját tudja előidézni (*Castaigne* és *Rathéry, Fiori, Anzilotti, Albarran* és *Bernard*). Az uraemiások seruma is, mely pedig lényegesen kevesebb húgysalakot tartalmaz, mint a húgy maga, sokkal mérgezőbb a húgynál és hatása is mérsékelt felmelegítés által csökken, míg a húgy mérgessége még a felforralásnak is ellenáll (*Charrin, Rummo, Castellino-Morgagni*).

Hogy az idegen állatfaj vesepépjével kezelt állatok, pl. a kutyavesével kezelt házinyúl seruma kifejezett mérgező tulajdonságokkal bir, a búvárok egész sora (*Lindemann, Néfedieff, Schütze* és mások) igazolta. Ilyen serumból elegendő 5—20 cm³, hogy kutyáknak subcutan vagy intraperitoneálisan injiciálva, vizeletükben $^1/_2$‰-től néhány % ig terjedő fehérje, valamint bő vesecylinderek és vesesejtek megjelenését okozza. Ezen jelenségek kifejlődése 4—14 napi időtartamot igényel és olykor az állatok lényegében parenchymás vesegyuladásban elpusztulnak. Az idegenfajú vesepép fehérjeszerü toxinjai által az előzetesen kezelt állatban nephrolysinképződés, vagy jobban mondva heterolysinképződés indul meg, mely azonban épenséggel nem állandó jelenség és némely refrectaer egyénben ismeretlen okokból elmarad.[2] *Ascoli*-nak[3] azonban módjában volt kimutatni azt is, hogy az ilyen nephrolysintartalmú házinyúlserum a vérkeringésre és a veserendszerre is hatást gyakorol; így a serum 10 cm³-e, kutyáknak intravenosusan befecskendezve, jelentékeny vérnyomásemelkedést és hasonlóképen 6—18 cm³-ének subdurális befecskendezése azonnal heves általános görcsöket vagy mély comát vált ki, melynek lefolyásában múlóan tonusos és clonusos rángások jelentkeznek. Az állatok erre $^1/_4$—6 óra alatt elpusztulnak. Normális házinyúlserum még 20—30 cm³-nyi mennyiségben sem okoz ilyen jelenségeket.

Mindez azonban heterolysinekre vonatkozik; de hogyan áll a dolog a sajátfajú nephrolysinekkel, az isonephrolysinekkel, melyekkel az uraemiás jelenségeket tulajdonképen magyarázni kellene. Az állatkisérleti eredményekben mutatkozó bizonytalanság és ingadozás az isonephrolysineknél még nagyobb, mint a heteronephrolysineknél. *Ascoli* positiv eredményeket közöl, melyeket kutyákon és házinyulakon a *vesék mesterséges bántalmazása által* oly módon nyert, hogy chromsavval vagy heterolysinnel való mérgezés által veselobot idézett elő, vagy a veseműködést az egyik ureter alákötése vagy az egyik vese kiirtása által egyébként megzavarta. Az így kezelt állatok seruma *egyazon fajú* állatokon, 4—8 nappal a bekebelezés után, $^1/_4$—1‰-os fehérjekiválasztást tudott kiváltani. Ezen albuminuria 1—2 napig tart, és ritkán húzódik egy héten túl. Ezek az isonephrolysinek tehát minden bizonynyal sokkal kevésbé mérgezők, mint a heteronephrolysinek.

Bizonyára egyoldalú eljárás volna a vizeletpangásnak semmiféle jelentőséget sem tulajdonítani az uraemiában, holott a vesék megbetegedéséről van szó, melyeknek működésfelfüggesztése feltétlenül halálra vezet. Csak szem előtt kell tartanunk, hogy az uraemiának nem minden esetében mutatkozik vizeletretentio és hogy a vizeletretentio jelenségei nem azonosak a renális uraemiáéival, hol lobosan megbetegedett veseszövet beolvadása és felszívódása megy végbe. Az uraemia összképében a fokozódó testi és szellemi gyengeség, a kisfokú elmezavar és subdelirans állapotok talán húgyalkotórészek retentiojára vezethetők vissza, hasonlóképen a légzés és vérkeringés alászállása is; a mi a szivbénító hatást illeti, leginkább a kaliumsók jönnek tekintetbe. Ellenben a feltünően feszes, kemény pulsussal járó vérnyomásfokozódás, az oedemák, az eklampsiás görcsrohamok, valamint a helyi jellegü görcsök és bénulások, az érzés-zavarok, az amaurosis és a psychosisok a renális uraemia rovására irandók. A sopor és coma mindkét rendbeli okból eredhet. Ily módon *Ascoli* nézete találkozik a *Kövesi-Roth-Schultz*-félével,[1] kik szerint „mindenféle húgyalkotórészek visszatartása hozzájárulhat az uraemiás jelenségek létesítéséhez, vagy súlyosbításához".

* * *

Az uraemiához hasonlóan alakultak át az utóbbi időben a *terhesek eklampsiájáról* szóló elméletek is. Itt a placentának tömegesen és hirtelen az anyai vérbe átáramló sejtes bomlástermékei, illetve a belőlük felszabaduló „syncytiotoxinok" volnának kiváltói az eklampsiás rohamnak, mely főbb klinikai vonásaiban (eszméletlenséggel járó görcsök, vérnyomásemelkedések stb.) egybevág az uraemiás vagy epilepsiás görcsroham jelenségeivel. A syncytiotoxinok a vérben védanyagoknak, az úgynevezett „syncytiolysinek"-nek képződésére vezetnek. Eklampsia tehát akkor támadna, ha az anyai vérben antiendotoxikus vagy gátló alkatrészek (receptorok) nincsenek elegendő mennyiségben (*Weichardt*). *Veit* és *Scholtin*[2] csakugyan emberi placentapépnek házinyulak hasürébe bevarrása által oly serumot nyertek, mely az emberi placenta sejtjeire oldólag hatott. Nagyobb placentamennyiségek bevarrásakor a házinyúlon mindig fehérjevizelést is ki tudtak mutatni. Ily úton leli magyarázatát a molaterhességben jelentkező albuminuria is, hol ugyancsak chorionbolyhok deportatiojáról van szó. Ha ilyen állatok tömeges placentabekebelezés után olykor elpusztulnak, a mi *Veit* szerint infectiós jelenségek hiánya miatt a syncytiolysisben támadó mérgek okozta intoxicationak tulajdonítandó, a máj és vesék zavaros duzzadása található, épen úgy mint az eklampsiában. Hasonló eredményekre jutott *Weichardt*[3] és *Ascoli*.[4] De itt is épen úgy dúl a harcz a cytolysisen alapuló elméletek mellett és ellen mint az uraemiában. Igy néhány búvár, mint *Liepmann*[5] és *Pollak*[6], még idegenfajú placentákkal sem birtak syncytiolysint nyerni. *Liepmann* 64 gm. placentapépnek a házinyúl hasürébe bevarrása után egyáltalában nem észlelt káros hatásokat. A mi pedig az eklampsiások serumát illeti, *Schmorl*[7] számos készítménye egyetlenegyikén sem állapithatott meg serumhatást a placentasejtekre; a placentasejteknek sem protoplasmája, sem magvai a feloldódásnak legkisebb jelét sem mutatták. Egyébként *Veit* sem tudott syncytiolysint kimutatni, ha terhesek vagy eklampsiások serumát emberi placentaelemekkel hozta érintkezésbe. A mi ezen placentáris elméletben döntő súllyal birna: az iso- vagy auto-syncytiolysinek kimutatása egyáltalán nem sikerült.

Az utóbbi időben *Weichardt* Pilz-czel egyetemben azt az érdekes felfedezést tette, hogy a *normális vértelenített placentából* a leg-

[1] L. *G. Ascoli*: Vorlesungen über Uraemie. Jena, 1903. 242. l.

[2] Közelálló fajokban is elmaradhat a heterolysinképződés. Igy *Alb. Schütze* (Beiträge zur Kenntnis der zellenlösenden Sera, Deutsche med. Wochenschrift, 1900. 27. sz.) nem tudott házinyulakban normális tengerimalaczszervek (máj, vese) emulsiojával való kezelés útján oly máj- vagy veseserumot előállitani, mely az előkezelésre szolgált szervek sejtjeire specifikus hatást gyakorolt volna.

[3] L. c. 252. l.; különösen *Ascoli* és *Figari* is, Über Nephrolysine, Berliner klin. Wochenschrift, 1902. 24. és 27. szám.

[1] Pathologie u. Therapie der Niereninsufficienz bei Nephritiden, Leipzig, Georg Thieme, 1904. 117. l.

[2] *Scholtin* és *J. Veit*: Weitere Untersuchungen über Zottendeportation und ihre Folgen. Centralbl. f. Gynaekol. 1902. 7. sz.

[3] *W. Weichardt*: Experimentelle Studien über die Eklampsie. Deutsche med. Wochenschrift, 1902. 35. szám, továbbá *W. Weichardt* és *W. Pilz*: Experimentelle Studien über die Eklampsie. Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 46. sz.

[4] *Ascoli*: Zur experiment. Pathogenese der Eklampsie. Centralbl f. Gynaekol., 1902. 49. sz.

[5] *Liepmann*: Über ein für menschliche Placenta specifisches Serum. Deutsche med. Wochenschrift, 1902. 51. szám és 1903. 5. szám.

[6] *Emil Pollak*: Kritisch-experimentelle Studien zur Klinik der puerperalen Eklampsie, Leipzig u. Wien, 1904. 160—161. l.

[7] Centralbl. f. Gynaekol., 1902. 40. szám, a dresdeni gynaekologiai társulat ülésének közleménye.

nagyobb óvatossággal *kipréselt nedv*, házinyúlnak 1—3 cm³-nyi mennyiségben intravenosusan befecskendezve, az állatot 3 percz alatt légzéshüdés által megöli és *R. Freund*[1] ezen eredményeket mindvégig igazolja. Az állatok bonczolata az esetek többségében a venának az injectio helyétől a jobb szívig terjedő thrombosisát mutatta. Minthogy 1 cm³-nyi adag által egymaguk a légzési hüdésjelenségek *maguk* kiválthatók, mely esetben mindenféle thrombosis, valamint bacillaris embolia hiányzik, ezen búvárok azt következtetik belőle, hogy a halál-okban 2 tényező szerepel: egy thrombosist kiváltó fibrinfermentum és egy a légzőcentrumot bénító méreg. *Állati szénnel való rázás és Berckefeld-szűrővel kezelés által az állandóan zavaros, sejttörmelékekben dús préselt nedv az opalescentiáig feltisztítható és ily módon teljesen méregtelenithető volt. A méreg tehát a chorionhámsejtek plasmatörmelékeihez volt kötve.* Emberi méhizomzatból, tengerimalacz petefészekállományából és agyból nyert préselt nedvek intravenosus injectiojával végzett ellenőrző kisérletek negativ eredményt adtak. Ellenben házinyúlplacentákból és mirigyes szervekből (lép, vese, pankreas, máj) nyert préselt nedvek hasonló magaviseletet tanúsítottak. Ezen észleletek *Veit* ama felfogását erősitenék meg, mely szerint *minden* placenta tartalmazná a mérget és csakis a syncytium hirtelen keletkezése vagy nagy mennyisége, vagy pedig egy gátló test hiánya okozná a mérgezés bekövetkezését, ellentétben *Liepmann* és *Aronsohn* felfogásával, kik csak az eklampsiás placentának tulajdonitanak méregtartalmat.

Ezekhez a következőket kivánom megjegyezni: *A mi a thrombotizáló fibrinfermentumot illeti, ezt igénybe lehetne venni azon thrombosisok, haemorrhagiás és anaemiás nekrosisok, parenchymás degeneratiók magyarázatában, a mely elváltozásokat Schmorl a májban, vesékben, szivben, agyban és más szervekben kimutatott és az eklampsiára nézve jellegzetesnek mondott. Bizonyos, klinikailag kimagasló tünetek azonban, mint pl. görcsök, vérnyomásemelkedés, nézetem szerint nem lelik magyarázatukat a fent említett lelet által. Ezen mérgek pathogen jelentősége tehát egyelőre még nincs eldöntve.*

A terhesek eklampsiájáról vallott felfogásokat *Vessale*-nak,[2] a mellékpajzsmirigy physiologiája nagyérdemü kutatójának parathyreoideális elmélete új irányba látszik terelni. Ezen elmélet terhes állatokon (kutyákon, macskákon, egereken) végzett kisérletekre támaszkodik, mely állatokon mellékpajzsmirigyeik egy részének kiirtása által latens insufficientiát idézett elő. Igy 3 nőstény kutya közül, melyek mindegyikén 3 mellékpajzsmirigyet irtott ki, kettőn 2 nappal a kölyközés előtt eklampsia keletkezését észlelhette. Az utóbbiak egyikén erélyes parathyreoidinos kezelésre megszünték a görcsök; az állat meg lett mentve és 3 kölyköt ellett. A második, melyen ezen gyógykezelés nem foganatosíttatott, 40 órával az első könnyü görcsjelenségek után, heves convulsiv rohamban elpusztult a nélkül, hogy a kiviselt kölyköket ellette volna. A harmadik nőstény kutyát csak nehány pillanattal az ellés előtt lepték meg görcsök; nagy adagú parathyreoidinra 6 kölyköt ellett, melyek közül 4-et szoptatott és felnevelt. Szoptatás közben még egy heves görcsrohamot kapott, mely nagy adagú parathyreoidinra ugyancsak megszünt. Úgy ez, mint az első nőstény kutya azután egészen jól volt. Ezen nőstény kutyák vizelete 0·5—1‰ fehérjét tartalmazott, mely a terhesség utolsó napjaiban emelkedett. A fehérje az ellés után eléggé hamarosan eltünt. A kisérleti eklampsia keletkezését az oliguria, illetőleg anuria egy szaka előzte meg. További támpontjait ezen elméletnek azok a kórbonczolástani leletek szolgáltatják, melyekből eklampsiás nök hulláin a parathyreoid mirigyek elváltozása vagy azok egyikének vagy kettejének veleszületett hiánya állapittatott meg, valamint a parathyreoidintherapiával eklampsiásokon elért sikerek. *(Pepere, Zanfrognini, Stradivari.)*

Ezen elmélet szerint tehát a mérsékelt parathyreoideális insufficientia a közönséges tetaniához vezetne; míg annak hirtelen működéskiesése terheseken eklampsiát vonna maga után.

Még fel akarnám említeni *Vasquez*-t[1], ki az eddigi elméleteket elvetve, a normálist 10—12 cm.-rel meghaladó vérnyomásemelkedésben találja az eklampsia okát. A maximális értékek közvetlen a roham előtt észlelhetők, tehát nem lehetnek következményei a convulsiókuak. Az érkrisisek és a velük járó vérnyomásemelkedések által támadnának az arteriás ischaemiák is, a melyek a máj és vesék parenchymás degeneratiora vezetnek.

Az én vizsgálataimhoz közel állanak a *Delenne*[2] által elsőben ismertetett „neurotoxikus serumok", melyek a *Bordet* által (1898) először kimutatott „haemotoxinok" vagy „haemolysinek" analogiája alapján nyerettek. E czélra physiologiai konyhasóoldattal emulgeált 8—10 gm.-nyi kutyaagy vagy gerinczvelő injiciáltatott intraperitoneálisan kacsákba. Itt tehát különböző osztályú állatok szervállományai kerültek biochemiai reactiora. Némelyike ezen kacsáknak belepusztult az immunizálásba, míg a beavatkozást kiheverők legtöbbje minden injectio után lázas volt, lefogyott, hogy ismét hamarosan összeszedődjék. Ha immár az igy praeparált kacsa seruma kutyáknak intracerebrálisan injiciáltatik, még pedig 0·5—0·6 cm³ egy kilogramm állatba, rögtön halál áll be, mig normális kacsaserum ugyanazon menyisége hatástalannak bizonyul. 0·3—0·4 cm³ használatakor lassabban, egyes rángásokkal tarkítva, következnek be a bénulási jelenségek, míg nehány óra mulva légzéshüdés folytán halál következik be. Különösen érdekes itt azonban az izgalmi jelenségek előtérbe lépése az esetben, ha még kisebb adagok, 0·1—0·2 cm³ pro kilogramm, kebeleztetnek be. Ilyenkor, miután kezdetben nehézkes, támolygó járás és a végtagokban vongálás mutatkozott, ¼—½ óra mulva convulsiók törnek ki, melyek *olykor teljes képét nyujtják az epilepsiás rohamnak* kezdeti felkiáltással, salivatioval, clonusos és tonusos rángásokkal, vizeletürüléssel. A görcsrohamok ismétlődnek és kifejezett clonusos rángásokká lesznek. 7—8 órai excitatiós stadium után itt is általános hüdési jelenségek közepette beáll a halál. Még 0·06—0·1 cm³ is halálos adagnak bizonyul. Kutyák központi idegállományával ekkép praeparált kacsaserum *specifikus*, azaz csak azon állatfaj idegsejtjeire hat, melynek számára készült és egyúttal *exclusiv*, azaz ezen hatás más cytotoxikus, pl. haemolytikus serumokkal el nem érhető.

A histologiai elváltozások, melyeket ilyen neurotoxin vagy neurolysin a kutya agyában előidéz, *Pirone*[3] szerint gyuladásos folyamatban állanak, mely hyperaemiában, leukocyták bevándorlásában, interstitiális infiltratioban, a neurogliamagvak sarjadzásában és végül az idegsejtek degeneratiojában nyilvánul.

De még egyazon osztályú állatokból is nyerhetők, noha kevésbé mérgező, neurotoxikus serumok. *Enriquez* és *Sicard*[4] kutyaagy állományával házinyúlban nyert egy ilyent, *Baroncini* és *Giacometti*[5] pedig tengerimalacz és házinyúl idegállományával a macskában.

* * *

A kérdés, melyet magamnak feltettem, ez: feltehető-e a genuin epilepsiában — a mint az uraemiában a vesékről és a terhesek eklampsiájában a placentáról feltételezik —, hogy agyállomány és kiváltképen kéregállomány beolvadása és felszivódása által görcsokozó mérgek válnak szabaddá?

Ezen kérdés kisérleti eldöntése czéljából tengerimalaczoknak és kutyáknak egyazon állatfaj egész agytömege finom emulsioban, szigorú asepsis mellett intraperitoneálisan injiciáltatott.

Egy szervállománynak oly tömeges bekebelezése, mint a minő egy egész agyé, mérgező, illetve ezen convulsiókra hajlamos

[1] Sitzungsber. des Vereins der Aerzte in Halle a. S. Münch. med. Wochenschr., 1907. 5. sz. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynaekol. Ibid. 28. sz.

[2] *G. Vessale*, Schwangerschaftseklampsie und Insufficienz der Parathyreoiddrüsen. Autoreferat. Neurolog. Centralbl., 1906. 16. sz. (Az elméletet ezen szerző már 1 évvel azelőtt fogalmazta meg).

[1] Sem. médic., 1907. 11. sz.; ref. Wien. kl. Wochenschr., 1907. 25. sz.

[2] *C. Delezenne*, Sérums névrotoxiques. Annales de l'Institut Pasteur, 1900. 686—704 l.

[3] *R. Pirone*: Über die Neurotoxine und über die von denselben im Centralnervensystem erzeugten Veränderungen. Ref. a Sperim.-ből (1904. 2. k.) a Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anatomie-ben, 1904. 693. l.

[4] *E. Enriquez* és *A. Sicard*: Sérums névrotoxiques (Compt. rend. de la Soc. de Biol. 1900); ref. Baumgarten-Tangl. Jahresber. über d. pathogenen Mikroorganismen, 1900, 602. l.

[5] *E. Baroncini* és *M. Giacometti*: Vorläufige Ergebnisse neuer Untersuchungen über das neurotoxische Serum. 2. Riunione della Soc. ital. di patol. Ref. a Centralbl. f. allgem. Pathol. u. path. Anatomie-ben, 1904. 688. l.

állatokon convulsiv hatást kell hogy kifejtsen, ha csakugyan toxinok szabadulnának fel.

Kisérletek tengerimalaczokon.

A technikára vonatkozólag a következőket jegyzem meg: Hogy az agy lehetőleg vértelen állapotban kerüljön alkalmazásba, elvérzés útján ölettek meg az állatok. A fejbőrnek 1%-os sublimatoldattal megmosása után a koponyatetőzet asepsises cautelák mellett eltávolittatott és az agy kiemeltetett. A kemény agyburok leválasztása után az agy sterilizált porczellánmozsárban 3—5 cm³-nyi physiologiai (9‰) sterilizált konyhasóoldat *fokozatos* hozzátétele mellett a pistillel gondosan szétdörzsöltetett, mi tengerimalacz agyánál elég gyorsan megy végbe. Az emulsio oly finom, hogy közönséges Pravaz-fecskendő tűjén könnyen kifecskendezhető. Az egész emulsiót egy 5 cm³-nyi űrtartalmú aseptikus Pravaz-fecskendővel felszívjuk és a fecskendő tűjét a kisérleti állat egy megfelelő hasfalrészletébe annak megnyirása és megtisztitása után függélyes irányban gyorsan beszúrjuk, a mig a tű hegye szabadon mozgatható. Ha már most kezdetben lassan fecskendezünk, nem szabad a hasfalon domborodásnak támadnia, feltételezve, hogy a kellő mélységet elértük. A sebet collodiummal zárjuk.[1]

Öt fejlett tengerimalacz mindegyikének egy egy, ugyancsak fejlett tengerimalacz egész emulgeált agytömege injiciáltatott intraperitoneálisan.

Az állatok a befecskendezés után semmiféle elváltozást sem mutattak és a körülbelül 3 hónapon át folytatott megfigyelés közben mindig teljesen jól érezték magukat és élénkek voltak.

Az állatok egyike 4 nappal a befecskendezés után holt kölyköt vetett. Egyébként épen olyan jó állapotban volt, mint a többi.

Ezen teljes egyöntetű lefolyás után feleslegesnek látszott ezen állatfajjal további kisérleteket folytatni.

Kettő ezen állatok közül, és pedig az elsőnek és utolsónak injiciált, 78 illetve 66 nap után 1907 május 3.-án vizsgálat czéljából chloroformnarcosis útján megöletett. A bonczolásokat *Entz B.* dr. collega úr volt szives végezni, a miért is köszönetet mondok neki. Az autopsia mindkét esetben kiderítette, hogy a kitünő táplaltsági állapotban levő állatokon az eszközölt injectionak, nevezetesen agymaradékoknak vagy lokális reactionak nyoma sem volt található. A szervek normális leletet mutattak. Ezen bonczolt állatok egyike terhesnek bizonyult.

Az életben hagyott állatok továbbra is épek maradtak.

Kisérletek kutyákon.

Négy fejlett, erőteljes élénk kutyának egy-egy ugyancsak fejlett, elvérzés útján megölt kutya egész agytömege intraperitoneálisan injiciáltatott. Itt is szigorú asepsis, mint az előbbi kisérleti sorozatban. A fejbőr megtisztitása után a koponya megnyitása csontfűrészszel és vésővel. A jóval keményebb kutyaagy, a kemény agyburok leválasztása után, a sterilizált mozsárban különös gonddal előbb péppé zúzatott szét és azután 30—40 cm³ physiologiai sterilizált konyhasóoldat fokozatos hozzátétele mellett szétdörzsöltetett; ezen procedura jelentékenyen több időt igényel mint a tengerimalacz agyával végzett. A tűt eltömő lágy agyburkok és egyéb rostos szövetek eltávolitása czéljából az agyemulsio pistill segélyével fémszűrőn átbocsáttatott. Az állat lekötése és a tűnek a tisztitott hasfalba, a medianvonaltól balra eszközölt gyors függélyes beszúrása után az agyemulsioval felülről megtöltött Dieulafoy-fecskendő óvatosan a hasűrbe ürittetik, a mi simán szokott végbemenni. A beszúrás helye collodiummal zárandó.

Az 1. sz. kutya (injiciáltatott 1907 április 6) úgy közvetlen az operatio után, mint később, igen jól volt.

A 3. sz. kutyán (injiciáltatott április 16) az operatiót néhány véletlen kellemetlenség zavarta meg. (A beszúrás az erősen megtelt hólyagnak csúcsát érte, mely ezen alkalommal mindjárt ki is üríttetett. A második, magasabban megejtett beszúráskor erős vérzés következett be és csak a harmadik beszúráskor történhetett kifogástalanul az injectio.) Ezen állat az operatio napján kissé szomorú volt és nem evett, de hányás nem jelentkezett. Másodnaptól fogva az állat teljesen élénk maradt.

A 4. sz. kutya (injectio április 19) röviddel a műtét után hányt, délután kissé szomorú volt, de evett. Másodnaptól kezdve teljesen élénk.

A 2. sz. kutyán is egész simán folyt le a műtét és közvetlen utána egészen élénk volt az állat. Körülbelül 5 órával később ismételt hányás. Másnap szomorú és 26 órával a műtét után elpusztult. A bonczolás a punctio helyén terjedelmes vérömlenyt és véres infiltratiót mutatott, továbbá kevés agypépet, mely javarészében a mesenterium egyik tasakjában volt lerakódva. (Feltünő a gyors felszívódás!) Az egész peritoneum, valamint a belek nagy fokban hyperaemiásak a barnavörös elszíneződésig. *Peritonitis universalis.*

A 4 kutya közül tehát 1 pusztult el, nyilván maga az operativ beavatkozás folytán, az általános peritonitis jelenségei közben, 26 órával a műtét után. Annak ellenére, hogy ezen állatfaj, a tengerimalaczhoz képest, nagyobb érzékenységet tanúsit intraperitoneális beavatkozások iránt, valamint a nagy agytömegeknek ellenére, melyek itt bekebeleztettek, csak 2 kutyán mutatkozott kedvetlenség a műtét napján; az egyik közülök hányt is; de másnaptól fogva mind a 3 állat friss és élénk maradt és kitünően gyarapodott.

Ezen állatok közül az utolsónak injiciált junius 25.-én, tehát 67 nap után, vizsgálat czéljából chloroformnarcosis útján megöletett. A hasűrben nyoma sem mutatkozott a végbement injectionak, minden szerv, kivált a jól fejlett agy normálisnak bizonyult.

Az életben hagyott 2 állat még julius végén, tehát több mint 3 hónap után, kitünő állapotban volt.

Tehát sem a kutyák, sem a tengerimalaczok ezen nagytömegü egyazonfajú agyállomány intraperitoneális bekebelezésének ellenére nyomát sem mutatták görcsöknek.

A serum vizsgálatáról lysinekre, vagyis a mi esetünkben isoneurolysinekre — tekintettel azon nehézségekre, melyekkel a serumnak az idegsejtekre való pontos behatása jár — lemondtam. *De ha állatkisérletekben képződnének is isoneurolysinek, vagyis egyazon állatfaj idegsejtjeire specifikus hatású anyagok, ezen anyagokból, melyek védanyagok az illető egyén számára, még nem lelnék magyarázatukat as epilepsiás jelenségek. Ehhez szükséges volna autoneurolysinek kimutatása epilepsiásokon. Hogy erre pedig mily kevés kilátás van, azt mindvégig negativ állatkisérleteim igazolják.*[1]

Kisérleteimben ép állatagyakat használtam az injectiókra. Vajjon kóros, kivált lobosan elváltozott állatagyakkal más lett volna-e az eredmény, nem akarom firtatni. Ezt *Ascoli*-nak az uraemiánál fentemlített kisérleteire vonatkozólag említem fel, ki kisérleti úton eszközölt *vesesérülés* után az illető állatok serumában isonephrolysineket tudott kimutatni. Másrészt azonban *Weichart-Pilz*, mint ugyancsak említettem, a vértelenített *normális placenta* préselt nedvét is mérgesnek mondotta, és ezt az eklampsia magyarázatára fel is használta.

Állatkisérleteim végeredménye tehát ez:

Úgy tengerimalaczokon, mint kutyákon, egyazon állatfaj egy egész emulgeált agyának egyszerre történt intraperitonéális befecskendezése nyomát sem idézi elő a görcsöknek, psychikus elváltozásoknak vagy egyéb kóros jelenségeknek avagy kórbonczolástani laesióknak. A kutyákon olykor kisfokú kedvetlenség, csökkent étvágy mutatkozik, sőt hányás is előfordulhat a műtét napján, *de másnaptól kezdve ezek is körülbelül 3 hónapi megfigyelés alatt teljesen épek maradtak. Az agypép felszivódása a peritoneum által gyors és tökéletes.*

[1] Állathullákon végzett ellenőrző kisérletekből meggyőződtem arról, hogy a belek ilyen módon nem sérülnek meg a tű hegye által, mert kitérnek előle. A szokásos eljárás, miszerint ilyen szervpépet incisio után extra- vagy intraperitoneálisan bevarrnak, durva beavatkozás, melynek az állat könnyen áldozatul esik. Az első tengerimalaczon én is ezt az eljárást követtem, de további kisérleteimben a fent leirt egyszerű és gyors eljárásomat használtam. Ilyen módon állataim közül csak egy pusztult el, egy kutya, valószinüleg sepsis folytán.

[1] Ez alkalommal fel akarom említeni, hogy 2 tengeri malacznak a 3., illetve 4. kutya 10—10 cm³-nyi agyemulsioja intraperitoneálisan injiciáltatott. Az egyik már másnap halva találtatott. (Autopsia: A peritoneum és vékonybél sötét-barnásvörösen injiciált. Nagy genyes exsudatum a mesenteriumon és beleken. *Az agypép eltünt.* Mikroskop alatt: Löffler-féle methylenkékkel tömeges genysejtek és kevés bakterium, tehát *peritonitis seroso-purulenta.*) A másik tengerimalacz 3 nappal pusztult el az injectio után és már rothadó állapotban találtatott. (Autopsia: A subcutan kötőszövetben híg exsudatum. A peritoneum és belek *nem* injiciáltak, genyes exsudatum a mesenteriumon és vastagbelen. A subcutan kötőszövetben levő exsudatum finom, rövid bacillusok nagy mennyiségét mutatja. A hasűrbeli exsudatum kevés genysejtet és diplococcust tüntet fel.

Mig tehát az egyazonfajú agygyal végzett fentebbi kisérletekben mind az 5 tengerimalacz jó állapotban maradt, addig itt a kutyaagygyal injiciált mindkét állat hamarosan elpusztult. Az utóbbi kisérletek gyér számából természetesen nem akarok további következtetéseket levonni.

Ezen kisérletek tehát nem nyujtanak támaszt ama hypothesisnek miszerint a genuin epilepsiában az agynak, nevezetesen a kéregállománynak esetleges beolvadása convulsiókat hozhatna létre.

Az epilepsiára vonatkozólag ezen dolgozat kapcsán még az olasz búvárok néhány eredményéről akarok megemlékezni. *Ceni*[1] állítólag specifikus autocytotoxinokat és antiautocytotoxinokat talált epilepsiások vérében, a mely véleménye szerint egy toxikus és egy therapeutikai hatányt tartalmaz. Az epilepsiások seruma, állatoknak injiciálva, bennük egy sensibilatorius anyagot termelne. Az igy kezelt állat seruma kizárólag epilepsiásokon idézne elő görcsöket, de más egyéneken nem. Az epilepsiások vére azonban szerinte egy antiautotoxint is tartalmaz, a mi abból következnék, hogy lényeges javulás köszönt be, ha epilepsiásoknak saját serumuk ismételten injiciáltatik. *Sala* és *Rossi*[2] ezen eredményekre vonatkozó szigorú ellenőrző vizsgálatai azonban mindvégig negativ eredményre vezettek. Egy későbbi dolgozatában *Ceni*[3] epilepsiások vérében emberre haemolytikus toxinokat jelzett. Ám az ilyen serum nem tud állatokon epileptiform görcsöket kiváltani. De azonkivül specifikus praeciptinek is fordulnának elő az epilepsiások serumában.

Végül *Todde*[4] az epilepsiások serumát, ellentétben a hysteriásokéval, gyengén isolytikusnak találta. Ezzel szemben a hysteriások, valamint azon epilepsiások vére, kiknek seruma nem isolytikus hatású, könnyen haemolysibilis. Ezen cytolysinek thermolabilisak.

Az otosclerosis belső kezelésének kérdéséhez.[5]

Irta: *Sugár K. Márton* dr. Budapesten.

Grunert, kinek korai halálát mindnyájan siratjuk, már 1903-ban a német természetbuvárok és orvosok 75. összejövetelén a mellett szállt sikra, hogy az idült középsőfülhurut therapiájának jövője a belső kezelésében fekszik. Még határozottabban nyilatkozik e tekintetben a *Schwartze* közreműködésével irt „Grundriss der Otologie“ czimü klassikus könyvében, a melyben egyrészt a gyógyszeres kezelés sikerének lehetőségéről értekezik a megbetegedés kezdetén, a midőn a boncztani vizsgálatkor csak az ostitis vasculosa-nak góczokban való jelentkezését konstatálhatták, másrészt kiemeli, hogy észszerü palliativ kezelésre való támpontokat csak a testnek lelkiismeretes megvizsgálása útján találhatunk és egyedül az általánosan képzett orvos lelheti meg azokat.

A *Grunert* tanár által hangoztatott elveket már közel két évtized óta vallom, miért is az otosclerosisnak gyógyszeres kezelését, melyet eddig rendszerbe nem hoztak, az alábbiakban kivánom ecsetelni.

Az „Archiv f. Ohrenheilkunde“ LVII. kötetében és az „Orvosi Hetilap“ 1904. 28. számában beszámoltam a thiosinaminkezeléssel elért sikereimről. Kezdeményezésemet elismerte és tapasztalataimat megerősitette *Hirschland L.* wiesbadeni fülorvos és habár kiemeli, hogy *Sinclair Tousey* már 1897-ben egy thiosinaminnal lényegesen javult nehézhallás esetét leirta, ezen idegen észlelet teljesen kikerülte figyelmemet, a mint irodalmunkban is ismeretlen maradt, fényes jeléül annak, hogy csak az újabb időben, 1904-ben történt ajánlásom óta hódított tért magának a fülészetben a thiosinamin, illetve fibrolysin.

Az idézett *Hirschland*-on kivül kedvező tapasztalatokról számolt be eddig *Collough* New-Yorkban, *Lucae* tanár Berlinben, *Kassel Károly* Posenben, *Urbantschitsch Ernő* Bécsben, *Löwensohn* Szent-Pétervárott, *Tapia* Madridban, *André Horeau*, továbbá *Lermoyez* és *Mahu* Párisban, *Török Béla* Budapesten, egytől-egyig szerzők, kik az eseteket gondosan választották meg és a bőr alá vagy gyüjtőerekbe alkalmazott befecskendezéseket összekötötték a fül mechanikai kezelésével, mint azt fentidézett első dolgozatomban ajánlottam.

Legtanulságosabbak *Urbantschitsch Ernő* észleletei, ki a szert atyja, volt főnököm, *Urbantschitsch Viktor* bécsi egyetemi tanár osztályán és magángyakorlatában próbálta ki; a befecskendezéseket eredetileg adott tanácsom szerint a felkar bőre alá végezte, a fibrolysinnek (Merck-féle készitmény) 0·3 grammot kitevő kezdeti adagjáról 0·6-ra, majd lassanként 1·0—1·5-re, végre az egész ampulla adagjára, 2·3 grammra (a mi 0·2 gm. tiszta thiosinaminnak felel meg) szállt fel és 8—10 befecskendezés után nyilvánuló javulás esetében, háromszor hetenként, összesen 20—50 befecskendezést végzett.

Magam is előnyben részesitem az *Urbantschitsch* által gyakorolt nagyadagú kezelést, melynek positiv hatásáról ismételten meggyőződtem.

A javalatokat illetőleg kifejti *Urbantschitsch*, hogy csak az idült középsőfülhurut kifejezett esetei és a fejlődő sclerosisok alkalmasak a kezelésre, hogy a szer hatását a kóros kötőszövet felpuhitásában kell keresnünk és a befecskendezésekkel kombinált mechanikai kezelésnek a feladata, hogy a kóros szövet fellazulását felhasználja. Hogy a thiosinamin illetve fibrolysin nem specificum, hanem csak hathatós támasza a mechanikai kezelésnek (katheter, bougie, rezgő illetve frictiós massage az utóbbival, pneumomassage elektromotor segitségével, a *Breitung* féle pumpa, illetve *Muschold*-féle sirén segitségével, villanyozás, illetve villámos katalysis), ezt ép oly pontosan emeltem ki már előbb, utoljára egy 1906 végén a fülgyógyászat haladásáról szóló dolgozatomban. *Urbantschitsch Ernő* végül szószerint *ama következtetésre jut, hogy a thiosinaminban végre csakugyan oly szernek a birtokában vagyunk, melylyel az idült fülhurut okozta elváltozásokat a dobüregben kedvezően tudjuk befolyásolni.*

Kimerítőbben foglalkozom még *Török Béla* dolgozatával, ki a thiosinaminnak 15%-os oldatát egyenlő rész vízben és spiritus vini rectificatusban használta, melyet háromszor hetenként fecskendezett a felkar bőre alá, és pedig mindig 1 cm^3-t. Inveterált esetekben, különösen hypaesthesia acustica jelenlétében, nem látott sikert, de annál is inkább idült hurutos bántalmakban, tubaszükületekben, sérülés utáni adhaesiv folyamatokban, továbbá az egyik oldal kezdő sclerosisában a másik fülön régebben fennálló kifejezettebb hasonló bántalom esetén és *kétségtelennek tartja, hogy a thiosinaminban a fülgyógyászat terén is igen becses gyógyszerre tettünk szert, mely kellő indicatioval megválasztott esetekben igen jó szolgálatot van hivatva tenni;* csak a fibrolysinnek drágaságát kifogásolja. Tapasztalatom szerint sok balsiker a thiosinamin vizes oldata könnyü bomlékonyságának tulajdonitandó és a fibrolysin ép e tekintetben mulja felül a thiosinamint.

Ha továbbá azt állítja *Török*, hogy sajnos, nem áll rendelkezésünkre oly vizsgálati módszer, melylyel az otosclerosist kezdeti szakában megismerhetnők, az úgynevezett *Schwartze*-féle tünetre emlékeztetek, a jellemzetes dobüregbőségre, mely a feltünően vékony dobhártyán átviláglik. *Hirschland*-dal továbbá kiemelem, hogy a fibrolysinbefecskendezések mindazon esetekben javaltak, melyekben a Gellé-féle kisérlettel a kengyel rögzitését kimutatjuk (Gellé negativ) és melyekben ezen súlyos tünet nélkül is negativ marad a Rinne-féle kisérlet. További támpontok az otosclerosis lehető korai felismerésére a magas hangok számára való hallás felső határának csökkenése, mi *Jörgen Möller* szerint az otosclerosis főismérve, még inkább a *Bezold*-féle trias (Rinne excessive negativ, a fejcsontvezetés meghosszabbodása, az alsó hanghatár emelkedése), melyet a legtöbb szerző elfogad jellemzetes tünetnek. Igaz, hogy e jelek megegyeznek a kengyelrögzités ismérveivel és ez utóbbi tiszta alakjában vagy a tömkelegtokban támadó spongiozáló kórfolyamatokkal alkotja a képét ama megbetegedésnek, melyet *Bezold* müncheni tanár szerint otosclerosisnak nevezünk. Az otosclerosis klinikai fogalma azonban nem egyezik mindig a kengyelankylosis kórbonczolástani substratumával, úgy hogy *Katz* berlini tanár a két megbetegedést különválasztani óhajtja. Ez utóbbi szerző szerint vannak olyan esetek, melyekben a ligamentum annulare ép és az osteoporosis

[1] *C. Ceni:* Specifische Autocytotoxine u. Antiautocytotoxine im Biute der Epileptiker. Neurolog. Centralbl., 1903. 8 sz.

[2] *Sala* és *Rossi:* Zur Frage über einige angebliche toxische und therapeutische Eigenschaften des Blutserums von Epileptikern. Neurolog. Centralbl. 1903. 18. sz.

[3] *C. Ceni:* Nuove ricerche sulla natura dei principi tossici. Rivista sperimentale di Freniatria, XXXII. kötet, 451—459. l.

[4] *C. Todde:* Recherches sur l'isolyse chez les hystériques et les epileptiques. Ref. az Archivio di Psychiatria, Neuropat., Antropol. crim. e Med. leg. XXVII. kötetéből a Revue Neurologique-ben, 1907.

[5] Németül az „Archiv für Ohrenheilkunde“ *Schwartze* hallei egyet. tanár tiszteletére megjelent diszkötetében.

kifejezett részleges idegelfajulással (n. cochleae, ganglionsejtek, Corti-sejtek) szövődik, továbbá a stapesankylosis tiszta képei már a kórfolyamat kezdetén. Az esetek megkülönböztetésére rendelkezésünkre állanak a következő ismertetőjelek. Ha a kórfolyamat a tömkelegtokra terjed, akár a belső fül idegelemeinek megbetegedésével, akár a nélkül, *Siebenmann* baseli tanár leirása szerint szintén emelkedik az alsó hanghatár, a csontvezetés azonban nem hosszabb, a Rinne positiv vagy rövidebb tartamú, a Weber nem lateralizálódik erősebben a rosszabban halló fül felé és a magas hangok perceptioja (fis4) a légvezetésen át le van szállítva. Nem eléggé megbizhatónak találom azonban a *Gradenigo* turini tanár által a hallóidegbántalmakra jellegzetesnek mondott tünetet: csökkent hallását a középmagasságú hangoknak és a beteg idegtörzsnek excessiv functiobeli elfáradhatóságát.

Ha a csontos tömkelegtok megbetegedése alkotja az elsődleges laesiót, túlsúlyban vannak a hallási zavarok, melyek a kórfolyamatnak a tömkelegben való lokalizálására utalnak.

Nem meddő fejtegetések ezek, ellenkezőleg, ezen ismérvek pontos vizsgálata fontos, mert hiszen a helyes diagnosistól függ a thiosinamin alkalmazásának sikere.

A secretorius középsőfülhurutok talaján keletkezett esetek (Politzer adhaesiv folyamatai) igen alkalmasak a mechanikai kezeléssel összekötött fibrolysinbefecskendezésekre; az úgynevezett tiszta otosclerosisok, melyekben sokszor nélkülözünk a dobhártyán minden tárgyilagos elváltozást és csupán a promontorium tájékán tünik fel a szövet kisfokú transparens volta, csak a megbetegedés kezdeti szakában alkalmasak rá. Ez utóbbi esetek mindenesetre inkább a phosphorral való belső kezelésnek vethetők alá, melyet már egy előző dolgozatomban méltattam és bebizonyítottam, hogy egyedül a szerves phosphorkészitmények adagolását engedhetjük meg, mert a *Siebenmann* által ajánlott ásványi phosphor, magas adagokban évekig adagolva, veszélyes szernek bizonyult sok esetemben.

Általánosan mondva, alkalmasak a thiosinaminkezelésre a fiatalkori örökölt sclerosisok, kevésbé az arteriosclerosis talaján fejlődő esetek, s legkevésbé a congestiv alakok, melyekben a dobüregnek átvilágló vérbősége állapitható meg.

Az esetek pontos kiválasztásakor jó szolgálatot tehetne *Maupetit* bordeauxi orvos észlelete, hogy az örökölt otosclerosisban szenvedő legtöbb beteg a verőérnyomás fokozódását mutatja, épen úgy mint az arteriosclerosisban szenvedő, míg az atypusos sclerosisban rendes a vérnyomás, miért is ajánlatos a vérnyomást leszállító szerek alkalmazása; csak sajnálatos, hogy *Mengotti* nem talált szoros kapcsolatot a vérnyomás és sclerosis között. E helyen ki kell emelnem, hogy a sclerosis minden esetében szükséges a beható vér- és vizeletvizsgálat, mit a testi szervek megvizsgálásán kivül nem ajánlhatok eléggé. Szem előtt kell ugyanis tartanunk, hogy a hallóideg az élettan megalapitója és nagymestere, *Johannes Müller* szerint egy külön érzéki energiával biró ideg („Nerv specifischer Sinnesenergie"), mely minden ártalomra, tehát testalkati káros behatásokra is, zúgással és nagyothallással reagál.

A vizelet pontos megvizsgálása révén kizárhatjuk ama hallási zavarokat, melyeket az idült veselob és czukorkór idéz elő, s esetleg czélszerű táplálás által megakaszthatjuk a baj továbbterjedését. Ide tartozik *Lermoyez* párisi fülorvos észlelete, ki belső fülizomgörcs okozta fülzúgás esetében, melyet hosszú ideig siker nélkül katheterrel kezeltek, a meglevő Bright-kór ellen alkalmazott *Widal*-féle sónélküli étrend (régime sans sel, déchloru ration) alkalmazása után teljes gyógyulást látottt.

A vérvizsgálat útján megismerhetjük a sápkórt, a leukaemiát, a postpuerperális vérszegénységet és az ezek által előidézett hallási zavarokat. A test exact vizsgálata lehetővé teszi a szívbajokban keletkező vérpangásos tömkelegbántalmak felismerését, a plethorás állapotokban, idült székrekedésben, luesben, arteriosclerosisban, hysteriában keletkező functionális hallászavarok, a mérgezés okozta siketség (salicyl, chinin, aspirin, alkohol, nikotin, arsen, ólom, higanyintoxicatiók, köszvény, sárgaság, rák) megállapitását, esetleg a retrolabyrinthaer neuritis felvételét érintetlen középsőfül mellett lues, tuberculosis, influenza, mumps következtében.

Hozzá kell tehát végre szoknunk, hogy a középfülhurut illetve otosclerosis képét alkotó elemeire széjjelbontsuk, mert távolról sem egységes kórképpel van dolgunk. Osztja ezen álláspontomat *Lucae* tanár is, ki egy a berlini otologiai társaságban tartott eszmecsere alkalmával kiemelte, hogy az egyrészt thiosinaminnal, másrészt pilocarpinnal általa is észlelt sikerek az otosclerosis különböző okaira utalnak.

A thiosinaminkezeléssel észlelt tapasztalatok kimerítésére fel kell még említenem, hogy *Lermoyez* és *Mahu* Párisban a thiosinaminnak 15%-os alkoholos oldatát naponta tíz perczig alkalmazott fülfürdők alakjában, az egyidejüleg használt Delstanche-masseur mellett, dicséri. Hogy az alkalmazás ezen módja nem épen czélszerű, kitünik abból, hogy még a különböző érzéstelenítő szereket is carbolsavval szoktuk keverni, hogy az utóbbi által támadt erosioja a dobhártyának lehetővé tegye a szereknek a szövet mélységébe való behatolását, mert a dobhártya sértetlen felülete és a külső hallójárat bőre révén csak igen csekély a resorptio.

Végre egy *André Horeau* tollából kikerült, 68 oldalra terjedő monographiáról kell megemlékeznem, mely mint „Thèse de Paris" a párisi Sorbonne-egyetemen a következő czímmel látott napvilágot: „Traitement de l'otite adhésive par la thiosinamine" (Editeur G. Steinheil Paris). Mint újabban *Lermoyez* iskolája, *Horeau* is a thiosinamin 15%-os oldatát antipyrinnel keverve fülfürdők, de különösen az Eustach-kürtbe való befecskendezések alakjában használta a következő összetételben: Rp. Thiosinamini 15·0, Antipyrini 7·5, Aq. destill. 100·0 és e mellett kétszer hetenként dobhártyamassaget végzett. *Horeau* elismeri kezdeményezésemet és fáradozásaimat e téren, megfeledkezik azonban arról, hogy fájdalommentes befecskendezések elérése czéljából előtte már a therapia más terén német szerzők ajánlották a thiosinaminnak antipyrinnel való keverését. A nevezett szerző igen kedvezően nyilatkozik a kezelésről, mert szószerint a következőt mondja:

„Ce traitement est indiqué dans tous les cas où l'appareil de transmission des sons ne fonctionne pas et où le labyrinth est intact. Il s'agit alors d'otite adhésive dans laquelle le tympan et les osselets sont plus où moins immobilisés par de brides cicatricielles. Ce traitement est simple et sans danger, si l'on a soin de s'entourer de certaines précautions."

Újabban *Lermoyez* is a dobüregbe alkalmazott befecskendezéseket ajánlja, melyeket már első dolgozatomban 1904-ben megkisérlettem és az otitis adhaesiva harmincz esetében, melyek fülzúgással és nagyothallással jártak, lényeges javulást észlelt.

Jelenleg különben egy új thosinaminkészitménynyel, a *thiodinnal* kisérletezem, mely a thiosinaminnak jodaethyllel való összeköttetése és a fibrolysinhez hasonlóan a bőr alá, a gyüjtőerekbe, esetleg az izomzatba fecskendezhető be, de labdacsok alakjában is használható. A szer állitólag az idegrendszer metasyphilises kórfolyamataira bir kedvező hatással és minthogy az otosclerosist parasyphilises jelenségnek tartja sok szerző, tudományosan eléggé indokolt a szer alkalmazása. Bőralatti befecskendezésre 10—20%-os oldatokból 1 cm^3-t használunk, a szabad napokon két 0·1 grammos pilulát adunk és a fület mechanikailag kezeljük. A thiodint 0·2 grammos ampullákban a bécsi k. k. Feldapotheke árulja, de eddig nem volt alapos okom Merck kipróbált thiosinaminkészítményétől, a fibrolysintől, elpártolnom, sőt azt találom, hogy *Neumann H.* bécsi tanársegédnek a helybeli érzéstelenítés czéljából az otochirurgiában ajánlott módszeréhez hasonlóan punctiós tüvel egészen a felső csontos hallójárat fala alá fecskendezhető a szer, úgy, hogy a gyorsabb electiv hatáson kivül a véráramon át helybeli hatást is fejt ki a kóros hallószerv szomszédságában.

Az idült fülhurut kezelésében a búvárok figyelme már régóta ráirányult ily helybeli, még peptikusan ható szerekre is. Csak a *pepsinnek* direct befecskendezésére a dobüregbe emlékeztetek, melyet később *Treitel* próbált ki és hatástalannak, sőt károsnak talált.

Magam, kórházi anyag hiányán, magánrendelőintézetem szegényanyagán a *papain* Reus-szal, illetve *papayotinnal* kisérleteztem, melyet, mióta *Leyden* a rákbetegségek leküzdésére tartott német congressuson a trypsinnek feloldó szerepét a ráksejtre konstatálta, több szerző, különösen *Bouchut E.* párisi orvos bizonyos rákok kezelésére ajánlott, és csakugyan az élettani vegytan irodalmában oly adatra bukkantam, mely szerint a papayotin alkalmazása kor ugyanazon kristályos bomlási termények képződnek, mint a

trypsinemésztésben. A papayotin, különben a Carica papaya nevü növénynek hatóanyaga, a dobüregbe hozva heves fájdalmat és hőemelkedést okoz és nem állják ki mindeme szerek a thiosinaminnal, illetve fibrolysinnel a versenyt, mely kifejezett electiv hatással bir a hegszövetre.

Az *adrenalinnal* is kisérleteztem melynek bevezetésétől a dobüregbe *Hartmann* berlini tanár kedvező hatást látott a zörejekre, különösen az otosclerosis hyperaemiás alakjaiban, mit azonban sehogy sem erősíthetek meg, míg bőr alá fecskendezni az adrenalint a keletkező mellékvesediabetes miatt veszélyes kisérlet volna. Nincs ugyan kétség, hogy a mellékvese zavartalan functioja nem közömbös a csontok növésére, úgy, hogy az otosclerosisban keletkező osteoporosisos kórfolyamat befolyásolására gondolhatunk. Igy *Bossi* genuai nőorvostanár osteomalacia ellen az adrenalinnak 1‰-s oldatából ½—1 cgm.-ot ajánl subcutan módon alkalmazni és *Katz* fülorvostanár az osteoporosis bizonyos alakjait az otosclerosisban direct osteomalaciásnak fogja fel. Az adrenalinbefecskendezésekre állandóan jelentkező glycosuria, a nem szándékolt intravenosus befecskendezések alkalmával támadó veszélyes tünetek (gyors lesoványodás, vérszükitő hatáson kivül erős mérgező hatás a szivre) ellenjavalják a szernek böralatti alkalmazását.

Sok ellentmondás ellenére, irodalmi adatainkban, különös figyelmet fordítok a pajzsmirigy tájékára, mert a *Bloch* freiburgi tanár által megállapított dysthyreoid nagyothallás képe, habár nemrég *Siebenmann* tagadásba vette, tudományosan meg van állapítva. Még nem sikerült ugyanis exact módon megczáfolni a pajzsmirigy befolyását a hártyás tömkeleg fejlődésére és mint a német belorvosok 23. congressusán (München 1906 április) tartott eszmecsere bizonyítja, a pajzsmirigynek pontos viszonyát a szervezet általános háztartásához még nem sikerült sem az élettanban, sem a kórbonczolástanban kideríteni. *Hoenicke* Greifswaldban kisérletileg mutatta ki, hogy az osteomalacia egyébiránt normális pajzsmirigynedv túlságos nagy mennyiségével való túlárasztására a testnek vezethető vissza és osteomalaciában szenvedőkben csakugyan sokszor találtak golyvát. Mint fent már említettem, *Katz* az osteoporosis bizonyos alakjait az otosclerosisban direct osteomalaciásnak tartja. *Bloch* szószerint kiemeli, hogy többnyire nem vagyunk arra utalva, hogy a dysthyreoid nehézhallás kórisméjét pusztán a golyva jelenlétéből állapitsuk meg, de ez teljesen elegendő, hogyha a vizsgálat útján megállapított ideges hallászavar számára más okot nem találunk. A pajzsmirigy functioja már mérsékelt terimenagyobbodás esetén sem normális, épen oly kevéssé, mint a duzzadt májé vagy lépé és az érzéki szervek élettanának functiós vizsgálatára szolgáló subtilis finom módszerek már oly időben deríthetnek ki csekély elváltozásokat, a mikor a betegek még nem ébredtek a tudatára. Járványos dysthyreosis esetében mindig golyvát vagy a pajzsmirigynek aplasiáját találjuk és a myxoedema illetve cretinismus esetében támadó hallási zavarok, akár toxikus hallóidegneuritis, akár a nyakra vagy vérerekre gyakorolt nyomás eredményezi, gyógyíthatók pajzsmirigytablettákkal.

Két Merck-féle thyreoidintablettát (0·1) vagy két Knoll-féle tyradentablettát, esetleg az angol thyroidtabloidokból naponként 1—3 darabot, lassan emelkedve az adaggal, adunk, felnőtteknek 0·3, gyermekeknek 0·1 grammosat és 100 tabletta bevétele után nagyobb szünetet tartva, visszamegyünk 1 tablettára napjában; esetleg félbe is szakítjuk a kezelést, mihelyest intőjel gyanánt szívdobogás, légzési nehézség, gyengeség vagy feltünő lesoványodás támad. Dysthyreoid nagyothallás esetén *Bloch* a hallható hangskála felső határát mindig leszállítva, továbbá nem komplikált esetekben a fej falcsontjára állított rezgő hangvilla hallási tartamának csökkenését találta.

A thyreoidin alkalmazásával elért sikerek, melyekről *Eitelberg* Bécsben, *Brühl* Berlinben és *e sorok irója* már régebben beszámolt, ide sorozhatók és ma is ragaszkodom ahhoz, hogy a pajzsmirigykészítményeket alkalmas esetekben adagoljuk. Hatásuk valószinüleg a szerves anyagokhoz kötött jodra vezethető vissza, miért is a Friedrich Bayer nevü elberfeldi német gyár a thyrojodint tisztán állította elő. És ezzel a jod alkalmazásának módjához érkeztünk, melynek korán igen sok barátja akadt az otosclerosis belső kezelése terén.

(Vége következik.)

A budapesti egyetemi diagnostikai tanszék közleménye. (Igazgató: Korányi Sándor dr., nyilv. r. tanár.)

Kisérleti adatok a jódos készitményeknek az adrenalin-arterionekrosisra gyakorolt hatásához.[1]

Irta: *Schrank Ferencz* dr.

Josué amaz érdekes felfedezését, hogy intravenosus adrenalininjectiók a házinyulak nagy arteriáiban jelentékeny szöveti elváltozásokat idéznek elő, a tudományos kutatás minden oldalról megerősítette. Beható kisérletek megmutatták, hogy az értágulá sokat és kiöblösödéseket az érfalak mediájának nekrosisa okozza. Az érnek eme betegsége — bár szövettani képe egészen eltérő — feltünően hasonlít az emberi arteriosclerosishoz.

Az arteriosclerosis ellen alkalmazott szerek hatásmódja már régóta tárgya tudományos kutatásoknak. A kutatók azonban erre vonatkozólag egységes álláspontra még nem jutottak. Miután azonban sikerült kisérleti úton egy, az arteriosclerosishoz hasonló betegséget előidézni, megvolt a lehetősége és érdekesnek is látszott az arteriosclerosisban használatos szerek vitás hatásmódját ezen kisérletileg előidézett betegségben kipróbálni.

Eme kisérlet első sorban a jodra vonatkozik, melynek hatása és hatásmódja élénk vita tárgyát képezi. A kutatók egy része — különösen *Rosenbach* — egyáltalán kétségbe vonja a jod hatóképességét; mások megint a jod hatását a syphilis és arteriosclerosis közötti összefüggéssel iparkodnak magyarázni. A kutatóknak harmadik csoportja a jodban egy a resorptiót elősegítő és fokozó szert lát. *Huchard*, a jodtherapia legkiválóbb szószólója, azt tartja, hogy a jodnak vérnyomáscsökkentő hatása van, míg *Müller* és *Inada* szerint a jod a vérviscositást kisebbíti.

Az adrenalin-arterionekrosis előidézésében az adrenalin vérnyomástfokozó hatásának általában fontos szerepet tulajdonítanak, ámbár ez a hatás egyedül nem magyarázza elegendőképen az arteriosclerosis keletkezését. Ha elfogadjuk *Huchard* említettem nézetét, akkor fel kell tételeznünk, hogy a jod egyidejü adrenalin-adagolás esetén az adrenalin hatásával ellentétes hatást gyakorol a vérnyomásra úgy, hogy az adrenalin hatása egyidejü jodadagolás által bizonyos fokra mérsékelhető.

Ez volt ama vizsgálódások kiindulópontja, melyeket legújabban és első sorban *Korányi Sándor* és utána *Boveri*, *Biland*, *Cummins* és *Stout* végzett.

Korányi S. azt észlelte, hogy a jodipin egyidejü adrenalin-adagolással a legtöbb esetben meggátolja az arterionekrosis keletkezését. Eme kisérleti eredményeket *Boveri* kutatásai megerősítették. *Biland* az ő kisérleteiben jodipin helyett jodkalioldatot alkalmazott, de eme kisérletek eredménye az előzőkkel ellentmondónak látszott, a mennyiben vizsgálataiban magasabb fokú elváltozásokat észlelt, mint puszta adrenalininjectióknál.

Ezért *Korányi* tanár ösztönzésére feladatomul tüztem ki, hogy az eddigi kisérletek pontos megismétlésével a jodkali és jodipinalkalmazásnál elért ellentmondó eredmények okát kideritsem.

Kisérleteimnél úgy jártam el, hogy házinyulaknak minden második napon 0·15 cm³ adrenalint (Parke-Davis 1 : 1000) fecskendeztem intravenosusan, s ezenkivül jodipint, jodkaliumot, sesamolajat, illetőleg olivaolajat subcutan, a később felsorolandó mennyiségben. Az állatok egy része ellenőrzésképen csupán adrenalint kapott. A nyulak tápláléka zab és víz volt meg nem határozott mennyiségben.

Lehetséges, hogy az adrenalin ellen ható összes szerek csak egy bizonyos számú injectioig tudják óvóhatásukat kifejteni. Ha ezt a számot túlhaladjuk, akkor megtörténhetik, hogy az ellenszer nem tud már eléggé érvényesülni és az adrenalinhatás létrejön. Kifogástalan és pontos eredmények elérhetése czéljából kivánatos, hogy a vizsgálatoknál ugyanazon adrenalinkészítményeket alkalmazzuk és az injectiók száma is körülbelül ugyanannyi legyen.

Az első vizsgálatokat, melyeknek kivitele *Korányi* és *Boveri* kisérleteivel teljesen megegyező, jodipinnel végeztem. Az állatok az adrenalinnal egyidejüleg 2—3 cm³ 10%-os jodipint kaptak subcutan. Jodipinnel összesen 7 állatot kezeltem, közülük 3 korán,

[1] Az 1907 május 25.-én a Budapesti kir. Orvosegyesületben tartott bemutatása alapján.

már 2, illetőleg 3 és 6 injectio után elpusztult, ezért e 3 állat a jodipin hatásának megitélésénél nem jöhet számba. A többi 4 nyúl közül kettőnek az aortája változatlan maradt, egy esetben kis plaque volt észlelhető. A negyedik állaton kisebbfokú megbetegedés mutatkozott.

Az egyidejüleg adrenalinnal kezelt állatok — a 3 korán elpusztult állat leszámításával — mindmegannyian megbetegedtek. Ez a megbetegedés az esetek legtöbbjében súlyos volt.

Az említett szerzők kisérleteinek összegezett eredményéből, valamint felhozott kisérleteimből kitünik, hogy a jodipinnel kezelt 18 állat közül 11 egészséges maradt; az ellenőrzés czéljából adrenalinnal kezelt 22-ből ellenben csak egy. A jodipines állatokon észlelt elváltozások kivétel nélkül csekélyfokúak voltak, míg a pusztán adrenalinnal kezeltek aortája legnagyobbrészt igen jelentékeny elváltozásokat mutatott.

Mint már említettem, *Biland* szerint az érbeli elváltozások egyidejü adrenalin- és jodkalium-injectionál sokkal jelentékenyebbek, mint az adrenalinnak jodkalium nélkül való alkalmazásánál. Megismételve *Biland* kisérleteit, teljesen azonos eredményeket kaptam.

Jodkaliummal és adrenalinnal 8 nyulat kezeltem. A jodkaliumot 5%-os vizes oldatban, 4—5 cm^3-es adagokban alkalmaztam. Sajnos — egy állat kivételével, mely 18 injectiót kapott — nem sikerült ezen nyulakat hosszabb időn át életben tartanom, már 4—8 injectio után elpusztultak. Ezenkivül még két másik állat is 5, illetőleg 8 injectio után beteg lett. Az elváltozások mindkettőben igen jelentékenyek voltak, söt bizonyos tekintetben még a pusztán adrenalinnal kezelt állatokban észlelt elváltozások mérvét is felülmulták. Ellenőrzésül — minthogy eme kisérleteket egyidejüleg végeztem — ugyanazok a nyulak szolgáltak, melyekről már egyszer jodipin-kisérleteim megbeszélésénél szó volt. Fenti adataimból, valamint *Biland* idevágó kisérleteiből látható, hogy a jodkaliumnak inkább a betegséget fokozó, mint azt hátráltató hatása van.

W. T. Cummins és P. S. Stoutnak állitólag sikerült jodkaliummal megakadályozni az arterionekrosis kifejlődését. Az eredeti közleményt, sajnos, nem szerezhettem meg és igy nem tudom, hogy a jodot mily formában alkalmazták[1].

A két jodos készitménynyel végzett kisérletsorozat ellentmond egymásnak. A kisérletek módszerében is volt némi különbség. Az egyik esetben jodipint azaz a jodnak sesamolajjal való chemiai kapcsolatát, másik esetben pedig a jodkali vizes oldatát alkalmaztuk. Kisérleteimben mindenekelőtt az volt megállapitandó, vajjon nincsenek-e a vizes jodkaliumoldattal való subcutaninjectionak bizonyos hátrányos tulajdonságai, melyek a jodnak esetleges kedvező hatását nem engedik érvényre jutni. Ilyen hátrányos tulajdonságnak volna talán tekinthető az alkalmazásával járó nagy fájdalom, a mit a nyulak mindannyiszor élénk sikoltozással árultak el. Ily heves fájdalom vajmi könnyen vonhat nagyfokú ércontractiót maga után, mi által a jod egy, a kivánatossal épen ellenkező hatást válthat ki. Azonkivül az állatok felette lesoványodtak és nagyobbrészt hamarosan elpusztultak. A nagymérvü lesoványodás valószinüleg elősegitette az arterionekrosis keletkezését, mint azt már *Korányi* és *Fischer* kiemelték volt. A tiszta jodkaliumnak lehetnek tehát olyan tulajdonságai, melyek esetleges kedvező hatásának érvényesülését hátráltatják. Épen ezért következő kisérleteim annak megállapitását czélozzák, vajjon a jodipinből eme hátrányos hatások ki vannak-e küszöbölve és hogy a jodipin a jodon kivül tartalmaz-e olyan más hatékony alkotórészt, a mely az adrenalinhatást paralyzálni tudja. E kérdés eldöntése végett kisérleteim egy sorozatában jodipin helyett tisztán sesamolajat alkalmaztam.

Ily irányú kisérleteim közben 18 házinyulat kezeltem subcutan 3—4 cm^3 sesamolajjal és egyidejüleg 0·15 cm^3 intravenosus adrenalininjectioval. Az injectiók száma 12—19 között ingadozott; 3 nyúl 2, 5 illetőleg 6 injectio után elpusztult, úgy hogy csak 15 állat jöhetett számba, a melyek közül 4 betegedett meg. Az aorta csak egy esetben volt kifejezetten megtámadva, míg a többi három esetben a megbetegedés foka igen csekély mértékü volt. 11 állatban az érfal teljesen változatlan maradt.

[1] Referálva Biochemisches Centralblatt, 1906 október (1945.)

Egyidejüleg 18 más nyulat is kezeltem tisztán adrenalinnal, melyek közül 5 egy-négy injectio után elpusztult. A többi 13 állat közül 10 betegedett meg és pedig többnyire nagyobb mértékben. Ezen kisérletsorozat azon meglepő eredményre vezetett, hogy a sesamolajnak is van védő hatása az adrenalinarterionekrosis ellen. Ennek következtében közelfekvőnek látszik azon gondolat, hogy nem a jodtartalom, hanem az olajtartalom okozza a jodipin kedvező hatását.

E kérdés tisztázása végett mindenekelőtt azt kellett megállapitanom, hogy a sesamolaj zsírtartalma, vagy pedig egy más specifikus tulajdonsága gátolta-e meg az arterionekrosis keletkezését. E végből a kisérleti állatoknak egy más formában tartalmazott zsiradékot nyujtottam. Legalkalmasabbnak tekintettem e czélra az ol. olivarumot subcutan injectio alakjában, melyhez ugyanazon adagokat alkalmaztam, mint az előbbi sesamolaj-kisérletekben. Mindkét olajnemet *Fenyvessy* dr. magántanár volt szives pontosan identifikálni, miért is neki e helyen fejezem ki hálás köszönetemet.

Oliva-olajjal 5 házinyulat kezeltem, melyek közül 1 három injectio után elpusztult; a többi négy 15—30 injectiót kapott. E 4 közül 2 megbetegedett, 2 pedig semmiféle változást nem mutatott.

Az ellenőrzésül szolgáló 5 állat közül 4 betegedett meg. Minthogy pedig az egyik megbetegedett állat aortája csak igen csekély mértékben volt megtámadva, ennélfogva elvitathatatlan, hogy az oliva-olajnak is megvan az adrenalinarterionekrosissal szemben az óvó hatása.

Felmerülhetne még az az ellenvetés is, hogy a zsiradék, mint értékes tápláló anyag, az adrenalin toxikus hatásával szemben az állatok ellenálló képességét fokozza; azonban ez az állatoknál beállt súlyváltozásból nem állapitható meg, mert a kisérleteim alkalmával minden injectio előtt végzett testsúlymérések alapján konstatáltam, hogy míg egyrészt nagy súlyveszteség esetén az érfalak több esetben változatlanul maradtak, addig másrészt súlygyarapodásnál gyakran kifejezett megbetegedés volt észlelhető. A zsírhatást úgy is képzelhetjük, mint azt *Ehrlich* a tetanustoxinra vonatkozólag felveszi. Azt észlelte ugyanis, hogy a tetanustoxinnak bizonyos állatfajoknál nincs ártalmas hatása. Ezen kivételes jelenség okát *Ehrlich* úgy magyarázza, hogy ezen állatok zsirszövete a tetanustoxint magába veszi és ily módon gátolja meg annak hatását. Talán ilyféle, vagy hasonló vonatkozás áll fenn a sesamolaj és az adrenalin között is. E kérdést úgy próbáltam megvilágitani, hogy 10 cm^3 adrenalint 100 cm^3 sesamolajjal összeráztam, majd elkülönitettem, ezen előkészület után belőle 2 állatnak intravenosusan 20, egyenként 0·15 cm^3-es injectiót adtam, minek megtörténte után az egyik nyúlban magasfokú arterionekrosis volt, a másiknak az aortája egészben kitágult; mindazonáltal plaque nem volt észlelhető. A kontrollállatok közül 2 egészséges maradt, 1 nagymérvü betegséget mutatott.

Ezen kisérlet azt bizonyitja, hogy a sesamolaj az élő organismus közvetitése nélkül az adrenalint nem tudja hatóerejétől megfosztani; ha tehát a sesamolaj olyképen hatna, mint azt a zsirszövetről Ehrlich állitotta, akkor e hatás kiváltásához okvetlenül szükséges az élő organismus közvetitése.

A kölcsönös vonatkozást, mely a jodkalium és az adrenalin, továbbá az előzőleg olajjal kezelt adrenalin között fennáll, más úton-módon is megkiséreltem ellenőrizni.

Ehrmann szerint ugyanis az adrenalin hatékonyságára nézve olykép is megvizsgálható, hogy enucleált békabulbusokat tölcsér-alakú edényekben a megvizsgálandó oldatba teszünk és a pupilla tágulását figyeljük meg. Hatékony adrenalin a leghigabb oldatban is tágitja a pupillát. Eme kisérleteimet olyképen végeztem, hogy az enucleált békabulbusokat 1. physiologiai konyhasóoldatba, 2. 5%-os jodkaliumoldatba, 3. 0·15 cm^3 adrenalin (1 : 1000) és 5 cm^3 physiologiai konyhasóoldat keverékébe, 4. 0·15 cm^3 adrenalin (1 : 1000) és 5 cm^3 5%-os jodkaliumoldat keverékébe helyeztem. Az 1. és 2. oldatba helyezett bulbusok pupillái változatlanul maradtak; a 3. és 4.-ben levők csak igen csekély eltérést mutattak, a mennyiben a jodkalium-adrenalinkeverékbe helyezett bulbus pupillája kissé csekélyebb mértékben tágult ki. Minthogy azonban ezen eltérés igen csekély volt és nem ismétlődött szabályosan az összes idevágó kisérletekben, nem érzem magamat feljogositva, hogy ennek bizonyitó erőt tulajdonitsak.

Ezen módszer tehát olyan eredményre vezetett, mely az állatkisérletekkel egyezően azt mutatja, miszerint a jod az adrenalin hatását semmiféle módon sem tudja befolyásolni.

A kisérletek egy másik sorozata az olajjal összerázott adrenalinra vonatkozott, melynek különböző töménységü oldatait tettem az *Ehrmann*-féle methodus szerint vizsgálatom tárgyává. Az így olajjal kezelt adrenalin 1 : 5000-es oldatában a pupilla csak kisebb mértékben tágult ki, míg az 1 : 50.000-es oldatban az ellenkező eset, vagyis az ennek megfelelő (1 : 50.000) hígitású tiszta adrenalinba helyezett bulbus pupilláján valamivel nagyobbfokú tágulás állt be. Eme eltérések szabálytalanok és kisfokúak voltak. Az olajjal való kezelésnek tehát semmi befolyása sem volt az adrenalin hatékonyságára, ennélfogva az adrenalin hatékony alkotórésze olaj által in vitro nem távolítható el. Ez már a megfelelő állatkisérletekből is kitünik.

Kisérleteim eredménye ezek után a következőkben foglalható össze:

1. A házinyulakon sikerül az adrenalinkezelés által előidézett arterionekrosist egyidejü jodipinkezeléssel prophylactikusan meggátolni.

2. A jodkaliumkezelésnek nincs meg az óvóhatása; ellenkezőleg: a jodkalium a betegséget inkább fokozni és elősegiteni, mint gátolni látszik.

3. Emez ellentmondás abban találja magyarázatát, hogy a jodipin egyik alkotórésze, a sesamolaj, önmagában is még tudja az arterionekrosis keletkezését gátolni, miért is joggal feltehető, hogy a jodipin hatóereje az arterionekrosisban nem a jodtartalomtól, hanem a jodipin olajtartalmától függ.

Irodalom: *A. von Korányi:* Deutsch. med. Woch., 1906. 17. sz. 1907. 5. sz. — *Piero Boveri:* Deutsch. med. Woch., 1906. 22. sz. — *J. Biland:* Deutsch. Arch. f. klin. Med., 1906. 87. köt. 5 és 6. f. — *Cummins* and *Stout.* P. S. Un. of Pennsylvania Med. Bull. XIX. köt., 100—102. l. 1906. Refer. Biochemisches Centralblatt, 1906. október, (1945.) — *Rud. Ehrmann:* Archiv für exp. Path. und Pharm. 1905.

TÁRCZA.

A „Deutsche Gesellschaft für Urologie“ I. congressusa Bécsben október 2.-ától 5.-éig.

A szakcongressusok megszokott külsőségeit felülmúló ünnepélyességgel nyilt meg a fenti társaságnak I. congressusa. Egy főherczeg, a kormány képviselői, a teljes facultás, az orvosegyesület, nagy ünnepi közönség, igen sokan a birodalomból, nehány franczia, amerikai, holland és mi magyarok igen szép számban, Ausztriából pedig mindenki. Ez a demonstratio épen úgy szólt a multnak, mint a jövőnek. A szakma csak igen nehezen vívta ki különállását, az a nagy és fáradságos út, a melyet megtett, míg mai eredményeit tető alá hozta, pedig kötelezi, hogy a jövőben nem kevésbé komoly munkával szélesitse és mélyítse azt, a minek az idő rövidsége miatt csak a kereteit tudta megalkotni a specialistikus elmélyedés és leleményesség. Frisch tanár, a congressus elnöke, történelmi visszapillantást vetett disciplinánk fejlődésére Hippokratestől napjainkig, csak a diagnostikai vívmányokat véve tekintetbe. Tömérdek érdekes adatot gyüjtött egybe speciális szempontja szolgálatában az orvostörténelem gazdag lapjairól. A galeni tan bilincseiből hogyan tört magának lassan utat a helyes megismerés. A czukorbetegség, a fehérjevizelés, a vesemegbetegedések egész nagy complexuma, mennyi fáradságos kutatás, mennyi geniális megfigyelés küzdelmes eredménye. Mint kellett minden ma oly természetesnek és magától értetődőnek látszó pathologiai fogalomnak kivívnia a maga igazát a speculatio, a babona, a tekintély szívós ellentállásával szemben. A modern urologia fejlettsége, a hólyagmegbetegedések exact meghatározása, a vizeletnek elkülönített felfogása és így az egyoldali vesemegbetegedések kórismézése, az ép és kóros vese müködésképességének eldöntése: a hólyagtükör és az ureterkatherezés feltalálásának és kiterjedt alkalmazásának eredménye és diadala.

Ez elért eredmények elismerése és befogadása a sebészi diagnostika eszközei és módjai közé, hangzott ki a három nagy sebész-referens: Küster, Eiselsberg, Kümmel szavaiból. A két előbbi a vesedaganatok kórisméjéről és gyógyitásáról szólt, az utóbbi Holzknecht-Kienböckkel a vesekő kórisméjéről és gyógyitásáról.

A cystoskopia és uraterkatheterezés ma már nélkülözhetlen úgy a vesedaganatok, mint a vesekő diagnostikájában; ez utóbbiban a Röntgen-technika nagy haladása nem hogy feleslegessé tette, de indicatioit még bővitette is.

E két thema feletti referatumok és a hozzájuk füződő discussiók, ez utóbbiak javarészükben casuisitikus jelleggel, töltötték ki a congressus 2. és 3. délelőttjét, míg a negyedik délelőttöt Noorden és Posner referatumai a fehérjevizelésről foglalták le. Noorden az ú. n. ártalmatlan (harmlos) fehérjevizelésre hivta fel a figyelmet, a melynek 6 különböző alakját különbözteti meg, ú. m.: orthostatikus, juvenil, postnephritikus, praetuberculotikus, diabetikus és az aggkori albuminuriát. Ezen ártalmatlan fehérjevizeléssel az egyén egészsége és élete komolyabban nem rendül meg, csekély elővigyázat mellett vészesebb következmények könnyen elkerülhetők, ezért nem is kell ellenük a bántalom teljes védőeszközeivel síkra szállni. Posner különösen az egyoldali fehérjevizelésekről szólt.

A délutánokat az előadások foglalták le. 87 bejelentett előadás és bemutatás közül 50-nél többet tartottak meg, a mi némi fogalmat nyujt arról a nagy és gyors munkáról, a melyet az előadóknak és hallgatóknak végezniök kellett.

Sok értékes munka igy nem részesülhetett abban a méltánylásban, a melyet nyugodtabb tárgyalásmenet esetén nyert volna. A congressussal kapcsolatban kilátásban volt kiállítás tüzbiztonsági okokból abbamaradt, igy csak egy-két gyáros állitott ki néhány, többnyire már ismertetett müszert. A congressus tiszteletére Bécs városa és Marchet közoktatásügyi minister fényes estélyeket rendezett, ezek, valamint a Stadtpark gyógytermében megtartott lakoma csak hozzájárultak ahhoz, hogy e congressus minden résztvevőre nézve tudományos szempontból tanulságos, társadalmilag pedig keliemes emlékeket keltsen.

Néhány fontosabb előadást e lap hasábjain még ismertetni fogunk. *Ráskai* dr.

Uti jegyzetek.

(Folytatás.)

A *berni* sebészeti klinikát *Kocher* vezeti, osztálya az „Inselspital“ külön épületét foglalja el. Amphitheatrális tanteremben, a melyet zsufolásig megtöltenek az idegenek és a hallgatók, és külön modernül berendezett mütöteremben, a melyben a mütéten résztvevők külön térben állnak, történnek a mütétek. Előadásaiban mély kórtani és diagnostikai tudás tükröződik vissza, didaxisa mesteri, a kellő megértéshez azonban kellő előismeretek szükségesek. Bámulatos bonczolástani tudás, óriási tapasztalat és az irodalom széles körü ismerete előadásait a legjobbak és legelsők közé sorolja. Minden előadása egy-egy befejezett egészet alkot, a tudás és a humanus bánásmód karöltve jár s bizonyos magasabb fokú tiszteletet provokál a hallgatóban. A mily kerek és tudományos előadásokat tart, oly praecis a mütői technikája is. A legszigorúbb asepsist nemcsak in theoria ismerjük itt meg, hanem legapróbb részleteiben in praxi is. A gondos izolálás, a prophylaxisos kéztisztítás, a keztyük gyakori váltása, a legexaktabb vérzéscsillapítás, a sebváladék levezetése mind átgondolt s kellőleg megindokolt alapon történik. Narcoticum gyanánt bromaether-aethert használ, a chloroform csak ritkán nyer alkalmazást; a lumbális analgesiát novocainnal eszközli. Lekötéshez selymet használ, a melyet 12 órán át aetherben és 12 órán át alkoholban zsirtalanit s a mütét előtt közvetlenül 10 perczig sublimatban főz ki. Drainezésre kizárólag üvegdraint használ, a melyet 1‰ sublimatban 10 perczig főznek. Mütét közben a kéz és a mütéti terület tisztántartására steril vizet és alkoholt használ, antisepticumot csak fertőzött sebeknél alkalmaz. Nagy gondot fordit a betegek előkészitésére: ezen gondos körültekintést legjobban a laparotomizálandó betegeken figyelhetjük meg. Két nappal a mütét előtt gondoskodnak a gyomor-bélhuzam kiürítéséről, azután pedig a diaetára nagy súlyt helyeznek, a mely bő folyadékmennyiségből áll restringált szilárd táplálék mellett, azonkivül bismuthum subnitr.-ot hatszor 0·30 pro die adagolnak. Nem törekszik a kis metszésekre,

de annál jobban ügyel a műtéti terület izolálására, a melyet physiologiai konyhasóoldatba mártott compressekkel eszközöl. A hasűr kihűlését meggátlandó, steril physiologiai konyhasóoblítést és ilyen oldatba mártott compresseket használ. Az utókezelésben stimulansokat nyujt vagy per os, vagy klysma alakjában, a test állandó melegítéséről gondoskodik, a betegekkel mély belégzéseket s forcirozott kilégző mozgásokat végeztet, a bélmüködés elősegítésére végbéldraint és glycerinsuppositoriumot, esetleg 1 decimilligramm physostigmint nyujt.

A kinikának gazdag *gyomorrák*-anyaga van, a műtét előtt igen pontos topikus és functionális vizsgálatot végeznek, az elsőnek pontos eszközlése végett a vizsgálat narcosisban történik, a másodikban a Gluzinszki-próbát, a Salomon-próbát, occult vérzések kiderítésére a Weber-féle guajakpróbát nagyon ajánlják. A gyomorresectio után az egyesités gastro-duodenostomiával történik s Kocher hangsúlyozza, hogy az ő eseteiben ez nem történt a radicalismus rovására, a mennyiben az ő eseteiben a rák nem terjedt át a duodenumra. Eddig összesen 122 gyomorresectiót végzett, s ha az összes eseteket veszi, 18·3%, ha pedig a műtéten átesetteket, 24·6% három éven túli recidivamentességet tud felmutatni. *Végbélrákban* a coccygeális módszert hátulsó medianmetszéssel alkalmazza az os coccygis eltávolításával. Gyüjtőeres *végbélcsomó eseteiben* nem barátja a Whitehead-féle excisiós módszernek, hanem inkább a ligatura híve.

A műtétek közt az első helyet foglalja el a *struma* műtevése, közel 3500 strumektomiát végeztek eddig a klinikán. A műtéti napokon átlag 2 strumaoperatioval kezdik a munkát, a melynél a leggondosabb asepsist figyelhetjük meg. A műtét helybeli érzéstelenitésben novocain-adrealinnal történik Schleich szerint, behatolásra a gallérmetszést, ritkán a szögletmetszést használják kellő hosszban, hogy a vérzéscsillapítás pontosan történhessék. A legkisebb gyüjtőereket is lefogják, a ligaturákat a műtét végén a struma eltávolítása után rakják fel mindig selyemmel. A struma eltávolítását mindig intracapsulárisan végzik, így kerülik el a nervus recurrens és a gland. parathyreoidea sértését s eltávolítását. A gégefő-sternum izmokat rendesen nem metszik át, hanem median hatolnak be az izmok közt, csak szükség esetén metszik át az izmokat, lehetőleg a felső tapadásuknál és desinsertio után pontos izomegyesitést végeznek. A sebet teljesen egyesitik, csak a középen marad kis nyilás az üvegdrain kivezetésére, a melyet 24 óra után eltávolitanak. Normális methodus a struma intracapsuláris excisioja; az enucleatiót, a resectiót, s a kettő combinatioját csak határozott indicatiók mellett végzik. Külön a strumamütétre construált szonda, fogó, kanál és leszorító a műtétet müvésziessé teszi Kocher kezében, vérzésnek nyomát sem látjuk s ha a műtét a lassú dolgozás benyomását kelti is a szemlélőben, helyesebben exact dolgozásnak nevezhetjük, a melyet ezen hatalmas sebészi egyéniség énjének teljes tudatában minden műtéténél szigorúan keresztülvisz contra mortem et morbum.

* * *

A *párisi* sebészeti klinikák rendszerükben annyira elütnek a nálunk is megszokott német irányzattól, hogy ismertetésük csak hosszabb megfigyelés és tapasztalás alapján lehetséges. Ezért e helyen röviden csak *Albarran* osztályáról akarok megemlékezni, a mely keveset változott Guyon óta. Az Hôpital Necker egyik pavillonjának zárt terassán folyik a poliklinikai rendelés; a műtétek a nagy amphitheatrális rendszerü tanteremben folynak, rendesen háromszor hetenként. Albarran a gyors operateurök közé tartozik, ő maga érdekes spanyol typus, assistentiája orosz és német; érdekes, hogy a franczia elem itt oly csekély számban van képviselve. Igen gazdag urologiai sebészi anyag áll az osztály rendelkezésére, dús köbeteganyag, veseesetek, prostatások változatos képet nyujtanak. A műtétek részben lumbális analgesiában történnek. A *prostatektomiákat* perineális úton végzi, a beteg „position périnéale inversée"-be kerül, midőn is a medenczét oly magasra eleválják s a végtagokat oly módon helyezik el, hogy a gáttáj majdnem a horizontális síkba kerül. A behatolás praerectális ívmetszéssel történik, az urethra megnyitása után a hólyagba vezetett désenclaveure a prostatát a műtéti területbe kellően kihelyezi, a sebszéleket a műtőasztalhoz erősített écarteur tágasan szétnyitja s egyúttal a végbelet is védi. A prostata tokját a középvonalban hosszmetszéssel nyitja meg és a prostatát lehetőleg in toto enucleálja. Műtét után a drainage nem a perineum felé történik, hanem állandó selyemkathetert alkalmaz a hólyagba s a gátsebet nyitva kezeli. Ily módszerrel operált 80 esete között csak 3 operatiós halála volt.

A *vesesebészetben* nagy súlyt helyez a functionális vesediagnostikára. Az ureterkatheterismusnak nagy jelentőséget tulajdonit, a separatorokat csak az esetben használja, ha az ureterkatheterezés nem vihető keresztül; a Downes-féle separatort strictura esetén, a Cathelin-féle separatort kis hólyagcapacitás mellett, a Luys-féle separatort főleg nőkön és gyermekeken alkalmazza. Minden vesemütét előtt megállapitja a vizelet fagyáspontját, és fontosságot tulajdonit a higitó eljárásnak is. A methylenkékpróbát a megbizható vizsgáló eljárások közé sorolja; a phloridzin-glycosuriát azonban megbizhatatlannak tartja. A vér molekuláris concentratiojának meghatározását feleslegesnek itéli s a vesemüködés megitélésére nem tartja irányadónak. Míg így Albarran az ureterkatheterezést ajánlja, addig *Hartmann* osztályán a Lariboisière-ben majdnem kizárólag a Luys-féle separateurt használják és újabban a cystoscope à vision directe nyer alkalmazást, a mely folyadék bevezetése nélkül teszi lehetővé a hólyag és az ureternyilások szemlélését, az ureterkatheter bevezetését. Egyébként Albarran a conservativ vesesebészek közé tartozik, kő esetén lehetőleg nephrotomiát, pyelotomiát végez ezt követő pyelo-drainage-zsal. *Tuffier* osztályán az Hôpital Beaujon-ban nemcsak sebészi, hanem számos nőorvostani mütétet is láthatunk; általános érzéstelenitésre, a hol lehetséges, lumbális analgesiát használ stovainnal, a beszúrást a gerinczcsatornába nem a középvonalban eszközli; általános anaestheticum gyanánt chloroformot használ, a franczia kánál annyira divó morphin-scopolamin-chloroformnarcosist nem végzi. Épen itteni tartózkodásomkor számolt be a Société de Chirurgie-ben *Delbet* 2 halálesetről, a melyet scopolamin adása után észlelt, de ő 1 milligramm scopolamint és 1 centigramm morphint nyujtott subcutan a chlorofomnarcosis előtt, mindenesetre magas dosis, a melynek alkalmazása mellett ilyen kimenetel bekövetkezhetik.

A sebésztársaság üléseit, a melyeket hetenként egyszer tartanak, főleg bemutatások töltik be, nagyobb elméleti előadások iránt kevésbé érdeklődnek e helyen s így az ülések igen változatosak és sok újat nyujtanak. Igy igen érdekes mütéti módról számolt be *Morestin*, a ki fiatal leányon a submaxilláris tájon ülő gümös mirigyet buccális metszésből távolitott el.

Ha végigtekintünk a klinikákon és sebészi osztályokon, mindenütt a kor szinvonalának megfelelő müködést észlelhetünk s igazán nem értjük, mi vezeti Páris népét akkor, midőn a tudományos quartier majd minden sarkán nagy plakátokat „défends ta peau contre ton médecin" felirással találunk. Nem a tudományt komolyan müvelőkre vonatkozik ez izgatás, hanem a közhelyeken hirdető orvosokra, a kik nem átalják itt mindenféle lehetetlen gyógymódjukat a biztos gyógyulás igéretével 2—3 franc látogatási dij ellenében magasztalni. Az orvostársadalom ezen félszeg kinövései itt is burjánoznak és megkövetelik áldozataikat a mundus vult decipi örök igaz elvénél fogva. *Steiner Pál* dr.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Franciscus de le Boë Sylvius: De phthisi. Neu herausgegeben und zum erstenmal in das Deutsche übersetzt von **Dr. Oskar Seyffert.** IV + 89 lap Berlin, Julius Springer, 1907. Ára 3 mk.

Úgylátszik, Seyffert nemcsak az orvostörténész, hanem az összes orvosi körök érdeklődésére tartott számot, a midőn Sylvius könyvét nemcsak az eredeti szövegben, de németre is fordítva kiadta. És méltán. Sylvius az első iró, a ki sok tekintetben „modern" felfogásokat vallott a phthisis pulmonumról, vagyis helyesen szólva: a kinek nézetei erről a betegségről nagy részben ma is, harmadfélszázad után, teljes érvényben állanak még. Munkája tanuságot tesz róla, mily jól ismerte a haemoptoë speci-

fikus aggodalmasságát, a phthisis fertőző voltát, a korai diagnosisnak a prognosis szempontjából oly fontos voltát. Még a phthisis incipienst is megelőzteti az imminens szel: a még csak fenyegetővel, csak azért, hogy orvos és beteg el ne késsen. Mert a consummata vagyis a kifejlödött betegség halállal szokott végződni.

A betegséget öröklékenynek tartja, s ezt a hozzá való dispositio teszi, melyet pontosan meghatározni nem tud, s ezért érdemes dolognak tartaná, ha a dispositio közelebbi mibenléte kérdésének tisztázására kutatások végeztetnének.

Nagyon fontosnak tartja a prophylaxist. Az ember ne hanyagolja el a legjelentéktelenebbnek látszó köhögést sem, mivel ez is átmehet phthisisbe.

Nagy súlyt helyez a beteg bőséges táplálkozására; ha kell, étvágygerjesztőt is ad neki.

A bélműködést állandóan szemmel kiséri, mert az erős hasmenések mindenkor rontják a prognosist.

Gondosan tárgyalja Sylvius a betegség tüneteit, körülményesen a köpet minéműségét.

Munkájának értékét tetemesen öregbíti az a körülmény, hogy ő maga is, főleg leydeni professorkodása alatt, számos bonczolatot végzett s a betegség kórboncztani elváltozásait is szemügyre vette és le is irta.

Az egész munkán végigvonul természetesen az iatrochemiai iskola felfogása, melynek megalapítója tudvalevőleg épen Sylvius volt; ez a körülmény némileg meg fogja nehezíteni a nem szaktörténész előtt a munka több helyének megértését. Mindamellett marad e műben elég, a mit tanulsággal olvashat mindenki.

A fordítás maga gondos és szabatos.

Érthetetlen azonban előttünk az első lapon foglalt tilalom, mely szerint a fordítás joga más nyelvre fenntartatik. Sylvius munkáját bárki büntetlenül lefordíthatja bármely nyelvre. A szerzői jog, még ha lett volna is, lejárt közel három évszázad után. Csak nem teszi fel Seyffert, hogy a ki Sylviust le akarná még egyszer fordítani, az ő német szövegét fordítaná le, a mikor ott van az eredeti.

A könyv csinosan és izlésesen kiállítva jelent meg.

Győry.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Károsak-e a konyhasóinfusiók? Ezt a kérdést tárgyalta *Rössle* a müncheni orvosegyesületben tartott előadásában. Másfél év folyamán a konyhasós infusionak több tiszta esetét bonczolva (olyan eseteket, melyekben zavaros duzzadást okozó betegség nem volt jelen), a szíven állandóan mutatkozó elváltozást talált, a mely abban állott, hogy az izomzata mérsékelten zavaros, rendesen renyhén összehúzódott, kissé törékeny és nedves. Ha nagyobb mennyiségü folyadék bevitele történt, akkor a vér híg, az alvadékok világosak, áttetsző sárgák, rezgők, nagyon nedvesek A vérsejtek alakváltozására nézve kielégítő vizsgálatot még nem végzett. Más szerven állandó elváltozást nem talált; veseelégtelenség esetén a béltartalom nagyon folyékony. Az előadó két speciális esetről számol be, a melyek szerinte a vizenyő keletkezésére is némi világot vetnek, a mellett, hogy bizonyítják, hogy a konyhasós infusio egyes esetekben csakugyan káros. Első eset: Az addig teljesen egészséges, 26 éves, először szülő nőt a szülőfájdalmak jelentkezése után öt órával szívgyengeség (normális hő mellett magas pulsusszám, hányás) lepi meg, mely fokozódik, majd szapora légzés is járul hozzá. A betegnek ekkor szívizgatón kivül 1 liter konyhasós infusiót adnak a bőr alá, a melyet egy óra mulva megismételnek, mire a pulsus javul. A gyermeket azután fogóval kihúzzák. A szülés után nagymérvü hasmenés (rizlészerü, híg szék), a műtét után 1¼ óra mulva meghal. A halál után 15 órával végzett bonczolás a következőket mutatta. Nagyfokú zavarodás a vizenyős szívben és a májban, csekélyebb fokú zavarodás az erősen vizenyős vesékben, vizenyősen átivódott hasnyálmirigy, nagymennyiségü vizes tartalom a vékony- és vastagbelekben, melyek nyálkahártyája vizenyős, palaszürke. A hasüregben 400 cm³ tiszta sárgás folyadék. A lelet megegyezik azzal, a melyet állatkisérletekben találtak, konyhasós infusio után a vizsgálók (Cohnheim és Lichtheim, Magnus, Albu), a miből azt következtethetjük, hogy jelen esetben physiologiás konyhasóoldattal történt mérgezéssel állunk szemben. Ez a nézet nem utasítható vissza azon ellenvetéssel, hogy csak kevés (2 liter) folyadékot vittek be, mert szülönövel lévén dolgunk, a szív és a vesék, nemkülönben az izmok, a melyek Engels szerint mint a vizet leraktározó készülék működnek, működési képességük határáig voltak megterhelve. Jelen esetben a hólyag üres volt, tehát anuria volt jelen. Minthogy más anuriával járó, rendesen nagymértékben toxikus állapotokban hasonló veséket talált, melyek mikroskopos vizsgálata a hajszálerek többékevésbé teljes elzáródását, a pericapilláris nyirokerek nagyfokú kitágulását mutatja, azért Rössle következőképen magyarázza az anuriát: a konyhasós oldat, a mely iránt — a mint a kisérletekből tudjuk (Leopold) — a vesék úgy is nagyon érzékenyek, a physiologiailag túlterhelt vesékre károsan hatott oly értelemben, hogy hajszálér körüli vizenyő következtében a hajszálerek összenyomattak, anaemia támadt, a mely a veseparenchyma működésének beszünését eredményezte. Az előadó nagy súlyt fektet ezen magyarázatra, azt állítván, hogy a nephritises vizenyőket is úgy kell magyarázni, hogy a pericapilláris vizenyők okozta anaemia következtében támadó kiválasztási elégtelenség az elsőleges, e miatt keletkezik visszatartási hydraemia, a mely azután általános vizenyő kifejlődésére vezethet. E nézetet támogatja az állatkisérleteken kivül Jochmann észlelete, mely szerint incompenzált idült és friss vesegyuladásban konyhasó bevitele után ennek kiválasztása gyakran csökken s ezzel kapcsolatban a vizenyők nagyobbodnak, azután Bosc és Vedel azon közlése, hogy súlyos fertözésben a konyhasós infusio sokkal gyengébb diuresist idéz elő, mint egészséges egyénben vagy könnyü fertőzés esetén. Ártalmas lehetett a konyhasós infusio a másik esetben is: Zsugormájjal biró 54 éves asszonyt, a kinek vizeletében fehérje volt, nagy ovariális cysta miatt operáltak. A műtét után beálló szívgyengeség miatt hasüri és subcutan konyhasós beöntést adtak, a mely utóbbit másnap megismételték. A bonczolás hasvízkórt (2½ liter) és friss parenchymás vesegyuladást mutatott. A konyhasós infusio a már beteg veséket annyira alterálta, hogy a kiválasztás elégtelenné vált s másodlagosan hasvízkór állott be. Az előadó beismeri, hogy az utóbbi esetben a műtét után beálló csökkent hasüri nyomás miatt, mindkét esetben a narcosis által megváltoztatott hajszálérendothelek nagyobb átjárhatósága következtében is támadhattak a vizenyők. Hogy a konyhasós beöntések nem egészen közömbösek a szervezetre, mutatja az említett bonczolási leleten kivül Schaps megfigyelése, a ki már csekély mennyiségü (5 cm³) czukor vagy konyhasóoldat befecskendezése után a csecsemőkben hőemelkedést, álmosságot, kisebb fokú hasmenést észlelt. De egyenesen káros is lehet a konyhasós beöntés vagy egyéb kedvezőtlen körülmények, vagy a miatt, hogy akkor is alkalmazzák, mikor elsőleges (tehát nem vérveszteség folytán beálló) szívgyengeség van jelen. Az utóbbi esetekben tehát nem vagyunk feljogosítva a konyhasós beöntést adni. (Berliner klin. Woch., 1907. 37. sz.)

Belorvostan.

A neurasthenia kezeléséről szólva *Erb* (Heidelberg), néhány szóban kifejti a neurasthenia lényegére vonatkozó nézeteit. Mai ismereteink szerint e betegségben csak müködészavart tudunk megállapítani, a mely zavar az egész (vagy majdnem az egész) idegrendszerre kiterjedő gyengeségben, fáradtságban s kimerülésre való hajlamban és fokozott ingerlékenységben áll. Mivel a fokozott ingerlékenység s a kimerülésre való hajlam az elfáradás élettani tünete, azért Erb a neurastheniát az élettani elfáradás kóros fokozódásának s rögzítésének tekinti. E felfogás mellett azól az is, hogy a neurastheniát rendesen az idegrendszer túlságos igénybevétele (surmenage) váltja ki, a mennyiben a neurastheniás egyén idegrendszerének — nyilván örökölt — gyengesége miatt nem tudja az elfáradás alapját tevő anyagcserezavart kiegyenlíteni. Psychoneurosisnak nem mondhatjuk e betegséget. A psychés tünetek tulajdonképen a központi idegrendszer psychés functiokat végző részeinek neurastheniás anyagcserezavarából származnak.

A neurasthenia kezelésének rendkivül gondosnak és türelmesnek kell lennie. Terhelt egyénben igyekezzünk megakadályozni a betegség kifejlődését (prophylaxis) az által, hogy már a gyer-

mekkorban erősítjük, tápláljuk és ellenállóvá teszszük a szervezetet (bőséges táplálék, izgató szerektől való tartózkodás, lemosások és fürdők, szabadban való tartózkodás, az idegrendszer korai megerőltetésének, korai nemi ingereknek kerülése, elegendő alvás stb.). A tanulókorban óvjuk meg a gyermeket a túlterheléstől, munkája és pihenése, illetve az ülő foglalkozás és mozgás közt szabjuk meg a kellő arányt, a pubertas idején figyeljük meg gondosan a nemi folyamatokat, küzdjünk a vérszegénység és chlorosis ellen. Később gondoskodjunk az életpálya szerencsés megválasztásáról, a hivatás teendőinek helyes beosztásáról, mindennemü excessus elkerüléséről (alkohol, dohány, kávé, szerencsejáték stb.). Ha már megvan a betegség, első sorban a kiváltó okok, a túlterhelés, izgalmak, nyomasztó kedélyhangulat, gondok ellen kell küzdenünk (indicatio causalis). Biztosítsunk a betegnek nyugalmat, szorítsuk meg hivatásának teendőit, ha lehet küldjük szabadságra; kerülje a beteg a kóros élvezetszereket, szabályozzuk nemi életét és táplálkozását (anaemia, dyspepsia). Másodsorban igyekezzünk magát a betegséget leküzdeni (indicatio morbi). A beteg ingerlékeny s gyenge idegrendszerét erősítenünk kell.

Az idegrendszer kímélésével és pihentetésével kezdjük a kezelést, a mit mindennemü káros inger, megerőltetés, psychés befolyások (autosuggestio) távoltartása, izolálás, kielégítő éjjeli nyugalom teremtése által érünk el. Ezután következik a kipihent *idegrendszer gyakorlása és tonizálása* czélszerüen alkalmazott, fokozatosan növelt ingerek, mozgás és egyéb tényezők segítségével. Ezzel karöltve járjon a rendesen leromlott beteg tápláltsági állapotának javítása. Az említett czélra szolgáló eszközök közé tartozik első sorban a fehérjében gazdag — különben vegyes —, tápláló diaeta, melynek mennyiségét és minőségét a beteg étvágyához és emésztőképességéhez mérjük. Az alkohol, tea mérsékelt élvezetét megengedi, a kávé élvezetét rendesen eltiltja Erb. Különös hizlaló kúrákra (pl. Weir-Mitchell) rendesen nincs szükség. Nagyban erősítik a szervezetet a naponként végzendő lemosások és langyos vagy hüvös fürdők, azonkivül a szabadban való fekvés (Luftliegekur) vagy mozgás. A mi az akaratos mozgásokat illeti, egyes esetekben absolut nyugalomra kell szorítanunk a beteget mindaddig, míg kissé megerősödött, azután fokozatosan mehetünk át a massagera, a passiv, majd activ gymnastikára s a szabadban való mozgás minden fajára. Mindebben mértéket kell tartanunk. Tudnunk kell, hogy a neurasthenia cerebralisban szenvedő több mozgást bir el, mint a neurasthenia spinalisban vagy sexualisban szenvedő. Mindig, de különösen szívneurosis esetén pontosan ellenőriznünk kell a szivet. A nemi életet rendesen meg kell szorítanunk vagy teljesen eltiltanunk, azonban mérsékelt fokban megengedhetjük oly esetekben, a melyekben nemi izgalom van jelen s a betegnek a közösülés könnyebbülést okoz.

A szellemi munkát, hivatási tevékenységet sokszor egészen el kell tiltani a kezelés kezdetén; könnyebb esetekben megengedhető, de csak oly feltétel alatt, ha a munkaidő bizonyos óraszámra redukáltatott, elég hosszú szünetekkel váltakozik s közben kisebb séták szakítják meg. Hasznos lehet az ú. n. foglalkozási therapia is, a mely a betegnek kellemes foglalkozás (a kertészet, müasztalos-, esztergályosmunkák stb.) általi szórakoztatására törekszik. Ez a neurastheniás általános hygienéje.

A neurastheniának tulajdonképeni physikai gyógyszere az aëro-, hydro-, balneo- és elektrotherapia. A szabadban való tartózkodás kibővíthető légkúrával. Könnyebb esetekben gyakran leküzdhetjük a téli munka kellemetlen következményeit az által, hogy a beteget „légváltoztatás“ végett elküldjük hegyes vidékre, tenger mellé. Hogy a kettő közül melyiket ajánljuk inkább, a beteg erőbeli állapota, emésztési viszonyai, éghajlati befolyások (időváltozás, szél) iránti érzékenysége és egyéni hajlamai határozzák meg. Erb több eredményt látott a magaslati tartózkodástól. A legáldásosabb hatását látta a magaslati (800—1800 m.) téli kúráknak azokon, a kiknek erőbeli állapota megengedi a téli sportok üzését. E czélra alkalmasak Graubünden, Oberengadin, Tirol, a Schwarzwald és Harz téli gyógyhelyei (nálunk ezeknek megfelel Új-Tátrafüred és Tátra-Lomnicz). A légkúrák közé tartozik a téli tartózkodás melegebb vidékeken, a milyenek a déli alpesi völgyek, az olasz tavak, Bozen, Meran, Arco, a Riviera csendes és pormentes helyei (Kap Antibes, Grasse, Valesenze, Bordighera, Ospedaletti, Pegli, St. Margherita, Rapallo, Sestri-Levante), Corsica (Ajaccio), Sicilia, Korfu. Hosszantartó, városok és nevezetességek megtekintésével járó utazások rendesen kifárasztják a beteget s ezért nem ajánlhatók. Jó hatása lehet azonban a kényelmes, többször megszakított kocsiutazásnak szép vidékeken, vagy a hegyes, erdős vidékeken végzett gyalogtúroknak, a melyek különösen túlterhelt tanulókra (Examensneurasthenie) lehetnek üdvösek. A hydrotherapiát sokoldalú alkalmazhatósága, azon tulajdonsága, hogy az esetnek megfelelően fokozható, változtatható, szinte specificummá teszi a neurasthenia kezelésében. De a vízkúra csak akkor hasznos, ha gyakorlott orvos végzi, a ki a beteg egyénisége s nem sablon szerint cselekszik. Általában az enyhébb procedurák alkalmazandók: langyos, majd hüvösebb teljes és félfürdők, lemosások, hátmosás, langyos zuhany, folyó lábfürdő, nedves borogatás. Az izgató eljárásokat (alacsony hőmérsék, hideg zuhany) kerüljük. A balneotherapia a neurasthenia kezelése szempontjából kevésbé fontos, de azon betegségalakok, melyekben ingerlékenység, erethismus, fájdalmak, spinalis irritatiók vannak jelen, gyakran visszafejlődnek közömbös hegyi thermáktól; míg a torpidabb alakokban, melyek némi izgatást is türnek, jó hatásúak lehetnek a vasas-, láp és CO_2-ban dús thermalsolfürdők. Nyáron folyamfürdők vagy egyéb uszodák rendszeres látogatását ajánlhatjuk, míg a tengeri (különösen hideg) fürdők rendelésében óvatosnak kell lennünk. Az elektrotherapiát nem igen alkalmazzák ma, bár jó hasznát vehetjük az ú. n. általános faradizálásnak és az elektromos fürdőknek; kevesebbet érnek a centrális galvanizálás (fejen, sympathicuson) s egyéb helyi applicatiók.

Szép eredményeket érhetünk el az újabban háttérbe szorított gyógyszeres kezeléssel. Főkép az ú. n. vérképző, a táplálást javító, tonizáló szerek jönnek itt szóba, a vas- és arsenkészítmények más szerekkel (nervina, amara, tonica) kombinálva. Az Erb-féle pilulae tonicae összetétele: ferrum lact., extr. chinae aqu., extr. nuc. vom. spir., extr. gent. Solutio Fowleri, acid. arsen. is adható strychninnel. Különösen ajánlhatók az újabb szerves, nem mérges, subcutan alkalmazható arsenkészítmények (natr. kakodyl., arsycodyl, arrhenal, különösen atoxyl). Erb oly fényes eredményeket látott a vas- és arsenkészítményektől, hogy a glycerophosphatok, Fellow-syrup, lecithin-, spermin- és kola-készítmények s a nervinus szerek (chinin, phosphor, valeriana stb.) adását nem tartja szükségesnek. Az utóbbiak közül még leginkább használható az erős valeriana-tea. Nagyfontosságúak a bromkészítmények, a melyeknek altató és csillapító hatását codeinnel növelhetjük.

A neurasthenia kezelésében talán legfontosabb a psychés therapia. Meg kell nyernünk a beteg bizalmát betegsége iránt tanúsított részvéttel, jól átgondolt, határozott kezelési terv következetes keresztülvitelével folyton ébren kell tartanunk reményét, küzdenünk kell számos autosuggestioja és phobiája ellen.

Ezek a gyógytényezők, a melyeknek természetesen nem mindegyikét alkalmazzuk egyszerre betegeinken, legjobban érvényesíthetők intézetekben, a hol a beteg hivatási és egyéb kötelességei, s a velük járó kimerülés és izgatottság alól ment. Olyan sanatoriumot válaszszunk, a mely szakszerü vezetés alatt áll s a természeti gyógytényezőkkel (magaslati éghajlat, környék stb.) is fel van ruházva. Hátránya ezen intézeteknek, hogy — sok egyforma beteg lévén együtt — kölcsönös autosuggestioval súlyosbíthatjuk bajukat, másrészt sok helyen agyongyógyítják a beteget. Nagyon nagy azon betegek száma, a kik hivatási vagy anyagi viszonyaik miatt csak néhány hétre vagy egyáltalában nem mehetnek ilyen intézetbe, nem is szólva a télről, a mikor a sanatoriumok majd mind zárva vannak. Ügyességgel és belátással ilyenkor is sokat tehetünk: a diaeta szabályozása, a szabadban való tartózkodás, egyszerü vízgyógyászati eljárások, bizonyos megszorítása a munkának s különösen a gyógyszeres kezelés lesznek azon tényezők, melyekkel ilyen esetekben is türhető eredményt érhetünk el.

Az általános kezelés mellett néha a tünetek ellen is kell küzdenünk. A beteg erősödését gátló, sokszor előforduló tünet az álmatlanság, a melynek alapja gyakran autosuggestio (az el nem alvástól való félelem), a mit bizonyít az, hogy a beteg álmát sokszor már az a tudat is biztosítja, hogy szükség esetén altatószer áll rendelkezésére. Egyébként szóba jön e tekintetben a nyugalom, az esteli munka és izgalmak (izgató olvasmányok, társaság) kerü-

lése, a könnyü, nem izgató étrend. Physikai eljárások: fekvőkúrák a szabadban; langyos teljes fürdők, alhas- és ikrakötések, pakolások stb. késő délután s nem közvetlenül a lefekvés előtt alkalmazva; a fej galvanizálása, franklinozása már délelőtt. Megnyugtató gyógyszerek: narancsvirág, valeriana-tea, aqua laurocerasi, cod. phosph., natr. brom. (1—3 gm.). A tulajdonképeni altatószerek közül legjobbnak bizonyult a bromural (0·3 gm., ha szükséges egyszer ismételve éjjel). Esetleg egy pohár sör is meghozza a kivánt hatást. Egyes lázellenes szerek is altatólag hatnak (antipyrin, phenacetin, aspirin, pyramidon stb.). Valódi narcoticumra csak nagy fájdalom esetén van szükség. A fejnyomás rendesen elmulik az általános kezelésre; directe befolyásolható a fej faradizálása, galvanizálása és franklinizálása, brom vagy fájdalomcsillapító szerek, hideg folyó lábfürdők és ülőfürdők által. A sexuális zavarokat az ismert módon kezeljük, az obstipatiót pedig diaetás, physikális gyógyhatányokkal és enyhe hashajtókkal.

A szerző végezetül néhány tanácsot ad: Az orvos nyerje meg a beteg bizalmát, kutassa szorgalmasan a baj aetiologiáját, állapítsa meg, nincs-e szerves baj jelen, szerezzen tudomást a beteg társadalmi helyzetéről és anyagi viszonyairól, ehhez alkalmazva állapítsa meg ügyesen a kezelés tervét, melyet következetesen és türelemmel vigyen keresztül. E mellett hasson psychikailag is betegére. Azon szabálynak, hogy individualizálni kell, a legnagyobb mértékben kell érvényesülnie a neurastheniás beteg kezelésében. (Therapie der Gegenwart, 1907. 6. f.)

Sebészet.

Az alveoláris tüdőemphysema pathologiájáról és therapiájáról értekezik *Pässler* és *Seidel* a friedrichstadti városi kórházból. Az emphysemában főleg két tünet áll az előtérben: a tüdőtérfogat megnagyobbodása és a mellkas alakjának megváltozása (hordóalak). A régi felfogást, a mely szerint a mellkas alakjának változása másodlagos, *W. A. Freund* nem fogadja el, s hosszas anatomiai vizsgálódás alapján azon következtetésre jut, hogy részben veleszületett, részben szerzett bordaporczanomaliák okozzák a mellkas abnormis architekturáját, a mely elváltozás a tüdőgümőkór és az emphysema létrejöttében szereppel bir. Így az első bordaporcz rövidülése és a felső mellkasi apertura következményes stenosisa gyakran aetiologice fontos a tüdőcsúcsok gümős affectiojában. Freund azon esetekben tapasztalta a gümős csúcsfolyamatok heges gyógyulását, a melyekben a stenosis mintegy kompenzálva lett az által, hogy az angulus Ludovici erősebb megtörést szenvedett el, vagy hogy a második bordagyürü fokozott mozgékonyságot nyert, vagy hogy az első bordaporczon pseudarthrosisképződés mutatkozott a scalenus behatása folytán keletkezett törés után. Ezek alapján az első bordaporcz egy- vagy kétoldali átmetszését ajánlja olyan esetekben, a melyekben tüdőcsúcsgümőkór esetén egyúttal a felső mellkasi apertura stenosisa s merevsége áll fenn. Emphysemában Freund gyakran észlelt olyan elváltozásokat a bordaporczokon, a melyek a porczok felrostozódásával, üregképződéssel, mészlerakódással s így a mellkas térfogatnagyobbodásával jártak. Freund ezért ajánlja, hogy alveoláris emphysema esetén a bordaporczok egyes részeit excindáljuk, a mivel megszüntetjük a mellkasfal extrem feszültségét, az extrem belégzési állapotot s lehetővé teszszük újból a kiadós respiratiós mozgásokat. Az irodalomban alveoláris emphysema miatt végzett 2 műtét (Hildebrand) ismeretes, ezen esetekhez járulnak a szerzők egy harmadikkal, a melyben ezen Freund-féle műtéttel igen jó eredményt értek el. Ezen eset kritikai méltatása után a következő conclusiót vonják le:

1. A Freund-féle műtét erős mellkastágulással járó emphysema esetén jó eredményt igér;

2. a műtét a mellkas egyik oldalán végezve már sikeres lehet;

3. az operatio technikailag nem nagyon nehéz és nem túlnagy beavatkozás;

4. ajánlatos az első bordaporcznak is a resectioja;

5. a műtét lehetőleg a közepes megerőltetéskor jelentkező dyspnoë mellett végzendő;

6. eredménynyel járhat a műtét még akkor is, ha már másodlagos szívelégtelenség van jelen, bár ilyenkor czélszerübb a műtéttől elállni;

7. a Freund-féle műtét sikeres volta bizonyító erővel bir a Freund-féle tüdőemphysema-elméletre;

8. az első bordaporcz resectioja (Seidel) emphysemában reményt nyujt arra, hogy gümőkór esetén sem lesz technikailag nehezen kivihető a Freund által tuberculosis eseteiben ajánlott első bordaporcz-resectio. (Münchener med. Wochenschrift 1907, 38. sz.) *Steiner Pál* dr.

A peritonitisben jelentkező vérnyomáscsökkenés emelésére intravenosus adrenalin-konyhasós infusiót ajánl *Hoddick*, Heidenhain tanár osztályáról. 3/4—1 liter 41 C°-os konyhasós oldatot, a melybe 6—8 csepp adrenalint tett, fél órával a műtét előtt alkalmazott intra venam s azt tapasztalta, hogy az egyébként alig vérző vagy sötétkék vérü betegen az átmetszett erekből kellő nyomás mellett piros vér folyt. A műtét előtt csak nagyfokú collapsus esetén végezte az infusiót, egyébként a műtét után szokta alkalmazni, mire a vérnyomás emelkedését észlelhette. Az adrenalin-konyhasós infusióban az adrenalin a nyúltagyi vasomotorközpontra direct hatást fejt ki s a vérnyomás emelkedését eredményezi. 16 appendicitises általános peritonitis-esetben ezen eljárást alkalmazva, 13 esetben gyógyulást ért el, míg az ezen kezelés alkalmazása előtt operált 20 esetből csak 6 gyógyult. (Zentralblatt f. Chirurgie 1907, 41. sz.)

Steiner Pál dr.

Gyermekorvostan.

A gyermekorvostan tanítása Rómában. Vaskos füzetben számol be *Concetti*, a klinika vezetője az 1904/1905. és 1905/1906. tanév müködéséről s anyagáról. A római gyermekklinika jelenleg ideiglenes, szük helyiségekben van elhelyezve az idegkórtani klinikával együtt a „Policlinico Umberto I.“-ban Keserü, panaszteljes szavakkal irja le *Concetti* a klinika jelenlegi állapotát. A helyiségek szükek, az osztályok zsúfoltak, a fertőző betegségre gyanusak el nem különíthetők. Az orvosok, sőt az ápolószemélyzet egy része helyszüke miatt kénytelen a klinikán kivül lakni, a mi a szükes viszonyokat eléggé jellemzi. Rendkivüli hiánya a jelenlegi intézetnek, hogy a fertőző betegek teljesen távol álló épületekben vannak elhelyezve s idegen vezetés alatt állanak, úgy, hogy a praxisra oly fontos fertőző bántalmak észlelése és tanulmányozása a klinika embereinek mintegy lehetetlen. Ennek ellenében a közeli szülészeti klinika révén igen gazdag csecsemőanyag áll az intézet rendelkezésére. A klinika tejszükségletét *Spolverini* módszere szerint készült, jól záró sifonokba fejik, a melyekbe szénsavat préselve, a tej tartósságát s romlatlanságát még meleg időszakban is sokáig megőrzi, a tej erös lehütését pedig feleslegessé teszi. A klinika személyzetének irodalmi müködése számottevő s ezt a rendelkezésre álló gazdagon felszerelt könyvtár lényegesen támogatja. A klinikának összesen 36 ágy áll rendelkezésére, ezek közül 6 csecsemőknek, 6 pedig dajkáknak és hozzátartozóknak. Évi költségelőirányzata a 20,000 lirát meghaladja. Az olasz kormány igérete szerint egy új, teljesen modern gyermekklinika felépítése a közel jövőben meglesz. A gyermekgyógyászat iránt folyton fokozódó érdeklődést élénken bizonyítja, hogy már eddig is 10 olasz egyetemen tanítják és 1906 óta kötelező tantárgy. A római klinikának az 1904., 1905. és 1906. tanévben összesen 512 fekvő betege volt; a halálozás 13·86%-ot tett. A vaskos füzetet az érdekesebb eseteknek részletes kórrajza zárja be.

Faludi Géza dr.

A Hutchinson-féle fogaknak kórjelző értékét az öröklött bujakórban tanulmányozta *Neumann* berlini gyermekpoliklinikáján *Oberwarth*. Különös fontosságot nyujt megfigyeléseinek azon körülmény, hogy e kérdésben a gyermekorvosok véleménye nagyon eltérő. Így *Baginsky* a fogak elváltozásainak semmi jelentőséget sem tulajdonit s *Finkelstein* szerint különböző táplálkozási zavarokban is észlelhetjük. Ugyanígy nyilatkozik *Hochsinger* és *Moro*, míg *Pfaundler* szerint ezen elváltozásoknak csupán akkor van kórjelző értékük, ha csak a belső felső metszőfogakon látjuk. A szerző ezért azt vizsgálta, vajjon ezen fogelváltozásokat csak öröklött bujakórosokon észlelhetjük-e, avagy másokon is. 27 esetben látta ezen elváltozást és ezek közül 24 biztosan, 3 nagyon

valószinűleg öröklött bujakórban szenvedett. Az összes észlelt öröklött bujakóros esetek egy harmadában megtalálta a *Hutchinson*-fogakat és azt tapasztalta, hogy az öröklött bujakór tünetei közül csak a keratitis parenchymatosa fordul elő még gyakrabban. Mindezek alapján a *Hutchinson*-fogakat az öröklött bujakór legfontosabb és legmegbizhatóbb tünetei egyikének tekinti. (Jahrb. f. Kinderhk., 1907. 229. l.) *Flesch* dr.

Bőrkórtan.

A Pirquet-féle tuberculinoltásokkal kisérletezett felnőtteken *V. Bandler* és *K. Kreibich* (Prága). Ismeretes, hogy *Pirquet* nemrégiben új tuberculinreactiót ismertetett. Eljárása abban állott, hogy a tuberculinnak kis mennyiségét apró scarificatiókkal a bőrbe vitte, a mire 24—48 óra alatt lokális reactio fejlődött ki. Oedema támadt, a melyen belül oltási pustulához hasonló papula keletkezett. Ez később leszáradt, a nélkül, hogy az egész lefolyás alatt általános tünetek mutatkoztak volna. Pirquet 700 gyermeken végzett ily oltást s ezek közül a tuberculosisos gyermekek bőre csaknem mindig positiv reactiót adott. A szerzők a tuberculinnak ezen oltás általi bevitelét a szervezetbe diagnostikai szempontból vizsgálták, a mennyiben bőrtuberculosisos — nagyrészt felnőtt — betegeken kisérleteztek. Ellenőrzés czéljából nem tuberculosisos bőrbajokban szenvedő egyéneken (lues, psoriasis, gonorrhoea stb.) is végeztek oltásokat. Az előbbi esetek száma 26, az utóbbiaké 37 volt. A szerzők, tekintve, hogy nem gyermekeken végezték az oltásokat, higitatlanul használták a régi tuberculint. Egy-egy oltáskor 2—3 cseppet vittek a bőrbe. Az oltások ott is, a hol positiv reactioval, vagyis oltási papulával illetőleg pustulával jártak, általános, lázas tüneteket nem hoztak létre. Az eredmények nem voltak oly szembeszökők, mint *Pirquet* eseteiben. A 37 ellenőrző eset közül az első oltás 15 egyénen semminemű reactiót sem okozott. A többi 22 oltott kontrolleset közül voltak alig kifejezett és csak gyöngén kifejlödött reactiók. 12 esetben azonban a reactio határozott, erősen kifejezett volt. A szerzők 2 lupus erythematodes esetet is oltottak. E betegségnek aetiologiája még mindig nincsen véglegesen megoldva és felderítve. A tuberculosissal való összefüggéséről nagy irodalom támadt, bár újabban ismét az ellenkező vélemény kerekedett felül. Érdekes lett volna, ha e két oltási kisérlet határozott eredménynyel járt volna. Ez azonban nem történt. Az első lupus erythematodes-eset határozott, a második ellenben alig kifejezett reactioval járt. A 26 tuberculosisos eset közül 22-ben igen kifejezett positiv reactio mutatkozott. Az analogia *Pirquet* és a szerzők esetei között azért is fennáll, mert 4 súlyosan lázas és legyengült tuberculosisos egyén, kiknek a bőrükön kivül a tüdejük is súlyosan meg volt támadva, positiv reactiót nem adott. Ezt tudniillik már *Pirquet* is állitotta gyermekekre vonatkozólag. A börtuberculosisban (21 esetben lupus vulgaris) szenvedő egyének reactioja általában igen erős volt. Erősen oedemás alapon vaskosan infiltrált papula támadt, mely később a pörk leesése után erős pigmentatioval gyógyult. Azon esetek, melyek belső tuberculosisra és ép bőrre vonatkoztak, a reactio sokkal enyhébb volt. A szerzők ebből a tuberculosisos bőrnek túlérzékenységét veszik fel az oltásokkal szemben, a mint ezt már *Moro* és *Oppenheim* is állította. Az oltási papula szövettani vizsgálata kiderítette, hogy az elváltozások, tekintve hogy epitheloid és óriássejtek találhatók, gümös folyamatra emlékeztetnek. Valóságos gümő központi elsajtosodással azonban nem akadt. (Deutsche med. Wochenschrift 1907. 40. sz.). *Guszman.*

Venereás bántalmak.

A syphilises egyének életének prognosisáról ir *C. Bruhns* (Berlin). Ismeretes, mily homály fedi a syphilis későbbi lefolyásának előre való megitélését. A syphilises egyének sorsát betegségüket illetőleg ma még lehetetlen előre gyanítani. Általában nem kell azokat a syphilis-eseteket a legrosszabbaknak tekinteni, melyek már korán, talán az első évben súlyos fekélyes syphilidekkel jelentkeznek, vagy pedig azokat, melyekben néhány évig az egyik súlyos recidiva a másikat követi. Sokkal veszedelmesebbek például azon esetek, a melyekben előbb vagy utóbb a központi idegrendszer, vagy főleg annak érrendszere betegszik meg syphilises alapon. A szerző nem bízik nagyon *Thalmann*-nak nem régen közölt és a korai kezeléssel látszólag meggyógyított (secundaer tünetek elmaradása) eseteiben. A nehézség a syphilis pathologiájában ma is még az, hogy lehetetlen pontosan megállapítani az adott esetben: kialudt-e már a syphilis vagy pedig csak latens. A spirochaetavizsgálattal ebben a kérdésben nem jutunk eredményre, mert pl. a mirigynedvben sokszor manifest lueses tünetek esetén sem lehet spirochaetákat kimutatni, annál kevésbé latens esetekben. A *Wassermann*, *Neisser* és *Bruck* által végzett sero diagnostikai eljárás ma még nem befejezett dolog, a melyre ily fontos kérdésnek elbirálását reáháríthatnánk. A syphilises immuntesteknek jelenléte csak azt jelzi, hogy az illető egyén lueses volt, nem pedig azt, hogy luese most is van. A syphilises egyének életének prognosisát azelőtt az úgynevezett tertiaer lues statistikákkal kisérelték megállapítani. Nyilvánvaló, hogy ez nem elegendő. Ezek a statistikák természetszerüen csakis a bőrre, nyálkahártyákra és csontokra vonatkoznak, már pedig a későbbi lefolyás megbirálásának súlypontja leginkább a belső szervekre esik. A syphilisnek quo ad vitam prognosisa leginkább két módon itélhető meg: 1. Ha régi syphilises egyének sorsa felől tudakozódnunk és 2. ha syphilises fertőzésen átesett egyének életbiztosítási papirjait áttanulmányozzuk. Mindkét alapon történtek már vizsgálatok. Az első vizsgálati eljárást *Mathes* vette igénybe, a ki valamikor lueses tünetek ellen kezelt 1570 egyén sorsa felől tudakozódott. A beérkezett adatokból kiszámította, hogy körülbelül 15%-a a syphilises egyéneknek a lues következményeiben pusztult el. A szerző azonban nagyobb súlyt helyez az életbiztosítási adatokból vonható eredményekre. Ezek főleg a halál okának megállapításában elég megbizhatók. Igaz ugyan, hogy a biztosításra jelentkező felek előrement luesükről szívesen hallgatnak és letagadják. Némi pótlásképen tudjuk azonban, — főleg *Blaschko* és *Erb* számításai alapján —, hogy nagy városokban az összes férfiak körülbelül 20%-a luesesen inficiált. A szerző ezután kritika alá veszi azon nagyobb statistikákat, melyek a kérdést biztosítási papirok átvizsgálásával igyekeztek megoldani. Ilyenek *Runeberg*, *Moritz*, *Byrom Bramwell*, *Kleinschmidt-Elberfeld* és *Gollmer* nagyobb statistikái. A szerző ezeknek egybevetéséből meglehetősen szomorú eredményre jut, mert kiderül, hogy a syphilises egyéneknek minden negyedike vagy ötödike infectiojának következményeiben pusztul el. A halál átlag 20 évvel az infectio után áll be. A 20 évnél régebben fertőzött egyének tehát a legnagyobb valószinűséggel túl vannak régi bajuk veszedelmein. A későn jelentkező bajok és következmények elkerülésében a legtöbb szerző a kitartó, több évre terjedő antilueses kezelésben látja a fegyvert. Világosságot a kérdésben akkor fogunk azonban csak nyerni, ha mindenfelé rendszeres, nagykiterjedésü vizsgálatok fognak megindulni, melyek a luesesek éveken és évtizedeken át való megfigyelésére vonatkoznak. E vizsgálatokat már 2 évtized előtt *Koebner* és *Neisser* sürgette, de mindmáig hiányzanak. Ily jól szervezett gyüjtővizsgálatok elé óriási akadályok tornyosulnak és ezért nehezen végezhetők. A szerző azt hiszi, hogy a leghelyesebb adatok azon orvosok által volnának beszerezhetők, a kik valamikor lueses infectión estek át. (Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 36. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Idült izületcsúz ellen *Latham* néhány év előtt hólyaghúzó használatát ajánlotta a gerinczoszlop háti vagy ágyéki részére. Újabban *Midelton* szintén nagyon dicséri ezt az eljárást. Igaz ugyan, hogy néha csak későn áll be az eredmény, minthogy azonban a szóban forgó betegek úgyis tehetetlenek s egyéb módon nem gyógyíthatók meg, az eljárás hosszadalmassága nem játszik nagy szerepet; vannak különben esetek, a melyekben elég gyorsan áll be a javulás. *Midelton* körülbelül 20 súlyos esetet kezelt azzal az eredménynyel, hogy egynek kivételével a többiben gyógyulás vagy oly fokú javulás következett be, hogy az illetők régen abbahagyott foglalkozásukat újból megkezdhették. (Ref. La semaine médicale, 1907, 40. szám.)

Szemölcsök ellen *Mantelin* a következő összetételű szernek naponként való alkalmazását ajánlja: Rp. Chlorali hydr., Acidi acetici āā 1·0; Acidi salicylici, Aether. sulfur. āā 4·0; Collodii 15·0. (Ref. Practitioner, 1907, október.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archivum, 1907. 5. füzet. *Liebermann Leo* és *Fenyvessy Béla:* A higítás befolyása a természetes és mesterséges normál- és immunsavóra. *Fenyvessy Béla:* Az epesavak és az epesavas sók haematolytikus hatásáról. *Bexheft Ármin:* A neurin és lecithin hatása egyes bakteriumokra. *Genersich Vilmos:* A bórsav, salicylsav és benzoesav kimutatása és meghatározása élelmiszerekben. *Schütz Aladár:* A gyomornedv diphtheriamérget ölő képességéről. *Fejes Lajos:* A zsirtáplálás szerepe az acetontestek képződésénél.

Gyógyászat, 1907. 42. szám. *Preisz Hugó:* Virulentia és therapia. *Alexander Béla:* Az x-sugarak rajzképességéről.

Orvosok lapja, 1907. 42. szám. *Barabás József:* Megfigyelések egy újabb narcoticumról, a bromuralról.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 42. szám. *Stossmann Rudolf:* A veronal-chloroformnarcosisról. *Martiny Kálmán:* Csigolyatörés miatt végzett laminektomia.

Vegyes hirek.

Jubileum. Az Országos Orvos-Szövetség hevesmegyei fiókja a napokban élénk ovációkban részesitette *Schvarcz Dávid* dr.-t abból az alkalomból, hogy 40 éve működik Egerben mint gyakorló orvos.

Választás. *Vitéz Z. Lajos* dr.-t Nagykörűben, *Markovits Soma* dr.-t pedig Csurogon községi orvossá választották.

A budapesti kir. orvosegyesület pályázatai: I. *Pályázati hirdetés* A budapesti kir. orvosegyesület a kezelésében lévő *dr. Mészáros Károly-alapítvány kamataiból 1600*, azaz egyezerhatszáz korona jutalomdijat tűz ki a boncztan, szövettan és fejlődéstan, az élettan, kórboncztan és a kisérleti kórtan körébe tartozó magyar nyelven, nyomtatásban az 1905 junius 1.-től 1909 május 31.-éig terjedő időközben megjelent, önálló dolgozatok alapján szerkesztett és tudományos becsü legjobb értekezésnek, vagy általános érdekü hézagpótló monographiának avagy kézikönyvnek jutalmazására. A jutalmazásra pályázók munkáikat *1909 évi május hó 31.-éig* a budapesti kir. orvosegyesület titkári hivatalába küldjék be, a beküldött munkákon kivül azonban a jutalmazandó tudományszakok terén a kijelölt időközben megjelent összes munkák tekintetbe fognak vétetni. A jutalmazott munka kihirdetése az 1909 évi október 14.-én tartandó évforduló nagygyülésen történik és a jutalomdij a szerzőnek azonnal kiadatik. Kelt a budapesti kir. orvosegyesület 1907 október hó 14.-én tartott 70. nagygyülésén.

II. *Pályázati hirdetés.* A budapesti kir. orvosegyesület a kezelésében levő *Balassa-díjalap kamataiból két egyenként 600*, azaz hatszáz korona pályadijat tűz ki az orvostudomány bármely szakmájából szabadon választott, önálló kutatások alapján készült, befejezett, még sehol nem publikált magyar nyelven irt dolgozat jutalmazásra. A pályamunka mellé zárt, jeligés boritékban a pályázónak sajátkezü névaláirása, állása és lakásczime melléklendő. Ezen pályázaton résztvevő dolgozatok *1908 évi május 31.-éig* a budapesti kir. orvosegyesületbe a beküldés czéljának megnevezése mellett beküldendők. Az ezen határidőn túl benyujtott müvek tekintetbe nem vehetők. A pályázat eredménye az 1908 évi október 14.-én tartandó évforduló nagygyülésen hirdettetik ki, a nyertes pályamunkához tartozó jeligés boriték ez alkalommal bontatik fel. A pályadij a nyertes pályamunka szerzőjének jelentkezésekor azonnal kiadatik. Kelt a budapesti kir. orvosegyesület 1907 évi október 14.-én tartott 70. nagygyülésén.

III. *Pályázati hirdetés.* A budapesti kir. orvosegyesület a kezelésében levő *dr. Szenger Ede-féle orvostudományi pályadij-alapitvány kamataiból két egyenként 800*, azaz nyolczszáz korona pályadijat tűz ki Magyarországon érvényes oklevéllel biró orvosok részére az orvostudomány bármely szakmájából szabadon választott, önálló kutatások alapján készült, befejezett, magyar nyelven irt, még sehol meg nem jelent dolgozat jutalmazására. Ezen nyilt pályázaton résztvevő dolgozatok 1908 évi május hó 31.-éig a budapesti kir. orvosegyesület I-ső titkárának a pályázat megnevezése és a szerző neve és lakásának megjelölése mellett küldendők meg. A megjelölt lejárati időn túl beadott dolgozatok tekintetbe nem vétetnek. Pályázatra benyujtott pályamunka a pályázat elintézése előtt vissza nem vonható. A pályázat elintézése után a pályázatra beadott kéziratokat igazolt tulajdonosaik visszakapják. Jelen pályázat eredménye az 1908 évi október 14.-én tartandó évforduló nagygyülésen hirdettetik ki és a pályadij a nyertes pályamunka szerzőjének jelentkezésekor azonnal kiadatik. Kelt a budapesti kir. orvosegyesület 1907 évi október 14.-én tartott 70. nagygyülésén.

IV. *Pályázati hirdetés a budapesti kir. orvosegyesület kezelésében levő dr. Szenger Ede-féle alapítvány kamataiból való segélyezésre.* Az alapítványtőkének 1200 koronát tevő egy évi kamatjövedelméből

a) 400 korona nyomorral küzdő gyakorló orvosoknak,

b) 400 korona valamely elhalt gyakorló orvos segélyre szoruló és ezt megérdemlő fiúárvájának,

c) 400 korona valamely elhalt orvos szegényen maradt özvegyének és árváinak segélyezésére fordittatik.

A segélyezendők közül absolute elsőbbséggel birnak a gyakorló orvosok és azok hátramaradt családtagjai mindazon orvosok felett, kik valamely rendes fizetéssel járó hivatalos állásban vannak vagy voltak, pl. hatósági orvosok, egyetemi tanárok, stb. Elkerülhetetlen feltétel — a hagyományozó akarata értelmében —, hogy a segélyt elnyerő római katholikus, ág. evangelikus vagy ev. református hitvallású legyen. A kérvényezők közül csak azok vehetők tekintetbe, kik hiteles okmányokkal igazolják, hogy a kivánt feltételeknek megfelelnek. A folyamodások f. évi november hó 10.-éig a budapesti kir. orvosegyesület igazgató tanácsához intézendők és az egyesület első titkárjának (*Lévai József* dr., Budapest, VI., Gyár-utca 1) czímére bérmentett és ajánlott levélben küldendők. A boritékra irandó, hogy tartama folyamodvány dr. Szenger Ede-féle segélyezésért. Kelt 1907. október hó 20.-án.

Meghalt. *Maurer Artur* dr., rozsnyói járásorvos és vármegyei tiszteletbeli főorvos e hó 22.-én 63 éves korában. — *Szikszói Szabó József* dr., szolgálaton kivüli m. kir. honvéd-törzsorvos e hó 17.-én 69 éves korában. — *Halmi Adolf* dr., abonyi kerületi tiszti és vasúti orvos e hó 18.-án 54 éves korában. — *Molnár Gyula* dr., e hó 12.-én 28 éves korában Budapesten.

A nagyszőllősi állami gyermekmenhely november hó 30.-án megszünik illetve az eddigi környezetükben erkölcsi romlásnak kitett avagy züllésnek indult gyermekek befogadására alkalmas és az állami gyermekvédelem kisegitő intézményeképp működő internátussá alakul át.

Kisebb hirek külföldről. Helferich tanár utódjává a kieli sebészeti tanárszéken *Lexer* (Königsberg), *Payr* (Greifswald), és *Perthes* (Leipzig) dr.-okat terjesztették fel. — *O. Hess* marburgi docens (belorvostan) a tanári czimet kapta. — *Zola* özvegye medani birtokát a kastélylyal együtt a párisi Assistance Publique-nak adományozta, mely azt a gyermekkórház reconvalescensei számára üdülőhelylyé alakított át. — *Tito Carbone* tanárnak, a kórbonczolástan volt tanárának a pisai egyetemen, szülővárosában, Tortonában, emlékszobrot emeltek. Carbone tanár tudományos buzgalmának lett az áldozata, a mennyiben saját magán végzett kisérleteket a Malta-láz kórokozójára vonatkozólag, a mely kisérletek az életébe kerültek. Carbone 43 évet ért meg.

C. Rauchfuss, a szentpétervári világhirü gyermekorvos e hó 28.-án ünnepli 50 éves orvosi működésének évfordulóját, a mely alkalomból a szentpétervári gyermekorvostársaság nagy ünnepség keretében üdvözli a jubilánst.

A kinematograf használatáról az orvosi oktatásban. Mult számunkban említést tettünk egyes külföldi klinikákon történő kinematograf-felvételekről. Ez alkalommal megemlitjük, hogy ezt a készüléket hazánkban is már régóta alkalmazzák úgy a tudományos kutatás czéljára, mint az előadáson való demonstrálásra. Az egyetemi idegklinikán az orvostanhallgatók már évek óta látnak hysteriás rohamokat mozgóképeken. Ez azért fontos, mert ilyen rohamokat nincs mindig alkalom betegen bemutatni. Ezen kivül *Jendrássik* tanárnak több év előtt megjelent tanulmányai a járásról szintén nagy részben kinematograf-felvételeken alapultak. Ezeket a felvételeket ő az élettani szakosztály egy ülésén tanulmányának előadásakor vetítette is.

Jelen számunkhoz a **„Folia urologica“**, **„Folia haematologica“**, valamint **„Dr. Werner Klinkhardt Leipzig“** egyéb kiadványairól szóló prospectus van csatolva.

Orvosok,

kik 1907-ben lakhelyüket vagy lakásukat változtatták, kéretnek, hogy erről az „Orvosi Évkönyv“ szerkesztőségét (Budapest, VII., Kertész-utcza 16) levelezőlapon mielőbb értesiteni sziveskedjenek.

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

Vizgyógyintézet a „Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.** 2513

Dr. Gara Géza, Meran. Sanatorium. Prospectus.

JUSTUS Dr. bőrbajosokat gyógyító intézete.
Budapest, IV., Károly-körút 14.
Fürdők, sugaras gyógyitás, physikális gyógymódok.

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

Kopits Jenő dr. testegyenesitő intézetét **VIII., Gyöngytyük-utcza 14. sz.** alá (Rókus-kórház közelébe) helyezte át.

Orvosi laboratorium: **Dr. Mátrai Gábor** v. egyetemi tanársegéd. **Andrássy-út 50** (Oktogon-tér). Telefon 26—69.

SZÉCHENYI-TELEPI SANATORIUM az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál ideg- és kedélybetegek, alkoholisták, morphinisták számára. Vezető orvos **Salgó Jakab** dr., egyet. m.-tanár, ki városi rendelőjén is szolgál felvilágositással. Prospectus. Sürgöny: Budapest. Telefon 79—72. Posta Rákospalota 1703

EKDEY Dr. **Budapest, IX., Bakacs-tér 10.**
14/153109 **SANATORIUMA.** **Nőbetegek és szülőnők részére.**

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom. Budapesti kir. Orvosegyesület. (XVIII. rendes tudományos ülés 1907 október 19.-én.) 778. l. — Erdélyi Muzeum Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (X. szakülés 1907 április hó 27.-én.) 779. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 779. l

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XVIII. rendes tudományos ülés 1907 október 19.-én.)

Elnök: **Erőss Gyula.** Jegyző: **Kiss Gyula.**

Színes fotografiák bemutatása.

Kelen Béla: A legújabb „autochrom“ (színes) fotografáló lemezre hivja fel az orvosi körök figyelmét. Míg régente a természetes színekben való fotografálás óriási technikai nehézségekbe ütközött, a nevezett lemezekkel oly egyszerű az eljárás, hogy minden dilettáns könnyen elsajátíthatja. Sajnos, hogy az eljárással eddig csak színes diapositiveket lehet készíteni, remélhető azonban, hogy a közeljövőben papirképeket is fogunk készíthetni a lemezekről.

Röviden vázolja az eljárás lényegét és magyarázatát. Vetített lemezeken mutatja be, hogy mennyire igazak és hívek a színek. Kiemeli az eljárásnak fontosságát hallgatóság előtti demonstratiókban és könyvillustratiókban.

Az eljárás technikáját illetőleg lényeges egyszerüsítéseket sikerült elérnie. Ezen eljárást a „Kor“ folyóirat október 1.-i számában közölte. Meghivja az orvosegylet azon tagjait, a kik az eljárással gyakorlatilag foglalkozni akarnak, a budapesti fotoklub helyiségébe, a hol gyakorlatilag be fogja mutatni.

Entz Géza: A mikrofotografiában próbálta ki a színes fotografálást. Az eredmény kielégítő volt. 12 percz alatt elkészül a kép. Előbb 40-szeres nagyitásokat próbáltak ki, azután 450-szereseket, majd az immersiós lencse alatt a festett trypanosomák is szépen mutatkoztak.

Színes fényképezés a dermatologiában (vetített képekkel).

Huber Alfréd: Már akkor, a midőn hét évvel ezelőtt e helyen a dermatologiai tárgyú fényképfelvételeknek hosszú sorozatát volt szerencsém bemutatni, hangsúlyoztam, hogy efféle reproductiók milyen fontos helyet foglalnak el a szemléltetve tanítás eszközei sorában és kivánatosnak jeleztem — épen ezen utóbb említett oknál fogva —, hogy a felvételek színesek legyenek. Minthogy ilyen színes felvételek készítése csak a legutóbbi időben vált lehetségessé, időközben festett moulageok előállításával pótoltuk a hézagot. Ilyen moulageokat volt szerencsém bemutatni a legutóbbi országos sebész-congressuson. Csakhogy ilyen moulageok készítése — különösen pedig a festése — már nagyobb művészi igényeket támaszt és Barettánk sajnos még mindig nincsen. Örömmel üdvözöltük ezért a Lumière-féle autochrom-lemezeket, mert tőlük vártuk legalább részben a moulageok pótszerét, sőt, ha a színek valóban egészen természethüek, azoknak fontos segédeszközét.

Az autochromfelvételek előállításának részleteivel nem foglalkozom e helyen, csak hangsúlyozom, hogy előállításuk rendkivül egyszerű és a leggyakorlatlanabb amateuröktől is elvégezhető. Igen nagy fontosságú azonban az expositio idejének helyes meghatározása, mert itt már a legcsekélyebb hiba is meghiúsithatja egész fáradságunkat, épen ezért mulhatatlanul szükségesnek tartom valamely expositiós táblázatnak szakszerü használatát; részemről a Kelen-féle táblázattal dolgoztam, melyet egyszerüsége és pontossága miatt mindenkinek a legmelegebben ajánlhatok. Helyes exponálás főleg azért szükséges, mivel a sötétkamrában végzendő eljárásokkal nincs módunkban az esetlegesen helytelen expositio hibáit korrigálni. Ajánlatos a felvételt napfényen próbálni, mivel igy az expositio idejét (sárga szürővel) 1—2 mp.-re redukálhatjuk, a mi élőről készitett felvételeknél mindenesetre elsőrendü fontosságú. Ajánlom továbbá, hogy a felvételek lehetőleg közelről történjenek, mivel helyes színhatásokat csakis igy kapunk. A mennyiben azonban a lemezek ma még igen durván szemcsézettek és a háromszinü szemcsék nincsenek helyesen csoportosítva, ezért a ma forgalomban levő lemezekkel finom részletek felvételét lehetetlennek tartom. Roseolák, papulák felvétele ma sem sikerül kifogástalanul. Ott azonban, a hol csak némileg durvább színes eltérésekről van szó, a lemezek mindenesetre már mai alakjukban is kitünően használhatók, úgy hogy a dermatologia nagy hasznukat veszi.

Bemutatandó képeim tárgya a papulás syphilid; az eseteket Róna tanár volt szives átengedni. Ezen néhány esettel nem akartam sorozatot bemutatni, csak példákkal óhajtottam igazolni, hogy az autochrom-lemezeknek a dermatologia nagy hasznát veheti. A lemezeknek legnagyobb hibája, hogy ma még unicumok, nem másolhatók, nagy előnyük azonban, hogy a színeket — úgy látszik — egészen természetes hűséggel adják vissza.

Elischer Gyula belgyógyászati és *Zimmermann Károly* sebészeti esetek színes fotografiáit mutatta be.

A nézés lelki bénulása, optikai ataxia, a figyelem térbeli zavara. (Agykészitmény bemutatásával.)

Bálint Rezső: E hármas tünetcsoportot az előadó egy az I. belklinikán észlelt betegen állapitotta meg először.

A kóros tünetek részletes elemzése után a betegen észlelt kórkép következőkben összegezhető:

1. A beteg egyszerre csak egy tárgyat lát, a tárgy körül levő dolgokról egyáltalában nem vesz tudomást; ezt az egy tárgyat is felületesen nézi, részleteit nem látja. Felszólításra azonban úgy a tárgy részleteit, mint a tárgy körül levő dolgokat hiánytalanul appercipiálja.

2. A beteg figyelme állandóan a tér jobb oldalára van irányitva és pedig körülbelül 35—40 foknyira.

3. A beteg jobb kezének működése annyiban mutat változást, hogy mindazok a mozgások, melyeket a látás van hivatva irányitani, összrendezetlenek, ellenben összrendezettek lesznek, a mint a látást a tapintó, illetve izomérzésével helyettesíti.

Az első tünetet associatiós bénulásnak definiálja és a nézés lelki bénulásának nevezi. A második tünetet a szemizmok oldalmozgásának erősebb jobboldali értékére vezeti vissza. A harmadik tünetet optikai ataxiának nevezi és azon összeköttetések megszakításából magyarázza, a melyek a látósphaera és a kéz mozgató centruma között vannak.

Bemutatja ezután az agymetszeteket, melyek symmetriás lágyulásokat mutatnak a lobus parietalis inferiorban, valamint a centrum semiovaleban. A lokalizálás megbeszélésekor kifejti, hogy a nézés lelki bénulása, valamint az optikai ataxia nem lokalizálható a kiesések soknemüsége miatt. A figyelem térbeli zavarát, illetve a szemizmoknak conjugált deviatiora való hajlamát az alsó parietális lebenybe, alkalmasint a gyrus supramarginalisba lokalizálja.

Végre kifejti, hogy az eset alapján, mely a lokalizálás szempontjából tiszta eset, felvehető, hogy az a sok tünet, melyet a lobus parietalis inferior tüneteként leirtak, nem lehet az illető lobus direct gócztünete; az egyetlen centrum, a mely a lobus parietalis inferiorba lokalizálható, a szemizmok conjugált oldalmozgásának centruma.

Donath Gyula: Az esethez tulajdonképen nem szólhat, mert a beteget nem látta. A mi megkapó ezen észleletben, az, hogy a beteg figyelmét mindig jobb oldalra volt hajlandó irányitani és a jobb látótérben levő tárgyat felismerni. Ez mutatja, hogy a bal hemisphaera occipitális lebenye túlsúlyra vergődött. Ez ismert dolog a gyrus centralisról, mint motorius központról, a beszéd és a hallás centrumáról. Érdekes, hogy az előadó először konstatálta ezen túlsúlyt a bal occipitális lebenyről.

Ha ezen nagymérvü elváltozásokat látjuk az agyban, nehéz a finom lelki műveleteknek speciális localisatioja az occipitális lebenybe. Az occipitális lebeny nemcsak a retina projectiós központja, hanem a képzeteknek a centruma is és nem lehet azt képzelni, hogy ezek egymástól messze vannak, hanem pêle-mêle vannak, de egymástól külön. Az előadó azon állitását, hogy itt a perceptionak nem volt semmiféle jele, nem merné aláirni. Felhivja Déjerine egy dolgozatára a figyelmet a tactilis aphasiáról, a hol a tapintási érzék intact és a beteg a tárgyakat csukott szemmel felismerni nem tudja. Ilyen esetek-

ben a tapintásérzékben jókora kiesések vannak, a mi czirkalommal kimutatható. A szóló kételkedik, hogy ilyen nagymérvű elváltozások mellett a látás (látótér) intact lett légyen, azt hiszi, bizonyos tompaság kimutatható lett volna.

A másik occipitális lebenyben csekélyebb elváltozások voltak, melyek a figyelmet kikerülték. Az észlelés gyengébb volt, mint a másik lebenyben és ez magyarázza, hogy a jobb látótérben jobban látta a tárgyakat. Hogy a szemizmok is hozzájárultak, az valószinű az ilyen diffus elváltozásban. Mindkét occipitális lebeny meg volt tehát támadva, de a bal alkalmasint kevésbé. Tehát nem lehet beszélni az elsődleges perceptio teljes inactságáról.

Bálint Rezső: Teljes tévedésen alapul a felszólalás. Kiemelte a szóló, hogy mindazok a részek az agyban, melyek a látással összefüggésben vannak, az occipitális lebenyben megbetegedve nem voltak, tehát nem beszélhetünk ilyen látási zavarról. Kiemelte, hogy a betegnek nem a látóterében volt a hiba, ő csak egy tárgyat látott, mely a látótér legszélén volt, tehát nem lehetett perceptiós zavar, különben is a látása $^5/_5$ volt.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(X. szakülés 1907 április hó 27.-én)

Elnök: **Udránszky László**; jegyző: **Konrádi Dániel.**

1. **Kappel J.** egy **köszvényes beteget** mutat be, ki 16 év óta szenved bajában. Az egyes izületeken lévő elváltozások, kivéve a bal könyökcsúcson látható kis diónyi csomót, inkább idült sokizületi csúz mellett szólanak; a jobb fül hegyén levő kis csomó megnyitása alkalmával talált babszemnyi fehér krétaporszerű anyag mikroskop alatt tűalakú húgysavas kristályokat mutat s a murexidpróbát is kifejezetten adja Minthogy hazánkban e kóralak igen ritkán fordul elő, czélszerűnek tartotta az esetet bemutatni.

2. **Gyergyai Árpád** 6 hónapos fiút mutat be, kinek **mindkétoldali hallószerve rendellenesen fejlődött.** A jobb fülkagyló olyan, mintha kettőbe hajlott állapotban összenőtt volna, úgy hogy a cavitas conchae nagy része is fedett, csak kis rés vezet be az incisura intertragicának megfelelőleg; a hallójárat gombostűfejnyire szükült, szondát a tragus legkiállóbb részétől számítva 18 mm.-nyire lehetett belévezetni. A kagylón az anatomiai részek közül csak a lobulus, antitragus és a kissé rendellenes tragus ismerhető fel. A bal hallószerv még sokkal rendellenesebben fejlődött; a fülkagyló igen durványos, meatusbemenetnek, porczos hallójáratnak semmi nyoma, tapintásnál csontos hallójárat nem érezhető, helyét csontfelület foglalja el. Intensivebb hangokra a gyermek reagál. Pontosabb hallásvizsgálat a csecsemő kora miatt lehetetlen.

3. **Kanitz Henrik diphtheriás bőr- és vulvaelváltozások** esetét mutatja be.

4. **Makara Lajos: A glandula carotica daganatának esete. Kiirtás a közös fejverőér lekötésével s ennek következtében támadt agylágyulás.** A carotis communis elágazási helyén, az érhüvelyen belül fekszik egy apró, 5—7 mm. hosszú, 2—4 mm. széles mirigyszerű képlet, melynek élettani szerepét ugyan nem ismerjük még, de szövetszerkezete és fejlődése szerint a sympathicus idegrendszerrel látszik vonatkozásban állni. Ezen szervecske *glandula carotica*-nak, az új boncztani nomenclatura szerint glomus caroticumnak neveztetik. A synonymák közül a paraganglion intercaroticum elnevezés a legtalálóbb (*Kohn*). A glandula caroticából fejlődött daganatot *Marchand* irta le először 1891-ben, azóta többen foglalkoztak irodalmilag a kérdéssel, úgy hogy a bemutatott eset a 30. az irodalomban. (*Keen* és *Funke* 29 eddig leirt esetet ismertet. [Journ. of the americ. med. assoc. 1906. aug. 8.]) Az ismertetett esetek sokban hasonlítanak egymáshoz, úgy anatomiai elhelyezésüket, mint szövetszerkezetüket illetőleg. A daganatok szövetalkotása a glandula caroticával sok tekintetben homolog. Az ismertetett szövettani képek mindannyian alveoláris alkotásra mutatnak.

Ugyanilyen látható a mi esetünkből készült metszeteken, melyeket *Buday* tanár volt szíves rendelkezésünkre bocsátani. Ezen szövetalkotásnak megfelelően *Kaufmann* és *Ruppauer* (Deutsche Zeitschr. für Chir. 80. k.) ezen daganatokra a „*glandula carotica alveolaris tumorai*“ elnevezést használja.

A klinikus kép is sok hasonlóságot mutat. A daganatok rendszerint lassan fejlődtek, legtöbbször a pubertas végén jelentek meg, bár fiatalabb és öregebb egyéneken is észleltettek. A carotis communis elágazási helyén diónyi egész tojásnyi, mérsékelten tömött daganat képében jelentkeztek. Ritkán okoztak nagyobb zavart, úgy hogy az eltávolítást a betegek sokszor csak kosmetikai okból kivánták. A műtét előtt ritkán ismerték fel természetüket, hanem vagy lymphomának, vagy járulékos strumának tartották, mint mi is, de egyéb nyaki daganatokkal (glioma, lymphosarcoma, branchiogen carcinoma) is összetévesztették.

Bár a daganatok viszonylag jóindulatúak, egyik-másik esetben a rosszindulatú daganatok tulajdonságait is mutatták, a mi recidivában, mirigymetastasisban, a daganatszövet beburjánzásában az ér üregébe nyilvánult.

A műtét legtöbbször nagy nehézségekkel járt és a *Kaufmann* és *Ruppauer* összeállította 18 esetből 13-ban csak a carotis communis lekötése után sikerült a daganatot eltávolítani; máskor a vena jugularist, a vagust, a sympathicust, a hypoglossust kellett a daganattal együtt resekálni. Ugy hogy az említett 18 esetből 4 a műtét folytán meghalt.

Észlelt esetünk lefolyása fővonásokban a következő: A. J. 18 éves fiú 2 év előtt vette észre, hogy nyaka jobb oldalán mogyorónyi csomó van, mely azóta lassan, de folytonosan nőtt. Az utóbbi időben a nyelésnél kellemetlenségeket okozott a daganat, a miért is kivánta daganata eltávolítását. Vizsgálatnál a korának megfelelően fejlett beteg nyaka jobb oldalán a gége magasságában egy gyermekökölnyi, sima felületű daganat tapintható, mely mérsékelten tömött, oldalirányban elég jól, fel- és alálefé nehezebben mozgatható. A daganat a carotissal együtt lüktet, a nyelési mozgásokat követi; laterális szélét a sternocleidomastoideus fedi. *Gégevizsgálatnál* a jobb hangszalag paretikusnak mutatkozik, középállásban van és phonationál alig mozog. Mi a daganatot járulékos strumának tartottuk.

A műtétet április 12. én végeztük narcosisban. Kocher féle haránt bőrmetszés a daganat legnagyobb domborulatán. A daganat tokja igen vérzékeny, számos tágult, kanyargó venával a strumacsomókhoz hasonló. A további kifejtés nehéz. Kellő felszabadítás után kitünik, hogy a carotis communis a daganat külső-hátulsó részletén halad át. A carotis összenyomására a daganat lüktetése megszünik. A vagus és sympathicus a hátulsó falához feküsznek. Az idegek leválasztása akadály nélkül sikerül, de az eret a daganatból kihámozni nem lehet. Ezért is a carotis communis kettős lekötés közt átmetszetett, azután a daganat kiemeltetett és a carotis ext. és int.-ról lefogás után lemetszetvén, eltávolíttatott.

(Folyt. köv.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A sósavtherapiáról tartott előadásában *Leo* tanár a sósavnak az evés után adását észszerűtlennek tartja, a mennyiben nem keveredik a gyomor tartalmával, hanem a rétegzetesen felhalmozódott ételeken keresztül gyorsan a pylorushoz és ezen át a duodenumba jut. Ugyanez történik akkor is, ha az evés előtt adjuk a sósavat. Azt ajánlja tehát, hogy evés közben adjuk, még pedig ismételten, nagy adagban és pepsinnel együtt, mert a gyomor nyálkahártyája által elválasztott pepsin az ételek rétegein át nem keveredhetik eléggé a bevitt sósavval. Ilyen használatmód mellett jó eredményeket látott achylia eseteiben. (Medizinische Klinik, 1907. 33. szám.)

PÁLYÁZATOK.

4192/907. sz.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye tiszai középjárásába kebelezett **Tiszabő** nagyközségben lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állára** ezennel pályázatot nyitok s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetőleg az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában foglaltak alapján felszerelt pályázati kérvényüket hozzám lehető előbb, de legkésőbb **f. évi november hó 7.-éig** adják be.

A községi orvos javadalmazása:

A községi pénztárból havi előleges részletekben fizetendő 1000 (egyezer) korona törzsfizetés. Negyedévi előleges részletekben fizetendő 200 (kettőszáz) korona lakbér.

A halottkémi teendők teljesítéséért 30 (harmincz) korona. A fizetőképes betegektől a szabályrendeletben megállapított díjak, a fizetésképtelen betegeket díjtalanul tartozik az orvos gyógykezelni. A vágatási biztosi teendők ellátásáért szedhető díjak.

A választást f. évi november hó 9.-én délelőtt fogom Tiszabő község községházánál megejteni.

A megválasztott községi orvos köteles állását a választás jogerőre emelkedése után azonnal elfoglalni.

Tiszaroff, 1907. évi október hó 23.-án.

2—1 *Borbély György*, főszolgabiró.

4141/907. sz.

Nógrád vármegye nógrádi járásában Romhány székhelylyel megüresedett **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek s felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében felszerelt kérvényüket hozzám **decz mber hó** 1.-éig nyujtsák be.

A körorvos javadalmazása a következő:

Évi fizetés 1200 korona, úti átalány 200 korona utólagos havi részletekben az állampénztárból kiutalva. 100—100 korona ötödéves korpótlék.

Látogatási és műtéti díjak kölcsönös megállapodás tárgya a községekkel, esetleg az eddig megállapított díjak az orvos lakásán 60 fillér, a beteg lakásán 1 korona. Székhelyen kivül természetbeni fuvar, vagy ennek megváltási díja és 3 korona látogatási díj. Műtétekért a 135,000/1900. B. M. rendelet IV. fokozatában megállapított díjak egyharmada 1—10 koronáig. Éjjel a díjak kétszerese. Egyéb jövedelme székhelyén vágatási biztosi díjak, halottkémlési és himlőoltási díjak, melyekből körülbelül 200 korona folyik be.

A megválasztott körorvos tartozik a köréhez tartozó 12 községet havonta egyszer meglátogatni és az igazolt szegényeket ingyen gyógykezelni.

A választás megejtése iránt később fogok intézkedni és arról a pályázókat értesitem.

Rétság, 1907. évi október hó 21.-én.

A főszolgabiró.

300/907. eln. sz.

Bihar vármegye közkórházánál egy 800 korona évi fizetés, élelmezés és teljes ellátással javadalmazott **segédorvosi állás** üresedett meg.

Felkérem a pályázni óhajtó orvos urakat, hogy Bihar vármegye főispánja, méltóságos Glacz Antal úrhoz intézendő kérvényüket, okmányaikkal felszerelve, hozzám f. évi **n vember hó** 1.-éig adják be

Nagyvárad, 1907. évi október hó 20.-án.

Fráter Imre dr., igazgató-főorvos.

A kecskeméti m. kir. állami gyermekmenhelyen lemondás folytán megüresedett **másodorvosi állásra**, mely 1200 korona fizetés, természetbeni lakás és I. oszt. élelmezéssel van egybekötve, pályázatot hirdetek.

Felhivom tehát mindazon orvosnőket és orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyeggel ellátott, orvostudori oklevéllel és eddigi alkalmazásukról szóló okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú belügyminister úrhoz czimzett folyamodványaikat f. évi **november hó** 15-éig alulirottnál nyujtsák be.

Kecskemét, 1907. évi október hó 18-án.

2—1 *Egressi Lajos* dr., igazgató-főorvos.

4066/907. sz.

A Kőrösladány községnél megüresedett 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 **november hó** 10.-éig bezárólag adják be hozzám, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Az állás javadalma 1200 korona fizetés, 200 korona lakáspénz. Látogatási díjak az orvos lakásán 40 fillér, a község belterületén a beteg lakásán 80 fillér, a község külterületén fuvaron kivül 4 km.-ig 2 korona, 4 km.-en túl 3 korona. Éjjel e dijak kétszerese. Foghúzásért, érvágásért, orvosi bizonyitvány kiállításáért 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, 1907. évi október hó 18.-án.

2—1 *Csánky Jenő*, főszolgabiró.

Nyitra vármegye érsekujvári közkórházában betöltendő **alorvosi állásra** a m. kir. B. M. 125,000/902. sz. körrendelete 2. pontja alapján pályázatot nyitok. Felhivom mindazon nőtlen 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 szab. 4. §-ában leirt módon f. évi **november hó** 15.-éig hozzám nyujtsák be. Közszolgálatban állott pályázó szolgálatból való kilépésének okát okirattal tartozik igazolni. Megjegyeztetik, hogy a kinevezés orvosokra két évi időtartamra szól, szigorló orvosok kineveztetése csak ideiglenes. Megelégedésre töltött szolgálati idő a vármegye területén esetleg üresedésbe jövő állásra való pályázatnál előnyképen figyelembe vétetik.

Nyitra, 1907. évi október hó 10.-én.

2—2 *Az alispán.*

9712/907. sz.

Az üresedésben levő **kisbecskereki orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Fizetése 1400 korona és lakáspénze 200 korona. A látogatási dijak egyelőre a következőképen vannak megállapitva; nappal 80 fillér, éjjel 1 korona 60 fillér. Megjegyzem különben, hogy a látogatási dijakat a megválasztandó orvos a községgel kölcsönösen fogja megállapitani. Felhivom a pályázókat, hogy szabályszerüen felszerelt kérvényeiket f. évi **november hó** 10.-éig hozzám nyujtsák be. A választás napját később fogom kitüzni.

Temesvár, 1907. évi október hó 15.-én.

2—2 *A főszolgabiró.*

HIRDETÉSEK.

LEGTÖKÉLETESEBB ERÖS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, BÖRNEK ÉS MÜSZEREKNEK NEM ÁRT

A **Bór- és Lithion-tartalmú**

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvénynél, a czukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő, Buda.

Téli és nyári gyógyhely.

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, massage, vizgyógyintézet, gőzfürdők, kö- és kádfürdők, gyógyvizuszodák. Olcsó és gondos pensió. **Csúz, köszvény, ideg-, bőrbajok,** lakás, ellátás felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága, Buda.** 3376

NESTLÉ

GYERMEKLISZTJE

csecsemők, lábbadozók, gyomorbajosok részére.

A legjobb alpesi tejet tartalmazza.

Gyermekápolásról ismertető iratokat ingyen küld: NESTLÉ

Bécs, I., Biberstrasse 11.

„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.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készitője JENCS VILMOS gyógyszerész,

2027 **Budapest, II., Fő-utcza 27. szám.**

Minden gyógyszertárban kapható.

MALTOCOL

LEGOLCSÓBB LEGTÖKÉLETESEBB

GUAJACOL-PRAEPARATUM.

TÖRV. VÉDVE

ÁRA 1k.80f.

TARTALMAZ: FAHÉJSAVAS (METOL) MALÁTASZÖRPBEN 7% KAL. SULFO-GUAJAC. 2% CALC. ES NATR. GLYCEROPHOSFOR. 1% NATR. CAMPHOR. STB. AROMÁS ANYAGOT.

KÉSZITI — MARBERGER GYULA VÖRÖSKERESZT GYÓGYTÁR BUDAPEST, VÁCI-UT 25.

Irodalom és minta ingyen.

Név védve. **Extractum** Név védve

Chinae „Nanning“

(A jelenkor legjobb stomachiouma.)

Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.

Javallatok:

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

1858

Eredeti üvegek à 2 kor. csakis gyógytárakban.

Egyedüli gyáros:

Dr. H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst M./m.

Alumnol.
Antipyrin.
Antistrepto-coccus-serum.
Argonin.

Novocain

egy új, minden izgató tünet nélkül ható helyi érzéstelenítő.

Legjobb cocainpótló szer.

Novocain legalább **7-szer kevésbbé mérgező mint a cocain,** és 3-szor kevésbbé mérgező mint annak pótlószerei. **Sem a vérkeringést, légzést, sem pedig a szívműködést nem befolyásolja.**

Novocain vízben könnyen oldható, **oldatai forralás által sterilizálhatók** és jól resorbálódnak.

Novocain **nem okoz sem intoxicatiót, sem szöveti pusztításokat, sem utófájdalmat.**

Novocain kitünő sikerrel alkalmaztatik **medullaris anaesthesiánál** és a **helyi érzéstelenítés minden alakjánál.**

Benzonaphtol.
Benzosol.
Dermatol.
Diphtheria-gyógyserum.

Syntheticus Suprarenin

a mellékvese ható elvének vegyi úton való előállítása.

A syntheticus suprarenin kitünik teljes tisztasága, megbizható és állandó hatása, valamint oldatainak kiváló tartóssága által. Az esetről esetre szükségelt mennyiség melegítés által sterilizálható a nélkül, hogy hatásából veszitene. **A syntheticus suprarenin tehát minden esetben az organikus mellekvese előtt előnyben részesül.**

Rp.: Solut. Suprarenin. hydrochloric. **synthetic.**
(1 : 1000) 5 és 10 kcm. üvegcsékben

Trigemin

a közvetlen agyidegek fájdalmas izgalmainál kitünően bevált analgetikum,

így trigeminus és **occipitalis neuralgiáknál, fül-, fej-** és **fogfájásoknál. Specifikum periostitis, pulpitis, neuritis,** valamint ama fájdalmaknál, melyek a **pulpa feltárására** vagy **ételő pasták alkalmazása után szoktak fellépni.**

Adagja: 2—3 gelatincapsula á 0·25 gm.

Gujasanol.
Holocain.
Hypnal.

Valyl-gyöngyök

á 0·125 gm. Valyl **csak a bélben oldódnak,** s így a gyomorra, még a legérzékenyebb betegnél sincsen kellemetlen hatással. **A Valyl fokozott mértékben birja a gyökönke jellegzetes hatását és ideges zavaroknál mint kiváló ideg- és csillapitószer vált be.** Különösen javalva van: hysteria, neurasthenia, szív- és idegneurosisok, zsábák, hószámi zavarok, migraine, hypochondria, álmatlanság és asthma nervosum eseteiben.

Kitünően bevált mint antidysmenorrhoicum; továbbá a terhesség és a klimakteriumban jelentkező panaszoknál. — Adagja: 2—3 Valyl-gyöngy 2—3-szor napjában.

Minden eredeti üvegcse 25 drb piros Valyl-gyöngyöt tartalmaz.

Lactophenin.
Lysidin.
Migraenin.

Isoform

új, nem mérgező, erősen bactericid,

tartós hatású antiseptikum és desodorans,

a genyben a bacteriumok növését erősebben gátolja mint a sublimat. Külsőleg isoformpor eves sebeknél és fekélyeknél mint fertőtlenitő; belsőleg á 0·5 gm. 1—4-szer, esetleg többször napjában, **kipróbált, ártalmatlan gyomor- és béldesinficiens.**

Isoformgaze bevált kötszer.

Tumenol-Ammonium

pótolhatatlan szer az eczematherapiánál, valamint a viszkető bőrlobok kezelésénél.

Mindennemű bőrbajnál sikeresen alkalmaztatott.

Tumenol-Ammonium vízben könnyen oldódik, nem mérgező, neutralisan reagál, izgatási tünetet nem okoz.

Orthoform.
Oxaphor.
Pegnin.
Sajodin.

Pyramidon

legmegbízhatóbb antipyretikum és antineuralgikum;

mindennemű lázak leküzdésénél, különösen **gümókórnál, typhusnál, influenzánál** stb. alkalmaztatik. Adagja: 0·2—0·3 gm.

Specificum fejfájások, idegzsábák, különösen **trigeminuszsábák** és **hátgerinczbajosok lancináló fájdalmainál;** sikerrel alkalmaztatott **asthmás rohamok megszüntetésére** és **hószámi zavarok ellen.** Adagja: 0·3—0·5 gm.

Salicylsavas Pyramidon, kiváló fájdalomcsillapító zsábáknál, csúzos és köszvényes bajoknál. Adag: 0·5—0·75 gm.

Savanyú kámforsavas Pyramidon, (Pyramidon bicamphoric.) kitünő eredménynyel használtatik **phthisikusoknál a láz és izzadsagelválasztás leküzdésére.** Adag: 0·75—1·0 gm.

Tetanus-Antitoxin.
Tuberkulin.
Tussol.

Anaesthesin

helybeli anaesthetikum, biztos, hosszantartó hatással, absolute nem izgató és nem mérgező, külső és belső használatra. Javalt mindennemű fájdalmas sebeknél és bőrloboknál, gümős és bujakóros gége- és légcsőfekélyeknél, ulcus és carcinoma ventriculi, vomitus gravidarum, gyomor-hyperaesthesia, tengeri betegség stb. eseteiben.

Adagja: 0·3—0·5 gm. napjában 1—3-szor.

Albargin

(Gelatose és arg. nitricum vegyülete.)

Absolut biztos, erősen baktericid, de még sem izgató antigonorrhoicum.

Sikeresen bevált a gonorrhoea heveny és idült alakjánál; hólyagmosásnál, idült Highmorüreg-genyedéseknél, a vastagbél megbetegedésénél, a szemészeti gyakorlatban és mint prophylactikum 0·1—2·0% vizes oldatban.

Használata olcsó.

Kimeritő irodalom az orvos urak rendelkezésére áll. 2890 A

Richter Gedeon vegyészeti gyára

Budapesten, X., Cserkesz-utcza.

HYDROPYRIN.

Új, vízben oldható acetylsalicylsav-készítmény.

Hatása azonos az aspyrinnal.

Specifikus szer influenzánál, izületi loboknál.

Lázellenes, lobellenes, fájdalomcsillapító.

Előnye az aspyrin felett, hogy folyadékban könnyen oldódik.

A gyomor nyálkahártyáját nem izgatja.

Főzetekhez, forrázatokhoz adható.

Hydropyrin por és tabletta alakban kerül forgalomba.

Tabletták 1 és ½ grammos nagyságban eredeti phiolákban.

Egy phiola 10 darab 1 grammos vagy 20 darab ½ grammos tabletta ára:

1 korona 20 fillér.

Lecithin Tablettae Richter
0.05 és 0.025 — a neurasthenia specifikus gyógyszere

Bromlecithin Richter
0.05

Tonogen Suprarenale Richter — Haemostaticum adstringens anaestheticum
Solutio 1:1000
a mellékvese hatóanyaga.
5, 15, 30 grammos eredeti üvegben.

Tonocain Richter — helyi érzéstelenítésre
eredeti 5 grammos üvegben és phiolákban

Tablettae Ovarii — klimax-zavaroknál

Tablettae Thyroideae — Myxoedema, golyva, obesitás stb.

Mintákkal kivánatra szívesen szolgál a t. orvos uraknak

Richter Gedeon vegyészeti gyára, Budapest.