

# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Hógyes 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 Babarcsi Schwartzter Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Róna Sámuel: Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról. A Schaudinn-féle spirochaeta gyakorlati értékéről szerzett tapasztalataim. 161. lap.

Chudovszky Móricz: Agydaganatok és Röntgen-kép. 163. lap.

Morelli Gusztáv: Az elsődleges tüdőrákról három eset kapcsán. 164. l.

Tárca. Tauffer Emil: Tengeri kikötők egészségügyi felszerelése, különös tekintettel az 1903. évi párisi egészségügyi egyezményre. (A kereskedelemügyi m. kir. minister úrhoz intézett jelentés.) 165. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Jancsó: Observations sur l'endemie de la malaria à Kolozsvár. — J. Bresler: Greisenalter und Criminalität. — H. Hoppe: Der Alkohol im gegenwärtigen und zukünftigen Strafrecht. — Aschaffenburg: Ueber die Stimmungsschwankungen der Epileptiker. — Lapszemle. Biológia. Winterstein: Az elfáradás élettana. — Általános kór- és gyógytan. Beitzke: A láz tanának mai állása. — Belorvostan. Tollens: A tüdővészések lázának orvos-

lása antipyreticumokkal. — G. Klemperer: Diabetesez gangraena operálása. — Géronne: Syphilitesez májláz. — Gebrovsky: A vese tapintása után beálló fehérje-vizelés diagnostikai értéke. — Sebészet. Mekus: A máj trauma utáni kibebbedése és operatív beavatkozás által elősegített újjaképződése. — Kader: A czombsérvek gyökeres műtete. — Gebele: Újabb adatok a vesesebészethez. — Lichtenberg: A narkosis utáni pneumoniák keletkezésének oka. — Gyermekorvostan. Rotch és Low: A vér bakteriologiai vizsgálatának jelentősége a gyermekkorban. — Húgyszervi betegségek. H. Loose: Cystopurin. — B. Goldberg: A prostatikusokon észlelt igen súlyos vérzésnek az okai és gyógykezelése. — Közegészségtan. Jellinek S.: A házi villamos berendezések egészséggtana. — Kisebbségi közlemények az orvosgyakorlatra. Robinson: Strychnin a húgyhólyag atoniája ellen. — Sachs: Thiosinamin-befecskendezések. — Hänselmann: Az orr tamponálása. 167-172. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 172. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 173. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 174-176. lap.

Melléklet. Szemészet 1. szám. Szerkeszti: Grósz Emil dr., egyet. tanár.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi szt. István-kórház bőrbeteg- és bujakóros osztályáról.

A Schaudinn-féle spirochaeta gyakorlati értékéről szerzett tapasztalataim.<sup>1</sup>

Irta: Róna Sámuel dr. egyetemi rk. tanár.

I. A spirochaeta pallida diagnostikai értéke.

1905 október 28.-án a spirochaetákról az Orvosegyesületben tartott előadásomban tartózkodó álláspontomra helyezkedtem a spirochaeta pallidának aetiologiai jelentőségét illetően, de nem zárkoztam el már akkor sem azon tény elől, hogy közte és a lueses elváltozások között szoros nexus van; sőt e tényre való tekintettel csakhamar ezen előadásom után azon gyakorlatilag fontos kérdést vettem fel magamnak, hogy ezen szoros nexus nem lehetne e diagnostikai célokra felhasználni?

Legelőször 1905 november 22.-én jöttem azon helyzetbe, hogy a spirochaeta pallida diagnostikai értékét kipuhatóljam. Ugyancsak e hóban még kétszer nyílt alkalmam a spirochaeta-lelet diagnostikai alkalmazására. Ezen esetekről részben én (már 1905. novemberben), részben Preis assistensem (Közkórházi Orvostársulat 1905 dec. 6.) nyilvánosan beszámoltunk. Ezen vizsgálatok eredményei annyira bátorítók voltak, hogy ettől kezdve kiterjedten alkalmaztuk a spirochaetavizsgálatot diagnostikai célból.

Ezen vizsgálatok végleges eredményéről akarok most beszámolni. Igaz, hogy a spirochaeta pallida diagnostikai jelentőségével egyes közlemények már foglalkoztak, különösen az utolsó hetekben; de tekintve, hogy én a legelső között voltam, a kik e kérdést nyilvánosan is tárgyalták, a megjelent közlemények ellenére sem tartom feleslegesnek, hogy további vizsgálataimról és megállapodott nézetemről beszámoljak. A fenti 3 eseten kívül

még 22-ben appelláltunk a spirochaetavizsgálatra kórjelzési célzással.

Az esetek vagy scabioses laesiók által takart s igen kezdetleges első syphilisnyilvánulások, vagy táji mirigyduzzanatok által nem kísért első nyilvánulások, vagy Ducrey-(lágú)-fekélyt utánzó (egy esetben genyedő bubó, egyben bubonulus által is kísért) fekélyek, vagy húgycsökankóval (gonococcuslelet) szövődött húgyesőnyílás körüli beszűrődés, vagy gonorrhoeával és phimosissal szövődött syphilisnyilvánulás a fitymaürben (a fitymaürből előzetes kifecskedés után kinyomott véres savó vizsgálata), vagy panaritiumnak tartott és ilyennek kezelt kézuji sclerosis, vagy jellegtelen serotális, vagy egyszerű herpeserosiónak, vagy néhány napos horzolt sebnek imponáló monybeli, vagy klinice meg nem határozható nyelvvaltozások, vagy gangraenával szövődött sclerosis, vagy inguinalis mirigyduzzanatok minden más luestünet nélkül (punctioval vett nyirok vizsgálata).

Ezen 22 eset tehát mind olyan volt, hogy klinice nem lehetett biztos kórjelzést felállítani, és még a bővebb tapasztalatokkal rendelkező orvosnak is csak legfeljebb gyanakodni lehetett a lueses fertőzésre. És megannyiban typosos spirochaetalelet!

Ezen vizsgálatokból kiderült, hogy a spirochaeta pallida, azon óvatosság szemeltartásával, mely a vizsgálati anyag vételekor, festésekor szükséges, elsőrendű diagnostikai értékkel bír.

Legtöbb hasznát vehetjük a lueses fertőzésnek igen korán való biztos felismerhetése céljából. Nem ismerem más ilyen megbízható jelt, melylyel a luest olyan korán lehetne kórismézni. Talán szerénytelenséggel vádoltathatás nélkül mondhatom, hogy tapasztalataim alapján a legtöbbször lehetőleg korán klinice is fel tudom ismerni a luesinfeciót, de be kell vallanom, hogy oly korán és oly biztosan, mint a spirochaetalelet segítségével, klinice nem tudom. Egész sor olyan eset volt a 22 eset között, hol legalább még egy, akár több hétig is kellett volna várnom és észlelnem a lefolyást, míg a lueskórismét biztosan felállíthattam volna. És ebben rejlik a spirochaeta pallida egyik óriási gyakorlati értéke. Mentül jobban beledolgoztuk magunkat ezen vizsgálati módba, annál jobban át vagyunk hatva az értékes voltától, úgy, hogy ma nyugodt lélekkel ajánlhatom a gyakorló orvosoknak

<sup>1</sup> Előadott a budapesti kir. Orvosegyesület dermatologiai szakosztályának 1906 december 17.-i ülésén.



a kellő gyakorlat mellett igen könnyű spirochaetavizsgálat azonnali megejtését, mihelyt csak a luesnek legkisebb gyanúja forog fenn.

*Egyszeri negatív eredmény természetesen nem bizonyított lues ellen; ilyenkor többször is kell anyagot venni és újból vizsgálni.*

De nem kevésbé fontos a jelentősége a spirochaetavizsgálatnak a *genitális* és a *szájür késői, sokszor jellegtelen lueses elváltozásainak* biztos körjelzése terén. Mindenki tudja, hogy hányszor akad meg a tapasztalt orvos is *régi luesesetekben* egy-egy szájüri vagy genitális elváltozás elbirálásakor, főleg az előbbinél, hogy lues e még, vagy már postsyphilitikus heg, vagy leukokeratosis, vagy fogsértés illetőleg herpes okozta elváltozás; avagy hányzor jutunk azon helyzetbe, hogy *minden lueses anamnesis hiánya ellenére* egy-egy csekély genitális vagy szájüri laesio a lues gyanúját kelti fel bennünk. Mindezen esetekben a spirochaetavizsgálatnak, illetőleg a pozitív letetnek megbecsülhetetlen értéke van.

Egy esetben a 6 év előtt, egy esetben a 9 év előtt szerzett lues egyetlen, az utóbbi esetben igen csekély genitális recidíváját ismerhettem fel biztosan a spirochaetalelet segítségével.

A legérdekesebb volt azonban a következő eset. Egy fiatal embert, a ki 1901-ben, tehát körülbelül 6 év előtt szerezte luesét, és a ki ezen idő alatt 260 bedörzsölést végzett, azzal küldött orvosa folyó évi szeptember 18-án hozzám, hogy tekintve az illető nőülési szándékát, mondjak biztos véleményt az alsó ajk nyálkahártyáján és a nyelv bal szélén a nagyszámú bedörzsölések ellenére időnként ismételt jelentkező laesiókról. Lencsényi hyperaemiás infiltratum volt akkor az alsó ajk nyálkahártyáján és lencsényi ezüsféhér hámvastagodás a nyelv bal szélén. Az előzményeket tekintve, a laesiók gyanúsak voltak luesre, de biztos felvilágosítást a *positív* spirochaetalelet adott. Ugyanis a nyelv absolute jellegtelen laesiójából felsebzés után vett kaparékban tipusos Schaudinn-féle spirochaetákat találtam.

## II. A késői syphilidek ragadás volta.

Ha a Schaudinn féle spirochaeta *aetiologiai* jelentőségre emelkedik, a mi az újabb tapasztalatok után mindinkább valószínűnek látszik, az előbbi pontban közölt késői esetek mintájára könnyű lesz annak a kérdésnek pontos klinikai eldöntése is (a mi kísérleti úton majmokra oltás által már eldöntött), hogy a késői ú. n. *harmadlagos* lues termékei is ragadásak-e.

Eddig ugyanis azt tartottuk, hogy a késői syphilidek alig, vagy épen nem ragadások, sőt a legtöbben azt hitték, hogy ezek már nem is a syphilis mikroorganizmusai által idéztetnek elő. Ezen nézetek a fent említett experimentális oltások által már is tarthatatlannak bizonyultak.

A mi a fertőzés veszélyét illeti, gyakorlati szempontból első sorban a felületen késői syphilidek, a késői papulák és göbök, nem pedig a subcutan, a tulajdonképeni gummák jönnek tekintetbe. A mint fentebb láttuk, az ilyen felületen papulák még tömeges spirochaetákat rejthetnek magukban, úgy hogy alkalmasan egész sor embert fertőzhetnek, ha csakugyan a spirochaeta pallida a lues okozója.

## III. A spirochaeták kimutathatóságának tartama a syphilitikus elváltozásokban a kéneső-kezelés behatása alatt.

E kérdés megoldását is 1905-ben kezdtük meg és ez évben folytattuk. Eddig 24 esetben végeztem ez irányban vizsgálatokat. Az eredményeket, melyeket magam ellenőriztem, ha a vizsgálatok lezártnak, egyik segédem fogja közölni<sup>1</sup>, és én csak annyit emelek ki e vizsgálatok eredményéből már ma, hogy 37 és 48, sőt 55 bedörzsölés után is még ismételtent tudunk egyes szájüri vagy genitális olyan laesiókból spirochaetákat nyerni, melyek a kezelés megkezdésekor már fennállottak, szóval mindaddig, a míg a laesio, ha nyomokban is, fennállott. Viszont, a meddig valamely helyen spirochaetákat találtunk, ott bonczani elváltozás is volt.

## IV. Az úgynevezett „vegyes sanker“ tana.

A spirochaeta pallida felfedezése egyrészt, a Ducrey-bacillus ismerete másrészt lehetővé teszi a következő kérdés felvetését is: *Előfordul-e a Ducrey-bacillus egyidejűleg a spirochaetával egy és*

*ugyanazon laesioiban?* Vagy hogyan viselkednek ezek egymással szemben? E kérdés vizsgálatára az ösztönzött, hogy a mikor az ulcus gangraenosummal foglalkoztam, azt találtam, hogy a hol a nekrosisos spirochaeták előfordulnak, nem találhatók Ducrey-bacilluskok, és viszont; mintha egyik jelenléte kizárná a másikat. Vizsgálataim tárgyát oly esetek képezték, melyekben heveny gyuladással környékű, vagy genyes, nekrotikus alapú, tehát a Ducrey-fekélyhez hasonló fekély és *nem erosio* volt jelen, de a táji mirigyek viselkedéséből luesre is gyanakodtunk. Ilyen volt az I. pont alatti 22 esetünk között 2 eset. *E kettőben a kaparékban csakis spirochaetát leltünk, Ducrey-bacillust nem* (az egyikben később a fekély alapja szemünk előtt indurálódott). Még érdekesebb volt ugyancsak a fenti 22 eset között a következő: erősen genyedő ulcust genyedő bubo kísért és a fekély detritusában *sem Ducrey-bacillust, sem spirochaetát* nem leltünk, ellenben a bubo megnyitása után visszamaradó tömött mirigyreszlet nyirokja pozitív spirochaetaleletet adott. Tehát a 3 közül egyik sem volt ú. n. „vegyes sanker“. Ezekon kívül is vizsgáltunk még néhány vegyes sankerre gyanús laesiót, de a spirochaeta pallidát a Ducrey-bacillussal együttesen eddig még nem találtuk. De még azt sem észleltem eddig, hogy oly fekélyek, melyek kaparékában Ducrey-bacillust találtunk, a lefolyás alatt syphilitikusnak bizonyultak volna, akár spirochaetalelet, akár általános luestünetek jelentkezése által.

Távolról sem vagyok meggyőződve, hogy vegyes fertőzés ne léteznék, sőt tankönyvemben a következő lehetőségeket szerepeltettem: 1. *Ducrey-bacillus* és a lues mikroorganizmusa egy momentumban ragadt át; az előbbi gyors nekrosist okozva *fekélyt* alkot; az utóbbi lassabban hatva, a fekély alatt eleinte észrevehetetlen, majd a fekély előrehaladtával vagy gyógyulásával tömött vagy kemény beszűrődést okoz, és nyomában a táji mirigyek is porczkeményen beszűrődnek.

2. Előbb a syphilis mikroorganizmusa tör be valahol és idéz elő reactiv szövetbeszűrődést; ezzel a beteg coital egy Ducrey-fekélyben szenvedővel és a syphilitikus laesio tetejére beoltódik a Ducrey bacillus. Ekkor a syphilitikus elváltozás elveszti jellegét, fekélyessé, fájdalmassá lesz, fenekét genyesejtekkel átszőtt nekrosisos szövet alkotja, szélei kimaródnak, és környékén heveny gyuladással jelenségek keletkeznek. Mondom, ezen lehetőségeket én magam is hittem, azonban fenti vizsgálataim eredményei azt látszanak bizonyítani, hogy exactabb vizsgálatok mellett még sem lesz oly gyakori, mint eddig könnyedén felvettük és nem lehetetlen, hogy az lesz a gyakoribb, a mit ugyancsak már könyvemben is kiemelttem: 1. A syphilitikus laesio csak a banális genyesztő mikrobák (staphylococcus) által lesz fekélyessé és ez utána a „vegyes sanker“ képét. 2. A nagyobb fokú szétéset *kivételesen* a syphilis okozója egymagában teremti meg.

Ma mindezen lehetőségek exact (histologiai és bakteriologiai) vizsgálatok által elülről tanulmányozhatók. De a vizsgálatok irányának is változnia kell, ha megbízható eredményeket akarunk elérni. Ugyanis nem lesz elegendő csak a vegyes fertőzésre directe gyanús eseteket vizsgálni, hanem a tisztán és határozottan Ducrey-fekélynek imponáló fekélyek és egyáltalán minden fekély egész lefolyása alatt újból és ismételtent vizsgálandó.

## V. A spermának spirochaetákra vizsgálata.

Tudjuk, hogy a lues második szakában, főleg az elején, a lues átöröklése az utódokra csaknem obligat. Felvehető volt tehát, hogy a fertőzést ilyenkor a mindenív és így az ondószálasákba is eljutott vírus okozhatja, és ha e vírus a spirochaeta pallida, a *spermavizsgálatnak* valamelyes útmutató eredménye lesz. Igaz, hogy időközben *Finger*-nek már sikerült syphilitikus egyén spermájával majomra luest átoltani, de minthogy egyrészt az oltási anyagot kifogásolták, másrészt meg *Hoffmann*-nak és *Neisser*-nek az oltás nem sikerült, és végül, mert a spermával pozitív oltás sem magyarázza meg a paternális infectiót, még sem véltem feleslegesnek a sperma direct vizsgálatát spirochaetákra.

Sajnos, hogy használható anyagot nagyon nehéz kapni, mert olyan egyénektől kell azt venni, a kiknek a genitáliáról spirochaeta kivülről nem keveredhetik a spermához. Eddig 3 olyan esetben juthattam hozzá, a hol supponálhattam, hogy ilyen külső fertőzés nem valószínű. Az 1905. év július és augusztus

<sup>1</sup> Már nyomás alatt van Fűrész Jenő tollából.



hónapjában 3 egészen friss általános luesben szenvedő egyéntől onania útján szereztem be a spermát. Minden egyén váladékából 8—10 tárgylemeznyi készítményt vizsgáltam át. Rendkívül fárasztó és hosszadalmas vizsgálatok voltak ezek, de eddig még sem az ondószálaságban, sem a vivő folyadékban spirochaetákra nem akadtam. E vizsgálatokat is folytatjuk.

\* \* \*

A mint látjuk, a Schaudinn-féle spirochaetának a syphilis-sel szoros nexusa a jövő kutatások egész sorának forrásává válhatik, és számos függő, vagy újonnan felvetett fontos gyakorlati és elméleti kérdés megoldására nyit messze kilátást. Részemről többek közt a következő vizsgálatok vannak folyamatban: 1. A spirochaetaleltre alapított korai kórismének kihatása a korai radikális (exstirpatio, korai energikus [oldhatatlan higanysókkal] higanykezelés) terapiára. 2. A superinfectio kérdése az I. és II. stadiumban. 3. A condyloma képződésének és bő spirochaeta-tartalmának okai. 4. A házinyulak szemcsarnokába való oltás eredményeinek vizsgálata. 5. A spirochaeták tenyésztése

Mindezekről egy jövő alkalommal fogok beszámolni.

## Agydaganatok és Röntgen-kép.

Közli: Chudovszky Móricz dr., közkórházi igazgató.

Az agydaganatok kórismézése mai vizsgálati módszereink kapcsán lassan-lassan veszt abból a bizonytalanságból, a mely mostanáig lényeges akadály volt annak, hogy műtehessek. Ha pedig az a sebész, a mely kellő óvatosság mellett majdnem minden emberi szervet tud operálni, e téren is előbbre jutni kíván, úgy ezt csak oly módon fogja elérni, ha az agyműtétek esetén a műteendő helyzettel teljesen tisztába jut. Ha nem tapogatódzunk a koponya lékelése után, mint az úgynevezett próbahasmetszésekkel hasi műtéteknél, hanem a lékelés műtétje az agymegbetegedés helyének megfelelő legyen.

Ismeretesek azon tünetnyek, a melyek alapján agydaganatot kórismézzünk, sőt nagyrészen ismeretesek azon tünetnyek is, a melyek alapján a helyét is helyesen kórismézzük. Egy új lépés e téren, hogy bizonyos nagyságú és helyzetű agydaganatot és tulajdonságait a Röntgen-kép alapján meg tudjuk határozni. A mi egyes esetekben sikerül, lehetetlen, hogy bizonyos idő múlva általánossá ne válhasson.

Az agydaganat eseteiben mutatkozó tünetnyek vagy olyanok, a melyek a szervezet általános működését befolyásolják s növekedésükkel azok is változnak; vagy olyanok, a melyeket agymegbetegedési góczytünetnyeknek nevezünk. Ezen utóbbiak az illető bántalmazott hely megbetegedése fokától függenek, és okozhatják, hogy az illető agygóczy működése fokozódott, vagy csökkent, vagy megszűnt. Vannak végül oly csoporttünetnyek, a melyek alapján az agydaganatok különböző jellegét lehet meghatározni. Két esetet kívánok ismertetni, a melyek a kórisme megállapítása szempontjából reánk sebészekre nézve érdekelhetnek.

1. J. J., 24 éves, férfi, ápoltuk 1906. február 2.-ától márczius 14.-éig. Két év előtt a jobb halántékába lőtt. A sérülés csupán koponyahorpadásból állott. Ezen sérülésnek eleinte semmiféle következményei sem mutatkoztak. 1905 augusztus havában egyszer hirtelen összeesett és görcsei támadtak a test izomzatában. Ezen görcsök ismétlődtek. Ezen idő óta szellemi képességei, mint emlékezete, akaratnyilvánítása, gondolkodása, megzavarodtak. A helyről, időről nem tájékozódik. Egész szellemi élete gyerekes lett. A fej Röntgen-képe — 30 V.  $\frac{1}{2}$  Amp. Müller-lámpa 1 p. — s Schleussner-féle kettős Röntgen-lemezen készült negatívja azt mutatja, hogy a jobb oldali halántékpikkelye táján van egy öt koronányi világosabb folt, néhány igen apró világos szemcsével.

Az illető egyén tengéleti szervei épek, az egyedüli elváltozás az öt koronányi enyhe horpadás a jobb halántéktájon. Öt napi észlelés ideje alatt egy ízben a végtag izmaiból kiinduló görcsöket észleltünk, utána rövid ideig eszméletlen volt s a szembogár fényre és árnyra renyhén húzódott össze. Mindezek alapján valószínű kórisménk: agycysta esontrészetekkel, a mely nagyságánál fogva a végtagmozgató idegpályák útján Jackson-féle nyavalyatörést okoz, továbbá homlok-lebenyi helyzeténél fogva kifejezett elmeengedést okoz.

Műtét február 7.-én chloroformbódítás közben. A jobb halánték behorpadt részletén Collin-féle lékelővel és Gigli-fürészszel koronányi helyet lékelünk. A esonthoz nőtt kemény- és lágyagykérget ollóval átsapjuk, ezen alkalommal az elülső homloklebenyben ülő nagy diónyi agytömlő megnyílik, benne néhány kis borsónyi esontörmelék. A tömlő falát sikerül lehúzni, az üreget a lüktető agyállomány csakhamar elzárja. Gaze-csikot helyezünk a kiirtott tömlő helyére, az agyhártyalebenyt ráborítjuk, úgy hogy a gaze-csik egyik csücske a esontsebbe ér. Gaze-kötés.

A gyógyulást semmi sem zavarta, a gaze-csikot az ötödik napon eltávolítjuk, a esont- és borseb sarjakkal lassan záródik. Márczius 19.-én távozik. Úgy ezen idő alatt, mint az 1906 szeptember elején folytatott megbeszélésig görcsei nem ismétlődtek, de elmeengedése sem javult meg. Langyos fürdőket kapott és belsőleg hosszú ideig jodot.

2. K. J., 10 éves leány, ápoltuk 1906 február 10.-étől 30.-áig. Fél év előtt a gyermek fejét kezdte fájlalni, a mi lassanként annyira fokozódott, hogy se nappala, se éjjele nem volt nyugodt. A fájdalom a tarkóján székelt. A gyermek állandóan szédült, úgy hogy le kellett fektetni. Két hó óta nem lát s nem beszél. Igen lesóványodott. Felvételekor a beteg eszméletlen, ha lábát vagy kezét érintjük, fájdalmat jelez. Összes végtagjait mereven tartja, azokat csakis erőszakosan lehet behajlítani vagy kifeszíteni. Behatásokra ő maga is mozgatta végtagjait, mozgásuk lassú és erőltetett. Homloka ránczolt. A jobb szemgolyó kissé előbbre áll, szempilláját nyitja, ezen az oldalon a szembogár középtág, fényre és árnyakra alkalmazkodik. A bal szemgolyó rendes helyzetű, szemrését alig nyitja, a szembogár szűk és nem tud alkalmazkodni. Mindkét szemfenéken pangásos papilla jelenléte állapítható meg. Ammoniakra tintorítja az orrát. Hangokra nem figyel. Nem beszél, csak nyöszörög. Maga nem kér enni. Eteni kell. A nyelv szabad. Időnként hány. Maga alá székel és vizel. A hőmérséke 37.3—37.7 között ingadozik. A fejről nagynehezen sikerül Röntgen-felvételt készíteni.

A felvételnél a bal fal- és halántékesont a lemezen fekszik. A kép 30 V.  $\frac{1}{2}$  Amp. 2 perc alatt Wehnelt szagató alkalmazása mellett kettősen kent Schleussner-

féle Röntgen-lemezen készült. A kép biztosan mutatja a hirtán székelt daganat képét. Tekintettel arra, hogy egy részlete az agyacsátort is éri, s nagyobb részlete az alatt van, azt kellett feltételeznünk, hogy a daganat az agyacs bal felében székelt s valószínűleg lobos eredésű. (Lásd a mellékelt ábrát.)

Műtét június 30.-án. A bal nyakszirti pikkely táján tojásdad alakú, 3 × 4 cm. méretű félves metszéssel áthatolunk a lágyrészekre s a esonthon, azt mint esontképlőbenyt lehajlítjuk. Az agyhártyákat eleinte az agyacsátort felett nyitjuk meg, a baloldali agygyomrocából finom tüvel 150—200 gm. tiszta sárga savót eresztünk ki. Erre a sebvonalba toluó agy visszahúzódik. Miután az agyacs bal felét áttapintottuk, a műtét kivihetetlennek bizonyul, mert a daganat a bal agyacs  $\frac{1}{3}$  részét, a jobb agyacsban egy kis részt s az agyacszárak helyét foglalja el, a mellett felül az agyacsátorttal összenőtt. Az agyhártyákat összevarrjuk, a baloldali alsó sebzugba kis csikot helyezünk. A esontképlőbenyvel zárjuk a lék helyét. A műtét után a beteg bal szemrését nyitja, a szembogár fényre reagál. Este felé a beteg hirtelen rosszul lesz és rángógörcsök közben meghal. Boncsoláskor az agyacsban egy 4 × 6 × 5 cm. méretű, a bal agyacs  $\frac{1}{3}$  részét s az agyacszárak helyét elfoglaló, a jobb oldali agyacsba diószzerűleg belenyúló szürkésfehér porckemény daganatot találunk, a mely az agyacsátorttal összenőtt. Ezen elmeszedett kén-sárga göbök találhatók. Mind a két oldalsó agygyomroc jelentékenyen tágult. A többi szervben gümő nem mutatható ki.

A Pertik tanár intézetében foganatosított kórszövetani vizsgálat a következőket mutatta: A vizsgálatra készült metszeteken magfestés egyáltalában nem állapítható meg. Az egész szövet nekrotikus, elsajtosodott. A nagy sajtos terület a periphéria felé részben epitheloid, részben lymphoid sejtekkel határolt. Óriássejtek nem láthatók. A görcsövi kép alapján elsajtosodott solitaer gümőt kell felvennünk.

Ha az agydaganat ezen két esetének tünetnyét számbavesz-

<sup>1</sup> A vizsgálatért Királyfi dr. tanársegéd úrnak hálás köszönettel tartozom.



szük, úgy a sérülésből eredő agycysta esetében az általános tünetek közül csupán a görcsök, az utána beálló eszméletlenség s a szellemi élet nyilvánulásának csökkenése az, a mik észlelhető. Az agyacsdagánatok esetében az agydagánatok fejlődésére jellemző összes általános tüneteket láttuk, így észlelhető a fejfájás, szédülés, hányás, rendetlen izomösszehúzóások, eszméletlenség, a szellemi élet nyilvánulásának megszűnése.

Az első esetben mint lokalizáló góczytünetment kell fel-fognunk a szellemi életnek a megzavaródását, a mely a lefokozásában nyilvánul, s a mely a homlokagylebenyek egy részének elpusztulása után be szokott állani. A kezdődő Jackson-féle nyavalyatörést is mint góczytünetment lehet magyarázni. A fejlődő agycysta nyomása a centrum semiovalera fejt ki nyomó hatását avagy a sérülés helyén odanőtt agyhártyák útján fejt ki a hatását.

Kiváló becses adatot szolgáltatott a Röntgen-kép jelen esetben. Biztossággal kimutatta a dagánatok nagyságát, helyét. Jelezte azt, hogy a dagánatok alkalmasint sérülésből származó diónyi agycysta, a melyben csonttörmelékek vannak, jelezte azt is, hogy a dagánatok a II. homloktekervényt foglalja el.

Az agyacsdagánatok góczytünetmentei biztossággal meg nem állapíthatók, mert fejlődésük első szakában igen sokszor semmi különös tünetment sem okoznak. Sőt vannak esetek, a midőn nagyobb fokú agyacsroncsosítás esetében sem mutatkoznak góczytünetmentek. Az az egy biztos, hogy, ha a dagánatok az agyacsférget bántalmazzák, akkor a végtagok inkoordinált mozgásai feltűnővé válnak, a nélkül azonban, hogy az egyes izomszövetek hűdése mint jellegző kimaradási tünetment mutatkoznék. Ha a betegünk bajának fejlődését ezzel összehasonlítjuk, úgy e tünetment mint az agyacsdagánatok góczytünetmentét megjelöljük. A mi esetünkben az agyacsdagánatok áterjedt az agyacszárakra és ennek megfelelő góczytünetmenteként azt észlelhetjük, hogy a végtagokon bizonyos kényszerhelyzet és bizonyos kényszermozgások mutatkoztak. Az agyacs dagánatok góczytünetmentje volt az eleinte az agyacs tájkára kiterjedő fejfájás s az egyénnek dülöngő járása.

Az egyénnél fellelhető pangásos papillát s az ebből kifejlődött vaktságot megfejt az oldalgymrocok vízkórja. A baloldali szembogár hűdését hasonló módon magyarázom. A baloldali felső szempilla hűdését a dagánatok az ikertelepekre gyakorolt nyomásából fejthetem meg.

A góczytünetmentek csoportosításán kívül a Röntgen-kép szolgáltatotta nekünk a legértékesebb helyjelzőt. Megjelöli számunkra a dagánatok helyét, nagyságát, valószínű összenövését az agyacsátorral. Mindezeket összegezve, a műtétet megelőzőleg megállapíthatjuk teljes pontossággal, hogy mily kiterjedésű műtétet kell majd az agyacs helyén végeznünk. Sajnos, hogy a műtét csak próbaműtét lehetett, de a műtétkor lelt viszonyok olyanok voltak, hogy a dagánatok eltávolítani lehetetlen volt.

Azzal a reménnyel indultunk a műtét végrehajtásához, hogy mivel a beteg szervezetében gümőkóros tünetmentek nem észlelhetők, a szülők részéről gümőkóros terheltség nincs, alképlettel lesz dolgunk. A műtét a Röntgen-képpel kapcsolatban kimutatta, hogy ha agyacsdagánatok esetében az agyacsátor helyén a dagánatokkal kapcsolatos összenövés mutatkozik, úgy az gümős vagy más gyuladással eredésre utal. Ilyenkor pedig a műtétet mellőzni fogjuk.

## Az elsődleges tüdőrákról három eset kapcsán.

Irta: *Morelli Gusztáv dr.*, klinikai gyakornok.

(Vége.)

Harmadik esetünk a következő:

K. M., 28 éves nő, felvételt 1903 május 8-án. Anamnesis: szüleit szívhaj következtében vesztette el. Őt testvére kicsiny korban halt meg. Ő maga mindig egészséges volt. Jelen baja 1903 januárjában meghűléssel kezdődött, mikor is borzongások, hőemelkedések kíséretében köhögni kezdett. 10 nap múlva a borzongás megszűnt, a köhögés azonban állandóvá vált és minden kezelés ellenére fennállott javulás nélkül, miközben a beteg lesoványodott és elgyengült.

1903 márczius közepén hidegrázás közben hőmérséke hirtelen 40-20-ra emelkedett, majd toroktünetek jelentkeztek, melyek 10 nap alatt valószínűleg egy tonsillitis follicularis lefolyása után megszűntek. Köhögése azonban erősödött, s e miatt kórházba került. Kórházi

tartózkodása alatt vette észre április 1-én, hogy köhögéskor véresen csikolt köpetet ürít, mely véres köp- te ürítés 2 hétig állott fenn. Ezután baloldali igen erős, szűró jellegű fájdalmak kíséretében tömöttön alvadt vérrögöket köpött. Majd bal karjában és jobb lábszárában voltak néhány napig rheumatikus fájdalmak. Május 7-én este körülbelül fél óráig tartó hidegrázás után rendkívül heves jobboldali szűró fájdalmak voltak. Hőmérséklete ismét jelentősen emelkedett, úgyannyira, hogy az erős fájdalmaktól alig tudott lélekzeni. Igen rövid időközökben szárazköhögés kínozza, a mely fájdalmait rendkívül fokozta. A beteg a panaszaival május 8-án beszállítottatott az I. számú belklinikára.

*Jelenállapot.* A beteg közép-termetű, elég jól fejlett, gyengén táplált, lesoványodott, halvány, vérszegény; arca kipirult, a légszomja fokozott, étvágya nincs, nyakmirigyek nem tapinthatók. Légszomja mindkét mellkasfél egyenlően tér ki, a légszom felületen, szapora. Száma percenként 56. A szív- tómpulat normális, a verőér- lőkés kis hullámú, igen szapora, rhythmusos, száma percenként 140. A mellkas percussió vizsgálatát az mutatja, hogy a jobb tüdő elül a csücsktől a IV. bordáig relaxálva van. Itt infiltratio kezdődik, mely elül a V., az elülső hónaljvonalban a VI. borda alsó szélén és hátul a IV. hátesigolya magasságában abszolút tompulatba megy át, mely exsudatumnak bizonyul. Mindkét csücs felett hangos, érdes be- és kilégzés hallható, a jobb hónalj- kúpban levő tompulat felett éles, hörgő kilégzés hallható, crepitatio- tól kísérve. Hátul a tompulat felett szintén éles hörgi légszom hallható, mely a gerincoszlop felé eső részek felett szűrtyözeje- kéből álló crepitatio- tól kísért. A VII. bordától lefelé eső tompulat felett a légszom gyengült, a hörgi légszom pedig tompává válik.

A köpet tapadó, szívós, üvegszerűen átlátszó, világos, barnás- sárga, véres, a ver a nyálkarészekkel igen bensőleg kevert, Fraenkel-féle diplococcus található benne.

A vizelet normális febrilis vizeletnek felel meg, albumen nincs. A hőmérsék felvételkor 39 C°.

A kórlefo- lyamat a részletek mellőzésével az észleltetett, hogy a jobboldali tüdőfo- lyamat az exsudatum lassú felszívódása és a tompu- lat feltisztulása közben augusztus 10-éig kisfokú tompulat és az infiltratio egyéb jeleinek visszamaradásával gyógyult. A lázmenet azon- ban annak ellenére rendetlen remissiókkal és főleg esteli exacerbatiókkal 36 és 38-50 között fennáll.

Ezenkívül május 15-étől kezdve a láz emelkedésével a bal czomb és lábfej dorsális részeiben fájdalmas oedema támad, míg a térd- hajlatban erős fájdalmat jelez a beteg, hol kisujnyi vastag köteg tapint- ható. Az e helyen keletkezett thrombophlebitisnek kórismézett folyamat lassanként a fossa ovalisig terjedt, valamint ugyanaz igen heves fájdal- mak és láz kíséretében augusztus 1-én a jobb könyök- és kéztőizületben is megjelent.

E közben az eddig teljesen épnek talált bal mellkasban elül a II. bordaközben türethetetlen heves fájdalmak keletkeznek; ugyanott a kopogtatási hang rövidült, a légszom hangos, érdes és kisfokú crepitatio hallható. A beteg feltűnően soványodik, igen elesett, gyenge, minden este 38-39 C° a hőmérséklete, a thrombophlebitis kisebb remissiókat mutat ugyan, de nem fejlődik vissza, állandóan sokat köhög, a mi főleg bal mellkasi fájdalmat okoz.

A thrombosisok kifejlődésével párhuzamosan a szív- tómpulat meg- nagyobbodott, a mennyiben a jobb szegyszélt egy harantujjal meghaladja és a III. bordán kezdődik. A szívcsücsök és az elülső hónaljvonalban a VI. és VII. borda közt található, körülírt, nem emelő.

Ugyanekkor hátul mindkét oldalt a paravertebrális vonalban a IX. bordától lefelé tompult hangú területet találunk, mely felett lég- zés nincs.

Augusztus 15-én a jobb kar és mindkét térdizület ismét erősen fájdalmas, mindkét alsó végtag és a jobb kar a könyöktől kezdve erősen oedemas, majd collapsus tünetei közt a hőmérséklet 36-70-ra csökken. A beteg egyszerre homályosan lát. A bal szeme előtt minden sötét és jobb szemével is csak az esthomálnak megfelelő fényben lát mindent. A szemvizsgálat szerint ezt a bal szemben teljesen, a jobb szemben részlegesen létrejött retinalis venathrombosis okozta. Ezután a beteg rohamosan gyengül, az állandó kínzó köhögéstől teljesen ki- merül, pulsusa filiformissá lesz, oedemái nőnek, végtagjai hűvösek lesz- nek, s végre augusztus 18-án szívgyengeség tünetei közt elhalt.

A boncoláskor, csak a jellemző részeket említve, a következő- ket találtuk: A jobb tüdő felső és középső lebenye a pericardiummal és a bordákkal összenőtt (kötőszöveti összenövés); a tüdőn mély be- húzóások és ezeknek megfelelő hegek

A felső lebeny löszörpárnatapintatú, a csücsktől lefelé 4 cm.-nyire heges megvastagodás, mely sugarasan terjed szét. Metszészlapján besü- pedtebb részek mellett a metszészlap túlnyomó része a centrális részek felé halványabb, tömött. A metszészapon minimális kiemelkedések, a lobuláris rajz és a hörgők ramificatioja kifejezett. Az alsó lebeny metszészlapján az ér és kötőszöveti rajz nagyszámú fehér ponttal tarkított, néhol pedig egész lobulusok légtelenek, törékenyek, nyomásra zavaros nedvet ürítők. Mind- ezen elváltozások centrális jellegűek. A bal tüdő felső lebenye alsó nyúlványának felszínén, mintegy tenyérnyi terjedelemben, a pleura szá- raz organisatióban levő izzadmánnyal takart. A bal tüdő metszészlapján a kötőszöveti kötegek átmetszett rezéje látszik igen kifejezetten. Úgy itt, mint a jobb tüdő metszészlapján a megvastagodott falú kis erek finom szemcséi a miliáris gümőkór gyanújelét keltik. A gümöcskék fehérek, néhol hosszirányban átmetszve. A metszészlap megfigyeltése mutatja, hogy nem miliáris göbökkel, hanem szívós kötőszöveti göböcskékkel és átmetszett erekkel találkozunk.

Mindkét csücsban palás hegek, a jobboldaliban subpleurális fek- vésével a kérges pleurával összenöve. A bal tüdő felső lebenyében az



arteria pulmonalis egy harmadrendű ágában száraz tapadó thrombus. A jobb tüdő teljesen a bordákhoz nőtt, valamint a bal tüdőnek a felső lebenye is. A bal mellkasban 50 cm<sup>3</sup> zavaros véres-savó található. A bicuspidalis elülső billentyűjén borsónyi, szemölcsös, condylomához hasonló felrakódás, ezeken kívül vannak thrombosisok a vena cava inferiorban, a jobb könyökvenében, a erurális vénákban, főleg a jobban és a bal szem centrális ideghártyavenájában. Végül thrombosis parietalis apicis cordis dextri. Endocarditis recens valv. tri- et bicuspidalis. Mindkét szívkamara kissé dilatált.

Az anamnesis és a kórlefolás pleuropneumoniára és ennek lassú oldódására engedett következtetni, főleg a physikális jelek, a köpet, a lázak jelenléte, a pleurális dörzszőrejek és a fájdalmak miatt. A sectio interstitiális sarjképződést mutatott, mint a mely tökéletlenül lezajlott tüdőlobban elő szokott fordulni. Makroszkopice is konstatalható volt a tüdőerek átmetzetén falaik megvastagodása.

A kiterjedt thrombosisok mint a tüdőlob által előidézett pneumococcia eredményei voltak tekinthetők. Míg azonban a klinikai észlelet és a makroszkopie ezt engedték következtetni, addig a tüdő mikroszkopie metszetei felderítették, hogy az erek átmetzetén lévő megvastagodások, melyek még a sectiokor is mint az interstitiális lobfolyamat által létesített kötőszöveti kötegmetszetek lettek jellemezve, nem egyebek, mint hámsejtfészkek és kötegek, vagyis az egész kötőszöveti indurationnak tartott szövettömeg nem más, mint rák a tüdőverőerek adventitiájának nyirokhezagaiban. A tüdő metszetein ugyanis, kissé sorvadt tüdőszövet és sejteinek pusztulása mellett, részint egyes alveolusokat kitöltő, nagyjából azonban az alveolus falában, főleg a vérerek és a bronchusok körül kicsiny kötegekben elhelyezett atypusos hám-szigetek konstatalhatók, melyek tömörtek, meglehetősen polymorphok, nagy hólyagszerű maggal és dús protoplasmával el látottak.

E sejtek kifejezett hengersejttypust sehol sem mutatnak, inkább mirigyek köbhámsejtjeihez hasonlítanak. Egyes területeken e hámkötegek nagyobb csoportot is alkotnak és rostos, hyalinos sejtszegény stromával bírnak.

Nagyobb kötegekben a hámsejtek elhalása is konstatalható. Ha tekintetbe vesszük a beteg fiatal korát, a baj acut kezdetét és lefolyását, akkor a sectio eredménye joggal mondható rendkívülinek.

Klinikai szempontból esetünk teljesen a pleuropneumonia képét mutatta, mely kétségkívül fenn is állott, erre mutatott a fentebb említettek kivül a mikroszkopie képen is kimutatható katarhális pneumonia a pleura pleuritikus megvastagodásával együtt. Továbbá némileg ebből magyarázható az endocarditis és utólag a kiterjedt thrombosis létrejövele is, bár az utóbbi a bántalom utolsó szakában fejlődve ki, a carcinomás cachexia részjelenségének is tekinthető.

Abból a körülményből kifolyólag, hogy esetünkben sem a legpontosabb észlelés, sem a diagnostikai segédeszközök (percusio, auscultatio, köpetvizsgálat, Röntgen) nem voltak elegendők a baj felismerésére, sőt még a makroszkopie sectio sem adta meg a kórkép magyarázatát, arra következtethetünk, hogy igen gyakran, vagy legalább is sokkal gyakrabban, mint gondoljuk, folyik le előttünk a carcinomás tüdőmegbetegedés, a nélkül, hogy csak sejtenők is.

Klinikai szempontból esetünk kapcsán megemlítendő momentumok, melyek a rák mellett szólhatnak, csakis a sputum sanguinolens volta, a gyengeség igen nagy foka és gyors fokozódása.

Ellene szól a beteg fiatal kora, az acut lefolyás, a physikális lelet, a mennyiben a tömpulatok teljesen visszafelődtek, a mediastinális és más metastasisok teljes hiánya, az igen kis mennyiségű, nem sanguinolens mellüri izzadmány, a láz, mely atypusos oldódású pneumoniának vagy septichaemiának felel meg, főleg a kiterjedt thrombosisokkal együtt, végül a köpetben kimutatott pneumococcusok lelete. Ha ilyen tünetek ellenére is lehet jelen rákos tüdőmegbetegedés, akkor csak igen nagy óvatossággal szabad nyilatkoznunk ott, hol a tüdőtumorra csak némi támpontot is nyerünk.

Kórboneztani szempontból érdekelt kölcsönöz esetünknek az egyén kora, a metastasisok teljes hiánya, a megbetegedés kétoldali kiterjedése és annak infiltráló jellege, a zavartalanul a fentebb leírt okoknál fogva a kiindulás helye nem állapítható meg, tekin-

tettel azonban a sejtek alakjára, elrendeződésére és a kiindulás helyére, a legnagyobb valószínűség szerint az elsődleges rák a bronchiális mirigyek hámból kiindultnak tekinthető.

A rák kifejlődésére alkalmas talajt nyújtott a catarrhalis pneumonia által feltételezett sejthyperproductio, mely általában a rák létrejöttének egyik elfogadott aetiologiai momentumát teszi. Ezenkívül megemlítendő Ribbert<sup>11</sup> szerint azon lehetőség, hogy az interstitiális lobos sarjszövet, túltengés folytán, a bronchusok vagy az alveolusok hámsejtjei közé burjánzik, így azokból egyeseket leválaszt és magába zár. Az ilyen heterotopián elhelyezett sejtek kóros szaporodásnak indulva, képezik a rák kezdeti helyét.

Az utóbbi feltevés azonban esetünkre nem vonatkozhatik, minthogy itt az interstitiális lobfolyamat csak másodlagos, mert az a már infiltráló rák helyén képződött és egyebütt nem található.

Összegezve a mondottakat, felhívni óhajtom a figyelmet az elsődleges tüdőrák aránylag gyakori előfordulására, mely miatt kívánatos, hogy az orvosi gyakorlatban a legcsekélyebb gyanú esetén is számba vétessék. A mint az ifjúkor és egyéb — a rákra épen nem jellemző — körülmények jelenlétét nem zárják ki, úgy előfordulhat más megbetegedésekkel, úgymint mellhártya-, tüdőgyuladással és gümőkórral kapcsolatosan is, mely utóbbival igen gyakran összetéveszhető, főleg a mindkettőre jellegzetes vérköpés tünete miatt. Azt hiszem, ily esetek beható észlelése az eddigiek-nél gyakrabban derítené ki, hogy a beteg nem gümőkórban, hanem rákban szenved.

**Irodalom.** 1. *Püssler*: Über d. prim. Carcinom der Lunge. Virchow's A. 145. k., 191—278. l. — 2. *Fuchs*: Der primäre Lungenkrebs. Arch. d. Heilkunde, 19. k., 369. l. — 3. *K. Wolff*: Der prim. Lungenkrebs. Fortschritte d. Med., 1895. 18—19. sz. — 4. Magyarország közegészségügye. Belügyministeri jelentés. 1903. — 5. *Lehmkuhl K.*: Über primären Krebs der Lunge, mit Metastasen. Dissert. Kiel, 1893. — 6. *Nassauer Max*: Ein Fall beginnender Tuberculose der Gebärmutter-schleimhaut bei vorgeschrittenem Canceroid der Portio vaginalis. Inaug.-Diss. Würzburg, 1894. — 7. *Mettershausen B.*: Combination von Krebs und Tuberculose. Inaug.-Diss. Göttingen, 1897. (Van den Hoeck in Ruprecht.) — 8. *Löwenheim Bruno*: Über die ätiologischen Beziehungen zwischen Tuberculose und Carcinom. Inaug.-Diss. Breslau, 1897. — 9. *Naegeli*: Die Combination von Tuberculose und Carcinom. Arch. f. patholog. Anat., 1897. 148. k., 2. f., 435. l. — 10. *Schwalbe*: Primäres Carcinom auf einer tuberculösen Caverne entstanden. Virchow's Arch. 149. k., 7. sz. — 11. *Ribbert*: Pathologische Anatomie. — 12. *Fränkel*: Lungenkrankheiten, 1902.

## T Á R C Z A.

**Tengeri kikötők egészségügyi felszerelése, különös tekintettel az 1903. évi párisi egészségügyi egyezményre. (A kereskedelemügyi m. kir. minister úrhoz intézett jelentés.)**

(Vége.)

Ha végignézzük Fiumét, Triesztet, Marseillet s az olasz veszteglőintézeteket elhelyezés és felszerelés szempontjából s összehasonlítjuk Hamburg, Bréma és New-York hasonló intézeteivel, önkéntelenül is rájövünk, hogy a középtengeri államok ily fajta intézetei a fekete haláltól való babonás félelem befolyása alatt keletkeztek s majdnem mind elmúlt századok maradványai, míg amazok a positiv, modern tudás által nyújtott hatalomérzet szülöttei. Nem öles köfalak, tüskés vasrácsok és sivár, lehetőleg megközelíthetetlen pusztaságok közt épült elátkozott várak a német, az angol s az amerikai veszteglőintézetek, hanem könnyen hozzáférhető modern izoláló telepek, könnyed építmények, pavillon-rendszerű téglabarakok, melyeket nem őriz katonaság, hanem csak egy felírás: „Tilos a bemenet!“ Berendezés szempontjából a modern igények ezekben teljes kielégítést találnak, s a finnyás európai ember is jól van elhelyezve Hamburg, Bréma stb. veszteglőintézeteiben, akár egy jó szállodában. Az egészségügyi követelményeknek is minden tekintetben megfelelnek ezen telepek a nélkül, hogy a modern európai ember megszokott házi igényeit csorbítanák. Középtengeri veszteglőintézeteink ezekkel szemben olyanok, mintha vadállatok számára épült ketrecek volnának s felszerelésük, butorzatuk inkább börtön-, mint szállodaszerű.

A nyugati veszteglőintézetek modern izoláló kórházak, a középtengeriek ezekhez képest feyházak. Eltekintve attól, hogy



oly veszteglőintézetek fenntartása, minők például Martinschizza Fiume mellett, St.-Bartolomeo Trieszt mellett, Frioul Marseille mellett stb., sokkal nehezebb és költségesebb, mint például a Bremerhaven vagy Cuxhaven melletti veszteglőintézeteké, megvan az előbbieknél az a hátránya is, hogy csakis tengeri veszteglőintézeti célokat szolgálhatnak, míg Bremerhaven és Cuxhaven veszteglőintézetei szükség esetén az illető városok járványkórházai-ként is használhatók, a mi a középtengeri veszteglőintézeteknél ki van zárva, mert távol vannak a városoktól, s szárazföldi úton fertőző betegek odaszállítása lehetetlen. Minthogy pedig oly jellegű veszteglőintézetek, minők a középtengeriek, jelentőségüket a tudomány haladásával napról napra vesztik s máris célszerűtlenné váltak, rövid idő alatt kívánatos lesz a gondoskodás oly intézetekről, melyek az illető kikötővárosok területén a kikötők közelében s lehetőleg közvetlenül a partokon legyenek elhelyezve, s nemcsak a hajókon, hanem az illető kikötővárosok területén előforduló veszélyes fertőző betegek elhelyezésére is szolgálhassanak. Kívánatos volna ez nemcsak azért, mert évtizedeken keresztül használatba alig kerülő intézetek fenntartása felesleges teher az államra nézve, hanem azért is, hogy a kikötőorvosok kórházi és klinikai gyakorlatukat, melyre túlnyomóan adminisztratív szolgálatukban is nagy szükségük van, el ne veszítsék. Sajnos, ez idő szerint egyedül Hamburg az, mely gondoskodik arról, hogy kikötőorvosai klinikai gyakorlatukat a fertőző betegségeket illetően el ne veszítsék s ne alakuljanak át orvosokból tisztán adminisztratív egészségügyi hivatalnokokká. A kikötőorvosok klinikai, illetve járványkórházi foglalkoztatása igen üdvös intézkedés volna minden kikötőre nézve!

E követelmény magával hozná azt is, hogy a kikötőorvosok szükségképen szert ténnek megfelelő bakteriologiai jártasságra is; oly kívánság ez, melyről íathatóan megint csak Hamburg gondoskodik, alkalmat adván a kikötőorvosoknak bakteriologiai foglalkozásra az újonnan létesített „Tropenhygienisches Institut“-ban, mely a kikötőorvos vezetésével áll.

Igaz ugyan, hogy eltekintve a veszteglőintézetekben található, de többnyire használaton kívül levő laboratoriumi helyiségektől, bakteriologiai laboratoriumokkal manapság már a középtengeri kikötők egy része is el van látva, de hogy ez így van, az csak annak köszönhető, hogy a középtengeri kikötők hatósági orvosai között véletlenül akadtak olyanok is, a kik bakteriologiai képzettséggel bírván, az illető kikötők egészségügyi adminisztrációjába a szó teljes értelmében „becsempészték“ egy-egy kis diagnostikai bakteriologiai laboratoriumot, a nélkül, hogy hivatalos jellegű lenne. Példák e viszonyokra Marseille, Trieszt, Fiume. Van azonban egész sora a középtengeri kikötőknek, a hol ennyi sincs s a hol a párisi egyezmény által is megkívánt bakteriologiai laboratoriumokról ezután kell még gondoskodni. A kikötői szolgálattal kapcsolatos bakteriologiai laboratoriumok feállítása és fejlesztése igen fontos tényezője a járványok elleni védekezésnek. A hajók ivó- és fenékvizének, valamint a kikötők medencze- és szennyvizének, sőt magának a kikötők ivóvizének is állandó ellenőrzése erős eszköz a járványok elleni védekezésben és szükségképen kellene, hogy támogassa a kikötők fertőtlenítési és egyéb egészségügyi védelmi intézményeit. A pestis által veszélyeztetett kikötők patkányállományának periodosus vagy állandó bakteriologiai ellenőrzése szinte feladata volna a kikötői bakteriologiai laboratoriumoknak s a munkaanyagot a tuberculosis elleni védekezéssel járó, valamint a kikötői forgalomban előforduló egyéb diagnostikai vizsgálatok tetemes arányokban volnának képesek fenntartani. Hogy a kikötőegészségügy ilyeszerű organizációja csakis alkalmas és elegendő laboratoriumi helyiségekkel, valamint képzett segéderőkkel tudna a párisi egyezményből folyó követelményeknek megfelelni, tekintve az említett feladatokat s az azokkal járó tetemes munkát, aligha kell bővebben fejtegetni.

Az egészségügyi védelmi intézkedéseknek fontos oldalát érinti a párisi egyezmény akkor, a midőn „megbízható“ vízvezeték és köztisztasági intézményeket követel a kikötővárosokban.

A vízvezetékek megbízhatósága oly tényezőktől függ, melyeknek csekély kivétellel a modern vízvezetékek legnagyobb része meg szokott felelni. Ezek közt leglényegesebb, hogy a vízvezeték vize a fertőzés veszélyének lehetőség szerint ne legyen kitéve, tehát oly forrásból származzék, a mely temetőktől, szemetgödöröktől, nyílt árnyékszékektől, gyári csatornáktól távol esik s ilyenekkel

földalatti átszűrődés útján sem közlekedik. A forrásoknak fedve kell lenniök, hogy véletlen szennyeződésük is ki legyen zárva. A hol ily források nincsenek s a vízvezeték tisztátalan vagy megbízhatatlan eredetű vízzel kell táplálni, gondoskodni kell megfelelő szűrőrendszerrel.

Mindkét esetben azonban gondoskodni kell arról is, hogy a vízvezeték állandó bakteriologiai ellenőrzés alatt álljon s a vízpróbák mindennap bakteriologiai vizsgálat tárgyát alkossák.

A köztisztasági intézmények főleg két irányban érdeklík a kikötővárosokat:

1. a csatornázás és szennyvíztávoltítás;

2. a szemetgyűjtés és eltávolítás szempontjából. E pontok különös figyelmet érdemelnek úgy a várost magát, mint a hajókat illetően.

A kikötővárosok legnagyobb része bir ugyan manapság csatornázással, de sajnos csak kis részének olyan a csatornázása, hogy a kikötőt ne fertőzhesse. A szennyvíz a legtöbb helyen közvetlenül ömlik a kikötők medenczébe a nélkül, hogy előzetesen fertőtlenítő tartályokon haladna át. Hogy ily módon a kikötő medenczék vize állandóan tartalmaz fertőző csirokat, bakteriologiai vizsgálatok ismételt kimutatták. A kikötőmedenczék fertőzésének második s az épen említettél még veszedelmes forrását a hajók szennyvize s a hajók árnyékszékei képezik. A fertőzésnek ezen kútforrásai csak úgy volnának ártalmatlanná tehetők, ha a hajók szennyvize a hajókon elhelyezett gyűjtő és fertőtlenítő medenczékbe folyna össze s csak kellő fertőtlenítés után bocsáttatnék a kikötők medenczevizébe.

Szifonos árnyékszékeknél egyébként gondoskodni lehetne kellő fertőtlenítésről akként is, hogy az öblítő folyadék valamely fertőtlenítő oldat legyen s az árnyékszék víztartályai nem vízzel, hanem fertőtlenítő oldatokkal volnának a kikötőkben való tartózkodás alatt ellátandók.

A hol ezen intézkedések keresztül nem vihetők, a csatornázás hajóárnyékszékek használata a kikötőben való tartózkodás alatt el volna tiltandó. Helyettük a kikötőkben való tartózkodás alatt a hajókon tonnarendszerű, azaz tartályos árnyékszékek nagyobb nehézségek nélkül volnának alkalmazhatók. Különösen üdvös volna e rendszabály oly hajókat illetően, a melyek útjukban fertőzött helyeket érintettek.

A német birodalomban csakugyan el is van tiltva a fertőzött helyekről érkező hajók árnyékszékeinek használata a kikötőkben való tartózkodás alatt, de sok szó fér az e helyett alkalmazott utasításhoz, a mely szerint az ily hajók személyzete a rakodó partokon lévő árnyékszékeket tartozik használni. Alig szorul bővebb magyarázatra, hogy e rendszabály különösen éjnek idején illusorriussá válik, s hogy e helyett tartályok ideiglenes elhelyezése a hajók árnyékszék helyiségeiben több garantiát nyujtana a fertőző csirák terjedése ellen.

A hulladék- és szemeteltávolítás kérdésében a kikötővárosok közt alig akad olyan, mely a párisi egyezményben kifejezésre hozott kívánalmaknak megfelelne, főként a mi a hajóhulladék- és szemeteltávolítást illeti. A hajószemetet a tengerbe dobni megrogzött rossz szokása a hajósnépnek. Még oly kikötőkben is, a hol a szemet eltakarítása vállalkozók kezében van, a szemet összegyűjtése és eltávolítása egészségügyi szempontból igen sok kifogás alá esik, a szemetgyűjtő edények többnyire rozoga rossz ládák, kosarak vagy skatulyák, a melyekből a szemetet szerte hordja a legkisebb légáram s a gyűjtőkocsik vagy kárék alig egy-egy városban olyanok, hogy a szemétszállító kocsik az utat, a melyen halad, végig ne piszkítanak. A szemeteltakarítás megbízható módját illetően megint csak a német kikötőket kell például vennünk.

Hamburg áll e tekintetben is az első helyen, mert nemcsak arról gondoskodik, hogy a fertőzött helyekről érkező hajók szemetje már a hajón magán jól záró gyűjtőedényekbe kerüljön, hanem gondoskodik arról is, hogy a szemetgyűjtőkocsik kezelésekor a szeméttel lehetőleg kevésbé jusson a személyzet érintkezésbe. Külön szerkezetű kocsik vannak a kikötő- és a hajószemet gyűjtésére kirendelve s a hajószemet, mely rosszabbul ég mint a közönséges városi szemet, külön e célra módosított égető kemenczékben kerül elégetésre. A középtengeri kikötők között nem akadunk olyanokra, melyekben a kikötő- és hajószemet eltávolítása



eddig megfelelő figyelemben részesülne. Említést érdemel azonban e téren Trieszt, a hol a személtakarítás kérdése legalább magát a várost illetőleg már ez idő szerint is a legjobbak közé tartozik, jóllehet a hajókra nézve még ott sem részesül a szemétkérdés kellő méltatásban.

A mondottakból kitűnik, hogy a párisi egyezmény elfogadásával sok lesz a tennivaló a középtenger kikötőiben s nem lesz érdektelen végezetül különösen kitűntetni azon kívánalmakat, melyek egyetlen kikötőnkben, Fiumében a közelebbi és távolabbi jövőben teljesítésre várnak:

1. Fiume kikötője egyelőre egy „A”-typusú Clayton-féle patkányirtó készülékkel volna ellátandó, mely az esetben, ha az önálló vánterület életbeléptetésével a kikötő forgalma lényegesen emelkednék, egy kisebb méretű Nocht-Giems-féle készülékkel lesz kiegészítendő. A város területén eszközözendő patkányirtásra s fertőtlenítésre egy hordozható „D”-typusú Clayton-gép beszerzése a város részéről szintén ajánlatos volna.

2. A személypodgyaszt gőzkazánban fertőtleníteni többnyire nem lehet, mert a forró vízgőz a kényesebb személypodgyaszban kellemetlen kárt tesz, a lábbeli, bőrnemű stb. használhatatlanná válik s az utasok részéről méltán ad panaszra okot a ruha nedvesedése, rücskösödése és gyakran előforduló zsugorodása; gondoskodni kellene tehát megfelelő formalinkazánokról és kamrákról, a melyekben a személypodgyasz fertőtlenítése légüres térben a cikkek rongálása nélkül eszközölhető. A kivándorlóforgalomra való tekintettel oly formalinkamrák volnának felállítandók, a melyekben 2—3000 személy kézipodgyása 1—2 nap alatt fertőtleníthető legyen.

3. A fertőtlenítési szolgálat mielőbb reorganisatióra szorul Fiumében és kikötőjében egyaránt. A kikötőben ugyanis ez idő szerint a révközégek végzik azt a révrők (piloták) segítségével. Ez utóbbiak minden hajón változnak s többnyire oly korlátolt intelligenciájú egyének, hogy az általuk végzett fertőtlenítési műveletek mikénti keresztülvitele többnyire megbízhatatlan s folytonos utánjárást igényel az ellenőrző közeg részéről; másrészt pedig nem ritkán esik kifogás alá a gőzkazánok helytelen kezeléséből származó nedvesedése is a fertőtlenített tárgyakra. Ez utóbbiak nem utolsó oka azon körülmény, hogy a fertőtlenítőgép személyzete aránylag ritkán van azon helyzetben, hogy a gépet kezelje s így hiányzik a kellő gyakorlata is, melylyel a ruha nedves kivétele jobbra el volna kerülhető.

A várost illetőleg még ennél is primitívebb fokon áll a fertőtlenítési szolgálat, mert ott is oly kezekben van, melyeknek a fertőtlenítés csak mellékes foglalkozás és rendelkezésre is csak egy kis kerek fertőtlenítő gép, meg néhány formalinlámpa áll.

E szolgálat tehát úgy a kikötőt, mint a várost illetőleg javításra szorul; ez legezészerűbben úgy látszik elérhetőnek, ha a kikötői s a városi fertőtlenítő szolgálat egyesítettnek s az állam egy központi fertőtlenítő intézetet létesítene; ez állandó személyzettel szakszerű vezetés alatt kellene hogy álljon s úgy a kikötő, mint a város együttes szükségletének fedezésére szolgálna; állandó működésre csak így nyerhet kielégítő anyagot s csak így válnék a műveletek keresztülvitele is megbízhatóvá.

4. Oly esetekben, a midőn nagyobb áruszállítmányok fertőzöttségre gyanusak, s az árú fertőtlenítése kifogástalanul meg nem ejthető: akként szerkesztett 2—3 raktárra volna szükség, a melyeket megbízhatóan lehessen fertőtleníteni. Ily raktároknak teljesen sima mosható falzattal, aszfaltpadozattal s légmentesen zárható ajtó- és ablaknyílásokkal kellene birniok s elég tágasaknak kellene lenniök egy-egy 5—6000 tonnás hajó rakományának befogadására.

5. A kikötő egészségügyi szolgálatának európai színvonalához állandóan működő bakteriologiai laboratórium is szükséges, a melynek feladata volna a kikötő medenczevizének, ivóvizének és szennyvizeinek állandó bakteriologiai felügyelete. Ugyanerre hárulnának a kikötő forgalmában előforduló alkalmi diagnostikai vizsgálatok is.

Kívánatos volna külön bakteriologiai laboratóriumi épület felállítása a kikötő számára azért, mert ily munkálatokra szánt laboratórium nagyobb számú helyiséget igényel s a hatóság épületében helyszűke miatt alig helyezhető el.

Állandó vizsgálatok ezenkívül szakképzett segédorvost is

igényelnének, mert e vizsgálatoknak csupán technikai része is már teljesen leköti egy ember idejét.

Az építendő bakteriologiai intézetben egyes helyiségek pestisvizsgálatokra szabályszerűen volnának felszerelendők.

6. A jövő feladatát fogja előreláthatólag képezni egy állami járványkórház létesítése is, mely oly arányokban volna felállítandó, hogy ne csak pestis- és choleraesetek felvételére, hanem egyéb járványos betegek elhelyezésére is szolgálhasson. A járványkórház a kikötőorvosok vezetése alá volna helyezendő, hogy klinikai gyakorlatukat fenntartsa és biztosítsa.

Állami járványkórház létesítése esetén a martinschizzai veszteglőintézet teljesen be volna szüntethető s berendezése az újonnan építendő járványkórház felszerelésére volna felhasználható.

7. A városnak ez idő szerint fedetlen forrású vízvezetéke be volna mielőbb fedendő, s tekintve, hogy a város temetője a vízvezeték forrását szolgáltató dombon fekszik s a város e dombra mindinkább terjeszkedik, szűrők felállításáról idejekorán kellene gondoskodni.

8. A város csatornái Fiumében is, mint számos más kikötővárosban, közvetlenül ömlenek a kikötő medenczéibe, a nélkül, hogy tartalmuk előzetes fertőtlenítése lehetséges volna.

E csatornák a tengerbe való szájadzásuk előtt fertőtlenítő medenczéken volnának átvezetendők.

A jelzett egészségügyi reformok keresztülvitelével a kikötő egészségügyi szolgálat reorganisatiója is oly irányban fog szükségessé válni, hogy önálló fejlődése biztosítva legyen.

Csakis ily átalakulások után emelkedhetik kikötőnk a nyugateurópai államok kikötőinek modern színvonalára s felelhet meg a párisi egyezmény szellemének.

Az egészségügyi intézményekbe fektetett töke nem holt töke s engedje remélnünk a jövő s az intéző körök belátása, hogy kikötőegészségügyi intézményeink sem fognak a korszellemtől elmaradni!

Fiume, 1906 szeptember hó.

Tauffer Emil dr.,

m. kir. tengerészeti hatósági orvos,  
az orsz. közegészségügyi tanács rk. tagja.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

Jancsó: Observations sur l'endemie de la malaria à Kolozsvár. Róma, 1906. A „Società per gli studi della malaria” kiadványa.

A malaria tanulmányozására alakult olasz társaság kiadványai közt jelent meg Jancsó ezen 218 lapra terjedő tanulmánya, melyben részben a hazai malaria állásáról tájékoztatja a külföldet, részben pedig beszámol saját tapasztalatairól, vizsgálódásairól és az ezek folytán kialakult nézeteiről.

A munka bevezető részében a régi magyar malariafészkeket írja le Jancsó, melyek a Duna és Tisza mentén, a Dráva és Száva partjain, a bodrogközi vidéken, az ecsedi láp és a Sárrét partjain, a Fertő tava körül, a bánáti és alibunári lapályon stb. terjeszkedtek. Mindezen viszonyokat lényegesen megváltoztatta a folyóvizek szabályozása és az állóvizek lecsapolása. A vízszabályozások rövid technikai és történeti ismertetése után áttér a szerző a betegedési viszonyok megváltozására és mint jellemzőt emeli ki, hogy míg ezelőtt a bánátvidéki láz (fièvre du Banat) az egész világ előtt ismeretes volt és minden 3. ember malariás volt és minden 15. ebben a bajban halt el, addig ma a malaria a Bánátban jóformán megszűnt, és az 1892.-i belügyministeri jelentés csak öt megyét említ, hol malariaendemia volt észlelhető. Azóta nyilván még sokkal jobbak a viszonyok! Hiszen például itt Budapesten és környékén ma már úgyszólván nincs malaria.

A hazai viszonyok általános ismertetése után áttér a szerző Kolozsvár és vidékének leírására, megismertette földrajzi fekvését, meteorologiai viszonyait stb., szóval mindent, a mi a malaria tanulmányozása szempontjából értékes. 710 városi infectio (316 pl. vivax, 45 pl. malariae, 95 pl. praecox, 254 esetben vagy nem keresték, vagy nem találták a plasmodiumot) esete közül a



legtöbb a pocsolyás külvárosból került ki, hol az anopheles lárvái bőven vannak, míg a vérszívó nőstényeket az istállóban és magtárakban leltem meg.<sup>1</sup> Az erdélyi Gyalun 986—1283 meter magasságban is talált Jancsó anophelest, a mi nem is csodálatos, hiszen pl. a finnek is találtak az ő magas hegyeik közt. Azután ismerteti az anophelesfajok elterjedési és fejlődési viszonyait, gyűjtésüknek és megőrzésüknek a módját és hogy miképen végez velük kísérleteket.

A malariaendemia visszafejlődésének okát tanulmányozva, Jancsó azon meggyőződésre jut, hogy Kolozsvár vidékén az endemia csökkenése magától állt be, illetve a beállítás okát nem lehet megtalálni. Sok érdekes dolgot mond el azután még a diagnosis felállításáról (a hol nem találta a plasmodiumot, sohasem volt malaria, és a hol a jól adagolt chinin nem használt, ott sem volt malaria sohasem), a gyógykezelésnek nálunk szokásos módjáról, a recidivák meggátlásáról (a recidivák meggátlása czéljából a plasmodium vivax- és praecoxfertőzésben 1—1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> gm. chinint ad 2—3 napig egymás után, azután két hétig három naponként és 8 hétig öt naponként 1 gm.-ot; a plasm. malariae fertőzésben háromszor adja a roham után az 1 gm.-ot, azután 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> hónapig hetenként egyszer) és egyebekről, mindig érdekesen és mindig világosan. Jelen dolgozatával Jancsó bizonyára jól tájékoztatta a külföldi szakköröket és nekünk is igen hasznos és tanulságos olvasmányt adott.

Körmöczy Emil dr.

J. Bresler: Greisenalter und Criminalität. Verlag von C. Marhold. Halle a S. 1907. 58 l., ára 1 m. 80.

A szerző azt gondolja, hogy „becsületmentést“ visz végbe, a mikor bizonyítja, hogy az aggastyánt nem a gonoszság, hanem beteges állapota viszi a bűnbe. „Ha így megmentjük az aggastyán becsületét, megvédjük az emberiség-ideált.“ A munka főleg azt mutatja ki, hogy az élettani öregkorban más körjelenség nélkül is növekednek a bűntettek. Ezek közül különösen a gondatlanságból származók és a nemi vétkek állanak első sorban. Minden öreg vétkes szellemi állapotát és beszámíthatóságát orvosilag meg kell vizsgálni. B. végül az enyhítő körülmények bő használatát kívánja. Külön fejezet foglalkozik az öreg ember pszichológiájával, bőven ismertette Ranschburg és Bálint ide vonatkozó vizsgálatait az öregkor szellemi működésének megváltozásáról.

Kollarits Jenő dr.

H. Hoppe: Der Alkohol im gegenwärtigen und zukünftigen Strafrecht. Verlag von C. Marhold. Halle a S. 1907. 78 l., ára 2 márka.

Az alkohol nagy szerepe a bűntettek előidőzésében kiderül azokból a statistikákból, a melyeket a szerző könyvében felemlit. Álljon itt ezek közül példakép a Badenban előfordult 2437 büntügyről szóló kimutatás. E szerint az elítéltek 34.7 százaléka részeg volt a bűntett elkövetésekor, még pedig a felségsértők 71, a rablók 57, a testi sértők 43, az erkölcs ellen cselekedők 38 százaléka. Ugyancsak bizonyító az a körülmény, hogy a vasárnap elkövetett bűnök jóval túllépi a hétköznapok átlagát. Ezek az adatok mutatják, hogy az alkohol káraitól megszabadított emberiség bűntetteinek több mint harmadát nem követné el.

Érdekes a részegen elkövetett bűntettek büntetésének történeti áttekintése. Kiderül ebből, hogy a rómaiak a részegséget enyhítő körülménynek tekintették, míg Aristoteles és Quintilianus szigorubb büntetés kiszabását követelték. Aquinoi szent Tamás szerint a részegség halálos bűn és csak akkor boesátható meg, ha az illető a bor hatásmódjáról egyáltalán semmi fogalommal sem bírt. Ugyanezek az ellentétek állanak fenn a mai törvényhozásban. Van olyan állam, a mely a büntetés kiszabásakor nem nézi, játszott-e szerepet az alkohol vagy nem. Más államok enyhítő körülménynek veszik. Némely törvény esetleges és ön-

<sup>1</sup> Budapesten és környékén két év előtt én is végeztem tájékoztató vizsgálatokat. A szent István-kórház bakteriologiai intézetének és a fertőtelenítő intézetnek istállójában igen sok fertőzött anophelest leltem. Mátyásföldön, Pusztaszent-Mihályon a disznóólak és istállók a közönséges culexeken kívül tele vannak anophelessel. A Margit-szigeten csak közönséges culexeket találtam, és sem az istállóban, sem az üveg-házakban és pincékben anophelest nem leltem.

hibából támadt részegséget különböztet meg. Ez ugyancsak helytelen, hiszen a neuropathiás emberből lesz az alkoholista. Ugyancsak téves azoknak a nézete, a kik a részegen elkövetett bűnt gondatlanságból okozottnak veszik. Nem helyes az osztrák törvény, mely magát a részegséget bünteti, ha bajt okozott, 1—6 hónapi elzárással. Néhol korlátolt beszámíthatóságot vesznek fel, mások öntudatlanságot vagy elmezavart és ez iránt orvosszakértőt kérdeznek meg. Látjuk, hogy a kérdés egy tapodtat sem haladt a régi idő óta.

A szerző azt ajánlja, hogy a részegségben bűnbe esett embert először feltételesen ítéljék el és csak ismétlődéskor hajtsák végre a büntetést. A bűnt iszákos-asylumba kell elzárni vagy 2 évre, s ott nevelni és tanítani kell őt. A gyógyíthatlan iszákost életfogytiglan kell ilyen részegek menhelyébe csukni.

Kollarits Jenő dr.

Aschaffenburg: Ueber die Stimmungsschwankungen der Epileptiker. Verlag von Carl Marhold. Halle a S. 1906. 55 lap. Ára 1 m. 60.

A régebben az epilepsiás betegeken kedélyhangulati ingadozásokat irt le, a melyek epilepsiás egyenértékeknek felelnek meg. Ilyenek az esetek 78%-ában fordulnak elő. A beteg ezalatt nem öntudatlan, hanem csak elfogult. Hasonlók az iszákosságban is észlelhetők, a mi által ez a baj az epilepsiával rokonságba kerül. A kedélyingadozások gyakran előállanak az első epilepsiás rohamot megelőzve, ezért nagy figyelemmel kell lenni arra, ha ilyenek időszakonként támadnak. Sőt A. olyan epilepsiás eseteket is észlelt elég nagy számmal, a melyekben a betegség állandóan csakis ilyen kedélyingadozás képében folyt le. Ilyenkor nehéz a körjelzés, főleg a rohamokban való jelentkezésre kell figyelemmel lenni. Legnehezebb az elkülönítés a hysteriától. A kedélyingadozás kifejezésnek A. igen tág értelmet ad, a mennyiben abba mindenféle affectust belefoglal, sőt néha a téves eszméket is. 50 körtörténetkivonat szemlélteti az elmondottakat.

Kollarits Jenő dr.

## Lapszemle.

### Biologia.

Az elfáradás élettantát fejtegette Winterstein a rostocki egyetemen tartott előadásában. A fáradt szervezet működésképesége csökkent, pihenés után azonban ismét helyreáll. Halállal végződő kifáradás csak elvétve észlelhető. Az elfáradás bekövetkezésére több körülménynek van befolyása; ezek: a dolgozó egyén munkaképessége, a végzett munka nagysága, sikere s főképen rhythmusa. Munkarhythmusnak a munkának és pihenésnek oly időbeli elosztását nevezzük, melyben minden egyes munkarészletnek meghatározott nagyságú pihenés felel meg. E rhythmus jelentőségét a Mosso féle ergograph-fal végzett kísérletek bizonyítják. Ezek szerint az izom egy bizonyos súly ellenében több ezerszer húzódnak össze elfáradás nélkül, ha működése az egyéniségnek megfelelő rhythmus szerint történik. Megerősítik ezt szervezetünk életműködései, a légző központnak és izmoknak, a szívnek rhythmusos működése, melyek naponta elfáradás nélkül 20,000 mkg. munkát teljesítenek. A rhythmusnak változása elfáradásra vezet. A pihenési szak mekkorasága a működő egyén erőbeli, egészségi állapotától és gyakorlottságától függ. Rövidülése mindinkább fokozódó fáradtságot, hosszabb idő után teljes munkaképtelenséget okoz. Az életműködések rhythmusos lefolyása, valamint a szervezetnek minden egyéb működése hasadással, physikai és vegyi változásokkal jár. Munka közben élénkebbek e folyamatok, hasadási termékek nagyobb mennyiségben képződnek. Felhalmozódva korlátozzák az említett folyamatokat, a hasadást, s ezzel csökkentik a munkaképességet is. Pihenés alatt azonban megszűnik e termékeknek, az úgynevezett elfáradási anyagoknak, fáradtságot okozó hatása. Egy részük elég, a maradék pedig synthesis útján a vegyi folyamatok kiindulási anyagává alakul. Ez átalakulást az égés alkalmával fejlődő hő megkönnyíti. A hasadásban és synthesisben enzimek szerepelnek, az előbbiben hő képződik, az utóbbihoz hő szükséges. A hasadásakor keletkezett hő alkalmasint felhasznál-



náltatik Van't Hoff egyik törvényének értelmében saját termékeinek synthesisére is.

E termékek mineműségét kutatva, a szénsavra, egyéb savakra s redukáló, könnyen oxydálható tulajdonságú anyagokra gondoltak. A szénsav ellen szól az, hogy a szervezetben nem fordul elő oly töménységben, melyben bénítóképesége érvényre juthatna. A savaknak nagyobb jelentőségük lehet, ez azonban a szövetnedvek alkalicitása révén megszűnik. A redukáló, könnyen oxydálható anyagok felvételét az oxygennek a fáradtság megszüntetésében kifejtett jelentős szerepe teszi jogosulttá. El nem fáradt szervek működésekor u. i. a kísérletek tanúsága szerint nincs okvetlenül szükség oxygenre. Az elfáradás bekövetkezése után azonban oxygen nélkül nem tér vissza munkaképességük. Alkalmassint az utóbbi cél érdekében történik az is, hogy fokozott munka végzésekor az izmokban a légző- és szívközpontot izgató anyagok képződnek. A légzőközpont izgalmanak a dyspnoéhoz hasonló állapot a következménye, melyben az oxygenfelvétel és az anyagcsere-termékek elégeése fokozott. Ily körülmények között a kifáradás nehezebben, míg csekélyebb oxygenfelvétel esetén gyorsabban jó létre. Újabban Weichhardt halálosan elfáradt és pihent állatok izmaiból, továbbá fehérjéből oly toxint állított elő, mely már kis adagban is a munkaképességnek fáradásszerű csökkenését idézte elő. A toxinnal antitoxint termelt s a fáradtság ellen activ és passiv immunitást létesített. A toxinnal oltott állatokban az oxydasc-reactio fokozódott, a miből ennek antitesttermészetére vont következtetést. A szerző ezzel szemben az antitoxinnak direct toxinellenes, megkötő hatást tulajdonít. A fáradtság megszűnésében azonban nagyobb jelentőségűnek tartja az oxydatiót.

Az elfáradással rokon kérdése az élettannak a ki nem fáradás és az állandó fáradtság. A ki nem fáradást a velős idegeken észleljük és csekély anyagcserejüknek tulajdonítjuk, melyben az elfáradási termékek képződése kiscokú, eltávolítása gyors, s a két folyamat egyidőben történik. Bekövetkezik azonban itt is az elfáradás oxygenmentes levegőben, hidegben és bódító mérgek adagolása után. Az állandó fáradtságban az elfáradási termékek képződésének és eltávolításának normális aránya szintén megváltozott. Lehet a képződés nagy mértékben fokozott, s lehet az eltávolítás csökkent. Az előbbi gyakori ingerek és a hőmérsék emelkedése (mely hőbénulást okozhat) idézik elő, az utóbbi az oxydatiós folyamatok csökkenése, pl. oxygenhiány, narcosis. A szerző az elfáradás fejtegetése közben több kutató vizsgálataira támaszkodik, positiv ismereteink hiányait hypothesisekkel igyekszik pótolni. Fejtegetései a kóros fáradtság eseteinek (pl. neurastheniások, anaemiások fáradtsága) értelmezésére is felhasználhatók, s újabb vizsgálatok kiindulásul szolgálhatnak. (Med. Klinik, 1906. 48. és 49. sz.)

Ország Oszkár dr.

#### Általános kór- és gyógytan.

A láz tanának mai állásáról ír rövid összefoglalást *Beitzke*. A bármely kóros előidézte lázat az emelkedett testhőmérséklet s a fokozott anyagcsere jellemzi. A lázat kísérő többi tünet nem tartozik a láz lényegéhez s részint az említett két változásnak, részint a kóroknak a következménye. Az egészséges emberben finom szabályozó mechanizmus — a hőtermelés részéről az izmok chemiai tonusának, a hőkiadás részéről a bőrvérerek tágasságának a változása — gondoskodik a hőtermelés és -kiadás közti egyensúly fenntartásáról, a minnek következménye az állandó, vagy legalább is csak szűk határok közt ingadozó hőmérsék. Láz esetén e bonyolított mechanizmusban beállott zavar következtében megbomlik a hőtermelés és -kiadás közti helyes arány. A mi a kísérleti adatokat illeti, a hőemelkedés szakában a hőtermelés legtöbbször fokozódott, különösen ha a borzongás vagy rázóhideg kísérletében jelentkező izomösszehúzódások még növelik. A hőkiadás rendszeren csökkent, mivel a bőr véreinek összehúzódása miatt csökken a sugárzás, a vezetés s a vízpárolgás útján beálló hőveszteség. E hőveszteség elégtelenségét nem ellensúlyozhatja a tüdőben végbemenő fokozott párolgás. A hőemelkedés tehát könnyen magyarázható a hőkiadásnak a hőtermelés mögötti visszamaradásából. A láz tetőfokán a hőtermelés és veszteség fokozott, de úgy egyenként, mint egymáshoz való viszonyukban ingadozásokat mutat. A bőr útján vesztett hőből körülbelül ugyanolyan száza-

lékos mennyiségek jutnak a sugárzásra, vezetésre és elpárolgásra, mint az egészséges egyénben. Ennek ellenére a vízpárolgás mechanizmusát a lázban elégtelenségnek kell mondanunk, mert a párolgás útján vesztett hő százalékos mennyiségének a testhőmérséklet emelkedésével nagyobbodnia kell, a mint azt a fokozott munka vagy a magas hőmérsékű helyiségben tartózkodás folytán magasabb hőmérsékletű állatokon észleljük. Sokáig tartó lázban a hőtermelés és veszteség arányosan csökken a normálisig vagy az alá oly módon, hogy a rendellenes hőmérséklet továbbra is megmarad. A láz kritikus leesésekor a nagyfokú izzadás termékének elpárolgása miatt igen nagy a hőveszteség, míg a lysisben a hőkiadás csak kevéssel nagyobb, mint a hőtermelés. A fokozott hőtermelés forrása a nagyobb anyagforgalom. E mellett azonban az anyagforgalom nagyobbodását részben a magasabb hőmérsékletnek kell tulajdonítanunk. Az anyagforgalom durva minőségi változásokat nem mutat. Az bizonyos, hogy a fehérjék oxydatioja fokozódott 50—150%-kal. A fehérjeelégés minőségileg nem igen tér el a rendestől: a némelyek által talált albumosék nem mutatnak ki mindig a vizeletben. A szénhydrat- és zsírforgalomban eddigelé nem mutattak ki lényeges változást. Leyden szerint a lázas betegségekben különböző mérvű vízretentio szerepel, a mely azután, hogy a nedvek osmosisnyomása ne változzék, konyhasó-visszatartást von maga után. A vízfelhalmozódás okát nem ismerjük. A nagyobb anyagforgalom székhelyét egyesek a májban, mások az izmokban keresik, támaszkodva arra, hogy az izomtól való eredetre mutató kaliumvegyületek s kreatinin nagyobb mennyiségben jelennek meg a vizeletben. Az anyagcsere fokozásához természetesen hozzájárul a szívnek és a lélegzőizmoknak fokozott munkája is.

A hőtermelés emelkedését s a hőkiadás zavarát, tehát a lázat majd minden esetben bakteriumtermékek okozzák, de közös „lázmérget“ eddig nem sikerült kimutatni. Lázat okozhatnak még bizonyos ásványi mérgek (jod, argentum nitricum), fermentumok (vérömlések felszívódása), a központi idegrendszer egyes zavarai: trauma, apoplexia, agyhártyavérzések, daganatok, delirium és epilepsia. A hysteriás láz létezése még nincs bebizonyítva; a katheterezés s az epekolika következtében támadó „reflectorius láz“ bakterium illetve gyuladástermékek felszívódásával is magyarázható. Krehl szerint a keringő mérgek vagy fermentumok közvetlenül a protoplasmára hatva idézik elő a láz alapját tevő fokozott szétesést, nem zárja azonban ki a hőszabályzó központ elsődleges megbetegedése útján való lázkeletkezést sem. Vele szemben Aronsohn, a ki a corpus striatum ingerlése útján lázat tudott előidézni, azt állítja, hogy a lázok közvetlenül a hőszabályzó központra hatnak. Támogatja ebben az a kísérlet, hogy a központi idegrendszernek narcoticumokkal vagy a harántesikolt izmok idegkészülékének curarával való bénítása után lázat nem lehet előidézni. De ez az elmélet egyes ellentmondó kísérletek miatt nem mondható még bebizonyítottnak, különben úgy látszik, hogy valamint az egyes lázak különböző kórok behatására keletkeznek, s az egyes tüneteket különböző mértékben mutatják, úgy a keletkezés módjai is eltérők lehetnek. A mi a láz jelentőségét illeti, a hőemelkedés és fokozott anyagcsere magában nem káros, csak ha igen nagymérvű, a mikor hóguta, illetve inanitio fenyeget. Lázas betegségben rendszeren a kórok az ártalmas, a mely a legtöbb esetben fertőzés. Ezzel szemben a kísérletek bizonyítják, hogy előbb lázassá tett állatok könnyebben türik a fertőzést, hogy a magas hőmérsék károsítja a bakteriumokat s azoknak mérgeit, nem csökkenti az antitestek képződését, mozgékonyabbá s ellenállóbbá teszi a fehérvérsejteket, elősegíti a toxinnak egyesülését az antitoxinnal. Ismeretes az is, hogy a láztalanság sepsis, typhus, meningitis egyes eseteiben mily rossz kórjóslatú. (Berliner klin. Wochenschrift, 1907. 4. sz.)

#### Belorvostan

A tüdővészések lázának orvoslásáról antipyreticumokkal. *Tollens* javaltnak tartja a lázellenes gyógyszerek használatát azon tüdővész esetekben, a melyekben a láz nagyon magas és huzamosan tart, továbbá a melyekben a láztól erősen szenvednek a betegek és főleg az étvágyukat veszítik. Ilyen esetekben néha hónapokon át adott antipyreticumot és ezzel türethetővé tudta tenni a betegek



állapotát. Előszertettel használja a maretint, a melytől sokan félnek a Kroenig közölte eset miatt, a melyben az ízületi csúzban szenvedett beteg a szernek kis adagai után cyanosisban és haemoglobinuriában elpusztult. Tollens tehát mindenekelőtt vizsgálatokat végzett a maretin esetleges vérmérgező hatásának megismerése céljából. Kémlőcsőben végzett kísérletekben nem volt kimutatható a vörösvérsejteket oldó hatása, noha olyan töménységben is használta, a melyben még nagyon nagy adagok használata esetén sem lehet az ember testében. Megvizsgálta továbbá a maretint használó betegek vörösvérsejtjeinek ellentálló képességét nem isotoniás konyhasóoldatokkal szemben, de nem találta csökkenteni. A nagyobb adagokkal huzamosabb ideig kezelt betegeknek a vérsavója sem mutatott olyan változást, a melyből a szernek vérmérgező hatására lehetett volna következtetni; a haemoglobintartalom sem csökkent lényegesen. A bőrnek sárga színe a maretinből eredő valamely festőanyag képződésére vezethető vissza; a vizelet is tartalmaz egy ilyen sárgászöld festéket, a mely azonban nem azonosítható az epefestékekkel, a vérfestékekkel vagy bármilyen más ismert festőanyaggal. Néha már 0.25–0.5 gm.-os adag maretin subnormális hőmérséklet létesített, a mi legalább is nem kívánatos, noha veszedelmesebb fajta jelenségek nem mutatkoztak; máskor meg 1 grammos adagok is hatástalanok voltak. Mindez elkerülhető az adás időpontjának helyes megválasztásával. Még pedig az az idő lehetőleg elkerülendő, a mikor a hőmérséknek magától való csökkenésére is hajlandóság mutatkozik; másfelől kerülni kell azt az időt is, a mikor rohamosan emelkedik a hőmérsék. Tehát a hőmérsék emelkedése előtt iparkodjunk adni a szert, a mivel nagyon sok esetben megakadályozhatjuk a hőemelkedést; a szer hatása 8–12 óra múlva szűnő meg, ilyenkor újabb adagot adva, a normálhoz legalább is közelálló hőmérséki állapotban tarthatjuk meg a szervezetet. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1907. 8. szám.)

**Diabetese gangraenában** G. Klemperer szerint ne operáljunk; ha nincs acidosis és fehérjevizelés. Ilyenkor legjobb teljesen szénhydratmentes diaeta mellett nyugodtan bevárni az elhatárolódást és leöklődést. A gyógyulás folyamata elősegíthető száraz porkötéssel és időnként alkalmazott Bier-féle pangással. Ha azonban acidosist találunk, vagy pedig a szénhydratmentes diaeta megindítása után mutatkozik a savmérgezés, rögtön és lehetőleg magasan kell amputálni, még akkor is, ha az elhalt gócz kicsiny. Ugyanígy kell eljárni olyankor is, ha az idült nephritis kétségtelen tüneteinek vannak jelen. (Therapie der Gegenwart, 1907. 1. füzet.)

**Syphilitese májláz.** Gerhardt hívta fel először a figyelmet arra a körülményre, hogy májsyphilis eseteiben hektikus vagy typhoid jellegű láz lehet jelen. Később G. Klemperer foglalkozott ezzel a kérdéssel. Az idetartozó eseteknek a száma még csekély s azért érdeklődésre tarthat igényt Géronne esete Senator tanár klinikájáról. A 23 éves asszony állandó hányásingerről és hányásról panaszkodott, a mihez icterus társult. Majd rendetlen (2–6 napos) időközökben lázrohamok támadtak, a melyek rázóhídeggel és forrósággal kezdődve, néhány óras tartam után többnyire izzadás kíséretében szűntek meg. Később a rohamok mind jobban szaporodtak, majd pedig mindennaposá váltak. Kiemelendő, hogy a hőszám idején úgy a láz, mint az icterus fokozódott. Higany- és jodkezelésre az állapot tetemesen javult, s az illető ma talán gyógyultnak mondható. A baj syphilitese természetű mellett eleinte csak az szólt, hogy elvetélés előzte meg; később azután kiderült, hogy a betegnek a férje hiányosan kezelt syphilitisben szenvedett. (Therapie der Gegenwart, 1907. 1. füzet.)

A vese tapintása után beálló fehérjevizelésnek diagnosztikai értéke mellett szólnak Gebrovsky tapasztalatai. Az úgynevezett „vesetapintási“ fehérjevizelésre Menge hívta fel először a figyelmet, diagnosztikai célra Schreiber ajánlotta először (L. Orvosi Hetilap 1906. 34. sz.), midőn hasi daganatok tapintása után a keletkezett fehérjevizelésből az újképletnek vesebeli eredetére következtetett. Gebrovsky vizsgálatait Wagner kievi tanár 30 betegen (22 nő, 8 férfi), illetőleg 39 vesén végezte. A vizeletben foglalt fehérje mennyiségének, a fehérjevizelés tartamának s a vesealakulemek minőségének tulajdonit fontosságot. Ép vese

tapintása után a vizeletben csak nyomokban van fehérje, kevesebb, mint 0.033‰; a kóros vese tapintása után több fehérje mutatható ki. Az előbbi esetben a fehérjevizelés már 30 percz-két óra után eltűnik, az utóbbiban esetleg még a vizsgálatot követő napon is megvan. Oly esetben, midőn kétségtelen, hogy a tapintott szerv a vese volt, a fehérjevizelés hiánya egyoldali ureterelzáródásra, vagy a veseszövet teljes elpusztulására vall. E vizsgáló módszer segítségével a szerző egy 39 éves betegén ki tudta mutatni a bal vese teljes rákos pusztulását, a mit a boncolás utólag igazolt is. Minél nagyobb a vizelet fehérjetartalma, annál kifejezettebb az üledék elváltozása is. Az egészséges vese vizsgálata után néha ép vesehámszejteket, nyálkás, hyalin vagy szemese hűgyhengereket látunk. Ha azonban zsírosan elfajult hámszejthengereket találunk, oly lappangó idült vesegyuladásra kell gondolnunk, melyet a közönséges vizeletvizsgálattal kimutatni lehetetlen. (La semaine médicale, 1907. 5. sz.)

Ország Oszkár dr.

### Sebészet.

**A máj trauma utáni kisebbedésének s operatív beavatkozás által elősegített újjaképződésének esetét közli Mekus.** A 19 éves gépmunkás 1905 októberében májtáji traumát szenvedett. Kopogtatási eltérés nem volt ugyan, de működésbeli zavarok mutatkoztak a betegen: szapora érverés és légzés, emelkedett hőmérsék, néhány nap múlva kisfokú icterus, epefesték a vizeletben, majd heves, rendszeren az étkezés után támadó kólikás fájdalmak, később székrekedés. A tüneti kezelés mellett e zavarok továbbra is megmaradtak, azonkívül a kopogtatás hasúri folyadékfelhalmozódás fejlődését s a májtompulat fokozatos kisebbedését mutatta ki. Minthogy a beteg állapota folyton súlyosbodott, laparotomiát végeztek, a mikor is 1 liter epésen festett folyadékot bocsátottak ki, meggyőződtek a máj tetemes megkisebbedéséről s arról, hogy zöldes rostonyás csapadék borítja a bélkacsokat, melyek könnyen leválasztható összenövést mutattak egymás s a cseplesz között. Az összetapadásokat szétválasztották s Talma módszere szerint a máj vérkeringésének könnyítése végett a csepleszt odavarrták a hasfalhoz. A nagyon lesóványodott beteg állapota a műtét után lassan javult. Vizeletében az epefesték kevesbedett, végre eltűnt s ezzel kapcsolatban a májtompulat fokozatosan nagyobbodott, úgyannyira, hogy 1906 márciusában, midőn a beteg teljesen jó állapotban elhagyta a kórházat, májtompulata a rendes határokat mutatta. A szerző a következő kórbonczatani magyarázatát adja az esetnek: A májtompulat viselkedésére s a laparotomia alkalmával talált tetemes májkisebbedésre támaszkodva kimondhatjuk, hogy a máj állományának egy része elpusztult s felszívódott talán heg hátrahagyásával, a mi megmagyarázná az epe- és vérpangást, tehát az ascitist. A laparotomia alkalmával a beleken talált csapadék s az ascitesfolyadék természete (fehérjetartalom, leukocyták, detritustömegek) a mellett szól, hogy az ascitise létrejöttében chronikus hashártyagyuladásnak is kellett szerepelnie, a melyet alkalmasint a máj tokjának szakadása indított meg. Tekintetbe véve a májtompulat nagyobbodását a műtét után s azt, hogy minden működési zavar eltűnt, felvehetjük egész határozottan, hogy a máj állományának Ponfiek értelmében vett oly nagyfokú újjaképződésével van dolgunk, a mely nemesak a máj nagyságának, de — a mi a fő — működésének teljes restitúójára vezetett. (Münchener med. Wochenschrift, 1907. 2. sz.)

**A czombsérvek gyökeres műtétét a következő módon végzi Kader (Krakau):** 1. Mérsékelt medencefelpolcolás. Hosszmetzés. A sérvtömlő tompa izolálása annak megnyitása nélkül.

2. A hasüreget megnyitása egy másik hosszmetzésből 1–2 cm. hosszban a Poupart-szalag felett úgy, hogy az alsó peritoneális sebzug és a sérvtömlő nyaka közt 1½–2½ cm. széles sértetlen hashártya marad. E felső sebből a sérvtömlő tartalmát revidálja, az odanőtt csepleszt reszekálja, egyszóval a sérvtömlő tartalmát lege artis ellátja.

3. Miután a sérvtömlő üres, a sérvtömlőt golyófogóval a csatornán át a hasürbe befördítja; ha ez kívülről nem sikerül, úgy a hasürön át a sérvtömlő alsó polusát megfogva végzi ezt.

4. A crurális csatorna zárása 2–3 selyemvarattal oly módon, hogy a lig. Poupartiit az os pubis horizontális szárának



csonthátyájához és a lig. pubicum Cooperihez, illetve a fésűizom pólyájához varrja. A varratokat felülről-hátulról előre-kifelé alkalmazza, hogy így a vena femoralis sértését kizárja.

5. A hasürből a felső seben át kihúzott sérvtömlő lekötése s eltávolítása.

6. A sérvtömlő csomója a fali peritoneumot egyesítő varratokkal a fali hashártyához rögzítetik.

7. A crurális csatorna alsó nyílása, a foramen ovale zárása haránt-, vagy hosszirányú selyemvarrattal.

8. Izom-pólyavarrat úgy a felső, mint az alsó sebben catguttal. Bőrvarrat selyemmel.

Ezen eljárás előnye, hogy a crurális csatorna tájékán lévő peritoneum bizonyos feszültségben van, hogy a hashártya a hasürből a helyen mintegy befelé boltosodik és nem alkot töleszerű kimélyedést, továbbá, hogy a sérvcsatornát két rétegben zárja.

E módszerrel 15 esetben végzett műtétet; a közvetlen eredmény jó volt; a távolabbiról az operatio óta eltelt idő rövid volta miatt egyelőre még nem nyilatkozhatik. E műtét methodus nagyon hasonlít a Kocher- és a Sprengel-féle crurális sérvműtét eljárásához. (Wiener klin. Wochenschrift, 1906. 50. sz.)

Steiner Pál dr.

A vesesebészethez szolgáltat újabb adatokat Gebele a müncheni sebészeti klinikáról (Angerer tanár). A functionális vesediagnostikai eljárások értéke felől nagyon eltérők a nézetek, de annyi megállapítható, hogy újabb időben határozottan javult a vesesebészeti műtét statisztikája. Kümmell a javulást a vérkryoskopianak tudja be, Casper az ureter-katheterismus kapcsán nyert vizelet kryoskopijának, a huyanyammennyiség meghatározásának és a phloridzinpróbának tulajdonít jelentőséget, Rosing az ureter-katheterismus útján nyert vizelet pontos vegyi, gócsövű és bakteriologiai vizsgálatát tartja fontosnak, Israel, a ki nem híve a functionális methodusnak, a javulást a helyes műtét indicióknak, a korai műtétnek, a pathologiai elváltozások helyesebb mérlegelésének tulajdonítja. A müncheni sebészeti klinikán az utolsó 10 évben 11 nephrotomiát és 39 nephrektomiát végeztek. Ezek közül a műtét következtében meghalt 7, még pedig 6 veseevstirpacio, 1 nephrotomia után. A 7 haláleset közül 4 azon időre esik, midőn a functionális vesediagnostikát még nem alkalmazták, de a boncolás ezen esetekben is a mellett szólt, hogy a visszahagyott vese ép volt. A müncheni klinika határozottan állást foglal a vérkryoskopia mellett, a melyet az ureter-katheterizálás és a pontos vizeletvizsgálat kiegészítéseképpen mint értékesíthető diagnostikai módszert ajánl. (Archiv f. klin. Chirurgie, 81 k., 1. füzet.)

Steiner Pál dr.

A narkosis utáni pneumoniák keletkezésének okát tette experimentális vizsgálat tárgyává Lichtenberg a Czerny-klinikán. Kísérleteihez házinyulakat használt s vizsgálatai azt mutatták, hogy házinyulak chloroform-belégzés után súlyos tüdőbeli elváltozásokat szenvednek el, a melyek 48 óra után typosus lobuláris tüdőgyuladássá válnak. Ennek az az oka, hogy a chloroformgőzök az alveolus hámszövetére directe fejtenek ki káros hatást, az elzsírosodott hámszövetek leöklődnek, az alveolusban vérzés áll be, s ez okozza az egész tüdőn szétszórtan észlelhető atelektasiás góczokat, a melyek mint loci minoris resistentiae szerepelnek s mint ilyenek az infectiora hajlamosak. Sőt tovább azon eredményre is jut, hogy az oxygenchloroformnarkosis sem nyújt több biztositékot a pneumonia kifejlődésével szemben, mint a chloroformnarkosis. Épen azért ajánlja, hogy a chloroformnarkosis javallatának felállítására előtt mindig számoljunk a postoperativ pneumonia eshetőségével s csak szigorú indicatio mellett alkalmazzuk a chloroformnarkosist (Münchener med. Wochenschr., 1906. 47. sz.)

Steiner Pál dr.

#### Gyermekorvostan.

A vér bakteriologiai vizsgálatának jelentősége a gyermekkorban. Rotch és Low a rendszeres bakteriologiai vizsgálatoknak nagy fontosságot tulajdonít; csecsemőkön és gyermekeken ilyen vizsgálatokat eddig csak elenyésző kis számban végeztek. Pedig számos kétes esetben döntő szerepük lehet a körjelzés megállapításában, így első sorban említendő a typhus abdominalis,

a melyben a Widal-reactiót megelőzően már az első lázas napokon positiv eredményt kaphatunk. A szerzők a vért a könyökhajlat felületen venából nyerték punctio útján. 680, tizenkét év alatti gyermeket vizsgáltak meg arra nézve, vajjon a direct venapunctio kivihető-e vagy sem? Míg 4 éves korig a betegeknek csupán 21%-ában, addig 5—8 éves korban 72%-ában, 9—12 éves korban pedig 86%-ában állott fenn a közvetlen venapunctio lehetősége. Legfiatalabb betegük, a kiből ily módon elegendő vért kaptak, 6 hónapos volt. A beavatkozás folytán kellemetlenségeket, eltekintve egy haemophiliás gyermeken létrejött nagyobb fokú vértömlesztől, nem észleltek. Az eszköz (punctio tű) és a bőr teljes tisztaságának pontos keresztülvitele mellett a fertőzés veszélye teljesen kizártnak látszik, legalább ilyenmü tapasztalataik nem voltak. A könyökhajlat bőrét szappanos vízzel, aetherrel, alkohollal és sublimattal jól megtisztítják. Helybeli érzéstelenítés (aethylchlorid) igénybevétele nem ajánlatos, mert vértelenséget idéz elő. A felkarra gummipólyát csavarva (mint az érmetszész-kor), a rögzített duzzadó gyűjtőörbe beszúrók a sterilizált üvegfeeskendő tűjét s a szükséges mennyiséget felszívják. Átlagban 5 cm<sup>3</sup> vér szükséges, bár egyes esetekben 0.5 cm<sup>3</sup> is elegendő volt. A nyert vérral az előkészített táptalajokat rögtön beoltjuk; táptalajnak többnyire bouillont és agart, kivételesen vérsavót használtak. Mindegyik kémesóhoz 0.5 cm<sup>3</sup> vért adva, a thermostatba helyezük. Néhány esetben közvetlenül a halál után a szív direct punctioja által nyert vérral végeztek oltásokat. 36 esetben élőből, 8 esetben pedig halottból nyert vérral készítették tenyészeteket; ezen 44 eset közül 15 adott positiv eredményt. A betegség többnyire typhus abdominalis, pneumonia és cerebrospinalis meningitis volt. Feltűnő, hogy ez utóbbi betegségben a tenyésztés mindig negativ eredményű volt, a cerebrospinalis folyadékban azonban a jellegző meningococcus intracelluláris mindig ki tudták mutatni. (The Journal of the American medical association, 1907. 3. sz.)

Faludi Géza dr.

#### Húgyszervi betegségek.

A cystopurin-t H. Loose a húgyesőkankó mindenféle alakjában behatóan tanulmányozta és mint olyan szert állítja elénk, a mely a vele érintkező szövetben a nyiroknak az áramlását befolyásolja, ezáltal a mesterséges vérbőséggel analog hatást létesít. Elismeri továbbá azt a tulajdonságát is, hogy a kórfolyamatnak a felületen továbbterjedését meg tudja akadályozni, valamint azt is, hogy a cystopurin mint prophylacticum a kankó ellen némi szerepre lesz még hivatva. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 2. füzet.)

Drucker Viktor dr.

A prostatikusokon észlelt igen súlyos vérzésnek az okait és gyógykezelését tárgyaló értekezésében B. Goldberg a vérzéseket keletkezésük szerint négy csoportba osztályozza. A catheterrel eszközölt húgyesősérülést, mint leggyakoribb okot abból ismerjük fel, hogy a pöcsapoláskor a vizeletnek a lefolyása előtt és ez után ömlik ki a vér a catheteren. A második csoportba sorozza a szerző az „e vacuo” eredő vérzést, a mi akkor áll elő, ha az erősen kitágult retentiós hólyagot hirtelen lecsapoljuk. A harmadik csoportba tartozik a vérzésnek az az alakja, a mely nem származik ugyan közvetlenül az alapbántalomból, de — úgy mint a cystitis chronica és a hólyagkő — a prostatahypertrophiának igen gyakran hü kísérelője. A negyedik csoportot a megnagyobboldott prostatából fakadó spontan vérzések alkotják. Ezen a ponton már eltérők a vélemények; a míg v. Frisch és mások az ilyen spontan vérzéseket elég gyakorinak mondják, addig Guyon már a rosszindulatú álképletnek az előjelét látja bennük. Minthogy a sarkoma és a carcinoma az eseteknek 20—30%-ában csakugyan vérzéssel jár, G. megfigyelései szerint a spontan vérzés ugyan nem bizonyít feltétlenül valamelyes tumor mellett, de gyanúra mindenesetre elég okot ad. A belső gyógyszerektől különösebb eredményt nem várhatunk. A vérzés okának a kiderítése után a therapia minden egyes esetben másképen fog alakulni. Szorgalmas öblítésekkel és antiseptikus fecskendésekkel a hólyagnak a megnyitását el fogjuk kerülni, a prostatectomia azonban ezután is még javalt lesz. (Die Therapie der Gegenwart, 1906.)

Drucker Viktor dr.



## Közegészségtan.

A házi villamos berendezések egészségtanához szolgáltatott adatokat *Jellinek S.* Az elektromosság házi alkalmazásából folyó balesetek száma nem nagyobb, mint a gáz vagy gőz felhasználásából származóké. De még ezt a számot is kisebbíthetjük, ha tekintettel vagyunk bizonyos szabályokra, melyekre a balesetek tanulmányozása tanít. Veszélyes az áram 200, halálos 500 volt feszültségen túl. A hatás egyenes arányban nő az idővel és az áram erősségével, fordított arányban az ellenállással, a melyet az egyén s az a közeg (pl. talaj, falak) mutat, a melylyel az illető érintkezik. A villamossággal történhető balesetek szempontjából veszélyesnek (stromgefährlich) mondjuk azt a termet, melynek talaja s esetleg falai jó vezetők, nem veszélyesnek (stromsicher) azt, melynek talaját s falait szigetelőanyagok alkotják. Nemcsak a kétsarkú, hanem az egysarkú érintés is ártalmas lehet, ha a másik sark valamiképen összefügg a földdel; különösen veszélyes lesz ez, ha ilyenkor összeköttetés létesül egy többvezetős rendszerrel, a mikor az illető 3—4-szeres feszülés alá jut. Ha a test felülete jól vezet — izzadság vagy konyhasóoldat borítja —, akkor az áram leginkább csak a felületen terjed szét s csekélyebb a hatása. Ha a felület rosszul vezet, akkor az áram, a kisebb ellenállást keresvén, a testen halad keresztül. Az áram irányától függ, milyen szervekben éri el legnagyobb sűrűségét s ismét e szervek fontossága határozza meg a veszélyesség kisebb vagy nagyobb fokát. Befolyásolja a hatást az egyén esetleges testi állapota (status somaticus), mely alatt egyrészt az egyéni ellenállást, másrészt a reakcióképességet értjük: narkotizált állatokat, alvó embereket (szerezők) különben halálos feszültségű áramok nem öltek meg. Függ a hatás az állatfajtól is. E különböző tényezők különböző mértékben való szerepléséből érthető, hogy néha kicsiny feszültségű áram (észleltek már 65 voltnál is halált) halált okoz, míg máskor igen nagy feszültség sem szünteti meg az életet (egy esetben 5500 voltos áram nem volt halálos).

A házban vagy ház körül következő balesetek történtek: A) *Lámpafoglalatok* érintése által két esetben következett be halál, a melynek az oka egyrészt a lámpafoglalat (Edison-foglalat) hiányos constructioja, az áramot közvetítő talpesavarulat hiányos elszigetelése volt, másrészt pedig az a körülmény, hogy az illetők veszélyes helyiségekben (fürdőszoba, pincze) tartózkodtak, tehát a földdel jó vezető összeköttetésben állottak. Az áram az egyik esetben 220, a másikban 110 volt feszültséggel birt, de az utóbbi esetben az illető a talaj útján összeköttetésbe jutván egy többvezetős rendszerrel, 440 volt feszültség alá került.

B) *Kapcsoló szerkezetek* (kapcsoló villa, csavarkapcsolók) érintése által csak kisebb sérülések történtek. Veszélyes ezek érintése csak akkor, ha az illető áram vezetéke véletlenül nagyobb feszültségű áramkörrel jutott összefüggésbe.

C) A házban belül elhelyezett *kábelek* nagyfokú elszigetelésük miatt ritkán okoznak bajt, de már gyakrabban a házban kívül elhelyezettek, a mit bizonyít ez a tipikus eset: Egy péksegéd, a ki kenyeret akart átnyújtani egy dróthálóval befűtött kerti ház ablakán át, érintkezésbe jutott a dróthálóval s rögtön meghalt. A föld felé meglehetősen elszigetelt drótháló összeköttetésbe került valamiképen a világítás céljaira bevezetett 500 voltos áram vezetékével, az áram a drótháló érintésekor a péklegény testén keresztül távozott s az illetőt megölte.

D) Ritkábbak azon különös balesetek, melyek *telefon és csengettyűgombok* használatakor fordulnak elő akkor, a mikor ezek valami módon erősebb áramokkal kerültek összefüggésbe. *Rövid zárlat* néhány esetben tüzvész okozott. Előfordul néha, hogy nagy feszültségű áram közelébe jutott vízsugár (pl. tűzi fecskendőből) útján közlódik az elektromos ütés.

E) Az áram indirekt hatása útján egy esetben történt megbetegedés, a mikor a vízvezetéki csőbe bejutott áram a kapcsolási helyeken levő miniumot (PbO<sub>2</sub>) elektrolytosan bontotta s ólom-mérgezést idézett elő.

Lakóházunkban tehát különbséget kell tennünk az áram szempontjából a „veszélyes” és a „veszélytelen” helyiségek között. Veszélyesek a földszinti helyiségek, a pincze, a fürdőszoba s az emeleti szobák is, ha a ház építéséhez vasgerendákat használtak s a padló ezementezett, vagy noha szigetelő anyagból

áll, víz- vagy gázvezetéki cső eszközli esetleg az összeköttetést a földdel. Veszélyes termék villamos felszerelésekor óvatosságra van szükség. Legcélszerűbb álló s hordható lámpák helyett a függőlámpák használata, a mikor a lámpa érintése szükségtelen. Minthogy — laikus kezekre lévén bizva — a körték kicserélése zárt áram mellett történik s az anyacsavarulatból kissé kiálló csavarfogalattal érintkezés történhetik, azért az izzólámpák szerkezete ilyen irányban javítandó. A vezető kábelnek a házban kívül való elhelyezésekor számolnunk kell bizonyos óvintézkedések mellett a helybeli viszonyokkal. A házban belül könnyebb ellenőrzés végett ajánlatosabb a vezetéknek nem díszítések alá, hanem díszítések fölé szerelni. Kapcsolószervezetek csak felnőtt ember által elérhető magasságban helyezendők el. Minden házat kapujában közös kikapcsolószervezettel kell ellátnunk, hogy különös esetekben (tűzvész) a házat hamar áramtalaníthassuk. Hygienés szempontból előnyösebb a váltakozó áram, a mely még azt az előnyt is nyújtja, hogy így minden háznak megvan a saját áramköre (transzformátor), miáltal bizonyos értelemben független lesz a főhálóban vagy szomszédos házakban támadó zavaroktól.

A közjó érdeke kívánja, hogy minden államban technikai s orvosi szakértőkből szervezetek alakuljanak, melyek időről időre ellenőrizzék a házi villamos berendezéseket. Leginkább fog azonban célravezető a széles néprétegek s a tanulóifjúság felvilágosítása a villamosság hasznáról s veszélyeiről. (Wiener klinische Wochenschrift, 1906. 41. sz.)

## Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A *húgyhólyag atóniája* ellen már régóta használják nagyon jó eredménnyel a strychnint. Csak az a kár, hogy a szájon át adva meglehetősen nagy adagok szükségesek és ezek több rendbeli kellemetlen mellékhatást (fejfájás, általános ingerlékenység, hasmenés stb.) fejthetnek ki. Ennek az elkerülésére *Robinson* közvetlenül a hólyagba viszi be a strychnint, a melynek hatását hydrastininrel fokozza. Oldata következő összetételű: 6 centigramm strychninum sulfuricum, 60 centigramm hydrastininum hydrochloricum és 400 csepp tömény bórsavoldat. Minden csepp tehát 0.15 milligramm strychnint és 1.5 milligramm hydrastinint tartalmaz. A húgycsőnek gondos fertőtlenítése után Guyon-fecskendővel 4 cseppet visz be hetenként 1—2-szer. (Ref. La semaine médicale, 1907. 3. szám.)

A *thiosinamin-befecskendezéseket* kiterjedten használják a berlini Moabit-kórházban pleura-kérgesedések, idült perigastritis és húgycsőszűkület eseteiben, természetesen a mechanikai kezeléssel együttesen. A mint a kórház alorvosa, *Sachs dr.* közli, heges pylorus-szűkület eseteiben is jó eredményeket ad a 10%-os thiosinamin-oldatnak bőr alá fecskendezése, és erre két esetet is említ. 3—4 naponként fecskendezendő be 1—1 cm<sup>3</sup>. (Die Therapie der Gegenwart, 1907. 1. füzet.)

Az *orr tamponálása* epistaxis miatt vagy orrműtétek után *HänseImann* szerint teljesen észszerűtlen, a mennyiben a levegőnek szabadon átjárását megszünteti és megakadályozza az orral közlekedő üregek kiürülését. Szerinte sokkal célszerűbb a 3%-os hidrogensuperoxid (1 r. Merck-féle perhydrol 9 r. vízre) alkalmazása; az ilyenkor képződő thrombusok többnyire elegendőnek bizonyulnak a vérzés elállítására. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1906. október.)

## Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1907. 8. szám. *Szabó Sándor*: A dysmenorrhoea aetiologiaja és kezelése. *Pándy Kálmán*: Elmekörtani ritkaságok. *Kranovits Dezső*: Mérgezés ószibarackmaggal.

**Orvosok lapja**, 1907. 8. szám. *Tóvölgyi Elemér*: A köhögés therapiájáról. *Gühr Géza*: Esetek a gyakorlatból. *Jankura Iván*: A csecsemő- és gyermekkor emésztési zavarai.

**Budapesti orvosi ujság**, 1907. 8. szám. *Simaházi Totth Gida*: Ovariomiák a terhesség alatt. *Torday Árpád*: Fizikális és chemiai tényezők befolyása a női tej katalysisára. „Bőr- és bujakórtan” melléklet, 1. szám. *Beck Soma*: Az atrophodermiákról. *Detre László*: A serumbetegségről. *Fürész Jenő*: A luesellenes kúra és a spirochaeta pallida kimutathatósága.



## Vegyes hírek.

**Kinevezés.** *Bródy Sámuel* dr.-t a szekszárdi Ferencz-kórházhoz alorvossá nevezték ki.

**Választás.** *Parthe József* dr.-t Klekken körorvossá választották.

**Az Országos védőegyesület a nemi betegségek ellen márczius hó 4.-én d. u. 6¼ órakor az új városháza közgyűlési termében (Váczi-utca 62—64) estélyt tart, a melynek tárgya *Schreiber Emil* dr. „A prostituczióról“ czímen tartott előadása feletti vitaközlés. Vendégeket szívesen látnak.**

**Az alakulóban levő „Magyar sebésztársaság“** ez évi június hó 1. és 2. napján Budapesten nagygyűlést tart, a melyre már eddig is több előadást jelentettek be, vitakérdés gyanánt pedig a következőket tűzték ki: 1. A feregnyúlványgyulladás kezelése; referens: Herczel Manó és Schmidt Hugó. 2. A Bier-féle hyperaemiás kezelés értéke; referens: Lumniczer József és Makara Lajos. A nagygyűlésnek lesz a feladata az alapszabályok végleges megállapítása is.

**A „Klinikai recipe-könyv“**, melyet három év előtt adott ki első kiadásban *Müller Vilmos* dr., a napokban hagyta el új kiadásban a sajtót. A könyv, mint ismeretes, a budapesti egyetemi klinikákon, a poliklinikán és a fővárosi közkórházakban használatos gyógyításmódokat és recepteket tartalmazza. Az új kiadás több tekintetben előnyös változáson ment keresztül. A gyakorló orvos mindenesetre jó hasznát veheti a csinosan kiállított zsebkönyvnek, a melynek ára 6 korona.

**Meghaltak.** *Bergmann Frigyes* dr. Sopronban február 21.-én. — *Krabler P.* dr., a gyermekorvostan rendkívüli tanára s a gyermekklinika igazgatója Greifswaldban, február 18.-án 66 éves korában. — *C. Roux* tanár, a sebészeti klinika igazgatója Lausanneban, február 15.-én 50 éves korában.

**Kisebb hírek külföldről.** A prágai német egyetemen Chiari tanár utódja a kórboncolástani tanszéken *Kretz A.* dr. bécsi rendkívüli tanár lett. — Freiburg i. B.-ban *Schüle* dr.-t a törvényszéki orvostan valdó rendkívüli tanárává nevezték ki. — Turinban *Soli* dr. rendes tanár lett a sebészből. — A berlini Kaiserin-Friedrich-Hausban orvosi tudakozó irodát rendeztek be, melyben idegen orvosok, a kik tanulmányi czélukból jöttek Berlinbe, felvilágosítást nyerhetnek Berlin orvosi intézményeiről, kórházairól, gyűjteményeiről, cursusaíróiról, stb. — Hollandiában levélbélyegeket nyomtatnak, a melyek még egyszer olyan drágák, mint a közönséges bélyegek. A árkülönbözetből befolyó összeget a tuberculosis elleni küzdelemre s a szűnidei telepek szervezésére fordítják; az ellenőrzést az állam hivatalos közegei végzik. — A strassburgi belorvostani tanszékre *Moritz Fr.* tanárt nevezték ki Giessenből. — A berlini parlamentbe a nemrég lefolyt választások alkalmával összesen hat orvos került be. — *Fr. de Quervain*, a sebészet magántanára Bernben a tanári címet kapta meg.

**A VI. nemzetközi dermatologiai congressust** márczius 9—14.-én New-Yorkban tartják meg. Tárgyalásul a következő főthémák vannak kitűzve: 1. A bőrben talált organismusok aetiologiai viszonya a kiütéses betegségekhez. 2. A tropusi bőrbajok. 3. A syphillisimmunisatio lehetősége. 4. A syphillis parasitologiajának jelenlegi állása. A congressus elnöke *J. C. White*, Boston, főtájkára *A. Fordyce*, New-York.

**Az atoxyl gyógyító hatását az álmokorra** kétségbe vonja *Ayres Hopke* dr., a lissaboni tropus-orvostani intézetben a bakteriologia és parasitologia tanára, a *Medicina Contemporanea*ban közzétett cikkében. *Hopke* dr. már jóval Koch előtt, 1905-ben kezdte meg kísérleteit e szerrel s így tapasztalatai már több évre terjednek ki. Azt állítja, hogy az atoxyl mulandó javulást okoz ugyan, de egy idő múlva a tünetek ismét megjelennek, az ágyékesapólyással nyert folyadékban ismét feltalálhatók a trypanosomák, s végül, az állandó atoxyl-kezelés ellenére is, bekövetkezik a halál. Az atoxyl tehát csak palliatív értékű szer az álmokor kezelésében, s nem specifikus orvosság, mint Koch hiszi. Hasonló skepticismussal nyilatkozik újabbban az atoxyl értékéről két liverpooli tudós, *Thomas* és *Brein* is, állatokon végzett kísérleteik alapján.

**„Allopathia“.** A *Deutsche mediz. Wochenschrift* február 7-i számában *E. Holländer* dr. tiltakozik a gyógyszerészek azon általános szokása ellen, hogy gyógyszerértáruk címtáblájára egymás mellé írják egyforma betűkkel ezt a két szót: allopathia és homoeopathia, mintha ez az orvostudomány két egyenrangú ágazata volna, mintha a mi tudományunkban ily irányú dualismus állana fenn, a két irányzat teljes paritásával. *Hahnemann* nevezte el azokat az orvosokat, a kik nem az ő elve, a similia similibus szerint gyógyítanak, allopatháknak; valóságos izléstelenség, hogy még ma is eltűnjük ezt az elnevezést. Mi nem vagyunk „allopathák“, hanem orvosok. Leghelyesebb volna, ha a gyógyszerészek nem is tartanának homoeopathikus orvosságokat, hanem átengednék azt egyes külön gyógyszerértáraknak; ha pedig üzleti szempontból az ártatlan golyóscák árúsítását nem tartják mellőzhetőnek, diszkrét alakban kellene czégtáblájukon vagy ablakukon kifejezésre juttatniok, hogy kívánságra homoeopathikus szereket is szolgáltatnak.

**Lehet-e az alvó embert chloroformozni?** Erre nézve kísérleteket végzett *Guinard* dr. Párisban s azt találta, hogy az esetek egy részében sikerül; 8 eset közül 3-szor sikerült a kísérlet. Igen lassan és óvatosan kell eljárni, különben hirtelen felébred és felugrik az alvó. *Guinard* dr. hírlapi kacsának tartja azokat az időnként felmerülő híreket, hogy valakit a vasúton chloroformmal elaltattak és így kirabolták; hogy

ébreten levő embert a tudtán kívül chloroformmal el lehessen altatni, ki van zárva, de még az alvónak a narcotizálásához is külön ügyesség és gyakorlat szükséges, s még így is az eseteknek csak egy töredékében sikerül ez a kísérlet.

**Az Egyesült-Államokban és Canadában az 1906. év folyamán** 1150 orvos hunyt el, a mi 17.20/100 halálozási arányszámmal felel meg. A halálokok között a gyakoribb betegségek következő számokkal szerepelnek: szívbántalmak: 262; agyvérzés és agybántalmak: 182; vesebajok: 135; tüdőgyulladás: 121; gümőkór: 99; aggkori gyengeség: 59; rák: 48; typhus: 38; septicaemia: 29; appendicitis: 26; meningitis: 19; diabetes 16. Feltűnő nagy az erőszakos halálesetek száma, t. i. 150; ezek közül balesetek által előidézett 103, öngyilkosság 34, gyilkosság 13. Az átlagos életkor 58 év és 4 hónap. 62-en haltak meg 30 éves koron alul; 70 évet 464-en, 80-at 204-en értek el; 18-an pedig a 90. évet is felülmúlták.

**Orvosi honorariumok Amerikában.** Egy amerikai lap pontos adatokat közöl a new-yorki orvosok jövedelméről. E szerint New-Yorkban 5 orvos van, a kinek az orvosi gyakorlatából eredő jövedelme meghaladja az 500,000 k-át, 6, a kinek 250—300,000 k. jövedelme s 200, a kinek 50,000—200,000 k. évi jövedelme van. *Lorenz bécsi tanár*, a kit *Miss Lolita Armour*hoz hívták veleszületett csipőficzomodásának a meggyógyítására, ezért az útiköltségen kívül 120,000 k. honorariumot kapott, *Walter C. Browning Philadelphian* *Agee* senator örökösének 900,000 korona orvosi honorariumot számított fel, a mit ki is fizettek neki, s *Howard A. Kelly*, az ismert ba'timorei szülészstanár 5000 k-át számított fel egy-egy napért egy gazdag bányatulajdonosnak, a kinek a várandós felesége mellett 21 napot töltött. A legnagyobb jövedelműk azonban az amerikai orvosok közül, mint egyszer már közöltük, a Mayo testvéreknek van Rochesterben.

**Chinában az opiumélvezet ellen igen szigorú rendeletet** hozottak ki. A rendelet az opium termelésének és használatának teljes beszüntetésére tíz évi időt enged. Addig is minden egyes opiumszívó és opiumkeres kedés hivatalos ellenőrzés alatt áll. A 60 éven alól levő opiumszívók évenként egy öttöddel csökkenteni tartoznak az opiumélvezésüket. Legszigorubb jár el a rendelet a tisztviselőkkel, hercegekkel, tábornokokkal és vicekirályokkal: ezek hivataluk elvesztésének terhe alatt hat hónap alatt, a tanítók és katonák három hónap alatt le kell hogy szokjanak az opiumszívásról. Az opium behozatalának is teljesen meg kell szűnnie tíz év alatt; ez az intézkedés különösen Angliát érinti érzékenyen.

**„Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatorium.** Ujjonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és helbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

## Vizgyógyintézet

a „Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Ezüst éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.** 1076

**Dr. NIEDERMANN-SANATORIUM** (Széchenyi-telepen, az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál) felvezet ideg- és kedélybetegket, alkoholistákat, morfinistákat lezoktatási gyógyomóra. Sürgöny: Budapest. Telephon 79—72. Posta Rákospalota Prospectus. 3170

## Marilla

sanatorium május 1-én nyílik meg. A napi pensio: lakás, kiszolgálás, világítás, élelmezés, orvosi kezelés és az összes gyógyeszközök használatával együtt **12.50-16** koronába kerül. **Az igazgatóság.** 2878

**Dr. Doctor K.** v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697. 2221

**Dr. Kopits Jenő,** kórh. rend. orvos, testgyógyintézet Budapest, VII., Kerepesi-út 18, I. em. (Bejárat Kazinczy-u. 2).

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

**ERDEY DR.** Budapest, IX., Bakács-tér 10 1415/3109 SANATORIUMA. Nőbetegek és szülők részére.

**ERDŐS JÁNOS DR.** az élvezeti szerektől (alc., nic., coff.) származó betegségek szakorvosa. VIII., Főherceg Sándor-utca 19, f. 2. Rendel délután 4—6.

**Dr. Widder Bertalan** operateur testgyógyintéző (orthopádia) intézete csont- és izületi (tuberculositikus, angolkóros, rheumás, elgörbült) betegeknek. Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 19. Magyar-utca sarok. Rendel d. e. 11—12., d. u. 3—5-ig. Szegényeknek díjtalanul.

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

## Simonyi Béla dr.

Modern Röntgen-laboratorium. Röntgen-therapia; átvilágítás; Harminczad-utca 6. (Erzsébet-tér sarok) Röntgen-felvételek. 2798  
Telefon 49—57. **Vibrációs massage.**



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1907. február hó 18.-án.) 174. l. — Közkórházi orvostársulat. (II. bemutató szakülés 1907. január 30.-án.) 174. l. — A Budapesti kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urológiai szakosztálya. (Rendes ülés 1907. december 17.-én.) 175. l.

## Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1907. február hó 18.-án.)

Elnök: Than Károly. Jegyző: Lengyel Béla.

Orvosi érdekű előadások voltak a következők:

1. Ónodi Adolf lev. tag „Az orr melléküregeinek közös válaszfalairól” értekezik. Dolgozatában foglalkozik azon közös válaszfalakkal, melyek az egyes melléküregeket határolják és egymástól elválasztják, és bemutatja az ide vonatkozó készítmények természetű ábráit. Vizsgálatai szerint a homloküreg közös válaszfala hiányozhatik egy homloküreg jelenlétében; a hol megvan, lehet sagittális és ferde elhelyezésű; egy esetben vízszintes válaszfal választja el az egyik homloküreget a felette fekvő ellenoldali homloküregtől. A közös válaszfal csonthiányt is mutathat, miáltal a két homloküreg egymással érintkezik. A homloküreg az elülső rostasejtektől és a bulla frontalistól különböző síkban fekvő közös válaszfal határolja. Egy esetben hiányzik a közös válaszfal, midőn a rostasejteket képviselő rostaüreg összefolyik a homloküreggel. Egy esetben az elülső rostasejt hiánya folytán a homloküreg és a hátsó rostasejt között közös válaszfal van jelen. A közös válaszfalon levő csonthiány folytán a homloküreg közlekedhetik úgy az elülső, mint a hátsó rostasejttel. A homloküreg az iköböltől is közös válaszfal választja el. A Highmor-üreg közös válaszfal választja el a rostasejtektől és az iköböltől. A hátsó rostasejt válaszfalai különböző síkokban fekdhetnek és elválaszthatják a homloküregtől, a Highmor-üregtől és az iköböltől. Az iköböl közös válaszfala hiányozhatik egy iköböl jelenlétében, a közös válaszfal sagittális, ferde és frontális síkban fekdhetik és elválasztja rendszeren a hátsó rostasejtektől, egyes esetekben a Highmor-üregtől és a homloküregtől. Közös válaszfal lehet jelen egyoldali iköböl, valamint az azonoldali és az ellenoldali hátsó rostasejt között, továbbá egy hátsó rostasejt és a két iköböl között.

Ezen az ide vonatkozó ismereteket kiegészítő adatok gyakorlati fontossággal bírnak, a mennyiben megmagyarázzák a kóros folyamatnak áttérjedését az egyik üregről a másikra, valamint a közös válaszfal áttörését és a szomszédos üreg másodlagos megbetegedését.

2. Ónodi A. lev. tag az orr melléküregeit feltüntetető tábláit mutatja be. Első vizsgálatait az orr melléküregeiről 16 ábrával 1892-ben adta ki magyar és német nyelven; ezt a következő évben angol és olasz nyelvre fordították le. Azóta végzett vizsgálatainak tudományos eredményeit közzétette, 150 készítményét természetű nagyságban fényképfelvételben összegyűjtötte latin jelzésű táblákra, melyek a közoktatásügyi ministerium és az Akadémia támogatásával készültek. Bemutatja ezen táblákat, melyeket a külföldi egyetemek sebészeti, szemészeti és orrbeteg-klinikái, valamint anatómiai intézetei tanítási célra elfogadtak és használnak.

3. Tangl Ferencz lev. tag bemutatja Pólya Jenő dr.-nak „A trypsin hatása az élő pankreasra” című értekezését.

Pólya J. dr. kísérleteit a budapesti kir. tud.-egyetem általános kórtani intézetében végezte oly módon, hogy kutyák pankreasába a főkivezetőcsövön át trypsin (36-szor) és friss pankreasnedvet (8-szor) fecskendett. A trypsin-injectiókkal 17-szer tudott rövidesen halállal végződő, kisebb-nagyobb kiterjedésű zsírszövetnekrosissal járó megbetegedést, vérzést, nekrosist előidézni, és pedig olyan oldatokkal, melyek erősen fehérjeemésztő hatásúak voltak. Gyengébb emésztőképességgel bíró, vagy fehérjére hatástalan oldatok az állatot kevésbé súlyosan, vagy egyáltalán nem betegítették meg. Ha a trypsinoldatot melegítéssel fehérjeemésztőhatásától megfosztotta, szintén nem betegedett meg az állat. A pankreasnedv-kísérletek alkalmából 6-szor activ, fehérjeemésztőképességű, 2-szer inactiv, fehérjeemésztőhatással nem bíró nedvet használt. Az activ nedv 5-ször gyors, 1-szer lassabb lefolyású betegséget idézett elő a pankreasban, az inactiv nedv nem betegítette meg a hasnyálmirigyet. Ezen vizsgálatok alapján nagy valószínűséggel lehet következtetni, hogy a trypsin és a pankreasnedv betegségek okozója tényezője a két anyagban közös fehérjeemésztő fermentum.

## Közkórházi orvostársulat.

(II. bemutató szakülés 1907. január 30.-án.)

Elnök: Medvei Béla. Jegyző: Török Béla.

## Carcinoma pylori miatt végzett nagykiterjedésű gyomorresectio két esete.

Milkó Vilmos: A daganat egyik esetben sem volt tapintható. A diagnoszt az anamnesisre és a functionális gyomorvizsgálatra kellett alapítani. Az előadó hangsúlyozza ezen vizsgálatok gyakorlati fontosságát, mert csak így válik lehetségessé a korai diagnoszt és az ezen alapuló sikeres műtéti beavatkozás.

Az első eset 50 éves, azelőtt teljesen egészséges férfira vonatkozik.

Múlt év november 13.-án vették fel Herczel tanár sebészeti osztályára. 3 hónap óta vannak gyomorpanaszai: étvágytalanság, felbőgés, gyomorégés, majd hányás, mely az utóbbi időben úgyszólván minden nap jelentkezett. Az objectív vizsgálat végzésekor a mérsékelt lesoványodott férfi pylorusán resistentiát lehetett homályosan tapintani, ezenkívül teljes anaciditás volt, az éhgyomorra történt gyomormosás sok emésztetlen ételmaradékot hozott felszínre. Ezen tünetek alapján a diagnoszt pylorus-carcinomára téve, laparotomiát végeztek, a mikor kitért, hogy a pyloruson narancsmekkoraságú göbös daganat ül, mely a környezettel kissé összenőtt, a pylorus lumenét erősen szűkíti és a kis görbületre is magasan felterjed. A lig. gastro-colicumban és a kis curvatura mentén számos beszűrődött nyirokmirigy. A daganat épen még az operabilitás határán állott; eltávolítását javalltá tette az egyének aránylag jó erőbeli állapota. A resectiót, mint rendszeren, Billroth szerint végezték. A duodenális csonkot Doyen szerint súlyesztették el s azután hátsó gastroenterostomiát végeztek varrattal. A daganat nagysága miatt a gyomor jelentékeny részét el kellett távolítani, csak a funduson maradt körülbelül kisökönyi gyomorrészlet. A lefolyás kedvező volt, a beteg 4 héttel a műtét után teljesen gyógyultan távozott.

A második esetben az aránylag fiatal, 41 éves egyéne 3 hó előtt jelentkeztek gyomorfájdalmak; később 3—5 naponként hányt, a hányadékban napokkal előbb evett ételmaradványokat ismert fel. Erősen lesoványodott, úgy hogy felvételekor súlya 44 kgm. volt. Daganatot egyáltalában nem lehetett tapintani, de a gyomor alsó határa a köldök alá terjedt és a hasfalán keresztül élénk gyomorperistaltika látszott, biztos jelül, hogy pylorusszűkület van jelen. Az éhomra kivett gyomortartalomban a tejsav-, szabad sósav- és vérreactio positiv. A carcinoma diagnosztát igen valószínűvé tette az is, hogy mikroszkoppal sok tejsavbakterium volt látható és hogy a Gluzinsky-féle próba positiv volt.

A laparotomia, melyet Herczel tanár megbízásából múlt év november 7.-én végzett, kimutatta, hogy a pyloruson göbös porc kemény daganat ül, mely a lument teljesen átjárhatlanná teszi. Minthogy a daganat eléggé mozgékony, metastasisok a perigastriums mirigyek kivételével nem találhatók, az előadó gyomorresectiót végzett. A nehézség ebben az esetben abban állott, hogy a carcinoma mélyen a duodenumra terjedt, úgy hogy belőle nagyobb darabot kellett resekálni, miáltal a duodenális csonk ellátása szenvedett. Közben a pankreas fejből is erősebb parenchymás vérzés indult meg, melyet körülöletésekkel sikerült csillapítani. A duodenum csonkját ez esetben nem lehetett eléggé peritonizálni, s ennek folytán a műtétet követő második héten nagy duodenális sipoly képződött, melyen át a beteg naponként több literre menő bél- és pankreasnedvet veszített s ezért rendkívül elgyengült. Az ilyen duodenális sipolyok következtében a betegek gyakran inanitióban pusztulnak el. Jelen esetben a lefolyás kedvező volt. Protrahált fürdők alkalmazására a sipoly



szépen összehúzódott és 6 hét alatt teljesen elzáródott. Jelenleg a beteg teljesen jól érzi magát, súlyban gyarapszik, étvágya jó. (Folytatása következik.)

## A Budapesti kir. Orvosegyesület Dermatologiai és Urologiai szakosztálya.

(Rendes ülés 1906. december 17.-én.)

Elnök: Török Lajos. Jegyző: Spitzer Gyula.

### Remete Jenő: Stricturált phimosis folytán támadt vizeletretentio gyógyult esete.

53 éves beteg, congenitalis phimosis: 23 éves korában I. blennorrhoeás fertőzés; két év előtt észlelte az első vizeletelési nehézségeket; a vizelet csak nehezen indult, a sugár erőtlenségre, hosszú ideig tartó csepegés mutatkozott. December 7.-én a poliklinika rendelésén jelentkezett, a midőn csak a legnagyobb erőfeszítéssel tudott néhány csepp vizeletet üríteni. A hólyag két ujjnyira a köldök alatt kiköpögtethető; a phimosis hosszú, úgynevezett *bürzselförmig*, kemény tapintatú, csakis filiformissal átjárható, melyre kathetert vezetve rá, 600 cm<sup>3</sup> vizelet ürült.

Mint hogy a húgycsőben magában semmiféle akadály nem tapintatható, az incomplet retentionnak oka a phimosis, melyet akképen oldott meg, hogy a phimosisos csatornát felmetszette, és a húgycsőnyílás alsó, a phimosishoz nőtt ajkát felszabadította. A praeputium egész alsó részében a glanshoz tökéletesen odanőtt. A phimosisos strictura egész hosszában kérges, callosus szövetből áll tasakkal, egyenetlenségekkel és homokkal.

A beteg azóta hólyagját jól, minden akadály nélkül üríti ki. Ebből is következik, hogy a retentio oka a phimosisos strictura volt. Ily eset tudomása szerint az irodalomban nincsen leírva.

Róna: Javultnak tartja hasonló esetben a circumcisíót, még pedig abból az okból, mert coitus alkalmával a csomk könnyen repedést szenvedhet és így az infectio lehetősége nagyobb.

### Róna Sámuel: A spirochaeta pallida gyakorlati értékéről szerzett tapasztalataim. (Előadás demonstratiókkal.)

A Schaudinn-féle spirochaeta gyakorlati jelentőségéről szerzett tapasztalatairól számol be az előadó, még pedig: 1. a spirochaeta pallida diagnostikai értékéről; 2. a spirochaeták kimutathatóságának tartamáról a kénesekezelés alatt; 3. a késői syphilitikus ragadós voltáról; 4. a vegyes sanker tanának módosulásáról; 5. a spermának spirochaetákra való vizsgálatáról.

Az előadás az „Orvosi Hetilap”-ban jelent meg egész terjedelemben.

(Évzáró és tisztújító közgyűlés 1907. évi január 18.-án.)

Elnök: Török Lajos. Jegyző: Csillag Jakab.

Török Lajos az ülést a következő beszéddel nyitja meg:

Szakosztályunk ismét egy két évi munkázlat végére ért. Nem vagyok a pose embere és ennél fogva bár megtiszteltetésnek tartom, hogy választásuk két évvel ezelőtt engem helyezett az elnöki székbe, a szakosztály bármely hivatalát mégsem tekintem oly fontosnak, hogy a mai alkalmat a nagyobb tudományos egyletekben és anyaegyesületeinkben is divó, és joggal divó oly kijelentésekre használjam fel, a melyek általánosabb eszméket foglalnak magukban, vagy az egyesület életére vonatkoznak. Mindazonáltal ma, a mikor az elnöki tisztségről lelépek és visszatértek az elmúlt két esztendőre, lehetetlen, hogy két dolgot ne említsek, a mely úgy hiszem a mi szerény működésünket jellemezte, s a melyben kifejezésre jut a dermatologiai szakmában mind erősebbé váló irányzat. Az egyik az, hogy előadásainkban és discussióinkban mind erősebben kidomborodik a kórbonecolástani és pathogenetikai irányzat. Elegendő, ha e tekintetben rántalok a sclerodermiáról, az eczemáról, a női ivarszervekből kiinduló bőrbajokról, az erythema nodosum syphiliticumról tartott előadásokra s a hozzájuk fűződött eszmeeserékre.

Nem kételkedem, hogy ezen irányzat a következő években még erősebben fogja uralni a dermatologiai kutatást. Ezen az úton termékenyíthető meg az a sivar, száraz, szinte sivatagszerű talaj, a melyen éveken keresztül annyi meddő dolgozat és vita termett, mely a bőrbetegségek systematikájára, rokonságára és nem rokonságára, egyes bőrbajok létezésére vagy nem létezésére vonatkozott. Ezen az úton fogunk eljutni egy egyszerűbb szerkezetű és biztosabb ismeretekkel rendelkező dermatológiához.

A másik körülmény, a mely felöltik, az, hogy szakosztályunk tagjai aránylag gyakran keresték fel az anyaegyesület és más szakosztályok üléseit előadásaikkal, mintegy kívánva, hogy munkásságuk az általános orvostudomány, vagy más szakmák birálatát közvetlenül állja ki. Ha jól számítottam, három előadó kereste fel az elmúlt évben az anyaegyesületet és kettő más szakosztályt. Igaz, hogy ezzel a munkálattal egy része elvonatott a mi szakosztályunk tárgyalásaitól. De azt hiszem, ezen nem kell sajnálkoznunk. Mert sok haszon háramlik ebből a tudományos vizsgálódásra. A mi szakmánk megtermékenyül azon gondolatok és serkentések által, a melyekben más szakmák művelői, illetőleg az általános szakmák emberei részéről a tárgyalások alatt vagy után része van. Már az ilyen nem a legszorosabb szakemberek számára készülő dolgozat szerkesztése is kiragadja a buvárt a specialitás sokszor elég szűk látóhatárából, a többi szakmához és az általános

nos orvosi buvárlathoz vezető út friss atmosphaerája elfújja a munkáját különben ellepő specialistikus port. Szabadabbá válik a munkásság tere, frissebb a munkakedv, szebb a munka célja. De még egy oknál fogva hasznos ez az irányzat; ugyanis a specialistikus munkát eredményeit közvetlenül rendelkezésére bocsátjuk a többi szakmának. A mi szakmánkban ez a haszon nem csekély, ha a szakmát valóban tudományosan fűzzük és az apró-cseprő specialistikus kérdéseket csupán a maguk értéke szerint értékeljük. A dermatologia a pathologiai anatomia és az általános pathologia szinte kiegészítő szakmájának kínálkozik és különösen alkalmas a pathogenetikai észlelésekre, mivel a kóros folyamatok közvetlen előtűnk folynak le. Az aetiologiai tudományok is bőven meríthetnek a mi tapasztalatainkból. A tudományos dermatologiai észlelés tehát bőven hálálhatja meg az általános orvosi szakok és más orvosi szakok részéről nyert ösztönzést. Ezekből a szempontokból véve szemügyre a szakosztály tagjainak működését, lehetetlen elzárkóznunk a megelégedés érzésé elől. Hogy az utóbbi körülmény következtében talán szenvedett az előadások quantitása a szakosztályban magában, azt bőven kiegyenlíti az említett haszon.

Ezután Huber Alfréd titkár tartja beszámolóját az 1906. év működéséről a következőkben:

T. Szakosztály! A midőn az 1906. évre vonatkozó titkári jelentésemet a t. Szakosztály elé terjesztem, örömmel kell mindenekelőtt konstatálnom, hogy az 1906. év tudományos munkálkodásunkat illetőleg határozottan productívabb volt, mint az 1905. Az ülések száma 5 volt, egygyel több mint 1905-ben. Ezen 5 ülésen kartársaink 5 előadást és 19 bemutatót tartottak; ezzel szemben 1905-ben az előadások száma csak 3 és a bemutatásoké csak 13 volt. Örömmel kell jeleznem, hogy üléseink iránt szakosztályunk t. Tagjain kívül más kartársak is érdeklődtek: így 1906-ban activ részt vettek a demonstrációkban Alth Egon és Stein Adolf kartársak, előadást tartott pedig mind vendég Preisz Károly kartárs. Fogadják szíves érdeklődésükért és közreműködésükért e helyről is legőszintébb köszönetünket. Kívánatos volna, hogy ezen érdeklődés a jövőben még inkább fokozódjék, a mit legjobban vélek elérhetni az által, ha az Orvosegyesület igen t. Elnöke által megpendített ú. n. „referáló előadások” ügyét szakosztályunk valóban magáévá tenné; ilyen előadással ugyanis még mindig adósak maradtunk és a most megválasztandó tisztikar legfontosabb teendői közé sorolnám, hogy e „referáló előadások” ügyét a legmelegebben pártolja és megvalósítsa. Sajnosan kell konstatálnom, hogy azon kartársak, a kik velünk dermatologusokkal a szakosztály keretén belül symbiosisban élnek, 1906-ban igen keveset érdeklődtek szakosztályunk ügyei iránt; érdeklődésük egyetlen bemutatásban merült ki; kívánatos volna, ha a jövő év ebben is haladást mutatna fel. Szakosztályunk jegyzőkönyvei az 1906. évi decemberi ülés kivételével már mind napvilágot láttak: a legutóbbi két hivatalos év összes működését feltüntető különlenyomat a jövő hetek egyikén kerül t. kartársaink kezébe. Mindent összegezve, szakosztályunk 1906-ban, noha tagjainak száma hárommal mecsappant, a mennyiben csak 47-et tett ki, határozottan productívabb működést fejtett ki, mint 1905-ben. A szakosztályi működés ideáljától nagyon messze vagyunk még és ha talán kissé korholó hangon utaltam működésünk néhány és talán nem épen legfontosabb fogyatékoságára, tettem azt azon erős reményben, hogy azokat a ma választandó új tisztikar el is fogja tüntetni.

Róth Alfréd pénztáros a következőket jelenti:

A szakosztály vagyonának állapota az 1905. év végén	
Kamat	1496.51 korona
Tagdíjak (42 tag után)	45.44 „
	252.— „
<b>Összesen</b>	<b>1793.95 korona</b>
<b>Kiadás</b>	<b>119.23 „</b>

Vagyonállapot 1907 elején 1674.72 korona.

A számadást rendben találta:

Schattélez Mór dr.

Iványi Ernő dr.

Következett az új tagok választása.

Rendes tagokul felvették: Brezovszky Emil dr., Hahn Dezső dr., Hermann Emil dr., Karácsonyi Mihály dr., Neu Nándor dr., Preisz Károly dr., Stiller Jenő dr., Szili Sándor dr.

Rendkívüli tagnak megválasztott Herezel Manó dr.

Indítványok nem voltak.

A régi tisztikar két éves mandátuma lejárván, az új tisztikar a következőképp alakult meg: Elnök: Basch Imre. Alelnökök: Beck Soma, Emődi Aladár. Titkár: Drucker Viktor. Jegyzők: Róth Alfréd, Spitzer Gyula. Pénztáros: Iványi Ernő.

## PÁLYÁZATOK.

550/907. sz.

A nagykallói m. kir. állami elmeegógyintézetben a másodorvosi állás megüresedvén, ezen ideiglenes jellegű, 2 évi időtartamra szóló, évi 1200 korona fizetéssel, 400 korona helyi pótlékkal, I. osztályú élelmezéssel, természetbeni lakás, fűtés és világítással díjazott másodorvosi állásra a nagymélt. m. kir. belügyminiszternek f. évi február hó 18.-án 18.419. sz. a. kelt magas rendelet folytán pályázatot hirdetek.

Felhívom azon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. §-ában körülírt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú magyar kir. belügyminiszter úrhoz intézett folyamodványokat a nagykallói magy. kir. állami elmeegógyintézet igazgatóságához 1907. évi márczius hó 23.-áig nyújtsák be.



Megjegyeztetik, hogy az esetben, ha a pályázat során okleveles orvos nem folyamodik, az állás kivételesen és ideiglenes alkalmazásban szigorló orvos által is be fog tölteni.

Nagykálló, 1907. évi február hó 23.-án.

Borosnyói L. Béla dr., igazgató.

832/907. sz.

A megüresedett välli körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állásra pályázni kívánnak és a pályázatra jogosítva vannak, hogy kellően felszerelt kérvényüket nálam 1907. évi márczius hó 21. napjának déli 12 órájáig beadják, mert a később érkezendő kérvények figyelembe vételni nem fognak.

A körorvosi székhely: Vál és a körhöz Vál, Tabajd, Gyuró, Kuldó községek tartoznak. Az összes lakosság száma 6000 lélek.

A körorvos fizetése a körhöz tartozó községek által előleges negyedévi részletekben fizetendő évi 1600 korona. Nappali látogatási díj 50 fillér, éjjeli látogatási díj 1 korona. Vál községben a halottkémlésért esetenként 50 fillér.

A körorvos tartozik hetenkint egyszer — a községi előljárással együttesen megállapítandó napon — a körhöz tartozó községekben, szükség esetében a pusztán megjelenni.

A választást 1907. évi márczius hó 23. napján d. e. 10 órakor fog Vál községházánál megtartani.

Vál, 1907. évi február hó 21.-én.

Tarafás, főszolgabíró.

672/907. sz.

A lemondás folytán megüresedett almás-kamarási orvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

A körhöz tartoznak az egymástól 3 km. távolságra fekvő Almás- és Nagy-Kamarás községek.

A javadalmazás 2000 korona törzsfizetés, 200 korona lakbér és 160 kor. úti átalány, melyért hetenkint kétszer tartozik N.-Kamarás községben megjelenni. A látogatási díj mindkét községben nappal 40, éjjel 80 fillér.

A körorvos kézi gyógytár tartására engedélyt kap.

Pályázni szándékozók felhívtnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket hozzám márczius hó 14. éig adják be.

A választást márczius hó 16.-án fogom megejteni.

Elek, 1907. évi február hó 20.-án.

Fülöp Lajos dr., főszolgabíró.

3807/907. kig. sz.

Baja város közkórházának elmeosztályán üresedésbe jött, évi 1200 kor. fizetéssel, szabad lakással, étellel, fűtéssel és világítással javadalmazott alorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtok felhívtnak, hogy a kellő okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket legkésőbb f. évi márczius hó 21. napjáig méltóságos Ambrozovics Lajos dr. főispán úrnál Baján nyújtsák be.

Megjegyeztetik, hogy szigorló orvosok is pályázhatnak és hogy a kinevezett alorvos állását haladék nélkül tartozik elfoglalni.

Baja, 1907. évi február hó 21.-én.

A polgármester.

682/907. eln. sz.

Hódmezővásárhely város nyilvános jellegű kórházánál rendszeresített alorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

A betöltendő alorvosi állás 1500 korona, azaz Egyezeröttszáz korona évi fizetéssel, egy szobából álló természetbeni lakás, továbbá fűtés, világítás és első osztályú étellel van egybekötve.

Felhívtnak azért mindazok, a kik pályázni óhajtnak, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előirt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat, erkölcsi magaviseletüket s esetleges előbbi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket a f. év márczius hó 12. napjának délutáni 5 órájáig a polgármesteri hivatalhoz nyújtsák be, illetve küldjék meg, a honnan a pályázati kérvények — a kinevezés megejtése végett — főispán úr ő méltóságához fognak felterjesztetni. Az állásra szigorló orvosok is pályázhatnak.

A kinevezés két évi időtartamra szól, s az osztályos orvos ajánlatára egy-egy évre meghosszabbítható. Az állás a kinevezési okmány kézhezvételétől számított 8 napon belül elfogalandó.

Hódmezővásárhely, 1907. évi február hó 7.-én.

Juhász Mihály, kir. tanácsos, polgármester.

2690/907. sz.

Zemplén vármegye s.-a.-ujhelyi „Erzsébet“ közkórházánál lemondás folytán megüresedett és évi 1600 korona fizetés, a kórházban természetbeni lakás és teljes ellátással javadalmazott segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni szándékozók, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 43., illetve az 1883. évi I. t.-cz. 1. és 9. §-aiban előirt képzettségüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Zemplén vármegye főispánjához czimezve, hozzám f. é. i. április hó 10.-éig adják be.

Az állás 1907. évi május hó 1.-én lesz elfogalandó.

Sátoraljaúj hely, 1907. évi február hó 18.-án.

Dókus, alispán.

132/907. sz.

Lemondás folytán üresedésbe jött Kis-Küküllő vármegye hosszúaszi járásához tartozó mikeszászi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása:

1. 1200 kor. fizetés, havi előleges részletekben.

2. 240 kor. lakbér Mikeszásza községtől.

3. A szabályrendeletileg megállapított látogatási, vénnyirási, halottkémlési és vágóbiztosi díjak. Az állás nyugdíj jogosultsággal van egybekötve.

A megválasztott körorvos a köréhez tartozó 11 községet köteles havonként egyszer meglátogatni, mely alkalmakkor minden községtől 2 korona fuvardíj felvételére jogosult.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §. illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket f. évi márczius hó 27.-éig hozzám nyújtsák be.

A választást f. évi márczius hó 28.-án d. e. 9 órakor Mikeszásza község közjegyzői irodájában fogom megtartani.

Hosszaszó, 1907. évi február hó 12.-én.

Gyárfás, főszolgabíró.

866/907. sz.

A pozsonyi kerületi betegsegélyző pénztár dévényujfalusi körzetében 2000 korona fizetés és 400 korona fuvarátalánnyal javadalmazott pénztárorvosi állás jön üresedésbe.

Ezen körzethez Dévényujfalu, Lamacs, Hidegkut és Dévény községek tartoznak.

A javadalmazás az első negyedévben utólagos, később előleges havi részletekben fizetetik. A felmondási idő kölcsönösen három hónap.

A folyamodások f. évi márczius hó 7-éig terjesztendők be a pénztár elnökségénél (Pozsonyban, Rakovszky-utca).

A megválasztott az állást f. évi márczius hó 16-án köteles elfoglalni és Dévényujfaluban lakni.

Bővebb felvilágosítást ad a titkár.

Pozsony, 1907. évi február hó 19.-én.

Somlyay Lajos, titkár.

Dworak Károly, igazg. elnök.

## HIRDETÉSEK.



A Bór- és Lithion-tartalmú

# Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

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

**Húgyhajtó hatású!**

**Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!**

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

### Nyugdíjas orvos

kerestetik egy fővárosi fürdő-intézet részére az április - októberig terjedő évadra havi 100 korona fizetés mellett. Ajánlatot kérek Szalády Géza, Budapest, I., Hadnagy-utca 8. sz. alá küldeni.

Amerikai rendszerű **hygienikus központi légfűtés** egyszaládós házak, villák, **sanatoriumok, gyógytermek, kórházak** számára. 1949

Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!

HOFFMANN MIKLÓS magánmérnök, BUDAPEST, VI., Teréz-körút 35. szám. Telefon 96-96.

## Ulcus ventriculi

**Rohitschi**  
„Styria-forrás“

200—300 gm. langymelegen éhgyomorra egy órával a reggeli előtt.  
Meglepő gyógyosikerek.

ARTHUR MARK, WIEN, VI/1,  
Telefon 2582. sz. **KASERNENGASSE 26.** Telefon 2582. sz.

Dr. HOFMEIER-féle

# PHORXAL

kizárólagos és egyedüli elárúsítása

**folyékony!!! pasztillák!!! poralakban!!!**

**Tartalmaz:**  
Phosphor 0.25%, megfelelő 0.57%,  
phosphorsavnak,  
Ya-oxid 0.3%,  
Összhamu 3.09%,  
Fehérnyé és vas a  
**Haemoglobin-ből,**  
a phosphor a  
**Lecithin** és Nucleoprotein-ből er. d.

**Hízalt marhák véréből előállított vízben oldó Albuminat.**

Kapható minden gyógyszerertárban.

**Nagybani raktár: G. & R. FRITZ, WIEN, I.**

## Kunnia-forrás

természetes, alkalikus, sós savanyúvíz.

Ezen gyógyvízben az uralkodó alkatrészek mennyisége (19.6794 gm. egy literben). Aránya olyan, hogy mellette úgyszólván eltörpül a csoport többi kiváló vize. Konyhasótartalma (7 gm. egy literben) valamennyi vizét felülmúlja. Nagy előnye a viznek hygienikus tisztasága. Nagyon kellemes ízű és könnyen emészthető.

Főraktár: Édeskuty L., Budapest. — Kútkezelőség: Brassó.



CALIFIG

CALIFIG

CALIFIG

(Név védjegyzve.)

1604

**Kaliforniai fügeszörp.****Kellemes és hatásos hashajtó felnőtteknek és gyermekeknek.**

A katharsis előmozdítására a nélkül, hogy a legtöbb használatban levő hashajtószerral járó kedvezőtlen sequelae mutatkoznék, ritkán felelt meg jobban az orvosi követelményeknek egy szer, mint a „CALIFIG“ (California Syrup of Figs), a California Fig Syrup Co. ismert fügeszörp készítménye. „CALIFIG“ általános elismerésben részesült, mint bebizonyított therapeutikus értékű hashajtószert. Alig létezik egy második készítmény, mely a természetet oly jó eredménnyel segíti elő, mely jobban bevált volna a renyhe bélműködés szabályozására. Enyhe hatása a végbélesatorna nyálkahártyájára és a „CALIFIG“ adagolása után mutatkozó természetes bélmozgás ezen készítménynek, mint hashajtószertnek hasonlíthatatlan értéket kölcsönöz; kellemes ízénél fogva különösen alkalmas a gyermek- és nőgyógyászatban. Kiváló értékkel bír oly egyéneknek, kik bajuk vagy hivatásuk következtében a szobára vagy ülő életmódra vannak utalva. „CALIFIG“ egy szóval ártalmatlan és biztonságos ható s még azon előnye van, hogy nem bír hashajtó jelleggel és mindazon esetekben, a hol a hashajtó helyén való, teljes sikert eredményez, minden kedvezőtlen mellékhatás nélkül.



Azon orvos urak, kik ezen készítményt eddig nem alkalmazták, tiszteletteljesen felkéretnek, miszerint gyakorlati kísérlet útján, kijelentésünkről meggyőződést szerezzenek. Minták az orvos uraknak szívesen állnak rendelkezésre Török József gyógyszerárában.

Kapható az összes gyógyszerárakban  $\frac{1}{1}$  üveg 3 K,  $\frac{1}{2}$  üveg 2 K.

California Fig Syrup Company, London E. C., 32, Snow Hill.

Főraktár Magyarország részére:

Török József gyógyszerár, Budapest, Király-utca 12.

CALIFIG

CALIFIG

CALIFIG

# SAJODIN

**Uj belső jodkészítmény****A jodkali egyenértékű pótszere**

az összes javalatokban, melyek ezen szernél tekintetbe jönnek.

**Teljesen izmentes, gyorsan ható, a betegek jól tűrik.**

Javalatok: Másodlagos vagy tertiaer lues és annak kísérő tünetei, (fejfájás, periostalis fájdalmak). — Arteriosclerosis, asthma bronchiale és cardiale, angina pectoris, bronchitis chronica, apoplexia stb.

Adag: 2—4 g. pro die, por vagy tabletták alakjában, legczélszerűbben az étkezések után szedendő.

Rp. Tabl. Sajodin. à 0,5 g. No. XX. „Eredeti csomagolás”.

Farbwerke vorm.

Meister Lucius & Brüning,

Höchst a. M.

3497

Farbenfabriken

vorm. Friedr. Bayer & Co.,

Elberfeld.



# NESTLÉ

## GYERMEK LISZTJE

csecsemők, lábbadozók,  
gyomor bajosok részére.

A legjobb alpesi tejet tartalmazza.

Gyermekápolásról ismertető iratokat ingyen küld: NESTLÉ  
Bécs, I. Biberstrasse 11.

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

# LYSOFORM

OLDATBAN SZÁGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

**Málnási** A légzési szervek bántalmánál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorgéget azonnal megszüntet.

# Mária-

**forrás**

Főraktár: ÉDESKUTY L. BUDAPEST.  
Budapesti képviselő: 32:9  
**Nádas Márton.**  
Kútkezelőség: Brassó.  
Természetes alkalisus  
sós savanyúvíz.

# SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D<sup>r</sup> EGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhaachitis.  
Kapható minden gyógyszerertárban.

## Szénsavfürdő-berendezéseket szállít és felszerel

**Dr. Wágner és Társai Egyesült gyárak m. b. t. cég**  
Budapest, IX., Tinódy-utca 3. sz. alatti gyártelepe.  
A fürdők kitérő győgeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatoriumokban be vannak vezetve.  
Prospektusok ingyen és bérmentve.

„Bayer” **CONTRATUSSIN** „Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a  
**VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**  
Budapest, VI., Andrásy-út 84.  
Minden gyógyszerertárban kapható.  
Kivánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Név védve. **Extractum** Név védve  
**Chinae „Nanning”**  
(A jelenkor legjobb stomachicum.)  
Rendelése a berlini betegpénztárnál megengedve.

Javallatok:  
1. Sápókórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltűnt e szer hosszabb használatánál).  
2. Gümökórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.  
3. Heveny és idült gyomorkatarrrhus.  
4. Lázak és sebbezelés.  
5. Lábbadozónál.  
6. Terhes nők hányásánál.  
7. Szeszies italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrrhus.  
8. Hg- és jodkall-dyspepsia.  
9. Tuberkulózisánál.

Egyedül gyáros:  
**H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.**

Minták és irodalom ingyen.

## EPILEPTIKUS

intézet BALF gyógyfürdőben.

A nagym. m. kir. belügyminiszterium 1903. jun. 17-én kelt 56445/1903. sz. rendeletével engedélyezve, 200 férfi és női betegre berendezve. Apolási díj: I. oszt. évi 1600 k., II. oszt. évi 1000 k. Ezen osztályokon kívül szegény betegek, az országos betegápolási alap terhére vehetők fel, a mely esetben a nagym. m. kir. belügyminiszteriumnak 1903. okt. 28-án kelt 97221/IVa. sz. 1903. rendelete értelmében a felvétel külön-külön kérelmezendő a betegek által. A betegek ápolásával a budai szent Ferenczrendű apácák vannak megbízva. Prospectusokkal és egyéb felvilágosítással szolgál: Dr. Wosinski István, Balf gyógyfürdő igazgató tulajdonosa. Posta, vasút, 3324 telefon helyben.



## Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források, Iszapfürdők, iszaporogatások, mindennemű thermális fürdők, vízgyógykezelés, massage. Lakás és gondos ellátás. Csúsz, kőszvény, ideg-, bőrbajok gyógykezelése és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán. 3376

## LASSNITZHÖHE

Graz mellett az államvasutmentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remék fekvés, számos gyógyszerköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependence-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosításul szívesen szolgál a kezeléség. 2880 Prospectusok díjmentesen.  
Daczára f. év január 17-én történt tűzkárnak a rendes üzem fentartatik.

## PANHANS

szálloda és gyógyintézet „Erzherzog Johann” szállodával Semmering, Wien mellett, magaslati hely, 1025 m. a t. sz. f. Elsőrangú lakházak, legmodernebb berendezéssel, összesen 260 szobával. Gyógy- és fürdőintézet az összes vízgyógyeljárás részére, villamos, szénsavas és gőzfürdők, villamos massage, inhalatorium (Bulling-rendszere), 2 házi orvos, házi gyógytár stb. Legjobb tartózkodás magaslati kúráknál. 1786 Közelebbit a prospectusokban.

## „Neuroroborin sec. Glück.”

Idegerősítő és csillapító szer.

Javulva a funkcionális idegmegbetegedések mindazon eseteiben, a hol úgy az idegrendszer megerősödését, mint csillapítását akarjuk elérni. Kipróbálva több idegklinikán és közkórházban. Káros mellékhatásokat nem okoz. Az egyes Neuroroborin-pastillák súlya 1/2 gramm, ebből 20 cgm. bromkalium, 1/2 cgm. codein, a többi részt hypophosphitok alkotják. — Adagolás: Naponta 8-10 tableta. — Kapható minden gyógyszerertárban. — Ára 3 korona. 1873  
Főraktár: „Fehér galamb” gyógyszerertár, Budapest, VI., Hungária-körút 93.

# Rodagen

Uj specifikus gyógyszer 2 grammos tablettákban vagy por alakjában.

## Morbus Basedowii

ellen

(V. ö. Burghart & Blumenthal. Festschrift für E. v. Leyden, 1902, pg. 251.)

Irodalom ingyen. Vereinigte Chemische Werke Aktiengesellschaft, Charlottenburg, Salzufer 16.



**HAEMOSTAN** Extr. Hydrastis Gossypii Hamamelidis-tabletták. Méregtelen haemostaticum anyaméh-, tüdő- és egyéb vérzéseknél.

**CALMYREN** Valeriana kámforpepsin - pillulák, neurasthenia, hysteria és szivneurosisok ellen.

**DISPNON** Theobromin-quebracho-tabletták asthma cardiale, angina pectoris, arteriosclerosis ellen. Mint diureticum is beválk.

**VAGINOL** Higanyoxyeyanat-sozójodolalumol-hüvelygelatinkúpok. Megbízható és nem izgató antisepticum, infectiós és conceptiós prophylacticum hölgyek részére.

**STAGOPHOR** Protargolglycerin- és higanyoxyeyanat - pastillák, elegáns nikkeltokbau. Védekezés nemi fertőzés ellen.

**GELATIN-készítmények** Globuli vaginales, bougies urethrales et nasales, tubuli elastici, suppositoria et amygdal. aurium.

Használatban az összes kiváló klinikákon, a legelső orvosi tekintélyek által rendelve.

== Mintákat és irodalmat küld a készítő cég: ==

**Austria-Apotheke, Wien, IX., Währingerstrasse 18.**

Főraktár Magyarország részére:

**RICHTER GEDEON „Sas-gyógytár“**  
Budapest, IX., Üllői-út 105.

## Liquor Thiorobin Comp. Eibach

mint a vele folytatott kórházi és klinikai kísérletek bizonyítják, a tüdőbetegségek hathatós gyógyítószere, kombinálva igen hatásos erősítőszerekkel, igen kedvezően befolyásolja a tüdőbetegek táplakozását és anyagcseréjét s így tökéletesen pótolja, sőt felülmúlja a külföldi készítményeket. Különösen ajánlható: a légzőszervek megbetegedéseinél, idült hörghurut, tüdőtágulásnál, influenza, kanyaró, számarhurut stb. után visszamaradt makacs hurutoknál, a tüdőgyulladások minden alakjánál, mint specifium. Adagolása: felnőtteknek naponta három kis evőkanállal, gyermekeknek három kávéskanállal. Evés előtt veendő. 2721

Ára üvegenként 2 korona 50 fillér.

Készítője:

**Szamossy Gyula** gyógyszerész laboratoriuma  
„II. Rákóczy Ferencz gyógyszerháza“, VIII., Rákóczy-út 25.  
Főraktár: „Szent Bertalan gyógyszerháza“, VI., Andrassy-út 55.



## C. REICHERT

WIEN, VIII., Bennogasse 24 és 26.

Különlegesség:

**Első minőségű Mikroszkopok.**

Tudatja a következő katalogusok megjelenését:

25. számú főárjegyzék. Mikroszkopok, új ultra-mikroskopi segédkészülékek, Mikrotomok, Hämometerek, Ferrometerek stb. Polarisatio-készülékek a nád- és szőlőcukor quantitativ megállapítására. Vetődési készülékek. Mikrofotografikus készülékek.

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

Raktárak: Garai Samu és társa, Budapest, IV., Kossuth Lajos-utca 1. Keleti J. Budapest, IV., Koronahéreg-utca 17.

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

# Eladó fürdőhelyek és intézetek

**Egy klimatikus gyógyhely,**  
üdülő- és nyaralótelep kitünően felszerelt vízgyógyintézettel, Szepesmegyében, örökön eladó. Vételár 240,000 kor., teher 80,000 kor.,

évi tiszta jövedelem 40—45,000 korona.

A gyógyhely pompás és nagy kiterjedésű fenyveserdő közepette fekszik; kitünő forrásvíz; a 6 épületben 90 szoba. Közvetítők kizárva. Bővebb felvilágosítással szolgál a gyógyhelytulajdonos kizárólagos megbízottja a

„PETŐFI“ Ujság-, könyvkiadó- és hirdetési vállalat  
Budapest, VII., Kertész-utca 16.

**Sucsivna-fürdő és vízgyógyintézet**

teljes berendezésével együtt örökön eladó, esetleg 1907. május 1-től kezdve hasznabérbe kiadó. A fürdőhely 770 méter magasságban a tenger színe felett a kassa-oderbergi vasút mentén, Poprád és Csorba vasúti állomások között fekszik és megállóhelyvel bír. A fürdőtelepen levő lakóházakban van 70 szoba, megfelelő számú cseléd-szoba, vendéglő-, fürdő-, zuhanyépület, istálló és egyéb szükséges melléképület. Bővebb felvilágosítással szolgál a tulajdonosok megbízottjai:

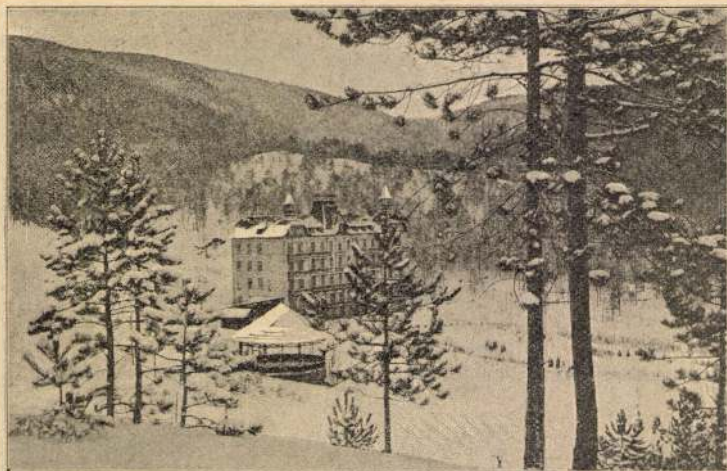
Dr. Payer Géza ügyvéd Poprádon, vagy a  
„PETŐFI“ Ujság-, könyvkiadó- és hirdetési vállalat  
Budapest, VII., Kertész-utca 16.

Eladó egy jó hírnévvel bíró, 30 év óta

## orvos által vezetett intézet a fővárosban.

A vételhez 120,000 korona készpénz szükséges. Közvetítők kizárva. Bővebb felvilágosítással szolgál az eladással kizárólagos megbízott „PETŐFI“ Ujság-, könyvkiadó- és hirdetési vállalat, Budapest, VII., Kertész-utca 16.





**= Sanatorium Wienerwald. =**

3493 **Zéli kúrák tüdőbetegek részére.**

Posta: **Ortmann**, vasúti állomás Pernitz, N.-Ö. Bécsből 2 $\frac{1}{2}$  órányi távolságban. — Legmodernebb kényelem. Lift, fekvőcsarnokok, majdnem valamennyi szoba balkonnal. **Egész éven át nyitva.**  
**Dr. A. Baer.** Kívánatra prospektus. **Dr. H. Kraus.**

**AZ OCULARIUMBAN,**

szak-intézet szemüvegek részére

Budapest, IV. ker., Kossuth Lajos-utca 15, félemelet,  
 Telefon 86—28

biztoság nyújtatik patiensük részére a t. orvos uraknak, hogy minden szemüveg csakis szemorvosi vizsgálat alapján szolgáltatik ki.

Pápaszemek és orrszipetők **3 koronától** feljebb.

**Anämin**  
 EISENPEPSIN-SACCHARAT-  
**LIEBE**

0.2% vas, mint Ferrisaccharat  
 Tartós! Jó ízű!  
**Gyomornyomást nem okoz!**  
**Székrekedést nem idéz elő!**  
 (még hosszabb használatnál sem.)  
**Étvágygerjesztő!**  
 Kitűnő bármily gyengeségi állapot, vérvesztés, idült gyomorbagok stb. ellen.

**Liebe-féle**  
**Sagrada-Tabletták**  
 bevonattal  
 a 0.5, 0.25, 0.15 gramm.  
**Olcso,**  
**biztos és enyhe hashajtók.**  
**Dobozokban à 50 fillér.**  
 Mintákat ingyen küld.

**LIEBE'S SAGRADA-WEIN**  
 Mild abführendes Verdauungsmittel

**J. PAUL LIEBE.** **TETSCHEN A/E.**

**Tuberculosisnál és hurutos bajoknál**  
 a vízben oldható, jó ízű és kitűnően emészthető  
 Guajacol-készítmény:

**Syrupus Guajacoli comp. Hell**  
 Synonim: **Aphthisin** szörpalakban vagy

**Capsulae Guajacoli comp. Hell**  
 Synonim: **Aphthisin** capsulákban  
 legjobb sikerrel alkalmaztatik.

**Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte**

**Gyermekek csemege gyanánt kéri!**



Szabadalmazott.  
**ENERGIN!**

csukamájolaj-lecithin-csokoládé.

Kitűnő ízű, csokoládé-tablettákba formált

**csukamájolaj-készítmény.**

Minden egyes tablettá tartalmaz **egy kávés kanál csukamájolajat, 0.20 calc. phosphoric., 0.05 lecithint.**

**Specificum: angolkórna és görvélyes bántalmaknál. Hizlaló- és erősítő-tápszere: vérszegénység, ideggyengeség, tüdővésznel stb.**

Orvos uraknak szívesen szolgálunk mintaküldeménnyel.

Kapható: minden gyógyszerárban és drogeriában. 3287

— Készíti: **SZIGETI** és dr. **SZILÁRD** —  
**Energin-vállalata, Pécs.**

**LEGTÖKELETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A**  
**LYSOFORM**  
 OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

**Dr. Faragó és Társa**

vegyi, orvosi és gyógyszerészeti labororium

Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 21.

Teljesít diagnostikai és bacteriologiai vizsgálatokat: vizelet-, köpet-, vér-, bélsár- stb. analysiseket.

Vezető: **Dr. Faragó Andor**, kir. törvényszéki hites vegyész.

Vidéki megrendelések is pontosan eszközöltetnek.

**A Guajacol-készítmény** a legmegbízhatóbb és legjobban emészthető Guajacol-készítmény, mely a búkkfa és a kátrány hatékony alkatrészeiből készül és 9 rész guajacol-kénsavas kalium és 1 rész petrosulfol-ammoniumból áll.

A dag: 3—4-szer napjában egy teáskanál szörp, vagy 3—4-szer napjában 1—2 tokoeska.  
**Irodalom:** „A tüdőtuberculosis kezeléséhez”, Medic.-Chirurg. Centralblatt 1902. 9. sz. — „Adatok a tüdőbagok kezeléséhez”, Aertzliche Centralzeitung 1902. 17. és 18. sz. — „A légzőszervek nem tuberculosus bajainak kezelése”, Aertzliche Centralzeitung 1902. 41. sz. — „Adat a tüdőtuberculosis rationalis kezeléséhez”, Wiener med. Presse 1902. 45. sz.; Medicin-Chirurgisches Centralblatt 1902. 44. sz.; Leipzig. Reichs Medic.-Anzeiger 1903. 12. sz.

Irodalom és minta kívánatra rendelkezésre állanak.

Ára egy üvegnek 3 kor., betegpénzt. csomagolásban 2 kor., egy doboz tokocska 2 kor.

**Betegpénztárak és szegényebb betegek részére szíveskedjék rendelni:**

Syrup Guajacoli comp. Hell (OH 1)  
 lag. min. (2 kor.)

A gyógyszerárak csak orvosi rendelésre adják.

**G. Hell & Comp., Troppau u. Wien.**



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes 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 Babarcsi Schwartzler Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Benedict Henrik: Közlemény az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr., ny. r. egyetemi tanár.) Periarteriitis nodosa. 177. lap.

Pánczél Jenő: Közlemény a székesfevárosi szent László-kórháznak Preisch Kornél dr. egyetemi magántanár vezetése alatt álló osztályáról. (Főorvos: Gerlóczy Zsigmond dr., egyetemi magántanár.) Gyógysavóval kezelt diphtheriás hűdés két esete. 181. lap.

Tárca. Kovács József: A „Dispensaire“-intézményről. 181. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Eduard Scheller: Aulus Cornelius Celsus über die Arzneiwissenschaft in acht Büchern. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Boruttan: A cukor kimutatása a vizeletben. — Belorvostan. Huchard: A praesclerosis gyógyítása. — Hemmeter: A gyomorfelekély felismerése és megkülönböztetése az epekövetegségtől. — Idegkórtan. Pfeifer: A punctio szerepe az agyvelődaganatok körjelzésében. — Sebészet. Stich, Makkas és Dowman: Adatok a véregek sebészetéhez. — Thomas: A szájfürő rákok sebészi gyógy-

kezelése. — W. C. Lusk: A prostatatályogoknak a cavum ischiorectale felől való megnyitása. — E. Quick: Intraperitoneális hólyagregedés gyógyulása. — Senn: A csetfélék inai mint varróanyag. — Gyermekorvostan. Jochmann: A járványos agygerincvelőlob serodiagnostikája és serotherapiája. — Bőr-kórtan. J. Heller: Létrejöhet-e a lichen ruber planus balesetek kapcsán. — Húgyászati betegségek. H. Bousquet: Súlyos vesezűdés esetei. — Bazy: Pollakiuria és éjjeli incontinentia. — Courtade: A vesico-urethralis neuralgiák és kezelésük villamos árammal. — H. Minet: Intravesicális massage. — Kiseb közlemények az orvosgyakorlatra. Salmon: Oldható higanyok befecskendezése. — Bterer: Szer a tályogok gyógyítására. — Weiss: Tiodine. 185—187. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 188. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 188. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 174—176. lap.

Mellékletek. F. Hoffmann-La Roche & Cie. cég „Benzosalin“. — Bécsi Ausztriai gyógytár. — Nanning H. gyógyszerész „Extractum chinae Nanning“ prospectusa.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr. ny. r. egyet. tanár.)

### Periarteriitis nodosa.

Irta: Benedict Henrik dr., volt I. tanársegéd.

A periarteriitis nodosa, melyet Kussmaul és Maier 1866-ban írt le először, azóta 20 esetben került észlelés alá; egész sora ismeretes a beható bonczani és szövettani vizsgálatoknak, a melyek a kicsiny és legkisebb arteriák sajátos változásait részben apró aneurysmák, részben az érfal csomószerű megvastagodásai alakjában mutatták ki és a melyek az adatok nagy tömege mellett egyúttal az aetiológiai és histopathogenetikai hypothesisok nagy számát hozták felszínre. De mégis a megbetegedés eddig csupán a kórboncznok hatáskörébe tartozott. Kussmaul és Maier-nek több mint kétszáz esete kivételével, a melyben a valószínű körjelzés intra vitam periarteriitis nodosára tétel, az irodalomban csupán Schmorl-nak egy discussio kapcsán adott rövid megjegyzése ismeretes, a kinek sikerült kiírtott bõralatti göbesében periarteriitis nodosát kimutatnia. Az alább közlendõ esetben, a melyben a klinikai diagnosist egészen kétségtelenül fel lehetett állítani és ennek kapcsán a betegnek lát-szólagos gyógyulással járó kezelést lehetett biztosítani, természetesen azon szövettani részletekre, melyek az eddigi közleményekben oly nagy tért foglaltak el, alig fogok kitérni. Utalok azon rövid, de minden fontosat felölelõ összefoglalásra, melyet Pertik tanár bemutatásom kapcsán az Orvosegyesületben előadott. Meg akarom ellenben kísértetni saját tapasztalataim és a meglevõ irodalmi adatok kapcsán a periarteriitis nodosa kórképét a klinikai orvostan keretébe vonni, a mit esetünknek tünetekben gazdag lefolyása eléggé meg is könnyít.

1. Mint legrégebbi eset a Rokitansky által makroszkopikusan, Eppinger által az aneurysmáról írt munkájában szövettanilag leirt eset ismeretes. A klinikai jegyzetek csak igen hiányosak. 12 napi betegség után dysenteria tünetei közt áll be a halál. Nagyfokú,

általános lesóványodás mellett körülírt száraz mellhártyagyulladás, a vastagbélnek dysenterias fekélyei és májtályogok, továbbá veseinfarctusok és infarctushegek voltak találhatóak. Az összes arteriák, kivéve az aortát, az aorta nagyobb mellékágait és az agyi arteriákat, számos hosszúkás és kerek, köles- egész mogyorónagyságú thrombotizált aneurysmával volt borítva.

Eppinger, a ki az arteria mesentericának aneurysmákkal borított egyik ágát szövettanilag vizsgálta, azt találta, hogy az elastica interna és a muscularis az aneurysma szélén megszakadt és az aneurysma falában egyáltalában nem volt kimutatható. Az intima burjánzott, az arteria körül kanyarulatost rostokból és sűrűn egymás mellett fekvõ sejtekből alkotott, részint teljesen különálló, részint az adventitiában átmenõ kerekded göczök voltak láthatók. Az izomkötegek degenerálódtak.

Eppinger, aneurysmaelméletének megfelelőleg, ezen burjánzásokat accidentális természetűeknek tartja és a fõsúlyt az elastica internának a veleszületett gyengesége által mintegy előkészített szakadására helyezi.

2. Kussmaul és Maier esetüket már mint önálló megbetegedést írják le. A kórtörténet Kussmaul leíróművészetének valóságos példaképe. A 27 éves vándorlegény egyike volt azon betegeknek, a kikről a prognosist már a diagnosist előtt fel lehet állítani; már az első megtekintésre az elveszett ember benyomását keltette. Egész külseje az olyan chlorotikus emberre emlékeztetett, a ki gyorsan lefolyó tuberculosiban pusztul el. A kép a chlorosissos marasmusnak felelt meg. Nyolcz nap óta volt lázas. A hőmérséke 36—38.6° között ingadozott, a pulsusa 110—132 között. Szívén eltérés nincs, a tüdők felett mérsékelt száraz hurut. A vizeletben vér, fehérje, hám- és fibrincylinderek. A felsõ végtagon lassan keletkező paraesthesiák, fájalmak és hűdések, melyek fokozatosan növekedtek, lassanként a törzs izomzatára és végül az alsó végtagokra terjedtek. A hűdött izmok gyorsan sorvadtak és elvesztették elektromos contractilitásukat. Az izmok hyperaesthesiájával együtt járt a bõr anaesthesiája. A beszéd dadogóvá vált. Az egyik hypochondriumtájáról a másikra áthúzó kínzó fájalmak támadtak, időnként hányás, hasmenés. Két nappal a halál előtt a mellkas és has bõre alatt kicsiny, borsónyi csomócskák



fedeztek fel. 36 napi betegség után heves, görcsös bélfájdalmak között állott be a halál.

Pontos klinikai diagnoszt nem állítottak fel. Leginkább trichinosis felvételére voltak hajlandók, a melynek azonban ellene szólt a haemorrhagiás nephritis. A kórbonczati lelet sajátos, nagyobb részt csomós megvastagodásait mutatta számos kisebb arteriának, a melyek a májarteria főbb ágai és a szív koszorúereinek megfelelő vagy ennél kisebb kaliberrel bírtak. Így főleg a bélben, a gyomorban, a vesékben, a lépben, a szívben és az akaratlagos izmokban. Kisebb fokban magában a májban, a bőr-alatti kötőszövetben, a hörgi és rekeszi erekben. Az agyarteriák szabadok voltak. E mellett kiterjedt nekrosissal járó súlyos bélhurut, a gyomornak haemorrhagiás erosiói és diffus vesegyulladás voltak jelen, továbbá az akaratlagos izmoknak és a szív-izomzatnak szemcsés és viaszkos, egyes idegeknek pedig zsíros degeneratioja.

Ezen értágulatok kerek vagy oválisak voltak, itt-ott rózsafüzszerűleg ültek a kis arteriákon, vagy úgy csüngtek rajtuk, mint alma a fán. Feltűnő gyakran a bifurcatio táján foglaltak helyet, elfedték az elágazódást, vagy közvetlen az elágazás helyénél közrefogták az eret. Az arteria hepatica, valamint elágazódásai helyenként hengeralakú megvastagodottak. Hasonló diffus megvastagodások voltak találhatók a bélelek, valamint a szív koszorúereinek ágain. A nagy arteriák szabadon maradtak.

Gócsó alatt az adventitiának gyuladós beszűrődése volt konstatalható, a melynek megvolt a hajlandósága, hogy rostos kötőszövetbe menjen át és reáterjedjen azon szervek parenchymájára, a melyben az erek feküdtek. Az intima néhol megvastagodott, másutt atrophizált és az érlumen ennek megfelelőleg majd megszükkült, majd kitágult; a régebbi góczokban degeneratiók támadtak. A magvak és a sejtek élénk productioja az adventitiában és a mediában kétségtelenné teszi a folyamatnak activ, progressiv jellegét: az arteriáknak gyuladós állapota volt jelen és minthogy a megvastagodásnak csomós alakja a diffus burjánzás felett határozottan előtérben állott, Kussmaul ez állapotot jogosan periarteriitis nodosának nevezte el.

Kussmaul és Maier második esete korántsem oly jellegző, mint az első; a diagnoszt az élőben csak valószínűséggel állították fel. Fiatal emberről volt szó, a kin heveny módon az összes végtagok fájdalmas hűdése keletkezett. Eleinte láz, szívdobogás, erős izzadás, albuminuria, oedemák és az ágyéktájról az epigastriumba húzóó fájdalmak jelentkeztek. 3 hónapi fennállás után lassú javulás, a hűdött izmok mozgékonyosságának visszatérése. A gócsói vizsgálatra vett izomdarabkán az izomrostok degeneratioja mellett egyes arteriákon körülírt tágulások voltak kimutathatók. Az értegek, és pedig a media és adventitia megvastagodtak, bár csak mérsékelt fokban; magoszlás, a magvak szaporodása hiányzott. Sem az esetnek klinikai leírása, a mely után itélve talán infectiosus neuromyositis foroghatott szóban, sem a szövettani adatok és a mellékelt ábra nem tudnak meggyőzni arról, hogy periarteriitis nodosa volt jelen. A mellékelt táblázatban épen ezért ez az eset nem is szerepel.

3. Zimmermann 1874 ben egy 46 éves asszony betegségét írja le, a mely morbus maculosus Werlhofii képe alatt folyt le. A beteg, a ki chronikus lábszárfelekében szenvedett, hasogató végtagfájdalmak és bélkólika tünetei között betegedett meg. A hőmérsék felszállott 40°-ra, a pulsus kicsiny és szapora, száma percenként 138. Az alsó végtagokon ecchymosissok; 4 hónapi betegség után collapsus tünetei között halál.

A bonczolat a mesenterium legkisebb arteriáin csomóképződést mutatott ki; a vékonybél nekrotikus góczokkal volt borítva, melyek közül némelyik perforált és következményes peritonitis purulento-fibrinosára vezetett. A betegedett erek adventitiája hatalmasan burjánzott, fellazult és bőségesen kis gömbsejtektől volt áthatva. Hasonlóan, de kisebb fokban volt megtámadva a media is. Az intima csaknem mindenütt normális maradt. Zimmermann az adventitiát tartja a kiindulási pontnak. Az aetiologiára vonatkozólag nem nyilatkozik.

4. A következő esetet, melyet Kundrat 1875-ben bonczolt, Eppinger tette közzé 1887-ben. A tíz éves beteg marasmusban pusztult el. A praeparatumgyűjteményben megőrzött szíven a coronariák sokszoros aneurysmái, azon felül egyes intercostális

erek megvastagodásai és sokszoros thrombosisok voltak láthatók. A szövettani lelet megegyezett az 1. esetben említettel; itt is Eppinger az elastica hirtelen szakadásait veszi fel elsődleges oknak.

5. Chvostek és Weichselbaum esete klinikai lefolyásában lényegesen különbözik az eddigiektől. A 23 éves, luesel nem fertőzött férfi valamely központi idegrendszeri bántalom tünete között betegszik meg. Fejfájás, szédülés, hányás mellett a bal agyszártájának megfelelőleg valamely lokális folyamat jelei mutatkoznak, a melyet a fennálló lázas mozgalmak miatt agytályognak tartanak. A megbetegedés kezdete után 2 hónappal hirtelen halál.

Az encephalitis klinikai képét az arteria profunda cerebri sinistrának egy 2 cm. hosszú, zsákalakú aneurysmája hozta létre, a mely hirtelen megrepedt. Ezen felül még számos kisebb aneurysmája volt jelen az agy verőereinek, a coronariáknak és csaknem az összes szervek kisebb arteriáinak.

Kussmaul és Maierrel szemben a szerzők az intima endothel-jének burjánzását tekintik elsődlegesnek. Ez a lument gyakran nagy mértékben tudja kisebbiteni, sokszor áttöri az elasticát és folytatódik a mediára, a midőn egyidejűleg burjánzási folyamatok támadnak az adventitiában is. Ezáltal a media ellenállási képessége esökkenvén, a vérnyomásnak enged és kiöblösödik. A vér a burjánzó intima és media közé hatolhat; másodlagosan azután vérrögök, thrombusok rakódnak le. Aetiologiai szempontból esetüket, egyéb okok kizárásával, a syphilissel hozzák összefüggésbe.

6. Egyike a legértékesebb adatoknak P. Meyer közleménye 1878-ból. A 24 éves, erős katona egy év előtt lues szerzett. A betegség a tarkó-, a kereszt-táj- és a két lábikra rheumás fájdalmaival és magas, 40°-ig felmenő lázakkal kezdődött. Nemsokára heves gyomortáji fájdalmak, tartós izzadások és kífokú icterus támadt. A későbbi három hónap lefolyása alatt a láz 38.8—38.2-re szállt alá, 100—108 pulszusszám mellett. A magas fajsúlyú vizelet kevés fehérjét tartalmazott; kífokú oedemák, lép- és májduzzanat jelentkeztek. A marasmus mindinkább fokozódott, hasonlóképen erősödtek a gyomorkólikák, melyek ellen csak a morphium bizonyult hatásosnak. Hirtelen halál.

A bonczolat a tüdő és agy verőereinek kivételével csaknem az összes kisebb arteriákon részben megvastagodásokat, részben kis aneurysmákat derített ki; a bélnyálkahártya vérzésektől volt áthatva, a vesében számos infarctus volt látható.

Meyer mindenütt a media bántalmazottságát találta. Ez megvékonyodott, lemezei széttolattak és kifejezett esetekben el is szakadtak. Elsődleges az elastica interna bántalmazottsága. A részben diffus, részben körülírt gyuladós eredetű sejtes góczok az adventitiában és mediában másodlagosak, hasonlóképen a többi elváltozás, a hyalin tömegek, a thrombosisok, a mi egyébként már e jelenségeknek nem állandó előfordulásából is kiviláglik.

A leglényegesebb körülmény a megbetegedésben a media veleszületett gyengesége, a mi által spontan szakadásokra hajlamosá válik. A luesnek Meyer csupán gyengítő befolyást tulajdonít, épen úgy, mint a testi megerőltetésnek és a gyakori alkohol-excessusoknak, a melyek a fokozott folyadékfelvételt és a vasomotorius izgalmak kíséretében a gyakori vérnyomás-fokozódás következtében az érrendszert repedésre hajlamosá teszik.

Hogy ilyen mechanikai momentum is szerepel, azt mutatja az aneurysmák székhelye a verőerek elágazódási helyén, a melyek egyrészt ismeretes bonczati berendezésüknél fogva kevésbé ellenálló, másrészt már a haemodynamika legegyszerűbb törvényei alapján is, az örvényhullámok képződése és a vérnyomásingadozások következtében a vongálásnak legerősebben vannak kitéve.

7. 1892-ből származik Morley Fletcher közleménye. 45 éves paraszttasszony, kimutatható lues nélkül, remittáló, 40°-ot elérő láz, nagy gyengeség és hasogató végtagfájdalmak tünetei között betegszik meg. A pulsus 96—138 között ingadozik. A lép kissé megnagyobbodott, kífokú albuminuria. Nyolcz hét mulva exitus. A klinikai diagnoszt miliaris tuberculosis és typhus abdominalis között ingadozik.

Bonczoláskor orsóalakú, kicsiny, legfeljebb búzaszem nagyságú megvastagodások mutatkoznak a szív koszorúereinek elágazódásain, továbbá a lép, a máj, az epehólyag, a vesék és a nyelvizomzat, különösen pedig a mesenterium, a belek és a gyomor



kis arteriáin. A kis májarteriák megvastagodásából a májszövetnek körülírt cirrhotikus elváltozásai indulnak ki. A béllyákhártya helyenként vérzésekkel ellepett; a vesében infarctusok.

A szövettani lelet az intima endothelijének körülírt megvastagodását, burjánzását és gömbsejtes beszűrődését mutatja. Egyidejűleg gömbsejtes beszűrődés konstatálható az adventitiában; mindkét folyamat a media felé halad, a mely ily módon teljesen elpusztul és gömbsejtektől s fibrintől áthatottá válik. Ehhez csatlakozik az ér körülírt kitágulása, melynek foka részben azon szövet természetétől, a melyben az ér fekszik, részben az adventitiában újonképzett kötőszövet terjedelmességétől függ. A thrombosis az utolsó tényező a kóros elváltozásban.

Kiindulási pont az intimának egy meg nem határozott agens által létrehozott gyuladása. Az adventitia sejtes burjánzása másodlagos természetű, a mennyiben a gyuladás következtében elhalt szövetek az érfalon keresztül a szomszédos capillarisek leukocytáit haemotaktikus úton a megbetegedett ér köré gyűjtik. Ezzel összhangzásban áll az, hogy ezen adventitiabeli sejtfelhalmozódás aránylag annál jelentékenyebb, minél kisebb a megtámadott ér mediájának vastagsági átmérője. A luest elveti a szerző.

8. *Kahlden* 1894-ben hasonló esetet közöl. 52 éves, addig egészséges asszony, láz, étvágytalanság, a jobb hypocondriumban és a regio supraumbilicalisban támadó heves fájdalmakkal betegszik meg. Erős izzadás, levertség, mérsékelt székrekedés, mulékony oedemák, erős anaemia és a bőrnek subicterikus színe mutatatók ki. A hőmérsék 8 heti betegség után 37.7<sup>o</sup>, a kicsiny, arhythmias pulsus száma 140. 12 heti betegség után exitus.

A bonczolat a hasüregben jelentékeny mennyiségű, félig alvadtt vért és veseinfarctusokat derített ki; egyébként a lelet Fletcher leletével egyezett. A csomós, gombostüfej-borsónyi megvastagodások csaknem az összes szervek kicsiny és legkisebb arteriáin vannak, kivéve az agyat és a tüdőt. Tulajdonképeni aneurysmaképződés hiányzik, épen úgy, mint Fletcher esetében.

A szövettani lelet szerint elsődleges az endothel burjánzása. A burjánzó endothel áttöri több helyen az elasticát és muscularist és e mellett gyakran a nyálkaszövet alakját veszi fel hosszú nyúlványú és csillagalakú sejtekkel. Ezen burjánzás alatt a membrana elastica elasztikus igen hamar, ellágyulás és nekrosis következtében elpusztulnak és nemsokára követik őket az izomrostok is. Az arteria belső rétegeiben lejátszódó folyamattal egyidejűleg támad az adventitiának is igen erős, kereksejtű infiltratioja.

Luesre *Kahlden* nem talál támpontot. Az intimaburjánzás ezen módja ugyanis, a mely a media felé pusztítólag halad előre, a syphiliticus eredetű ismeretes intima-elváltozásoktól különbözik.

9. *Graf* 39 éves munkás bonczolási leletét teszi közzé, a kit *Rosenblath* Casselben észlelt. A beteg felvétele előtt 5 nappal, az étkezéstől függetlenül jelentkező és azóta állandóan fennálló, heves gyomortáji fájdalmakkal betegedett meg. A székletét előtt a hasban fokozott fájdalmasság volt. 14 nap múlva erős májduzzadás és fájdalmasság. 7 hét múlva az addig mindig ágyon kívül levő beteg mindinkább fokozódó gyengeségét és lábainak, később karjainak megduzzadását vette észre, a mi az ágyhoz szegelte. A felvételkor rendkívüli halványság, a mélyebben fekvő testrészek oedemája, izzadmány a bal térdizületben és a végtagizomzat igen erős lesavanyodása volt észlelhető. Hőemelkedés nincs, de erősen szapora pulsus. Heves, övszerű fájdalom a bordaívék táján. A szív, a lép, a máj nincs megnagyobbodva, de a jobb bordaív alatt fokozott nyomási érzékenység mutatható ki. A vizeletben fehérje nyomai. Leukocytosist hozzávetőleg vesznek fel (15 leukocyta egy látótéren belül). 30 heti betegség után asthmás roham jelenségei között halál.

Az arteria coronariákon, a lép, a vesék erein, a májverőér elágazódásain, a gyomor- és a kisebb mesenterialis ereken, az ondóvezeték és a nervus cruralis erein számos fehér, csomószerű megvastagodás, melynek megfelelőleg az arteriák vastagfalúak, merevek; a lumen megszünt vagy szűkült, néha azonban aneurysmaszerűleg kitágult és thrombusmasszákkal kitöltött. Kifejezett, egész cseresznyenagyságú aneurysmák a vesékben. A gerincezvelő, az agy és a tüdő erei szabadok.

Szöveti vizsgálattal *Graf* leukocyta-invasiót talált, a mely a vasa vasorumból az adventitiába és a muscularisba indult. E

leukocyták áthatolnak az izomrétegen, valamint az elasticán és leemelik az endothelt. Ez most burjánozni kezd és a lapos sejtekből orsóalakú, sokszorosán elágazódó sejtek keletkeznek, mint olyan szövetekben általában, melyekre a rostos alapanyag jellegző. Az adventitiális leukocytaburjánzással az adventitiabeli kötőszöveti sejteknek szaporodása és erős fibrinproductio is jár. A muscularis és az elastica ilyen módon nekrosist szenved el; most tehát meg van adva a feltétel az aneurysma képződésére, hacsak az intimaburjánzás által megnehezített véráramlás nem vezet a lumen elzáródásához és thrombosisához. Baumgarten azon nézete alapján, hogy a syphiliticus méregnek az érfalra kifejtett első hatása a legkülső rétegnek gyuladásában és elhalásában mutatkozik, a mire ő egyúttal új szövettani bizonyítékokat említ, kifejti *Graf*, hogy a periarteriitis nodosa és az arteriitis syphilitica szövettanilag igen hasonló folyamatokat képviselnek. Más nyomós okok, különösen az agyarteriáknak gyakori épenmaradása, mindenestre ez ellen szólnak, mégis a lues, mint legbiztosabb aetiologiai momentum, addig a míg más infectiora semmiféle biztos támpontunk nincsen, nem zárható ki.

10. *Rosenblath* esetében a betegség körülbelül 2 hónapig tartott. A leginkább előtérben álló tünetek voltak az izmok és ízületek fájdalmassága, oedemák, izzadmány mindkét térdizületben, 38.8-ig emelkedő láz, erős izzadás, kezdetben bradycardia, később a láznak megfelelő pulszszaporaság (80—100) a szív mérsékelt kitágulásával, a vizeletben nyomokban fehérje. A halál légszomj-rohamban hirtelen állott be. A diagnosis kezdetben izom-izületi rheumára, később véglegesen polymyositisre tétetett. A trichinosis is szóba került.

A bonczolat mindkét szívkamara dilatatioját és a szívizomnak zsíros elfajulását, a bőr, a bőralatti kötőszövet és az izomzat oedemás duzzadását, továbbá a veséknek zsíros elfajulását és adhaesiv pleuritist mutatott ki.

Górcső alatt az izomzat és az izom közti szövet semmi feltűnő elváltozást sem mutatott; egyes izomrostok rosszabbul festődtek, itt-ott vacuolaképződés is volt látható; az interstitiumban néhol leukocytafészkek. A kis arteriákat körülvevő, köröskörül a magvaknak sűrű tömege, a mely között közepen változatlanul, részben erősen elváltozva az ér keresztmetszete látható. A media vékony, az intima sejtjei sokszor hiányzanak, helyükön széles homogen gyűrű foglal helyet. A degenerált falat leukocytafészkek hatják át, a melyek az adventitiából indulnak ki és amorph tömeget, alkalmasint fibrint zárnak magukba. Ugyanezen elváltozásokat mutatják az idegeknek az arteriái is; szomszédságukban néha friss vérzések láthatók. Csomóképződés vagy aneurysma nem észleltetett.

11., 12. *Müller* abban a helyzetben van, hogy két idevágó esetet közölhessen. Az első esetben 32 éves férfúról van szó; 26 éves korában szívszorulásokban szenvedett. Másfél év óta általános rosszullétről és keresztfájdalmakról panaszkodik. Ezekhez később az alsó végtagok gyengesége és duzzadása járult. Egy hónappal a kórházi felvétel előtt lázas izületi csúzba esik, néhány héttel később fájdalmas hányással járó gastritisbe. A jobb szem megvakul, a bal szem látása gyengül. Status a felvételkor: hőmérséklet 38.3<sup>o</sup>, pulsus 76. Erős fej- és gyomorfájás fájdalmas hányással; a tüdő- és szívlelet normális. A nyelv bevont. A vizeletben változó mennyiségű fehérje (5<sup>o</sup>/<sub>100</sub>-ig); veséalakelemek hiányoznak. Múlt javulás után, melyben a jobb szem amaurosis is eltűnik, a fej- és gyomorfájdalmak hirtelen rosszabbodása áll be. A hőmérséklet süllyed, a pulsus száma megmarad 80 körül. Egy és háromnegyed évi betegség után erős melltáji szorongások közepette beáll a halál.

Post mortem lencsenyi csomót találtak a jobb térd bőre alatt. Ezenkívül még számos gombostüfejny-borsónyi aneurysmát a szív, a pleura, a vesék, a máj, a gyomor, a bél, a mesenterium, a pankreas és az izomzat verőerein, mellettük orsóalakú megvastagodásokat is az agyban, melynek verőerei normális szélességűek és vékony falzatúak, helyenként, főképen a bal halántéklebenyben, pontszerű vérzések találhatók; a jobboldali psoas véresen beivódott.

Mikroszkopice az agyverőerek is mutattak elváltozásokat, tudniillik hyalin elfajulást, a glia és a capillarisek burjánzását és kis lágyulási góczokat.



A második esetben 25 éves kertész szerepelt; lues szintén nem volt kimutatható. Öt hónappal a felvétel előtt borzongással, lázzal, melltáji fájdalmakkal, nehézlégzéssel és haemoptoival betegedett meg. A felvételtől erős vérszegénység és lesoványodás; a tüdőesúcsok kopogtatási hangja rövidült. A szív bal felé kissé megnagyobbodott, csúcsa felett systolés zöreje hallható. A hasi szervek normálisak, nem érzékenyek. Izületi fájdalmak nincsenek. Hőmérséklet 37.7°, pulsus 92. Az arcon vizenyő. A vizelet kevés, benne fehérje, szemeses hengerek és néhány vörösvérsejt. A dyspnoé fokozódása közben beállt a halál.

**Bonczolás:** A balszív tágult, a koszorúverőerek hegesen megvastagodtak, az aorta hypoplasiás. A lépben és a májban sokszoros aneurysma-képződések.

A folyamat Müller szerint az adventitiában végbemenő sejtbeszüremkedéssel kezdődik. A media tönkremenése, a nekrotikus folyamatok rostonyás izzadmánnyal és az aneurysmák keletkezése másodlagos természetűek. A mediában végbemenő degeneratív folyamatok kötőszövet újképződése közben néha visszafajlódásnak indulnak. Sok aneurysma falzatában szintén lehet visszafajlódási folyamatokat észlelni.

Müller sok hasonlatosságot talál a periarteriitis nodosa és a vérer-syphilis szövettani képe közt és Graf nézetéhez csatlakozik.

13. A 2½ hónapos gyermek, kinek kórtörténetét *Krzkowsky* közli, 40°-ig terjedő lázzal és bizonytalan jellegű bőrkiütéssel betegszik meg. A végtagok és a szemhéjak múlt vizenyői mutatkoznak. 11 napig tartó észlelés után exitus letalis.

A bonczolat tüdő-atelektasiát és lehenyész tüdőgyuladást, idült bélhurutot és heveny vérzéses vesegyuladást derített ki. A koszorú-erőerek ágai meg voltak vastagodva, kissé kanyarulatossak; itt-ott egészen kölesnyi szemesék tapadtak a verőér falzatához. A többi verőér változatlan volt. A megvastagodott verőerek a periarteriitis nodosa ismeretes képét nyújtották. A csomók igen kis aneurysmáknak bizonyultak. Az eset leírásában és értelmezésében a szerző teljesen csatlakozik Kahldenhoz, a mennyiben ő is az intimába teszi a folyamat kezdetét és a megbetegedés okául bakteriumtoxint vesz fel.

14. *Freund G.* 1899-ben pontosan közli olyan esetnek a szövettani leletét, melyet *Lichtheim* észlelt volt klinice. A 38 éves kömüves rázóhideg nélkül lázas megbetegedésbe esett. Eleinte hasmenés állott fenn, melyet szorulás követett. Valamivel később heves fájdalmakat érzett az alsó végtagokban, izomzata nyomásra igen fájdalmasá vált; két hónappal később ugyanez ismétlődött karjaiban. A felvételtől tüdőátágulás, genyes bronchitis; pulsus 96, szabálytalan és egyenetlen; a has behúzódtott; a gyomor bennéjében a sósav hiányzik, ellenben sok a tejsav. A törzs- és végtagizomzat petyhüdt, atrophias benuvása áll fenn; a paresises izmok nyomásra igen érzékenyek. A farados és galván ingerlékenység lefokozott, elfajulási reactio azonban nincs. A kezekben, a lábakon és a lábszárakon a periphéria felé fokozódó érzészavarok. A térdreflexek gyengék, a bőrreflexek normálisak. A megbetegedés vége felé epigastriális fájdalmak, melyek a hát és hypochondrium felé sugároznak ki. Az annal előtte lázas hőmérséklet lassan csökken, míg az érlökés 100—120-ra emelkedik. A halál előtt félföldali tonikus göresrohamok. A vizeletben kevés cukor találtatott.

A bonczolásakor miliáris csomókat találtak az arcz, a nyak és a felső végtagok bőre alatt; a belső szervek kisebb verőereinek főtörzsei egészségesnek bizonyultak, míg mellékágaik meg voltak betegedve. Az egész hashártyán gombostüfejnyi, kölesnyi csomócskák voltak láthatók, melyek a vérér elágazásait követték; hasonló csomócskák találtattak a többi savós hártán és az endocardium alatt. Az izmok és a környi idegek vérelelváltozásai csak göresövi természetűek voltak. Miliáris csomócskák akadtak még az egész emésztési rendszer submucosájában, a májban, az epehólyagban, a vesében, a húgyhólyagban, a herékben és a prostatában. Elváltozásmentesek voltak az agy, a gerincegy és a tüdő véreirei.

*Górcsövileg* azt lehetett találni, hogy az adventitia és a vérér körüli kötőszövet gömbsejtek által teljesen áthatott. A media részben homogen hyalin gyűrűvé alakult át. Az intima külső rétegei szintén részt vettek ezen hyalin-képződésben. Itt-ott mutatkozott az intima burjánzása is, csakhogy ez mindig az adventitia

és a media megfelelő lokális megbetegedéséhez volt kötve és sohasem önálló. A verőérlumen majd szűkült, majd egyenletesen tágult. Valódi, zsákalakú aneurysmák nem kerültek észlelés alá. A szíven ezenkívül csekély hypertrophia és dilatatio mutatkozott. A vesék a diffus gyuladás képét mutatták. Az idegeken és izomrostokon kiterjedt, de csekély fokú elfajulási folyamatokat lehetett látni.

A megbetegedés okául Freund olyan virust vesz fel, mely az adventitia saját verőerecskéi felől kezdi hatását kifejteni.

15. *Veszprémi* és *Jancsó* megfigyelésében 14 éves fiúról van szó. Miután két hónapon keresztül izületi fájdalmakban és egy urticariászerű, pontszerű vérzésekkel járó kiütésben szenvedett volt, a javulás néhány hónapja után hirtelenlül öntudatlanság, hányás és görcsök állottak be. Láz 39.2°, pulsus 96. A vizelet 1‰ fehérjét és számos hyalin és szemeses hengert tartalmazott. A kórisme akkor uraemia és meningitis között ingadozott. A két következő napon a jobb oldal paresise, Cheyne-Stokes-féle légzés, 40.6°-ig terjedő hőmérséklet, 212-ig felszálló pulsus észleltetett. A lumbális csapolás 30 cm<sup>3</sup> erősen véres folyadékot eredményezett, úgy hogy olyan agyvérzés vétegetett fel, mely haemorrhagiás diathesis következtében keletkezett. Hat napi betegség után beállott a halál.

A bonczolat a lágy agyhártyáknak mindkét oldalán véremlenyét, pontszerű agyvérzéseket, tüdő-, pleura-, gyomor- és béleccymosisokat, sorvadó veséket sokszoros infaretusokkal, továbbá a bal kamara kistokú hypertrophiáját derítette ki. A főleletet azonban a koszorú-, gyomor- és bélverőerek köles-borsónyi csomói alkották. A makroszkopice észrevehető csomók száma csekély. (Pl. a gyomor falzatában csak 8—10 találtatott és épen ennyi a felső végbélkaecokban is.)

*Górcsövileg* sokkal több verőér volt megbetegedve. A szövettani kép olyan módon értelmezhető, hogy az első elváltozás az adventitia sejtes beszűrődése, mely a media felé előrehalad. A kivándorolt sejtek száma nemsokára fogy, s helyettük fiatal kötőszöveti sejtek keletkeznek, melyek mindinkább haladnak a media, sőt az intima felé. A rugalmas rostok tönkremernek. A másodlagosan megvastagodott intima és az atrophias media között a már gyakran említett hyalinyűrű mutatkozik. Utóbbi valószínűleg ezen szövetrészlet coagulatiós nekrosisa által keletkezett. Az infiltrált szövet nyilván lobos izzadmánytól is átívódott; úgy lát-szik, hogy a periarteriitist okozó pathologiai kórhatánynak ez a jellemző effectusa. Aneurysmaképződés ott jön létre, a hol az intima nincsen másodlagosan megvastagodva. A szerzők a lueses aetologia ellen foglalnak állást és más természetű fertőző hatányt vesznek fel.

A szövettani különbséget az arteriitis luetica és a periarteriitis nodosa között *Veszprémi* és *Jancsó* legélesebben emelik ki.

*Periarteriitis nodosa:*

1. Igen erős diffus sejtfehalmozódás az adventitiában.
2. Sok leukocyta.
3. A media és elastica erősen tönkrement.
4. Az intima elváltozásai csak másodlagosak és kevésbé állandók.

*Arteriitis syphilitica:*

1. Körülrít lymphocytafehalmozódás; helyenként miliáris syphilomák, epitheloidsejtekkel vagy óriássejtekkel.
2. Majdnem csak lymphocyták.
3. Az elastica interna rendszeren nem szenved, a media csak itt-ott.
4. Az intima elváltozásai tetemesek és általánosak.

16. *Ferrari* esetét *Curschmann* klinikáján észlelték. A 25 éves beteg 3 héten keresztül erősen előhaladott tuberculosis miatt állott kezelés alatt. E mellett jobboldali radialis-benuvása és az ágyékizomzat erős nyomási érzékenysége állott fenn. A hőmérséklet 39.6°-ig emelkedett. A vizeletben fehérje, vesealakelemek és vérhengerek voltak kimutathatók.

*Post mortem* tüdő- és bélgümőkór mellett heveny haemorrhagiás nephritist és a koszorúverőerek, valamint a vese- és mellékvese területén verőermegvastagodást találtak. Tulajdonképeni csomók vagy aneurysmák hiányoztak. A *górcsövi* vizsgálat azt mutatta, hogy más verőérterületek, pl. a rekeszizoméi, szintén betegtek.



Ferrari a *media* sima izomzatában keresi az elsődleges elváltozást. Ezen elváltozás az izomrostok bénulásához csatlakozik és degeneratív jellegű. Ilyen előzetes bénulásra Ferrari abból következtet, hogy az *elastica interna* a megbetegedés kezdeti szakában elveszti a redőzöttségét és mint köralakú vonal fut le. A *media* izmai között oedemás hézagok keletkeznek, melyek később az adventitia elemei között is mutatkoznak. Az állandó kötőszövetsejtek ezen hézagok miatt megduzzadnak. Hasonlóképpen megduzzadnak az endothelsejtek is. Csak ezután képződik azon hatalmas sejttal, mely a *media* felé előhalad.

Szerinte az izomrostok bénulása és elfajulása az idegmozgató elemek elsődleges laesiojának a következménye. Hivatkozik *Levaschew* egyik kísérleti dolgozatára, a ki kutyákban az ischiadicus izgatása által a kisebb verőerek tágulását, valamint kezdődő elfajulást az izomrétegekben és sejttükrétegekben az adventitiában észlelt. A kisebb verőerek mediája azért mutat különös dispositiót a polyarteriitisre, mert majdnem kizárólag izomrostokból van összetéve és mert az idegcentrumok laesioja esetén ezen kis környi verőerek valószínűleg erősebben szenvednek.

17. *Schreiber* esete 1904-ből való. A 44 éves munkás (lues tagadva, potus megengedve) már hat év óta szenvedett lábszárfekélyekben, melyek lueses természetűnek látszanak. A felvételkor ezeken kívül petechiákat találtak a felső végtagok bőrén, továbbá gyenge szívtevékenységet és mérsékelt arteriosclerosis. Az aorta második hangja erősen ékelt volt. Láz nem állott fenn. A vizelet bőségesen tartalmazott fehérjét. Öt nappal a felvétel után igen heves hasmenés és apró, részben confluáló purpurafoltok a jobb karon. A fekélyek javultak a higanykezelés alatt, de az erőbeli állapot mindinkább fogyott és tíz napi észlelés után beállott a halál teljes comában.

A *bonczolás*kor a szív kissé hypertrophiásnak, az aorta kissé tágultnak, de normális falzatúnak bizonyult. A jobb alsó lebenyben sajtos gócot találtak, valószínűleg gummát. A gyomorverőerek feltűnően merevek, vastagok és szűk lumenűek. A bél nyálkalyártója vérszerűen beivódott. A vérszerű beivódás területén megvastagodott verőerek, csomóképződéssel. A mesenterialis verőerek épek. Idült vesegyulladás is áll fenn. A szív- és lépverőerek falzatúnak megbetegedését mint az összes verőéregyek diffúz heveny vagy subacut lobos kötőszöveti burjánzását lehetett jellemezni. Ezen lobos burjánzás néha minden átmenet nélkül majd az egyik, majd a másik rétegben volt túlsúlyban és az elasticitást és a *media* izomsejtjeit gyorsan elpusztította. Az elfajult rétegek hyalin átalakulását és thrombusképződéseket szintén észleltek. A *media* heveny önálló elfajulását, a melyet *Ferrari* leirt, sehol sem lehetett megtalálni. Daczára annak, hogy a hullában talált egyéb elváltozások alighanem lueses természetűek voltak, mégsem fogadja el a syphilishypothesist.

18. *Versé* betege tíz év előtt vesegyulladásban szenvedett, majd asthma miatt kezelték és négy évvel felvétele előtt syphilisesnek jelzett kiütésben szenvedett. A felvételkor erősen emelő csücsülökés, kifelé tágult szívtompulat és kanyarulatos verőerek találtak. A pulsus 100—132, a hőmérséklet néha 38.5<sup>o</sup>-ig emelkedett. Hydrops ascites és esékély bőrvizenyők állottak fenn. A selerák kissé sárgásak. A vizelet 1/4<sup>o</sup>/<sub>100</sub> fehérjét és gyér hyalin hengereket tartalmazott. 14 nappal később hasmenések állottak be és későbbi három hét múlva hashártyagyulladás, melynek a beteg két napon belül áldozatul esett.

A *bonczolás* eredményeül *Versé* nephritis parenchymatosa chronicát, a balszív hypertrophiáját, a máj syphilises hegeit, perforált bélfekélyeket és a mesenterium és az ondószinór kis verőerein a periarteriitis nodosára jellemző elváltozásokat sorol fel.

*Versé* szerint a *pathogenesis* abban áll, hogy az adventitiában, néha a *media* külső rétegeire is folytatódva, lobos izzadmány támad, melyből a rostanyag kiválik. Az adventitia erre egy leukocytákban bővelkedő granulatiós szövet termelésével reagál. A leukocyták a *media* felé előhaladván, destruálják az izomelemeket. A fibrin előrehaladhat egészen az intimáig és elemelheti az endothelt. Az által, hogy belülről szintén fibrin rakódik le, mely ezután másodlagosan, hacsak az egész vér nem thrombotizálódik, a jobban fenntartott intimarészek által túlburjánztatik, néhány esetben igen szembetűnő, az *elastica internát* körülvevő

homogen gyűrű keletkezik. A *media* engedett ezalatt a vérnyomásnak, minek folytán aneurysma-képződésre került a sor.

*Versé* a periarteriitis nodosát a vérer-syphilis különleges formájának tartja.

19. *Mönckeberg* 19 éves betege egy hónappal a felvétele előtt hasmenésekben szenvedett. A székletételek néha nyálkataralmúak voltak. A felvételkor erős lesoványodást, 39<sup>o</sup>-os hőmérsékletet, erőteljes dikrot pulzust (132 percenként), fehérjenyomokat a vizeletben és meglehetősen jelentékeny leukocytosist (24,000—28,000) találtak. A has nyomásra érzékeny volt, a máj kissé duzzadt. Néha hányt. A megfigyelés folyamán az egyik here fájdalmasan megduzzadt. 4 nappal a halála előtt a bal mellkas felett baloldalt hátul tompulat kíséretében szörtyzörejek támadtak. A jobb czomb bőre oedemás volt, alatta néhány apró rugalmas esomócska volt tapintható. Halál 7 heti betegség után. Klinikailag rejtett genyőgőzöt vettek fel.

A bonczolás a periarteriitis nodosára nézve jellemző elváltozásokat derítette ki, és pedig az arteria spermatica, a vesék, a máj, a szív és a tüdő területén. Az egész szív tágult és zsírosan elfajult volt; ezenkívül találtak vese- és májinfarctusok, a herék és mellékherék véres beszűremkedése, sokszoros pneumoniás infiltratumok mindkét alsó lebenyben, melyek a tüdő apró verőereinek elváltozásai kapcsán keletkeztek, bronchitis, tüdővízenyő és vérömlenyek a belek savós burkán.

*Mönckeberg* szerint az elsődleges elváltozások a mediában keresendők; az utóbbiban találunk nekrosiseket, a rugalmas hártya maradványait és magtörmelékeket; az izomelemek szemcsés tömegek által külön vannak választva, az intima néha megvastagodott, néha sclerotizált, az adventitia sejtesen beszűremkedett.

(Folytatása következik.)

Közlemény a székesfővárosi szt. László-kórháznak Preisch Kornél dr. egyetemi magántanár vezetése alatt álló osztályáról. (Főorvos: Gerlóczy Zsigmond dr. egyetemi magántanár.)

Gyógysavóval kezelt diphtheriás hűdés két esete.

Irta: *Pánczél Jenő* dr., segédorvos.

*F. Ganghofner* és *Heubner*<sup>1</sup> pár év óta sikeresen gyógykezelik a postdiphtheriás hűdést a Behring-féle diphtheriaellenes serum nagy adagjaival. Ugyanezt teszi *J. Comby* is, a ki a „Société médicale des hôpitaux” mult év június havában tartott ülésén 26 olyan esetről számolt be, melyekben a diphtheriás hűdés gyógyulása a serumnak volt tulajdonítható.

Polgárjogot a diphtheriás hűdés kezelésének ezen módja azonban még nem nyert, és a legtöbb helyen, mint nálunk is, strychninnek belső és subcutan alkalmazásával, továbbá galvanizálással küzdenek a diphtheriás hűdés — ezen néha komoly mérveket öltő utóbaj — ellen.

Az utóbbi hónapok folyamán két diphtheriás hűdés volt észlelésünk tárgya, és minthogy az egyik esetben a szokásos gyógykezeléssel csak alig észrevehetően haladtunk a javulás felé, a másik esetben pedig a kezelés ellenére félelmetes rosszabbodás mutatkozott, kísérletképpen nagy serumadagok alkalmazásához folyamodtunk. Az eseteket röviden a következőkben ismertetem.

I. *G. Gy.*, 17 éves fiú augusztus hó 18.-án azon panaszszal jött a kórházba, hogy a megrágott ételt nem tudja lenyelni, a folyadék az orrán át visszaömlik. Dunnyogó beszéddel előadja, hogy egy hó előtt torokdiphtheriában szenvedett. Az utóbbi időben gyengült, járása mindinkább rosszabbodott.

A torka tiszta, jobb felé deviáló nyelvecsapall és petyhüdt garatívekkel. Járása bizonytalan, ataxiás és csak támaszkodással sikerül, a térdreflexek nem válthatók ki.

A felvétel napján megkezdjük a strychninnek subcutan adagolását. Ezen eljárást folytattuk másodnapként 26.-áig, a nélkül azonban, hogy állapotában valami javulást vettünk volna észre. Ilyen körülmények között tértünk rá a serumos kezelésre. A beteg

<sup>1</sup> *Penzoldt-Stinzing*: Handbuch der Therapie der Infektionskrankheiten.



26.án kapott 6000 egység Preisz-féle serumot a bőre alá feckendezve, 2 nap múlva ismét 6000 egységet. Augusztus 30.án a serum hatásának megfigyelését megzavarta a tonsilláknak phlegmonés gyuladása. A dunnyogó beszéd és a nyelés nem javulhatott a tonsillák nagyfokú duzzanata miatt, és csak szeptember 6.án kezdett mindkettő a normális mederbe visszatérni, a mikor a tonsillák kisebbedni kezdtek. Végre szeptember 15.én teljesen tiszta hanggal, ép nyelőképességgel és biztos járással bocsátottuk ki a kórházból.

H. Z. L., 5 éves fiút mult év augusztus 4.én vették fel. Fertőző betegséget még nem állott ki. Torkát 2 nap óta fájlalja. Törzsén multiform erythema exsudativum. Mindkét tonsillán 1—1 fillérnyi területen szürkésfehér, gyöngyházfényű lepedék. Az álhártyáról vett lemezkészítmény górsövileg vizsgálva Löffler-bacillusra pozitív volt. A helyi leletből és az általános közérzetből következtetve a megbetegedés középsúlyos volt.

A felvétel napján 2000 egység Preisz-féle serumot kapott a bőre alá. Két nap múlva, a mennyiben az álhártyás lepedék nem határolódott el, újból kapott ugyanennyit. A betegség 6. napján a lepedék levált.

A következő nap reggelén a beteg hányt, este pedig typosos vörhenykiütés jelentkezett a bőrén. (A fertőzés onnan eredt, mert felvételekor erythemája miatt egy másik scarlatinára gyanus gyermekkel egy szobában helyeztük el további megfigyelés végett, és az utóbbi varakozásunk ellenére scarlatinás volt.) Kiütése 3 nap alatt eltűnt. Ezen egyébként enyhe lefolyású betegséghez augusztus 16.án jobboldali genyes középfüllob társult, a mely miatt paracentesist végeztünk. 18.án a nyak jobb oldalán egy beszűrődött mirigy elgenyed, ezt felnyitottuk. Augusztus 23.-ától 30.-áig enyhe lefolyású nephritis volt.

Szeptember 1.én, vagyis 29 nappal a diphtheriás megbetegedés után állottak elő a hűdéses tünetek, a melyek ekkor még csak az inyvitörök bennulásában nyilvánultak. A beszéd dunnyogó, a táplálékul beadott folyadék az orrán át visszaömlött, majd pedig a garatizmok hűdésének jeleképpen aspiratio útján a gégebe jutott. Nemsokára az agyi eredetű motorius idegek közül a baloldali n. facialis, mindkét n. abducens és a n. accessoriusok által ellátott izmok bennultak. A n. oculomotorius érintetlen maradt. Ezeket követte a gerinczagi idegek bántalmazottsága. A végtagok izmai elgyengültek, kifejezett ataxia fejlődött ki. A végtagizmok atoniájához a rekesz renyhe működése járult. Cyanosis és dyspnoë mellett a légzés szabálytalan, a has teknőszerűen besüppedt. A nagyon szapora és arhythmiás érverésből a n. vagus szívhez vezető ágának bántalmazottságára következtethettünk. Az inreflexek annyiban mutattak elváltozást, hogy a jobboldali térd- és az Achilles-inreflexek fokozódtak, a baloldaliak pedig csökkentek.

Ezen tünetek az imént vázolt módon fokozódtak, noha strychnint a hűdéses jelenségek kezdetétől eleinte 2 naponként, azután naponként használtunk subcutan befecskendezések alakjában. A hűdéses jelenségek gyors előrehaladását aggodalmas szemmel néztük. Szeptember hó 10.-étől a beteget nyelési lehetetlensége miatt állandóan gyomoresövön keresztül kellett táplálnunk. Végül pedig nagy antitoxin serum adagolására határoztuk el magunkat.

Szeptember 13.án 6000 egység Preisz-féle serumot adtunk a beteg bőre alá. 14.én mutatkoztak a leirt elváltozások a leg-súlyosabb alakban, a mikor a betegnek valamennyi izma atoniás lett. Állandóan fuldoklott, érverése megszámlálhatatlan volt. 15.én, midőn a suffocationak és a szívbennulásnak bekövetkezése fenyegetett, ismét adtunk 6000 egység serumot.

16.án reggelre a beteg állapotja tünetényszerűen megváltozott. Érverése és légzése szabályos lett, a mozgási zavarok tetemesen enyhültek, annyira, hogy a beteg minden támogatás nélkül activ mozgásokat kezdett végezni. Ágyában felülve táplálékát a szájához vitte, és a jól megrágott falatokat könnyedén nyelte le. Hangja még dunnyogó, beszéde azonban már érthető volt.

A kis beteg ereje napról napra fokozódott, annyira, hogy október hó 8.án teljes egészségben hagyta el a kórházat.

A betegségnek ezen szokatlan módon hirtelen jobbra fordulását a serum hatásának kell tulajdonítanunk.

A nagy serumadagoknak hatásmódja még nincsen kellő módon tisztázva; némelyek kétségbe is vonják (Rist), hogy a

gyógyserum praeventive vagy gyógyítólag tudna hatni a hűdésesekre. Rist különösen azon felfogásból indul ki, hogy a diphtheria-bacillus endotoxinja okozza a hűdést, és mint a párisi „Soc. de Pédiatrie“-ban mult év június 19.én tartott előadásából értesülünk, az ottani Pasteur-intézetben megfelelő antitoxint állítanak elő a diphtheriás hűdéses gyógyítására. Ha ezen felfogás helyes, akkor is érthető a gyógyserum nagy adagjainak hatása, mert a normális gyógyászó is tartalmaz egy kevés antitoxint, de éppen mert csak keveset tartalmaz, talán ezért szükséges a serumnak igen nagy mennyisége a hűdéses gyógyítása céljából.

Az ismertetett két esetben elért hatás feljogosít bennünket arra, hogy a jövőben a diphtheriás hűdést mindjárt a kezdetén ily módon gyógyítsuk idővesztés nélkül, mert bizonyára a hűdéses jelenségekre is áll az antitoxinnal kezelés fő elve, hogy lehetőleg korán használjuk.

## T Á R C Z A .

### A „Dispensaire“-intézményről.

A „Dispensaire Antituberculeux“ tulajdonkép egy feladataiban némileg módosított tüdőbetegpoliklinika, mely a tuberculosis elleni küzdelemre, különösen az egyéni és általános prophylaxis szempontjából van bizonyos tervszerűséggel szervezve s beállítva; létesítések a kiváló francia bűvárnak, Calmettenek nevéhez fűződik. A mióta tudjuk, hogy a tüdőmegbetegedés fejlődésének egy bizonyos fokáig gyógyítható, s a mióta a fertőzés forrásainak felismerésével tisztában vagyunk az iránt, hogyan kerülhető el a fertőzés, a tüdővész lektüzdésére irányuló mozgalom feladatainak s törekvéseinek ezen két irányelv szerint kellett csoportosulniok: 1. A gyógyulásra alkalmas betegeket kiválasztani, sőt kikutatni, s megfelelő kezelésnek alávetni, s 2. a fertőzés forrásait elhárítani, illetve ártalmatlanná tenni. Ezen szempontok által vezérelve, Fränkel B. berlini klinikus, a tüdővész elleni küzdelemnek egyik igen lelkes előharcosa Németországban, már a nápolyi congressuson méltatta a speciális poliklinikák jelentőségét a tuberculosis elleni hadjáratban, s azok feladatát a következőkben jelölte meg: a poliklinika a tudomány nyújtotta összes segédesszűkökkel a tuberculosis korai diagnosására törekszik, s miközben részint az önként jelentkező, részint a hozzája utalt betegek közül a kezdődő tuberculosiseseteket kinyomozza, a sanatoriumi kezelésre alkalmas beteganyagot is megállapíthatja. Ha a felismert kezdődő esetek bármily okból nem adhatók át a sanatoriumnak, akkor kettős feladat vár a poliklinikára: 1 a betegek kezelése, s pedig a szükséges gyógyszerek rendelése, az életviszonyok szabályozása s szükség esetén direct támogatás útján is; 2. további feladata a poliklinikának betegeinek kioktatása prophylactikus szempontokból: fel lesznek világosítva arra nézve, milyen veszedelmet rejt köpetük környezetükre s embertársaikra s ki lesznek tanítva azon óvintézkedésekre, melyek alapján ez a veszély elhárítható.

Fränkel lelkes szövegének csakhamar megvolt az eredménye Németországban s Althoff közoktatásügyi osztályfő támogatásával egymás után létesültek a német egyetemi városokban a poliklinikákkal kapcsolatban, vagy egész önállóan is a speciális tüdőbeteg-poliklinikák (Berlin, Greifswald, Halle, Göttingen, Bonn, Marburg, Kiel, Strassburg, Heidelberg és Breslau). Sőt létesültek ily intézetek Németország más városaiban is, kórházakkal kapcsolatban (Frankfurt, Aachen, Kassel, Wiesbaden, Magdeburg, Stettin stb., újabban Hamburgban).

Ha csak futólag is szemügyre vesszük a tüdőbetegpoliklinikának Fränkel által kijelölt feladatait, lehetetlen be nem látni, hogy ez az intézmény, mint ilyen, teljes önállóságában is igen fontos tényezőként szerepelt már eddig is Németországban a tüdővész elleni küzdelemben. De ha tekintetbe vesszük még, hogy ebben az államban a sanatoriumi élet a fejlettség legmagasabb fokán áll, s hogy a korai tuberculosiseseteket megállapítását s így a sanatoriumi beteganyagot kiválasztását, valamint a sanatoriumból elbocsátott betegek ellenőrzésének igen becses feladatát ép ezek a poliklinikák végezték, még inkább világos lesz előttünk az a fontos missio, melyet Németországban kezdetől fogva betöltöttek. A berlini tüdőbetegpoliklinika 1899-ben az általános egyetemi poliklinika szűkös helyiségeiben nyílt meg,



de csakhamar oly tömegesen árasztotta el a betegek nagy száma az intézetet, hogy sürgősen kellett nagyobb és alkalmasabb helyiségről gondoskodni, a mit már a következő évben, 1900-ban sikerült is az új intézménynek elérni. 1900 óta a berlini tüdőbetegpoliklinika direct e célra megszerzett s a közoktatásügyi ministerium által megfelelőleg átalakított s berendezett két emeletes házban van elhelyezve. A betegek felvételére s orvosi vizsgálatokra az első emelet van berendezve; a második emelet kizárólag laboratoriumi helyiségeknek van fenntartva. A poliklinika vezetője részére egy, a segédek részére két s a praktikánsok részére egy nagyobb dolgozószoba; a második emeleten van még egy helyiség állatkísérleti célokra s egy a szükséges desinfectio kivételére. Mindezekben a helyiségekben a falak, padlók olajjal vannak bevonva, elektromotorok útján bőséges szellőztetésről van gondoskodva, s villanyvilágítással vannak ellátva. A laboratoriumi helyiségekben nem tisztán a felvett betegek köpetei vizsgálatnak igen exact módon (szükség szerint állatoltások s kulturák készítése is igénybe vétetnek), hanem tudományos tuberculosis-problémák is feldolgoztatnak. 1906 óta a poliklinika a berlini dispensaire közvetítésével az eddiginél intensívebben vesz részt a prophylacticus feladatok teljesítésében. (A poliklinikai rendeléseken ugyanis jelen vannak az e célra szolgáló testvérek s a poliklinika vezetőjétől megbízásokat kapnak a szükséges prophylacticus intézkedések végrehajtására.) A többi tüdőbetegpoliklinikának Németországban, egyes kivételekkel, az egyetemi általános poliklinikák adnak hajlékot, hol hetenként bizonyos napokon, vagy nagyobb városokban naponta is történik rendelés tüdőbetegek részére és vizsgálatnak a jelentkező betegek köpetei.

Máskép alakultak a viszonyok Franciaországban és Belgiumban, a mely államok hasonlóképpen elég korán teljes tudatára ébredtek annak, mekkora veszedelmet rejt a tuberculosis terjedése egész nemzeti fejlődésükre és teljes odaadással fogtak hozzá a fenyegető veszedelem elhárításához.

A tuberculosisügy hivatott előharcosai Franciaországban is első sorban azon fáradoztak, hogy az alkalmas tüdőbetegek gyógyításában és a nép felvilágosításában olyan megfelelőnek proklamált sanatoriumi intézményt kellő számban megteremtsek; de csakhamar meggyőződvn róla, hogy az e célra szükséges pénzösszeget képtelenek előteremteni (ez országokban hiányzott a Németországban Bismark által megteremtett munkásbiztosítási alap), más utakat, módokat kerestek és könnyebben, olcsóbban megvalósítható intézmények után kutattak a tuberculosis pusztításainak megállítására. Calmette, a lille-i Pasteur-intézet kiváló igazgatója 1900-ban a Waldeck-Rousseau, akkori belügyminister által a tüdővész elleni óvintézkedések megállapítása céljából Brouardel elnöklete alatt kiküldött bizottságban (Commission extra-parlamentaire) a sanatoriumhiányon legalább részben segitendő, előállott egy tervezettel, melynek vezérgondolata volt olyan speciális poliklinikák felállítása, melyeknek feladata leendő egyrészt a tüdőbetegeknek oly kezdetleges stadiumban való kinyomozása, mikor azokon még igen egyszerű eszközökkel s könnyen megvalósítható beavatkozásokkal lehet segíteni, a mi által a sanatoriumi kezelés szükségének beállta úgyszólván megelőztetik (a mely törekvés összhangzásban van a latens tuberculosisalakok gyógyulási hajlamára vonatkozó klinikai tapasztalatainkkal); másrészt a népnek felvilágosítása, intensiv oktatása és nevelése — a betegnek s környezetnek egyaránt — a gümőkóros fertőzés elhárítása céljából.

Calmette intézménye feladatának lényegét szó szerint így fejezi ki: „Kivánatos volna, hogy a tüdővész fejlődésének legkezdetibb szakában kinyomoztassék, hogy azután a betegnek haladéktalanul nyujtassék a szükséges segítség és mindazok a mulhatatlanul szükséges tanácsok és utasítások adassanak meg, hogy a beteg, a mennyire csak lehet, megtartható legyen családjának és a társadalomnak.“ Calmette az itt vázolt tervének megvalósítására azt az eljárást ajánlotta, hogy ne várjuk be, míg a beteg a poliklinikát többnyire már előrehaladott bajával felkeresi, hanem mi keressük fel azokat, kiket veszélyeztetve tudunk: a nyílt tuberculoticusok környezetét otthonukban s munkahelyeiken, s e végből a dispensaire-nek az ipartelepek, gyárak, műhelyek, s egyáltalában mindama vállalatok tulajdonosaival s vezetőivel, hol munkások dolgoznak, összeköttetésbe kell lépni s az ő támo-

gatásuk mellett az összes tuberculoticus, vagy erre gyanus munkásokat ki kell nyomozni s a dispensaire felkeresésére figyelmeztetni.

Ugyanígy lehet a már nyilvánvalóan gümőkóros munkásokat nyilvántartani, őket lakásukon felkeresni, lakásukat szükség szerint fertőtleníteni, őket a szükséges tanácsokkal és segélyvel — mely utóbbi a jobb élelmezést, a hygienikusabb lakást, s egyáltalában kedvezőbb egészségügyi viszonyok megteremtését tartja szem előtt — ellátni, s kioktatni, hogyan tehető ártalmatlanná köpetük, hogyan fertőtleníthető ruházatuk, szóval mindazon intézkedésekről gondoskodni, hogy maga a beteg kedvezőbb egészségügyi viszonyok közé jusson, környezete pedig a fertőzéstől megóvassék. A célok, melyek Calmette előtt új intézménye munkakörének meghatározásakor lebegtek, röviden így foglalhatók össze:

1. *Lehetőség szerint praeveniálni az újabb fertőzésnek.*

2. *A már fertőzött egyénekben a megbetegedés kifejlődését elfojtani.*

3. *A már megbetegedett egyéneknek — a kevésbé súlyosakénak s a súlyosabbakénak egyaránt — állapotát és nyomorát lehetőleg javítani, illetve enyhíteni.*

Tudományunk mai állása mellett ennél oekonomikusabb s humánusabb programmal bíró intézmény a tuberculosis elleni harcban alig képzelhető. E végből Calmette az ő dispensaire-jének az exact körismézésben rendelkezésünkre álló összes segéd-eszközökkel való felszerelését kívánja, s vezetését egy klinikailag s bakteriologailag kellően képzett orvosra kívánja bízni.

Calmette alig hogy tervezete az említett bizottságban megbeszélés tárgyát képezte, már is nagy energiával látott hozzá practikus megvalósításához, s ezéjjál tüzte ki magának Lille városában egy minta-intézet létesítését. Mi sem bizonyítja jobban Calmette lelkes buzgalmát, mint az, hogy még nem mult el egy egész esztendő, s a lille-i Pasteur-intézet szomszédságában már felépült a minta-dispensaire s teljesen berendezve volt rendeltetésének átadható; de a kiváló búvár a közbeneső időre is talált a vezetése alatt álló intézetben helyiségeket, hol az általa megteremtett intézmény *nyomban* megkezdhette működését. A lille-i dispensaire, a jeles párisi bakteriologus tiszteletére „Dispensaire Emil Roux“nak elnevezve, fele részben közadakozásból, fele részben a város pénzén létesült. Közadakozás útján 50,000 frank folyt be, a város pedig telket és 30,000 frankot szavazott meg oly feltételek mellett, hogy öt év után az intézet a város birtokába megy át. A „Dispensaire Emil Roux“ helyiségei a következők: egy nagyobb városzoba, két vizsgálószoba, egy laboratoriumi helyiség, gégevizsgálatra berendezett szoba, s végül egy helyiség az „assistant-ouvrier“ és a gyógytár részére. Az udvar elég tágas, s ott egy elkülönített szárny van, hol a mosókonyha s a fertőtlenítő kamara foglal helyet. Az egész épület a hygiene szigorú igényeinek megfelelőleg van berendezve, a padlók, falak, lekerekített szögletek mindenütt könnyen moshatók, központi gőzfűtéssel s villanyvilágítással van ellátva. Az intézetben egy médecin-directeur, három médecin-assistant és két intelligensebb enquêteur működik, kik közt a program megvalósításában a feladatok így oszlanak meg: az orvosok végzik a betegre vonatkozó összes klinikai vizsgálatokat, beleszámítva a köpet és vizelet-vizsgálatokat is; meghatározzák az általános intézkedéseken felül az esetenként szükséges intézkedéseket, meghatározzák továbbá az orvosi lelet s a betegnek az enquêteur által kipuhaltot anyagi és hygienikus állapota alapján a beavatkozás és segélyezés módját a Calmette által felállított oekonomikus principiumok szemmel tartása mellett. Az enquêteur feladata megint a betegnek és családjának sociális és az otthonában valamint műhelyében uralkodó egészségügyi viszonyokat megvizsgálni s azokról jelentést tenni, illetve a beteg naplójába bevezetni. Másrészt megint ők közvetítik a prophylacticus instructioikat a beteggel és környezetével, egyáltalában ők nevelik és világoztatják fel a népet a védekezés módozataira és a hygiene szabályaira és végül ők ellenőrzik az ajánlott intézkedések keresztülvitelét.

A dispensaire budgetje, beleszámítva az intézet fenntartását s a nyujtott segélyeket, 25–30 ezer frank között mozog, mely összeg részint egy alap kamataiból, részint pedig közadakozásból és subventióból kerül elő.

Egészen a „Dispensaire Emil Roux“ mintájára, részint vele



egyidejűleg, részint valamivel később, Franciaország és Belgium számos gyári városában létesültek hasonló intézmények, többnyire e célra bérelt helyiségekben, melyeket azután megfelelőleg átalakítottak és berendeztek. Így Brüsszelben már 1902-ben lépett életbe a „Dispensaire Albert-Elisabeth“, egy e célra kibérelt kétemeletes házban. A szoros értelemben vett dispensaire céljaira csak a földszinti helyiségek szolgálnak s egy előszobából, egy várószobából, egy nagy vizsgálószobából, egy kisebb szobából az enqueteur számára, s egy laboratóriumból állnak. A személyzet itt is egy médecin directeurből, három médecin-assistantból, s két enqueteurból (Pisteur) áll, de a lakosság s a betegforgalom nagyobb számához képest a budget is megfelelőleg nagyobb, 35—40 ezer frank, sőt most ennél is több. A ruha kezelése és fertőtlenítése a brüsseli dispensaire fennállása első három évében nem volt kivihető s csak 1905-ben sikerült a fehérneműkamrákat is felállítani. Kiemelendő, hogy a francia és belga dispensairek egy részében, Németországban még gyakrabban a fertőtlenítő szolgálatot ma is az illető város teljesíti, mások azonban maguk is fel vannak szerelve a szükséges apparatusokkal.

Az itt vázolt intézetektől több tekintetben eltérnek a Párisban, Berlinben s Németország több városában létesült dispensaire-k. A párisi dispensaire-k egyik típusát a Bonnet Leon dr. vezetése alatt álló „dispensaire de Montmartre“ képezi. Ezt az intézményt mostani vezetője 1900 elején „Clinique pour Tuberculeux“ elnevezéssel a tüdőbetegek felvilágosítása, támogatása s gyógykezelése végett igen szerény viszonyok közt léptette életbe. Csakhamar sikerült az intézetnek buzgó működésével Páris politikai s orvosi tekintélyeinek, valamint a sajtónak a figyelmét magára vonni, jóakarukat megnyerni, úgy hogy már a következő évben jóval gazdagabb anyagi eszközökkel rendelkezve, nagyobb mértékben kezdetett dolgozni; az intézet részére hat-szobás helyiséget bérelt a Marcadet-utcában, azt igen egyszerűen berendezte, s azóta mint „Dispensaire de Montmartre“ folytatja működését. Ez idő szerint a dispensaire áll egy nagy váróteremből, egy fogadóteremből, egy kisebb gyógyteremből, inhalátora s légzési gyakorlatra szánva, egy Röntgen-szobából, egy kisebb szobából a főnöknő részére, itt vetkőznek is a betegek, s egy pincéből. A személyzetet az igazgatóorvos (Chef de clinique), 2 assistens s két gyógyszerész képezi. Enqueteur itt nincs, mindazonáltal a jelentkező betegek szociális helyzete, lakásviszonyai, életmódja, s munkaviszonyai itt is bejegyztetnek; a betegek higienikus oktatása az intézetben az orvosi személyzet által, részint nyomtatványok útján történik. A beteg segélyezése csak nyers hús, csukamájalaj s desinfiensek kiosztásáig terjed. Köpetvizsgálat csak ritkán végeztetik, más analysis meg éppen nem; annál nagyobb súlyt helyeznek a Röntgen-fényvel való átvilágításra s a légzési terapiára. A dispensaire de Montmartre mintájára szervezett poliklinika Páris 9. Arrondissement-jában van működésben. Mindezek a dispensaire-k többnyire 2—3 szobából álló helyiségében vannak elhelyezve, s nem kivétel nélkül elégitik ki a higienikus egyszerűbb követeléseit sem.

A párisi dispensaire-k egy másik típusát azok képezik, melyek egyes kórházakkal kapcsolatban létesültek, mint a „Dispensaire antituberculeux de l'hospital Beaujon“, s „de l'hospital de la Pitié“; ezek a nevezett kórházaknak ezen célra átengedett 2—3 helyiségében vannak elhelyezve, programjuk megegyezik a Calmette-félével, de szervezetük abban különbözik, hogy a prophylactikus intézkedések terjesztése itt nem az adminisztrátorra, enqueteurre, hanem egy kiképzett hölgybizottságra van bízva, mely hetenkénti beosztással látja el nagy buzgalommal ezt a szolgálatot. Ugyancsak ezek a hölgyek gondoskodnak a betegek s családjaik segélyezéséről is. Az orvosi szolgálatot egy médecin-directeur s egy assistens végzi. A vezetés Huchard, Lancereaux, Letulle és Robin ellenőrzése mellett történik.

Végül van Párisnak egyik-másik arrondissement-jában olyan dispensaire is, mely 1—2 szobából áll, segélyezést nem közvetít, enqueteurrel nem rendelkezik, s a higienikus tanácsokat és prophylactikus instructiókat maga az orvos adja részint élőszóval, részint nyomtatványok útján. A nép felvilágosításához s neveléséhez kétségkívül hozzájárulnak ezek az egyébként igen primitív intézmények is.

A Franciaországban és Belgiumban olyan jól bevált módo-

sítása az eredeti tüdőbetegpoliklinikának csakhamar tért hódított Németországban is és pedig először Berlinben a párisi kórházi dispensaire-hez analog formában. 1904-ben a Charité helyiségeiben nyílt meg az első német dispensaire két orvossal s egy ápolónővel, kik mellé már a következő hónapban még egy harmadik orvos s még 3 ápolónő, s november havában újabb 3 ápolónő állítottatott be. 1905 május havától újabb két orvos, tehát ez időtől összesen 5 orvos végzi az orvosi teendőket. Ugyanazon időben a város két másik helyén is szerveztek vizsgáló állomásokat e célra bérelt és berendezett bérhelyiségekben, s pedig a Palissaden-és a Neuenburger-utcában, mindkét helyen 3—3 szobában és egy-egy konyhában. Az összes vizsgáló állomások köpetvizsgálatai a Charitében végeztetnek. Az 5 orvosból s 9 ápolónőből álló személyzet a jelzett három vizsgáló állomáson hetenként kétszer tart rendelő órákat, s pedig két órát egyszerre, t. i. 4—6-ig. Berlin elővárosai, Charlottenburg, Rixdorf és Schöneberg, külön dispensaire-rel rendelkeznek, saját lakosságuk részére. A berlini dispensaire-ekben a nép higienikus nevelését, prophylactikus felvilágosítását s anyagi támogatását nem mint Lille, Brüssel stb. gyári városokban az enqueteur, s nem mint Páris kórházi dispensaire-jeiben a volontaire hölgybizottság, hanem az e célra kiképzett ápolónők — testvérek — közvetítik, még pedig nagy buzgalommal, odaadással s szakértelemmel. Külön fehérneműkezelésre a berlini dispensaire-k nincsenek berendezve s a fertőtlenítő szolgálatot is a város látja el. A segélyforrásokat a biztosító intézetek (Invaliden-Versicherungs-Anstalten), a Central-Comité zur Errichtung von Heilstätten s a porosz közoktatásügyi ministerium szolgáltatták.

A francia és belga, valamint a berlini dispensaire-ek sikeres működésének befolyása alatt Németország több városában a tüdőbetegpoliklinikák eddigi programjukat a dispensaire feladataival bővítik ki, s ennek megfelelőleg kezdenek szerveződni; így a bonni, az aacheni, a hallei poliklinikák.

A mint az itt vázoltakból látható, a dispensaire-intézmény különböző módosítással s különböző eszközökkel, de lényegében mégis ugyanegy cél szolgálatában: *a veszélyeztetett egyéneknek a fertőzéstől való megóvását, a fertőzött egyéneknek lehető idejekorán való kinyomozását s a rendelkezésre álló eszközökkel való megmentését, továbbá a menthetetlen betegek nyomorának enyhítését, s végül általában a tüdővész elleni védekezés módozatainak megismertetését igyekezvén eltérni*, rövid 5—6 év alatt nemesak tért hódított, hanem bámulatos gyorsasággal el is terjedt Európa nyugati kulturállaiban s a tüdővész elleni küzdelem egyik leghathatóbb fegyverének bizonyult. Kívánatos volna, hogy hazánkban, hol a szélteben pusztító vész megfékezésére oly kevés, vagy, ha egybevetem azzal, a mit ez irányban Németország, Franciaország és Belgiumban láttam és tapasztaltam, mondhatnám semmi sem történt, a hivatott tényezők komolyan és kellő tetterővel lássanak hozzá a szükséges intézmények felállításához.

Kovács József dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

Aulus Cornelius Celsus über die Arzneiwissenschaft in acht Büchern. Übersetzt und erklärt von Eduard Scheller. II. Auflage. Nach der Textausgabe von Daremberg neu durchgesehen von Walther Frieboes. Mit einem Vorworte von Prof. Dr. R. Kobert zu Rostock. Mit einem Bildnis, 26 Textfiguren und 4 Tafeln. Braunschweig. Friedrich Vieweg u. Sohn, 1906 (XL + 862 lap). Ára 18 márka, kötve 20 márka.

A római ókori encyclopaedisták közül az orvosi tudományokkal legalaposabban Celsus foglalkozott. Nagy munkáját „De artibus“ Tiberius idejében írta s ebben felölelte a tudományok és a művészetek egészét összes ágait (rhetorikát, jogtudományt, bölcsészet, hadi tudományt, mezőgazdaságot és orvosi tudományt). Sajnos, munkáinak túlnyomó része elveszett; örömkünkre éppen az orvosi tudományról irt nyolcz könyve az, mely megmenekült az elpusztulástól. Celsus könyve a hippokratési gyűjtemény mellett a legrégebb orvosi munka, mely reánk maradt. Nélküle nem



ismernénk egy sereg ókori orvos nevét és működését, s neki köszönjük az alexandriai iskolának s ezen iskola egyes kiváló egyéneinek méltatását is. Ezen értelemben véve a munka egyúttal a legrégebbi orvostörténelem. Lássuk röviden Celsus könyveinek tartalmát.

Az *előszóban* helyesen hangsúlyozza Celsus, hogy az orvosnak gyakorlatilag és elméletileg egyaránt képeznie kell magát és bizonyos fokig képesnek kell lennie az iskolai nézetek korlátai fölé emelkedni. Itt tárgyalja az ősgyógyászatot, Hippokratés korát, az empirikus és methodikus iskolát és beosztását adja az anyagnak: diietetikára, pharmakoterapiára és sebészi gyógytanra.

*Boncztanából* csak azt az egy, de rendkívül érdekes feljegyzését adjuk vissza, hogy: „a verőerek megvágására vér szökel ki”. Érdekes ez annyiban, a mennyiben az ó- és középkorban azt tartották, hogy a verőerek — üreseknek találván őket a hullában — levegőt (pneumát) tartalmaznak. Harvey csak úgy fedezhette fel a vérkeringést, hogy előbb ezen téves tételnek kellett megdőlnie.

A *diietetika* igen bő és körülményes. Vizgyógyászati útmutatásai körültekintők és individualizáló. A kezdődő tuberculosisra szóló ajánlatai: ágynyugalom, bőséges tejivás, hízalás, bőrápolás, hydrotherapia, tengeri utazás és tartozkodás Egyiptomban. A katarhusokra rendkívül nagy gondot és elővigyázatot kíván fordítani. Csillapíthatatlan hányás esetében tápláló csőréket ajánl, epilepsia ellen a vegetarianus diatétát dicséri.

A *gyógyszertant* illetőleg sok bizalma van Celsusnak a gyógyszererekhez, de figyelmeztet a tisztult hippokratés elvekre is, és nem minden gyógyulást tud be a gyógyszerereknek, hanem a természet gyógyító erejének.

Ha tudjuk, hogy a digitalisgyógykezelés alig száz esztendő, akkor meglepődünk, hogy a szívbetegekben keletkező vízkórok ellen Celsus scillát rendelt, melynek hatóanyaga, a scillain, a digitalis csoportba tartozik. A mydriasis fogalma Celsusnál fordul elő először; előidézi mandragorával és solanaceákkal, főleg saruhártyafekély esetében.

*Belorvostan.* Megkülönbözteti az acut és a chronicus, a helyi és az általános megbetegedéseket. Vízkór ellen csapolást használ, de antihydripikus a hatása az erős mozgásoknak, az izzadásnak, a szomjazásnak, a hashajtóknak és a diureticumoknak is.

Az elmebajokról tudja, hogy testi betegségek. Az icterust legelőször a szem kötőhártyáján keresi.

A *bőrbajok* közül ismeri többek közt a sykosist, seborrhoeát, az eczemákat, az aknet, psoriasist, ichthyosist. Az area Celsi és a kerion Celsi még ma is az ő nevét viseli.

A *sebészetről* szóló fejezetek a legérdekesebbeknek mondhatók. Oszítja Asklepiades elvét: „tuto, celeriter, iucunde”. A sebésztől azt kívánja, hogy „ambidexter” legyen. A lob négy kardinális tünetét a „rubor et tumor cum calore et dolore” adja meg. Használ kathetert, fecskendőket, kutatókat, horgokat. Ismeri a sérvkötőt. Vérzéscsillapító szereit: compressio, eczet, hideg, összehúzószerek, ferrum candens és a vérző erek kettős leköttése, melynek megtörténte után teljesen átvágja az eret, hogy a két vég visszahúzódhassék. A varratok közt találjuk a bélvarratot is! A lábszár erősen táult gyűjőereit Celsus extirpálja. A strumectomiát nem tartotta kivibetetlennek. Gangraena senilisben amputál. Caries esetén a bordát reszékálja. Ha a mélyben kell operálni, nem retten vissza az orrnak temporaer leválasztásától. A csonttörésekben hangsúlyozza az extensiót s megjegyzi, hogy ügyetlen sebész kezelése után rövidülés marad vissza.

*Szülészeti tudása* sem volt csekélyebb Celsusnak. 4 fekvést ismer (fej-, far-, láb- és harántfekvést). Fejre fordít, az előlfekvő fejet kézzel extrahálja a szájfogással vagy horog segítségével, ha kell, szétdarabol. A szülendő kezelésének elvei ugyanazok, mint a sebesültek kezeléseit.

Alapos tárgyalás alá veszi a *fülorvostant* is. Egy ma is eléggé nem ismételhető elv az, melyet Celsus a következőképpen formuláz: A betegre nézve nagyobb veszéllyel járhatnak a fülbajok, mint a szem betegségei, mert míg a szem hibái csak a szemre ártalmasak, „a fül gyuladása néha súlyos agyi tünetekhez vezet és halált okozhat”.

A *szem betegségei* közül 30-at sorol fel Celsus. A hályogot kétféle módon közelíti meg, vagy a mai néven úgynevezett sklero-

nyixisszel, vagy a keratonyixisszel; ezután depressiót vagy discissiót végez.

Az elmondottakból látható, hogy Celsus könyve bőven feltárja az olvasó előtt a régi orvostan gazdagságát, melybe a sikereire büszke legújabb kornak gyökerei sokkal gyakrabban szolgálnak vissza, mint a hogy azt igen sokan hiszik.

A könyvet kommentár követi, mely magyarázni s a tudomány mai álláspontjával összekötni igyekszik az eredeti, illetve szó szerinti lefordított szöveget.

Mint élvezetes, tanulságos könyvet ajánljuk — nem csak az orvostörténészeknek.

Györy.

## Lapszemle.

### Általános kór- és gyógytan.

A *czukor kimutatásáról a vizeletben* ír *Boruttan* tanár, tisztán az orvosgyakorlat szükségleteire való tekintettel. Szerinte először is valamely reductio-próbát (Trommer-féle avagy bismuth-próba) végzünk. Ha negatív eredményt ad, felvehetjük, hogy a vizelet nem tartalmaz számbavehető czukormennyiséget. Ha azonban csak a legkisebb jele is mutatkozik a reductionnak, az erjesztőpróbát végezzük két Lohnstein-féle készülékkel és megbízható friss élesztővel, pontosan az utasítás szerint. Ha nincsenek Lohnstein-készülékeink, a phenylhydrazin-próbához folyamodunk, még pedig a Neumann-féle módosításához: 5 cm<sup>3</sup> vizelethez 2 csepp phenylhydrazint (szabad bázis!) és 2 cm<sup>3</sup> eczetsavat téve, az elegyet a láng felett lehetőleg merőlegesen tartott kémlecsőben főzzük mindaddig, a míg a mennyisége 3 cm<sup>3</sup> lett; a lassú lehűléskor megjelennek azután a már szabad szemmel is felismerhető glykosazonkristályok, még pedig ha tömény eczetsavat használtunk, 0.10%, ha 75%-os eczetsavat használtunk, 0.05%, s ha 50%-os eczetsavat használtunk, 0.01% czukor jelenléte esetén; natronlúg vagy natriumacetat hozzáadásával is fokozható a próba érzékenysége. (Medizinische Klinik, 1907. 9. szám.)

### Belorvostan.

A *praesclerosis gyógyítása.* Huchard-nak az a véleménye, hogy az arteriosclerosist megelőzi a verőeres nyomásnak erős fokozódása és hogy ez az utóbbi a tulajdonképeni oka az arteriosclerosisnak. A praesclerosis állapotában azonban nem csupán a vérnyomás fokozott, hanem a vese működése is többé-kevésbé elégtelen. Az arteriosclerosis teljes kifejlődésének megelőzése céljából tehát egyrészt a vérnyomásra, másrészt pedig a vese működésére kell tekintettel lennünk. A vérnyomás csökkentésére szolgálnak a nitritek, a jodsók, bizonyos szereknek a kivonatai, a massage, az arsonvalisatio; ezek hatásának tartóssá tevése céljából nagy gondot kell fordítani a diatára is, vagyis nem szabad az ételekkel toxinokat bevinni a szervezetbe, tehát lacto-vegetarianus és kevés konyhasót tartalmazó diatétát rendelünk. A veseelégtelenségre való tekintettel pedig diureticumokkal lehetőleg kiüríteni iparkodunk a toxinokat. A jodsók hasznáról nyilvánított véleményeket túlzottaknak mondja Huchard; szerinte a jód használata a praesclerosisban talán ellenjavalt is; a már kifejlődött arteriosclerosisban azonban jó hatású lehet, ha az említett diatával együtt használjuk. (Az „Académie de médecine” január 15-én tartott üléséből. La semaine médicale, 1907. 3. sz.)

A *gyomorfekély felismerése és megkülönböztetése* az epeköbetegségtől sokszor nagyon nehéz. *Hemmeter* állatokon kísérleteket végzett, a melyekből kiderült, hogy a bismuttal bekent gyomorfekélyek Röntgen fényvel nagyon jól kimutathatók. Megkísérlette tehát az eljárást az emberen is, még pedig eredményesül. Nagyobb mennyiségű bismut-emulsiót nyeletünk le s utána a beteget 1/2 órára hanyattfektetjük. Ezután Röntgen-fénnyel átvilágítva, gyomorfekély esetén a gyomornak megfelelő sötét területen valamivel sötétebb kisebb terület látható, még pedig 24—36 óra után is, míg az ép részekeken lerakódott bismut okozta sötétség már 3—6 óra múlva eltűnik, a mennyiben a gyomor mozgása által ezen idő alatt már eltávolított a bismut. Ha valamelyik borda alatt fekszik a fekély, felismerése a jelzett módon esetleg nem sikerül; a máj azonban nem akadályozza a



kimutatását. Ha az említett eljárással nem sikerül sötétebb helyet találni, a kísérletet megismételjük olyan módon, hogy a beteget a bismut adása után nem a hátára, hanem a hasára, illetve a jobb vagy bal oldalára fektetjük 1/2 órára. (Archiv f. Verdauungs-krankheiten, 12. kötet, 5. füzet.)

### Idegkórtan.

A punctio szerepéről az agyvelődaganatok kórjelzésében Pfeifer közöl Anton hallei klinikájáról tapasztalatokat. A körülbelül 150 lapra terjedő munkából csak a legfontosabb adatokat vehetjük ki.

Az eljárás a következő: A beteg 1 meter magas operáló asztalon fekszik. A leborotvált fejen a Kocher-féle cyrtometer segítségével lehetőleg pontosan meghatározzuk azt a helyet, amely alatt a daganatot várjuk. Ezt a pontot lapispálczával megjelöljük. Kellő bőrdesinfectio után a pungálásra váró helyet aethylchloriddal érzéstelenítjük. Narcosisra csak egy esetben, akkor is nyugtalan, deliráló betegen volt szükség. A beteg fejét erősen tartva, a Neisser-Pollack féle fúrót (I. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir. XIII. k.) egy nyomással keresztülnyomjuk a koponyán. A fúrót percenként 1800 fordulást tevő elektromotor hajtja. A fúrás a duráig érjen, de ne sértse meg. A szerszám visszahúzásakor vigyázni kell, hogy a bőr el ne tolódjék az átfúrt koponya felett, mert különben a punctió s tü nem találja meg a helyét. A punctiohoz tompavégű tűt használnak, mert hegyes tüvel egy izben a daganat nyomása következtében szabálytalanul lefutó arteria corporis callosi megsérült, a minek következtében a beteg meghalt. Aczeltűket használni nem lehet, mert azoknak a belső felülete megrozsdásodik és egyéb bajon kívül a punctió s anyag vizsgálatakor zavart okozhat. Ezért platiniridiumtűt készítettek, a melylyel meg voltak elégedve. Az aczélmandrin helyett is platinmandrint alkalmaztak. Az aspiratio céljából vastag tüet kell venni, hogy a daganatrészek is felszívhatók legyenek. 1-3 mm. átmérőjű, 0,8 mm. belső világosságú tüet látszott legmegfelelőbbnek. A durát körülbelül 1 1/2 cm.-re találjuk a bőrfelszíntől, a tüet az agyvelőbe 3-3 cm.-nél mélyebbre nem szúrjuk, mert különben nagyobb ereket vagy ép idegeket sértünk meg és mert az ilyen mélyen levő daganatok úgy sem operálhatók. Különösen figyelemmel kell lenni a szúrás közben az ellenállás megérzésére. Az aspiratio a tüet visszahúzásakor olyan módon történjék, hogy több mélységből szívjuk a vizsgálendő anyagot. Azokról a helyekről, a hol nagyobb ellenállást tapasztalunk, mindenesetre aspirálni kell. A punctió s fecskendő erős legyen, mert különben nem szívható fel valami összeállóbb daganatrész. Ezenkívül nem szabad kicsinynek lennie, hogy esetleges cysták vagy tályogok kiüríthetők legyenek. Az asztes dugó nem jó, mert a folyadék lemoshat róla részeket, a melyek a szövettani vizsgálatot megzavarják. Leginkább alkalmasak a Luer-fele üveg dugós fecskendők. A fecskendőt leveszszük a tüeről, mielőtt a tüet egészen kihúznók, mert különben összezúzott csont-részeket szívunk be a szűrt csatornából, a melyek ugyancsak zavarhatnak. A nyert anyagot üveg- vagy porcelláncsészébe fecskendezzük, esetleg sterilizált kémcsőbe. A sebet jodoformgázzal és ezt ragasztótapaszszal befödjük. A nyert anyagot frissen és esetleg aetheralkoholban fixálás után megfestve vizsgáljuk. Néha annyi anyagot kapunk, hogy paraffinba beágyazva metszeteket készíthetünk.

Egészen 75 fúrást és 89 punctiót végeztek 20 esetben; 27 a homlokagyvelőn, 18 a halántéklebenyben, 15 a mozgatókéregben, 14 a kisagyvelőben, 13 a pariteális lebenyben, 1 az occipitális lebenyben történt. Folyadékot 6 esetben kaptak. Ezek közül 2 cystásan elváltozott daganatból származott, 1 cystából, 3 esetben a folyadék liquor cerebrospinalis volt. 5 esetben zsírcseppek, zsír- és pigment szemcsék bizonyították a daganat lágyulását. 4 esetben a daganat körül levő agyvelőszövet lágyult meg. 10 esetben daganatszövet jött a felszínre, ezek közül hatot műtét, négyet a boncolás állapított meg; a daganat minősége is többször meg volt állapítható, még pedig 5-ször biztossággal, 2-szer valószínűséggel. 2-szer daganat volt megállapítható, a nélkül, hogy a minősége eldönthető lett volna. Igen nevezetes Pfeifer XI. számú esete. A punctio szövettanarabot hozott nap-

világra, a mely csak mint friss készítmény volt megnézhető. Sok lymphocyta nagyságú kerek sejt volt benne sűrűn egymás mellett a nélkül, hogy határozott elrendeződést lehetett volna találni. 2 cm. mély bemetszéskor a bal halántéklebenyben semmi daganatra gyanús dolog sem volt található. Ennek ellenére valami diffus daganatra még mindig lehetett gondolni, mert pl. a glioma egyszerű megnézéskor nem igen különböztethető meg az ép agyvelőtől. A beteg hosszabb ideig volt ezután megfigyelésben, agylues és dementia paralytica közt ingadozó kórjelzéssel. A 3/4 évvel utóbb történt halálkor daganatot csakugyan nem lehetett találni. Az eset még nincs felderítve, talán a szövettani lelet világosságot fog vetni a bonyolult kérdésre.

A daganat kiterjedéséről is olyan képet ad a punctio, a mely a klinikai vizsgálatot kiegészítheti.

Ha a klinikai kórjelzést összehasonlítjuk a punctio, a műtét vagy a boncolás segítségével kiderített eredményekkel, azt látjuk, hogy 3 esetben volt a daganat helyett más baj, nevezetesen 2-szer cysticercus és egyszer agycysta. Ez utóbbit a punctio derítette ki. 3 esetben a kórjelzés klinikailag nem volt megállapítható. Ezek között van a fent említett XI. sz. eset. A többi kettőben a punctio után állították fel a lágyulás és dementia kórjelzést. 3 más kétes kórjelzést ugyancsak a punctio döntött el. 3 esetben hibásan klinikailag kisagyvelődaganatot vettek fel, a punctio mutatta ki a tévedést és közülük kétszer ugyancsak a punctio mutatta ki a baj helyét. Ha a betegen klinikailag meg volt állapítható a daganat, a punctio biztosan vagy valószínűen mindig megállapította a daganat nemét. 9 daganat volt elérhető seborvosilag, 3 ellenben mélyebben feküdt. Az elérhető daganatok közül 4 túlnagy volt a műtéthez.

Négy esetet Bramann, egyet Haassler operált meg. Sebészi baleset egyben sem történt, a további lefolyás kedvező volt. Egy chondromás beteg 5 hónappal a műtét után munkaképes lett, megmaradt rajta a nyelvdeviatio és a kézen csekély érzésvávar. Egy évvel a műtét után a betegnek görcsei voltak. Ezeket Pfeifer az operált hely hegének zsugorodásával hozza összefüggésbe. A XVIII. sz. esetben a műtét után eltűnt a somnolentia, megszűntek a subjectív agynyomástünetek, megszűnt az egyensúlyzavar. 5 héttel a műtét után még fennállott a hemianopsia. Itt tehát még további megfigyelésre van szükség. A többi három esetben glioma volt a műtét tárgya. Kérdés, hogy a kiirtás teljesen sikerült-e. Közülük 2 beteg mindazonáltal 1 1/4 évvel a műtét után igen jól van, bár mind a kettőnek csekély paresise maradt meg. Az egyik beteg szépen javult, de 1/2 évvel a műtét után újból fejfájós lett és hányt. Egy agycystaműtét eredménye még nem ítéhető meg, az általános tünetek javultak.

Pfeifer arra hivatkozik, hogy csakis a punctio alapján voltak ezek az esetek elbirálhatók és operálhatók. Ezenkívül többször enyhítette a szenvedést az ideiglenes eredmény, a melyet a cysta- és agygyomrocsofolyadék a punctioval történt kibocsátása létrehozott. Az agygyomrocsofolyadék punctioját ebből a célból igen ajánlja a szerző.

Látjuk ezekből, hogy agydaganatokban nagy fáradsággal is csak ritkán érhető el eredmény műtéttel. De ha tekintjük, hogy halálos és kínos bajjal van dolgunk, ezt a keveset is nagyon sokra becsüljük. (Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, 1907. 42. köt. 2. f.)

Kollarits Jenő dr.

### Sebészet.

A vérerek sebészetéhez szolgálatnak kísérleti adatokat Stich, Makkas és Dowman a breslauer sebészeti klinikáról. Ismertetik a vérerek egyesítésére ajánlott módszereket (Murphy, Payr, A. Carrel) és a circuláris érvarratnak az irodalomban található kilencz esetét, a melyek közül öt a vérkeringés teljes helyreállításával gyógyult. A kísérleteket Carrel módszere szerint hajtották végre, nagyrészt kutyákon. Három irányvarrattal, melyet az assistens széthúzott, a vérér lumene háromszög alakúvá lesz és a finom egyenes tüvel és legfinomabb, paraffinnal praeparált selyem fonállal végzett tova-futó varrat kivitele nem túlságosan nehéz. Összesen 31 kísérletről számolnak be és pedig 7 körkörös verőér-, 2 körkörös gyűjtőér-varrattal, 13 verőér-, 6 gyűjtőértransplantatioról és 3 arteriosovenosus anastomosisról. A hét körkörös verőérvarrat közül kettő



volt eredménytelen. Egyik esetben utóvérzés, a másikban thrombosis volt a sebfertőzés következménye. Minthogy a Murphy módszere szerint végzett éregyesítéskor minden esetben, a Payr-félenél igen gyakran szűkület található a varrat helyén, módszerüket tartják az eddig ajánlottak között a legtökéletesebbnek. A varrattal oly kis erek is egyesíthetők, melyek a Payr vagy Murphy módszere szerint már nem volnának varrhatók, azonkívül varrat útján oldalsó anastomosis készítése is lehetséges, a mi nagy fontosságú a szervek transplantatiojának, illetőleg implantationnak eseteiben. Verőertransplantatiót két esetben végeztek sikerrel oly módon, hogy ugyanazon állat femoralisának egy darabját ültették át a carotisba és megfordítva. Őt esetben ugyanazon fajú állat hullájáról transzplantáltak és pedig 15 perc-1 1/2 órával a halál beállta után, háromszor teljesen sikerrel; két esetben idegen fajú állatról történt a verőérátültetés, háromszor sikeresen; és végül hat esetben ugyanazon egyéntől származó gyűjtőerdarabot vettek a verőér pótlására, két ízben eredménnyel. Circuláris anastomosis a verőér és gyűjtőér között három esetben próbáltak létrehozni, mind a háromban eredménytelenül. Két gyűjtőérvarrat közül egy jól sikerült, egyben thrombosis volt a következmény. Ezen kísérletekből következik, hogy:

1. Az átmetezett verőerek a közölt varrási módszerrel aránylag könnyen egyesíthetők. A módszer meglehetősen biztonságos a működés helyreálltát is biztosítja.
2. Kimetszett verőerdarabok pótlására ugyanazon vagy hasonló fajú állat verőerdarabja a legalkalmasabb.
3. Sikerül az átültetés ugyanazon fajú egyén hullájáról, és
4. idegenfajú egyénről is.
5. A vena átültetése arteriára szintén sikerül. Az átültetett gyűjtőerdarab csakhamar alkalmazkodik a változott functiohoz és fala erősen megvastagszik. (Brunus' Beiträge zur klinischen Chirurgie, 53. 1. 1907.)

Li.

A szájúri rákok sebészi gyógykezeléséről értekeznek Thomas, Partsch tanár osztályáról. 7 elsődleges szájfenék és 7 elsődleges pofarakesete alapján nagy jelentőséget tulajdonít a rák létrejöttében a leukoplakiának (50%). 14 esetéből 6 esetben kellett alsó állkapocsresectiót végezni, 7 esetben sikerült a daganatot per os eltávolítani. Az állkapocs pótlására szolgáló eljárásokat (Hausmann-féle sín, immediat-prothesis, Sauer-féle sín) ismerteti s róluk jó útmutatást nyújt. Az elsődleges gócz kiirtását megelőzi a tájéki mirigyek eltávolítása; a mirigyek exstirpatioja a környező zsírszövetrel együtt történik. 12 esetről tud felvilágosítást adni, ezek közül 7 meghalt recidiva következtében és 5 él 7 1/4, 6, 8 1/4 és 1 1/2 év óta. Ez eredményt P. nem egyszeri műtéttel érte el, hanem a recidivák operatiojával, így azon esetben, a mely jelenleg 8 1/4 éve él, 5 műtétet kellett végeznie. Mindenesetre P. műtéti eredményei (12 eset közül 4 eset 3 éven túli recidivamentességgel, a mi 33%-nak felel meg) a szájúri és pofarások ismert rosszindulatúsága mellett a jó eredmények sorába tartoznak. (Inaug. Dissertation, Breslau, 1906.)

Steiner Pál dr.

A prostatatályogoknak a cavum ischiorectale felől való megnyitását ajánlja W. C. Lusk, hivatkozva arra, hogy ez a prostatatályogoknak a természetes kiürülési útja, a mennyiben a végbélbe nem törnek át. A tályog ilyen úton való megnyitását csak akkor véli javalltnak, ha a tályog a végbél felé domborodik ki. (Annals of surgery, 1907. január.)

Pólya.

Intraperitoneális hólyagrepedés gyógyulását írja le E. Quick. A beteget részeg állapotában összevagdalták. Ezután fájdalmi voltak hasában, de 2 napig még dolgozott, akkor azonban abbahagyta a munkát; hasa azóta állandóan puffad és fájdalmas vizelési ingere van állandóan, de csak pár cseppet tud vizelni; katheteren 5800 cm<sup>3</sup> véres vizelet ürül, a hasban azonban szabad folyadék még kimutatható. Műtét a 11. napon (254 órával) a sérülés után. A hólyag csúcsán egy rongyos szélű nyílás, mely a hüvelykujjat befogadja. A hasüregben szabadon 2 liter vizelet. A nyílás bevarrása s a hasüreg kiöblítése után a beteg szépen meggyógyult. (Annals of surgery, 1907. január.)

Pólya.

A csetfélék inait varróanyagul ajánlja Senn. Különösen alkalmasak erre a narval (monodon monocerus) gerincoszlopa men-

tén levő széles hosszú ín, melyet szárítva és szálakra fosztva a ben-szülöttek varrásra használnak. Senn ezeket a szálakat joddal praeparálva catgut helyett használta. 50 eset közül csak 1 genyedés volt, mely azonban nem volt a fonal rovására írható. A fonal a szervezetben egy hétig változatlan marad, 2 hét múlva a fonal felényire felszívódott, 3 hét alatt a felszívódás igen előrehaladt, az összevarrott részek azonban jól tartottak. Hasonló czélra a rozsmár és bálna gerincoszlopszalagait is lehetne használni. Ezen csetfélék szalagjait Senn már azért is különösen alkalmasnak tartja a catgut helyett, mert már természetből fogva jodot tartalmaznak s így enyhén antiseptikusak. (La semaine médicale, 1907. 2. szám.)

Pólya.

### Gyermekorvostan.

A járványos agygerinczvelőlob serodiagnostikája és sero-therapiája. A Beuthenben és Boroszlóban uralkodott járvány alkalmával Jochmann 30 eset kapcsán meggyőződött, hogy a Weichselbaum-féle diplococcus intracellularis a járványos agygerinczagyhártalob egyedüli kórokozója, míg a Jüger-féle figyelembe sem jön. Ezen Weichselbaum-féle coccussal iparkodott immunsavót előállítani. Az immunizálásra lehetőleg nagyszámú, különböző gerinczagy folyadékból frissen kitenyésztett Weichselbaum-féle coccustörzset használt, befeeszkendezte lovaknak és pedig először a bőr alá, majd intravenosusan, kezdve 1 platinkaesnyi 60°-on előlt culturával; majd 8 naponként az adagot megkétszerezve, felment egész 3 Kolle-csészényi mennyiségig. Néhány hó múlva hasonló módon járt el élő culturákkal. Ugyanígy kezelt juhokat és kecskéket is. Így nyert különösen lovakból magas agglutinációs értékű savót, melynek segítségével valódi és nem valódi törzseket egymástól meg lehet különböztetni.

Ezen meningococcusserum polyvalens. 200 egéren és 50 tengerimalacson vizsgálta meg a hatékonyságát. 2 órával a coccus-injectio után alkalmazott 0.5 gm. specifikus savó az állatot még megvédte a különben halálos adag ellen. 0.2 gm. meningococcusserumnak prophylactikus befeeszkendezése védett az 1—4-szeres halálos adag ellen, míg ha ugyanannyi coccust előzőleg normális lóvérsavóval kezelt állatba feeszkendezett, az állat elpusztult. 0.1 gm. specifikus savó prophylact. befeeszkendezése megvédte az egereket az 1—2-szeres halálos adag ellen.

Kutatta, hogy min alapszik a savó hatása. Kísérleteiből kiderült, hogy e savó a coccusok holttestében foglalt mérgek ellen csak csekély mértékben antitoxikus hatású, de a passive immunizált tengerimalacok vérsavójában baktericid anyagok keringenek, melyek hatásukat a fehérvérsejtektől függetlenül fejtik ki ugyan, de azért van szerepük a fehérvérsejteknek is.

Ezek után kísérleteket végzett gyógyítási czélból embereken is. 40 meningitis cerebrospin.-t kezelt ilyen módon. Kivilágolt, hogy csak nagyobb adagok nyújtanak kilátást eredményre, de még nagyobb adagok sem azokban az esetekben, a melyekben már hydrocephalus fejlődött ki. Lehetőleg korán kezelés alá került és nagyobb adagokkal kezelt friss esetekben azonban azon benyomást nyerte, hogy a savókezelés jótékony hatású volt. Így a ratibori kórházban 17 beteget, nagyjából gyermekket kezeltek e savóval, csupa oly esetben, hol a betegség kezdete óta legfeljebb 7 nap telt el. A kezelés első napján 20—30 cm<sup>3</sup> savót adtak subcutan, majd a 3.—4. napon a befeeszkendezést megismételték. 11 esetben a kezdeti subcutan befeeszkendezés után a következő napokon a gerinczcsatornába feeszkendeztek be 20 cm<sup>3</sup> serumot 30—50 cm<sup>3</sup> liquor cerebrosp. kibocsátása után. Ezen intraspinalis injectiót a hőmérsék újlagos emelkedésekor 1—2-szer megismételték. A 17 eset közül 5 meghalt, közte 3 gyermek nagy hydrocephalussal, kik a betegség későbbi szakában kerültek kezelés alá. 9 esetben az injectio után gyors hőleesés és tartós lázmentesség következett be. 2 ízben a hőleesést 20 óráig tartó hőemelkedés előzte meg. 3 esetben csak átmeneti volt a hőleesés és ezek most is kezelés alatt állnak. Ezenkívül engedett a fejfájás, a tarkómerevség s a tompult sensorium. A kezelést jól támogatta az ismételt lumbalunctio.

Sohasem tapasztalt a serumtól káros hatást, sem lokális izgalmat, sem albuminuriát, sem exanthemát nem észlelt. Végleges ítéletet a serumtherapia hasznáról természetesen még nem mond-



hat. Ajánlja a további gyógyítási kísérleteket, továbbá, hogy egészséges meningococcus-hordozókat nyakszirtmerevedéses beteg környezetéből prophylaktikusan oltunk be e savóval, főleg kaszárnyákban, s más oly helyeken, hol a tömeges fertőzésre az alkalom adva van. Mint prophylaktikus adagot 20 cm<sup>3</sup>-t ajánl subcutan. (Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 20. szám.)

Flesch dr.

### Bőrkórtan.

Létrejöhet-e a lichen ruber planus balesetek kapcsán? Erről a kérdéstről nyilatkozik *I. Heller* (Charlottenburg). Az egyes néprétegekben mindinkább terjedő balesetbiztosítási intézmény ma már a dermato- és syphilidológiát is nem egyszer hívja segítségül és véleményadásra. A szerző közleményének alapját az a körülmény adta, hogy orvosi véleményt kellett nyilvánítani, vajjon lehet-e a lichen ruber planus kártalanításra kötelező balesetnek a következménye. Az adott eset a következő volt: Egy nagyiparos a vasútra szállás alkalmával elesett s kezét megsértette. A sérülés orvosi segítség nélkül elég gyorsan begyógyult. 6 héttel később a hegben kiütés támadt, mely egyre fokozódott s csaknem az egész testre elterjedt. 4 hónappal a baleset után egy neves bőrorvos megállapította, hogy a kérdéses kiütés nem más mint lichen ruber planus. A diagnosist a további lefolyás is beigazolta. Az eset elbírálását a szerző két kérdésre fektette: 1. idegrendszeri elváltozás vagy 2. infectio okozta-e a lichent? A traumának jelentéktelen volta a szerző szerint már eleve kizárja, hogy az idegrendszer valami módon megsérült volna: különben is hiányzott erre vonatkozólag minden adat. Fontosabb volt a második kérdés eldöntése, hogy a sérülés nyomán nem jött-e létre oly infectio, mely lichent okozhat. Tudnivaló u. i., hogy a lichen ruber planus aetiológiájában több oldalról említettek oly adatokat, melyek a betegségnek fertőző természete mellett szólnak. A klinikai lefolyás, nevezetesen a bőrön való elterjedés is némileg a parasitizmus elmélet mellett szól. De kétségtelen az is, hogy semmi igazán objectív és tudományosan megállapított adat nincs ma még a kezünkben, mely a bántalom fertőző voltát megállapítaná. Mindezek alapján a szerző orvosi véleményében oda nyilatkozott, hogy ezen esetben a vasúti baleset és a lichen ruber között kimutatható összefüggés nincsen. Érdekes, hogy e véleménynek ellenére a biztosító társaság a követelt összeg egy részét mégis megadta. (Medizinische Klinik, 1907. 7. sz.)

Guszman.

### Húgyzservi betegségek.

Súlyos vesezúródás két esetét közli *H. Bousquet*. Az első fiatal emberre vonatkozik, a ki kerékpárról esett le és jobb veséjét erősen megütötte. A zúródás helyén nagy daganat támadt, a mely két napig tartó vérvizelés után csakhamar eltűnt. A beteg meggyógyult. A másik esetben nehezen megrakott kocsí gázolta el a beteget; az erős trauma következtében a bal vese a szó teljes értelmében kettévált. A beteg a nagy sérülést át-szenvedte és a mikor két hónappal a baleset után B. megoperálta, a vese helyén egy 3 liter folyadékot tartalmazó táskát és ennek a felső szélén egy 120 gm., az alsó részén pedig egy 39 gm. súlyú vesetöredéket talált. A műtét simán folyt le, a beteg felépült. Ez a két eset újból megerősíti a szerzőnek azt a többször nyilvánított véleményét, hogy az ilyen traumák által okozott vesezúródások többnyire jóindulatú sérülések, a melyek — ha csak nem társul a bajhoz fertőzés — expectativ kezelésre rendszeren spontán meggyógyulnak. (Annal. des mal. des org. génito-urin., 1906. 23. f.)

Drucker Viktor dr.

Pollakiuriát és éjjeli incontinentiát, mint a vesegümőkórnak az első tüneteit, *Bazy*-nak többször volt alkalma megfigyelnie. Utoljára egy 16 éves leányon észlelte, a ki addig a korig mindig egészséges volt. Ebben az időben egyszerre pollakiuria jelentkezett, a melyhez csakhamar éjjeli incontinentia is csatlakozott. A szokásos therapia eredménytelen maradt. Később vért is vizelt, ez a baja azonban ergotin-befecskendésekre rövid idő alatt megszűnt. A mikor a vizeletben a Koch-féle bacillust is meg lehetett találni, a vesegümőkórnak a diagnosisa nem volt már kétséges. (Société médicale des hopitaux, 1906.)

Drucker Viktor dr.

A vesico-urethralis neuralgiák és kezelésük villamos árammal. *Courtade* szerint szigorúan el kell különíteni azokat a cystalgiákat, a melyek a hólyagnak valamelyes betegségéből erednek, azoktól a neuralgiáktól, a melyeket az idegrendszernek bármilyen alteratioja okozhat. Az utóbbi lehet szervi, mint pl. a myelitisben és az ataxia locomotrixban, és lehet dynamiás, mint pl. a neurosisokban, de főképen a neurasthenia eseteiben. A neurastheniás cystalgia 3 alakban jelentkezik: 1. Mint idiopathiás neuralgia, a mely igen ritka; 2. mint olyan neuralgia, a hol a kiinduló pont egy meggyógyult, avagy már alig észrevehető sérülés. Ebben az esetben circulus vitiosus keletkezik azáltal, hogy egyrészt a laesio által okozott congestio fokozza a neurastheniát, másfelől ez utóbbi fenntartja a congestió laesiót. 3. Megkülönböztetünk végül reflectorius jellegű neurastheniákat, a hol a reflex kiinduló pontja lehet akár a vese, akár az ureter, akár pedig egy szomszédos szerv, mint a rectum. Ezekben a bántalmakban az elektrotherapia két irányban mozog; az egyik az általános állapotnak a kezelése akár állandó, akár farados árammal, a másik a helybeli kezelés az állandó áram positiv polusának a regio vesicalison való elhelyezésével. (Annal. des mal. des org. génito-urin., 1906. 22. f.)

Drucker Viktor dr.

Intravesicális massage-zsal *H. Minet* igen biztató eredményeket ért el a legkülönbözőbb eredetű vizelet pangásokban. Ilyen bántalmak: prostata-neurosisok rövid idő óta fennálló retentioval, szűkületek, chronikus prostatitis és a pollakiuria nervosa. Az eljárás a következő: A kiürített hólyagot könnyen járó, steril levegővel megtöltött gummilabdával köti össze. Ebből gyenge nyomással kevés levegőt sajtol a hólyagba, a melyet ez összehúzóda alkalmával ismét visszazorít a ballonba. Ezt a műveletet rövid időközben többször ismétli. A beavatkozásnak a célja egyrészt contractikat kiváltani és azokat erősíteni, másrészt a hólyagnak az összehúzóda alkalmával fejlődő erőhatást az egész felületen egyenletesen szétosztani. Hogy ez elérhető legyen, szükséges, hogy a beszorított levegőnek a mennyisége és a labdának a ruganyossága fokozatosan növeltessek. Teljesen atoniás hólyag esetén olyan kemény ballont kell alkalmazni, a mely akkor, a mikor ismét visszanyeri az alakját, egyszersmint aspirálja a hólyagban levő levegőt. (Annal. des mal. des org. génito-urin., 1906. 21. f.)

Drucker Viktor dr.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az oldható higany sók befecskendezése tudvalevőleg mintegy fél óráig tartó erős fájdalmasságot szokott okozni. Ezen fájdalom csökkentésére a cocain nem használható, mert higany sókkal csapadékot ad és hatástalanná válik. *Salmon* ezért úgy jár el, hogy a rendesnél hosszabb kanüllel ellátott fecskendőbe először 1%-os cocainoldatot szív fel, és a tűt 5 centimeter mélyen beszúrva, 1 cm<sup>3</sup>-t befecskendez. Most a tűt visszahúzza annyira, hogy csak mintegy 2 centimeternyi mélyen van, eltávolítja magát a fecskendőt és helyébe a higany só oldatát tartalmazó fecskendőt illesztve a bennmaradt türe, befecskendezi a higany só oldatot. Eljárását, mint a melylyel csaknem teljesen fájdalomtalanra tehető az oldható higany sók befecskendezése, a szerző nagyon ajánlja. (Ref. La semaine médicale, 1907. 3. szám.)

Tályogok gyógyítására *Bierer* jó eredménnyel használja a perhydrolt. Oly módon jár el, hogy a 10 cm<sup>3</sup>-es Pravaz-fecskendőt megtölti hígított perhydrollal (1 r. perhydrol + 9 r. víz) s azután a tűt a tályog egyik szélén beszúrva, a szemben levő szélén kiszúrja; ekkor a tályog közepéig visszahúzza a tűt és befecskendezi az oldatot, mire habos geny és vér ürül a két szúrt nyíláson; bennhagyva a tűt, újból megtölti a fecskendőt és beviszi a tartalmát a tályogba; ezután véglegesen eltávolítja a tűt, ugyanazon oldatba mártott gaze-t tesz a tályogra és vatta valamint Billroth-battist segítségével kötést alkalmaz. (Allgem. medic. Central-Zeitung, 1906. 49. szám.)

A thiodine nem más, mint a thosinamin összeköttetése egy szerves jodkészítménnyel. Hatása egyesíti magában a thiosinamin és a jod hatását. *Weiss* tabesben kísérletezett ezen szerrel és állítólag nagyon biztató eredményeket ért el vele. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1907. 7. szám.)



## Magyar orvosi irodalom.

**Klinikai füzetek**, 1907. 2. füzet. *Lobmayer Ödön*: A májchincoccus therapája. *Tomor Ernő*: Gondolkodás és izommunka.

**Gyógyászat**, 1907. 9. szám. *Makara Lajos*: Adat a sörvkizárodás után keletkező bélszűkületek ismeretéhez. *Szabó Sándor*: A dysmenorrhoea aetiologiája és kezelése.

**Orvosok lapja**, 1907. 9. szám. *Moskovitz Ignác*: A belloqueozás mint orrvérzést megszüntető eljárás. *Jankura Iván*: A csecsemő- és gyermekkor emésztési zavarai.

**Budapesti orvosi ujság**, 1907. 9. szám. *Láng Kornél*: A külső szemzugtól a choanái szűrt idegen test esete. „Füüd- és vizgyógyászat” melléklet, 1. szám. *Bosányi Béla*: Néhány megjegyzés az ischias és annak gyógykezelése felől.

## Vegyes hírek.

**Kitüntetés.** *Kurz József* dr. czecei körorvosnak a közegészségügy terén szerzett érdemeiért a király czecei előnévvel a magyar nemességet adományozta.

**Kinevezés:** *Wilesek János* dr.-t Ungmegye főispánja perecsenyi járásorvossá nevezte ki.

**Az orvoskari tanártestület** a gyógyszerintézethez *Mansfeld Géza* dr.-t I. tanársegéddé, *Diósszalgyi Sámuel* dr.-t II. tanársegéddé, *Kabdebó György*-öt díjas és *Blaschnek Rezső* dr.-t díjtalan gyakoronokká választotta 1907. január 1.-től kezdődőleg.

**A Budapesti Orvosok Szövetsége** március 14.-én, csütörtökön délután 6 órakor az Orvosegyesület üléstermében (Szentkirályi-utca 21) ülést tart, a melyen az elnökség szívesen látja vendégül az összes budapesti orvosokat. Az ülésen *Flesch Nándor* tart előadást a budapesti orvosok teendőiről az új munkásbiztosítási törvény életbeléptével bekövetkező új helyzettel szemben.

**A budapesti orvosi Kaszinó** elnöksége 200 korona pályadíjat tűz ki a következő kérdés megoldására: „Az orvosi titoktartásról, különös tekintettel a hazai törvényekre és rendeletekre”. A pályamunkák jelíggel levéllel ellátva f. évi szeptember hó 30.-áig a budapesti orvosi kaszinó (VI., Teréz-körút 24/b) titkári hivatalába küldendők be, a hol a részletebb pályázati feltételek is megtekinthetők.

**Orvosi oklevéllel bíró gyógyszerártulajdonos egyszersmind orvosi gyakorlatot nem folytathat.** (A belügyminiszternek 6222/1907. sz. a. A. vármegye alispánjához intézett rendeletéből.) „... indokoltnak tartom mihez tartás végett kijelenteni, hogy B. Imre dr. s.-i körorvosnak s egyúttal okl. gyógyszerész-mesternek ama kérelme, hogy S.-n gyógyszerártulajdonos állíthasson fel, csak úgy volna tárgyalható, ha a nevezett folyamodó a kérvény szabályszerű felszerelése mellett határozottan kinyilvánítaná, hogy abban az esetben, ha neki gyógyszerártulajdonosi engedély adományoztatnék, körorvosi állásáról lemond, orvosi gyakorlatát azonnal megszünteti, illetőleg orvosi oklevélének kihirdetését a törvényhatósági bizottsági közgyűlés által visszavonhatja; mert az, hogy a gyógyszerártulajdonos egyszersmind orvosi gyakorlatot is folytasson, sem a törvény és az érvényben levő rendeletek intézkedéseivel, sem a közönség általános érdekeivel össze nem egyeztethető.”

**Az I. sz. női klinikán** február hóban 122 szülés történt: először szülő volt 62, többször szülő 60. A született magzatok száma 128, még pedig élő 109, halott 11, macerált 8; érett 102, kora 10, éretlen 16; fiú 58, leány 65, kérdéses nemű 5; törvényes 38, törvénytelen 90. A nőbetegosztályon 82 beteget ápolnak, halálozás nem fordult elő. A klinikával kapcsolatos poliklinikát 76 esetben vették igénybe; a műtétek száma 69 volt.

**Az egyetemi II. sz. szülészeti klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum** február hóban 103 esetben nyújtott segítyt; a műtétek száma 83 volt.

**A budapesti poliklinikán** február hóban 3657 új beteg jelentkezett; a rendelések összes száma 10,918 volt.

**A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület** február hóban 171 esetben nyújtott első segítyt; ezenkívül 17 betegszállítását végzett, 91 esetben mint mozgóórszolgálatot és 5 esetben téves jelentés folytán vonult ki. A működési főösszeg tehát 284.

**Meghaltak.** *Trajtler István* dr., a Batizfalvy-féle sanatorium és vizgyógyintézet igazgató-főorvosa e hó 5.-én 48 éves korában. — *Torkos Elek* dr. 84 éves korában Bükön. — *Beke Mihály* dr. február 21.-én Visken. — *Tilkowsky A.* dr. kormánytanácsos, a bécsi alsó-ausztriai elme-kórház igazgatója.

**Kisebb hírek külföldről.** A baseli egyetemen a sebészet rendes tanárává *Wilms M.* dr. lipcsei rendkívüli tanárt, a belorvostan ny. r. tanárává pedig *Gerhardt D.* dr. jenai rendkívüli tanárt nevezték ki. — *G. H. Falkiner Nuttall* dr.-t a cambridge-i egyetemen a biológia tanárává nevezték ki. — *L. Asher* dr. Beráben az élettan rendkívüli tanára lett. — *E. Küster*, a sebészet tanára Marburgban és *Laqueur* a szemészet tanára Strassburgban, legközelebb nyugalomba vonul. — *B. Salge* dr. drezdai orvost a göttingeni egyetemen a gyermekorvostan rendkívüli tanárává nevezték ki. — *K. Hirsch* dr.-t, Curschmann tanár segéd-

jét rendkívüli tanári minőségben a jenai egyetemi poliklinika igazgatójának hívták meg.

**Lord Lister** április 4.-én 80. évét tölti be. Tisztelői Angliában elhatározták, hogy ennek a megünneplésére gyűjteményes kiadást rendeznek Lister összes megjelent tudományos dolgozataiból s kiadják a nagy sebész biographiáját is. A bécsi Orvosegyesület március 15.-én Lister-ünnepélyt rendez.

**A német ideggyógyászok társulata** első évi összejövetelét Drezdában tartja szeptember közepe táján. Referálásra az idegbajok sebészi kezelését tüzték ki.

**A német urológiai társulat** I. congressusát október 2.-ától 5.-éig tartják Bécsben. Tárgyalásra a következő tárgyakat tüzték ki: 1. A vesedaganatok diagnosztikája és gyógyítása; referens: *Küster* és *Eiselsberg*. 2. A nephrolithiasis diagnosztikája és terapiája; referens: *Kümmell*, *Holzkecht* és *Kienböck*. 3. Az albuminuria; referens: *Noorden* és *Posner*. Előadások július 25.-éig jelentendők be *Kapsammer* dr.-nak (Wien, IX., Maria Theresienstr. 3).

**Hygieniai kiállítás** lesz Berlinben, kapcsolatban a szeptember 23–29.-ig tartandó XIV. nemzetközi hygieniai congressussal. A kiállításra már nagyban folynak az előkészületek; a rendező-bizottság élén *Rubner* tanár áll.

**Az öngyilkosságok Olaszországban.** Az olasz statisztikai hivatal egyik legutóbbi közleményében részletesen foglalkozik az 1904. évben történt öngyilkosságokkal. Kiemelünk belőle egy pár érdekes adatot. Az említett évben 2156 öngyilkosság fordult elő Olaszországban, 234-gyel több, mint az előző évben. Az öngyilkosok között 1705 férfi s csak 451 nő, 888 házasságban élő és 1268 nőtelen, hajadon és özvegy volt. A legtöbb öngyilkos kora 20 és 39 közt volt. Az öngyilkosságra legtöbbször, 522 esetben, lőfegyvert használtak, a többi halálom a következő számokkal szerepel: vízbeugrás 433, felakasztás 388, leugrás 213, mérgezés 188, gáz és szénegáz 98, metsző eszközök 68, elgázoltatás 61. Legtöbb öngyilkosság esett a tavaszra: 640 eset; utána következik a nyár 610, a tél 463 s az ősz 443 esettel. Az áprilistól júliusig terjedő időben fordult elő a legtöbb öngyilkosság. Foglalkozás szerint legtöbb volt az öngyilkosok közt a földműves, mesterember és gyári munkás; pap 7 volt, orvos 9.

Jelen számunkhoz a **F. Hoffmann-La Roche & Cie.** czég „Benzsalin” című prospektusa van csatolva.

Mai számunkhoz a bécsi Ausztria-gyógytár prospektusa van mellékelve.

Jelen számunkhoz a **Nanning H.** gyógyszerész „Extractum chinae Nanning” című prospectusa van mellékelve.

**Jausz Béla dr.** március 1.-étől rendel KARLSBAD, Marktstrasse „3 Mohren”.

**Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet.** Igazgató tulajdonos: **Dr. REICH MIKLÓS.** Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezővel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgás-zavarok. Idegbajok, Vérkeringési szervek bántalmái. Idült gyomorbántalmak, Gerinczefordulások. 2570

**Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete,** Budapest, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherapia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kívánatra bővebb értesítés.

**Elektromágneses intézet** (Müller Konrád J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívrogosok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúsz. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kívánatra prospektus. Vezető orvos: **REH BELA** dr. 2563

**Dr. Doctor K. v.** egyetemi tanársegéd **orvosi laboratoriuma** IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697. 2221

**ERDEY Dr.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. 1415 3109 SANATORIUMA. Nőbetegek és szülők részére.

**Marilla** sanatorium május 1.-én nyílik meg. A napi pensio: lakás, kiszolgálás, világítás, élelmezés, orvosi kezelés és az összes gyógyeszközök használatával együtt **12.50-16** koronába kerül. **Az igazgatóság.** 2878

**Budapesti Orvosi Laboratorium** IV., Koronaherceg-utca 18, I. em. Minden nemű ép és kóros váladék (ú. m. vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, górsó és bakteriológiai vizsgálata. Klinikai diagnosztika. Tulajdonos: **Arányi Gusztáv dr.** karlsbadi gyakorló fürdő-orvos (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 29.-ától szeptember 20.-áig, vagyis fürdő-orvosi működése alatt a Budapesti Orvosi Laboratoriumot helyettes szaktárs vezeti. 2939

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

**Orvosi labororium:** Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** (Szövetség-utca 14–16.) Telefon sz. 90–46.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (VII. rendes tudományos ülés 1907 február 23.-án.) 190. l. — Közkórházi orvostársulat. (II. bemutató szakülés 1907 január 30.-án.) 194. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (Ülés 1906 december hó 16.-án.) 195. l. — Személynevek külföldi tudományos társulatok üléseiből. 195. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VII. rendes tudományos ülés 1907 február 23.-án.)

Elnök: Prochnov József. Jegyző: Kiss Gyula.

## A bárzsing pulsiós diverticuluma.

Tóvölgyi Elemér. A 67 éves férfinak betegsége ezelőtt 9 évvel kezdődött.

Szondázni kezdték és a 8-as számig jutottak el. A beteg utóbb a szondázást megtanulta és ez időtől kezdve 2 éven át hetenként egy-kétszer saját maga végezte, és mint maga mondja, a szondázás után mindig jobban tudott nyelni. Eleinte a szonda nem akadt meg, csakis a szondázás kezdetétől három évre vette észre, hogy a szonda letolása is nehézségekbe ütközik, olykor egyáltalán nem sikerül. Ez időtől fogva az étkezés is mind nagyobb nehézségekbe ütközött, és a beteg már maga is érezte, hogy a nyelőcsővében valami kiöblösödés lehet, mert noha egyik-másik falat megakadt, ezek után az étel nagyobb részét le tudta nyelni, mindaddig, míg nyakának bal oldalán egy mindjobban növekvő daganat mutatta, hogy már igen sok ételrész gyülehetett össze abban a magasságban. A legutóbbi hónapokban már nemcsak a szilárd, de a folyékony eledel is a kiöblösödésbe vándorolt és a beteg csak úgy tudott táplálkozni, ha minden nyelés után újból és újból kinyomta a daganat tartalmát.

Rendelésemen ez év január 7.-én jelentkezett első ízben és minthogy a bárzsing-diverticuluma jellemző összes tüneteket (nyaki duzzanat képződése, regurgitatio, zörej és nyomási tünetek) megtaláltam, a szondázást nem tartottam szükségesnek.

A Röntgen-kép, melyet bemutatni alkalmam van és a melyet ifj. Elischer Gyula I. belklinikai tanársegéd volt szíves készíteni, igen szépen mutatja a diverticulum nagyságát (nagy almányi mekkoraságú) és a helyet, a honnan a bárzsingből kiindult.

Minthogy a beteg enni úgyszólván már alig tudott és e miatt rendkívül lesoványodott és elgyengült, azt az ajánlatot tettem, hogy az étkezést, mivel a diverticulum a nyak bal oldalán foglalt helyet, jobboldali fekvő helyzetben kísértse meg és e mellett minden nyelés alkalmával a bal kezével szorítsa össze a diverticulum jól körülfogható nyílását. A beteg tanácsomat megfogadta és azóta a nyelése jelentékenyen megjavult, a mennyiben a jól összevagdalt hús, a vajjas kenyér stb. akadálytalanul jut a gyomrába. Mindezzel azonban még nem elégedtem meg és egy olyan készüléket gondoltam ki, mely örvként a nyak köré helyezkedve, két pelottával bíró végével a diverticulum nyílását összeszorítja.

A mi a diverticulum keletkezését illeti, felvehető, hogy a bárzsing szűkülete okozta, a mely viszont lueses alapon fejlődhetett, minthogy a betegnek saját bevallása szerint ezelőtt 34 évvel luese volt, de csak igen tökéletlen kúrán ment keresztül. Nézetem szerint, tekintve a beteg előrehaladott korát, a műtéti beavatkozás eredményessége kétséges. Különben is a beteg, még ha az utólagosan szerkesztett készülék nem is válna be, az említett fekvő helyzetben elég jól tud táplálkozni. A diverticulum műtétei után, a mint Zesas legújabb kimutatta, 18% a mortalitás (42 eset közül 8) és a sebzés 42 eset közül csupán hatban gyógyult per primam intentionem, rendszeren jó hosszú időre bárzsingsipoly maradt vissza.

A beteg, ha már minden áron operálni akarnánk, legajánlatosabb volna Bergmann-műtét mellett praeventiv gastrostomiát végezni, minthogy a beteg elgyengült volta és előrehaladt kora miatt nem igen bírná ki a 3-4 napi rectalis és az ezt követő körülbelül két heti csupán folyékony eledellel táplálkozást.

A Girard féle invaginatio, tekintve a diverticulum nagyságát, úgy vélem, számításba egyáltalán nem jöhet.

Ónodi Adolf: A beteg a múlt év elején nálam volt és előzőleg itt a fővárosban 18 ülésben fokozatosan vastagodó bougiekkal kezelték.

A diverticulum minden tünete megvolt; a bismuth-pép adása után felvett Röntgen-kép is igazolta ezt. Összehasonlítva a mai állapottal, konstatálni lehet, hogy a diverticulum azóta nőtt. A kutasolás folytatását én is megtiltottam neki.

## A plastikus x-sugaras képek tudományos és gyakorlati értéke.

Gergő Imre: Bevezetésképpen ismerteti a plastikus képek eddigi irodalmát.

Alexander Bélának 1906 márczius 10.-én a budapesti kir. Orvosegyesületben, majd április 2.-án Berlinben a német Röntgencongressuson tartott bemutatásai kapcsán megindult úgy a külföldön, mint nálunk a mozgalom az Alexander-féle képek titkának felderítésére. Alexander ugyanis bemutatásai alkalmával módszerét nem ismertette, mivel saját szavait idézve „vizsgálatainak még csak az elején volt.” Mint első G. Schellenberg (Beelitz) próbálkozott a titok felderítésével; képeit egy negatív és egy diapositiv lemez eltolásával nyerte. Schellenberg után Albers-Schönberg, majd Lewisohn (Heidelberg), Cohn (Berlin), Albert E. Stein (Wiesbaden) stb. próbálkoztak plastikus Röntgen-képeket előállítani, azon végzetes hibával, hogy nem ismerve még Alexander módszerét, minden kritika nélkül Schellenberg módszerével azonosították és így viszont Schellenberg módszerének minden hibáját a nem is ismert Alexander-féle módszer hibájaként rótták fel. Nálunk a budapesti kir. Orvosegyesület 1906. évi május 19.-én tartott gyűlésén Elischer és Kelen mutattak be Schellenberg módszere szerint készült képeket.

Az általános felfogás nálunk sem tett különbséget ezen bemutatott képek és Alexander képei között, minek folytán a bemutatott képekről mondott súlyos itéletet Alexander képeire is átvitte.

Alexander közleménye a plastikus x-sugaras képekről 1906 július havában jelent meg, magyarul a „Gyógyászat”-ban, németül a „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen”-ben.

Alexander módszere a következő: A tárgyról egy és ugyanazon felvétel lemezre két különböző (puha majd kemény) lámpával vetít Röntgen-fényt. Az így készült negatívról (I. lemez) diapositivet készít (II. lemez), a kettőt lapjával egymás fölé szorosan és pontosan összeilleszti, egy újabb lemezre kopirozza és így nyeri 3. lemezét. A III. lemezről IV. lemezt készít, melyről már egyszerű módon a III. lemez képével azonos másolatok állíthatók elő. A III. lemez készítésekor az első és második lemez között Alexander szerint eltolódásnak nem szabad lenni, különben torzképek keletkeznek. Alexander szerint jól sikerült felvételekben már az első lemez képe is plastikát rejt magában. Az említett lemez-combinatio ezen plastikát csak élesíti, a nélkül, hogy az x-sugarak helyes rajzolását meghamisítaná.

Az eddigiekből is kivehető már, mily óriási az eltérés Alexander és Schellenberg módszere között. Alexander két lámpával, Schellenberg egy lámpával készítette felvételeit; Alexander a plastikus képet már az első lemezen kereste, Schellenberg erre nem is gondolt; Alexander első és második lemezét szorosan összeilleszti, oly III. lemezt, melyen az eltolódás legkisebb jele van, tekintetbe nem vesz, Schellenberg pedig épen az eltolódást keresi, sőt mint mondja, plastikája annál szebb, minél nagyobb az I. és II. lemez elcsúszása egymás felett; és végül az eredmény, hogy Alexander valódi viszonyokat vár a III. lemezképen, Schellenberg pedig még evidensen hamis plastikájára sem meri mondani, hogy hamis. Az előadó véleménye szerint elegendő Alexander és Schellenberg módszerének ily rövid szembeállítására is azon tény felismerésére, hogy a Sch. képeiből vont összes következtetések A. képeire nem vihetők át. Minthogy pedig a plastikus képek nyomán támadt egész irodalom Schellenberg módszerén



éptült fel, esetleg Sch. eljárásának módosításait használta és így érvelt, az előadó véleménye szerint a plastikus képek nyomán támadt irodalom, úgy a sok gáncs, mint a kevés dicséret, csak Schellenberg módszerét, illetve módosításait illetheti.

Hisz Alexander eljárásának már a kiindulópontja is egészen más; Alexander eljárását pedig az idézett szerzők meg sem próbálhatták, hisz Alexander csak későbbben, a német közlések megjelenése, valamint Elischer és Kelen bemutatásának megtartása után tette közzé.

Az előadó ezután Alexander módszerét bírálja utánvizsgálatai kapcsán, melyeket Dollinger tanár I. sz. sebészeti klinikáján végzett. Alexander dolgozataiban három olyan állítást talált, mely azok előtt, kik röntgenzéssel foglalkoznak, már első pillanatra is újnak tetszik. Alexander dolgozataiból a következő kérdéseket hámozza ki kritikai megvilágítás céljából: 1. helyes-e Alexander azon kijelentése, hogy a jól sikerült x-sugaras kép plastikusan rajzolt kép és nem egyszerű árnyékkép? 2. helyes-e a lámpák combinatioja x-sugaras képek előállításakor és nem okoz-e a képkészítés ezen módja eltolódást a lemezen és végül 3. plastikusak-e az ismertetett módon készített Röntgen-képek, illetve az ezzel egyenértékű IV. lemezeiről készült másolatok és valódi-e ezeknek a plastikája.

Mind oly kérdések, a melyeknek eldöntése engedi csak meg a tárgyilagos bírálatot.

Az első kérdésre az előadó physikai alapon adja meg a választ. Váolja azon törvényszerűséget, mely szerint az ábrázoló művészetek a testiességet a síkon feltűntetik, majd kimutatja, hogy olyankor, ha az x-sugár kellő rajzolóképességét kifejtheti, geometriai fémtárgyakról, valamint az emberi test különböző tájairól is oly képek nyerhetők, melyekre az eddig szokásos árnyékkép (silhouette) elnevezés semmikép sem illik. Fényesen sikerült felvételeken kimutathatók a központi vetület szabályai, a fény- és árnyékelosztás helyes viszonya, akárcsak a plastikus rajzokon; az emberi test különböző tájairól készült tökéletes képeken pedig látható a csontoknak teljes alapi, alaki és szerkezeti rajza, sőt mi több, a többszörös perspectiva is, és ez utóbbi az alapi, alaki és szerkezeti rajz minden zavarának nélkül. A lámpacombinatio kérdésének méltatásakor az előadó kísérletekről számol be, melyekben nemcsak két, hanem három és még több lámpát kombinált, sőt még a lámpák pontos centrirozását is mellőzte a nélkül, hogy a felvételeken ennek legkisebb hátrányát észlelte volna. Abbeli nézetének ad kifejezést, hogy ennek az oka csak az lehet, hogy a Röntgen-sugarak nem az antikathod geometriai középpontjából indulnak ki, hanem a felületéről. Ezen állítását bővebben is kifejti, indokolja és utal arra, hogy ezen tény minő behatással van a felvételi technikára. Végezetül kimutatja, hogy a lámpacombinatio a képen nemcsak hogy zavart nem okoz, hanem ellenkezéleg még elősegíti az x-sugár kellő rajzolóképességének kifejtését.

A harmadik kérdés tekintetében az előadó a harmadik lemez kimagasló plasticitását demonstrálja, a melynek az oka egy sötét vetett árnyék. Ezen árnyék élesebbé teszi az alapi és szerkezeti képet, tökéletesebbé az alaki képet és a lágyrészek között, valamint a köztakaró szélein emeli az elhatároltság benyomását. Az eddigi téves nézetekkel szemben hangsúlyozza, hogy a III. lemez nem az I. és II. lemez együttes másolásából származik, hanem hogy a III. lemezen csak a diapositiv, azaz a II. lemez képének hű rajza jön létre, míg a távolabbi, negatív, azaz első lemez amannak contourjait az árnyékprojectio szabályai alapján csak árnyékolja.

Az expositio nem is tarthat annyi ideig, hogy az I. lemez teljes szerkezeti képe a III. lemezen lerajzolódhassék, mert a míg a dupla üvegrétegen áthatoló fényugár a második lemez gelatinarétegének rajzát a III. lemezen rögzíti, azon idő alatt az I. lemez képének csak nagyobbított és homályos árnyéka rajzolódik.

Az előadó Alexander mindhárom állítását elfogadja és a megállapításokat határozott és nagy haladásnak tartja az x-sugaras tudományok terén. Vizsgálatainak eredményét a következőkben foglalja össze.

1. Az x-sugaras képeket eddigelé kezdetleges technika mellett a csontok egyszerű árnyékképének tekinthették, jelenleg azonban fejlettebb technikánk mellett és ha az x-sugarak kellő

rajzolóképességüket kifejthették, oly x-sugaras képek is nyerhetők, melyek nem egyszerű árnyékképek, hanem perspectivás (plastikusan rajzolt, plastikusan látható) képek.

2. Tekintve, hogy ezen képek eredeti felvételek eredményei, magát az x-sugarat is nem egyszerűen csak árnyékot vető sugárnak, hanem a réteg vastagsága és a testek atomsúlya szerint változó intenzitása miatt plastikusan is rajzoló sugárnak kell neveznem.

3. A tökéletes x-sugaras képek plasticitásának elbírálásakor nem indulhatunk ki a fölünk megszokott ábrázoló művészetek (festészet, plastikus fényképészet) egyikéből sem. Oly sajátos viszonyok szerepelnek az x-sugaras képeknél (a központi vetület módosítása, a testek áttünősége stb.), hogy azoknak plastikáját nem mérhetjük pusztán a plastikai ábrázolás azon fogalmihoz, melyeket megszokott ábrázoló művészeink nyújtanak.

4. Az x-sugarak rajzolóképességét a jelen vizsgálatok alapján lámpacombinatioval fokozhatjuk. A lámpák combinatioja semmiféle zavart vagy eltolódást a képen nem okoz, mivel az x-sugarak nem pusztán az antikathod geometriai középpontjából, hanem a felületéről terjednek szét.

5. Az Alexander módszere szerint előállított III. lemezkép, illetve a vele egyenértékű IV. lemezkép másolata is perspectivás (plastikus) kép, mely a testeket mint a térben létezőket tünteti fel. Plasticitásukat egy művészies vetett árnyék emeli, mely azonban a részleteket semmiképen sem zavarja, még kevésbé hamisítja, a mellett az Alexander szerinti lemezcombinatioban jobban kifejlik a lágyrészek detailrozottsága is.

6. Ugy az Alexander-féle lámpa-, mint lemezcombinatio tudományos értékű.

Mindebből önként következik, hogy az x-sugaras árnyékképeknek minden tudományos és gyakorlati értéke az x-sugaras perspectivás képekre és még inkább az Alexander-féle plastikus képekre nézve is fennáll.

A hol az egynemű árnyékképek értékkel bírtak (a fejlődés-, boncz-, élettani, sebészi stb. tudományok terén), ott ezen képek kifejezettebb demonstráló képességük folytán úgy búvárlati, mint didaktikai tekintetből még fokozottabb értékűek.

Az előadó fejtegetéseit képek vetítésével és demonstratiojával kíséri és a sebészi pathologia köréből vett számos képpel igazolja e képek hasznát a sebészi diagnostika terén.

*Stein Adolf:* Két kérdésre akarok kitérni. Először, szükséges-e a plastikus kép készítésére a két lámpával való felvétel. Alexander és az előadó is azt mondja, hogy szükséges. Készítettem felvételeket két lámpával és egy lámpával és összehasonlítottam a nyert képeket. Különbséget a két felvétel között nem láttam, a plastikus kép egyforma volt. A második kérdés az volt, hogy micsoda gyakorlati értékük van e plastikus képeknek a sebészetben. Jó plastikus képeket csak olyan testrészekről kapunk, melyek nincsenek vastag hús- vagy zsírréteggel fedve; így nem kaptam jó plastikus képeket a csípő- vagy vállizületről, mert kifogástalan fixálásuk nem sikerül és Alexander is mondja, hogy az első felvételhez kifogástalan csontstructurát mutató első felvétel kell. Legjobban sikerül a kézről és lábról, és nagyon szépen mutatkozik pl. az atrophias csontszerkezet. Törésekről, ficzomodásokról, idegen testekről felvett képek nem mutatnak mást, mint a közönséges képek. A csontszerkezetet az eljárás jobban kidomborítja.

*Kelen Béla:* Pusztán arra fogok szorítkozni, hogy kimutassam, hogy az ú. n. plastikus x-sugaras képek plastikája nem egyéb önámításnál.

Csak futólag említem, hogy az előadó azt állítja, hogy én az Orvosegyesületben annak idején Elischer tagtárssal egyetemben Schellenberg módszere szerint készült képeket mutattam be, holott az ülésről szóló referatum és később Elischer tagtárssal közösen irt cikkünk határozottan említi, hogy mindjárt kezdetben „üvegoldalt üvegoldallal“ egyeztetünk.

Az „Amatör“ folyóiratban cikk jelent meg tőlem, a mely épen egy évvel előzte meg a plasticus x-sugaras képek felfedezését és csalóka plastikájú képek előállításáról szól, az eljárás technikája pedig ugyancsak üvegoldallal egymásra helyezett negatív és pozitív egybemáolásában áll.

A könnyebb megértés kedvéért bemutatok negatív és dia-



positív sémákat és bemutatom, hogyan kell azokat egymásra illeszteni. Szemmel látható, hogy az összeillesztés, még ha akar-nánk is, nem lehet tökéletes, mert a 2 képréteg közt 2 üveg-réteg van, az oldalokról tehát ép úgy jut be fény, mintha eltolás volna jelen. Ezen eltolás vagy elcsúszás okozza, hogy a felső lemez átlátszó része az egyik oldalon az alatta fekvő lemez felett átlátszó részre csúszik, itt tehát idegen fény hatol be a máso-latra és ott a contour sötét szegélyt kap. Az ellenkező oldalon az ellenkező dolog történik, itt tehát fehér lesz a szegély. Minden vonalnak tehát kettős szegélye van, az egyik oldalon fehér, a másikon fekete s ez okozza a csalóka plastikát.

Bemutatok rajzokat, a melyeken betűk ilyen kettős szegély-lyel vannak környezve és olyanok, mint a hogy a külföldi iro-dalom meg is jegyezte, mintha lombfürészszel volnának deszkából kivágva.

Az előadónak teljesen igaza van abban, a mit a vetületről mond; igaz, hogy a Röntgen-árnyékban, vagy a hogy nevezi, a Röntgen-vetületben a perspectiva szabályai érvényesülnek; de akkor már ellenkezésbe jut az ábrázoló mértannal, a mikor azt állítja, hogy egyetlen vetületből valamely tárgy perspectivás rajzát meg lehet szerkeszteni.

Hogy valamely tárgy közelebb vagy távolabb fekszik-e a vetületi síktól, azt egyetlen vetület nem határozza meg.

Tévedés az előadó részéről, a mikor azt állítja, hogy a vetület, mert a perspectiva szabályainak megfelel, már egyszers-mint maga a perspectivás rajz. A vetület kiindulása ugyan a perspektivitásnak, de nem azonos vele, még sok más kell hozzá.

Az előadó által tárgyalt levegőtávlat pedig a Röntgen-képeken szóba se jöhet, mert ilyenkor oly vastag levegőréteg, a mely a sugarak áthatolása tekintetében szerepet játszhatnék, nem fordul elő, sőt ellenkezőleg, mint a levegőperspektívánál, épen a lemeztől távolabban fekvő, tehát a szemünkhöz közelebb eső tár-gyak képei elmosódtak.

Az előadó semmivel sem tudja indokolni az elemi ismeretek-kei ellenkező állítását, hogy a Röntgenkép nem árnyék. A R-kép teljesen ugyanazon mértani szabályok szerint kelet-kezik, mint a rendes fény árnyéka; az egyedüli különbség az, hogy az a vaskoczká, a melynek Röntgen-árnyékát a bemutató demonstrálja, a R-fény számára transzparens s így természetesen R-fényben olyan árnyékot fog adni, mint üvegtárgyak rendes fényben. Ha R-képnél az árnyalat-különbségekben a szem be-mélyedést vagy kiemelkedést akarna is látni, a helyes logikának vissza kell terelni a szemet és csakis a transzparenciában keresni az okot.

Stein tagtárs demonstrálta, hogy az Alexander módjára készített képek egyikén-másikán az apróbb rajzrészletek szemlél-hetőbbek mint magán az eredeti felvételen. Elismerem ezt a tényt. A magyarázata az, hogy, mint ismeretes, a rajznak minden vonala az egyik oldalán fehér, a másik oldalán fekete szegély-lyel van környezve. Az Alexander-féle felvételek kontrasztosabbak, szebbek, mint az eredeti lemez, de ez a szépségük nem gyöke-rezik magában a felvételen, hanem az azt követő fotografálási műfogásokban. Van azonban kifogásolni való is a szépség ilyen módon való előállításában. A vonalak mellé t. i. kettős szegély rajzolódik, mi sem természetesebb tehát, mint hogy ott, a hová a fekete szegély esik, el van fedve az egyéb apró részletek rajza.

Vetített képekben van szerencsém demonstrálni egy újság címzetűinek photographiai felvételeit. Látjuk, hogy tarthatatlan az a theoria, mely szerint a rendes R-kép plastikát rejt magá-ban, mert a diapositiv és negatív egybemácsolása plastikai illusiót kelt ott is, a hol, mint a nyomtatott betűknél, plastikának nyoma sincs. Egy rendes photographiai tájképnek Alexander methodusa szerint készült egybemácsolásán látható, hogy a plastika teljesen megváltozik, helytelen árnyékok jelentkeznek. Analog ez azzal az esettel, a melyet a plastikus x-sugaras képeken minden esetben látunk, hogy t. i. a csontok a bőr felső felületére vetették árnyékukat. Bemutatom, hogy egy arczképfelvétel plastikáját az összemácsolás mennyire kiforgatja.

Bemutatom, hogy hamis a plastika a R-képen is. Az evi-densen domború aorta aneurysmát teljesen laposnak látjuk. Be-mutatom ujjaknak sorozatos vetített képeit, hogy különböző egybe-illesztéssel a plastikát változtatni lehet. Bemutatom egy láb plas-

tikus képét, melyen a plastika evidensen rossz, pedig teljesen szabályosan van készítve. Azokon a képeken is, a melyeken a plastika helyesnek látszik, nem egyéb illusionál. Ha ismerjük a csontok anatómiai viszonyát, képzeletünk olyanak reconstruálja, mint a milyen a valóságban, de a ki pl. a majom anatómiájával tisztában nincs, az a bemutatott majomkéz plastikus R-képéből azt reconstruálni még taláalomra sem tudja.

Zimmermann Károly: Gergő főtévedése az, hogy a Röntgen-képeket állandóan átlátszatlan tárgyak árnyékképeivel hasonlítja össze és így a Röntgen-sugaraknak valami különös plastikus rajzolóképességet tulajdonít, a mit a legszembeötlőbben a bemutatott vaskoczká Röntgen-képével vél demonstrálhatni. Pe-dig téved.

A Röntgen-kép nem egyéb mint árnyékkép, csak hogy át-látszó tárgyak árnyékképe. Egy üvegcoczká közönséges gyertya-fényvel megvilágítva ugyanazt a képet adja, mint a vaskoczká Röntgen-sugarakkal.

A Röntgen-kép átlátszó tárgyaknak az árnyékképe, a mely-ből a tárgy alakjára visszafelé tudunk következtetni, de csak akkor, ha tudjuk, hogy bizonyos alakú tárgy, milyen árnyékot szokott vetni. A koczká árnyéka közismert; ha tehát ilyen árnyékot látunk, a laikus is tudja, hogy koczká vetette. Más mértani alakok Röntgen-képével ez nincs így.

Gergő fejtegetéseit három kérdés körül csoportosítja. Azt állítja, hogy I. minden Röntgen-kép már eredetileg plastikus. Véleményem szerint ez nem áll. A Röntgen-kép árnyékkép és mint ilyen nem lehet plastikus, de még nem is perspectivás. Ahhoz, hogy valamely képet plastikusnak nevezhessünk, a képnek mélynek, perspektívásnak kell lennie. Rajta a közelfekvő tárgyaknak nagyoknak, éleseknak, a távolabb fekvőknek kisebbeknek, homályo-sabbaknak kell lenniök, másfelől árnyékolást is kell feltüntetnie. A Röntgen-képeknek ilyen értelemben vett plasticitása nem kép-zelhető el, mert a Röntgen-képek árnyékképek, még pedig át-látszó testek árnyékképei. Hogy a Röntgen-képek nem egyszerűen silhouettek, ezt a Röntgen-fény számára való átlátszóságon kívül a fény által átjárt testeknek a Röntgen-sugarakkal szemben való elnyelő, absorptiós képessége is okozza, a mely a test anyaga, sűrűsége szerint változó.

Az, hogy az Alexander-féle képek olyanok mintha plasti-kusak volnának, tisztán árnyékolásuk által idéztetik elő, de ez az árnyékolás műtermék, nem felel meg a valóságnak. Valamely test árnyéka a nagyságától függ. Az Alexander-féle képeken pedig az ujjpercnek ugyanolyan nagy az árnyéka, mint a czomb-csontnak; az öblös hasú váza árnyéka a nyak táján ép oly szé-les, mint a hasa táján, pedig itt szélesebbnek kellene lennie.

Ha most azt kutatjuk, hogy az Alexander-féle képeken fel-tűnő és őket plastikusnak feltűnő árnyék hogyan jutott a ké-pekbe, két útát képzelhetünk el. Az első lehetőség a lemezeknek egymásra rakása által van megadva. Ha egy Röntgen-negativról diapositivet készítünk és ezt az árnyék tekintetében teljesen el-lentétes két képet egymásra rakjuk, az egymásra rakást a két képnek egymás mellett való eltolása nélkül nem végezhetjük.

Feltéve, hogy a két képnek összeegyeztetése mégis sikerülne, az áttekintéskor vagy fénymásolás alkalmával az árnyékok még-sem jutnak identikus helyre, mert a ferdén áthatoló fény suga-rak az üveglemezek vastagságától függően a két képet egymás mellett eltolnák. Az árnyékolást ez esetben a negatív (világos) és a diapositiv (sötét) képnek egymás mellett való eltolása idézi elő. Ilyen eljárással készítette Schellenberg a képeit.

De ezen az Alexander és Gergő által is hibáztatott eljárás helytelen és hibás eredményeket szolgáltató voltán nem változtat az sem, hogy ha Alexander szerint a negatív és a diapositiv összeillesztése által nyert képről fénymásolatot, egy harmadik esetleg negyedik képet készítünk és ezt hozzuk össze az eredeti negatívval.

Ha Gergő azt állítja, hogy az Alexander-féle képeken sok része jobban látható, mint a rendes negatívon, az részben onnan ered, hogy a sötét mellett a világos jobban szembeötlik és másrészt abból is magyarázható, hogy az eredeti negatív már befejezett, esetleg gyenge előhívását a második kép helyes elő-hívása által ki lehet javítani, rajta egyes részleteket jobban lehet kidomborítani.



Az árnyékolásnak az Alexander-féle képekbe való bejutásának másik módja két vagy több Röntgen-lámpa használata által van megadva. A két csövet matematikailag azonos helyzetbe hozni nem lehet, ennek folytán az egyik lámpával készült kép a másik lámpával készülttel szemben el van tolvá. Itt az árnyék vastagsága nem a képtolódás fokától, az üveglemezek vastagságától, hanem a lámpák helyzetváltozásának nagyságától függ.

Gergő, hogy ezen tény ellenbizonyító erejét lerontsa, a Röntgen-sugaraknak nagyjában párhuzamos sugárnyalábokban való haladását kell hogy felvegye. Ebben ellenkezésbe jut mindazzal, mit eddig a Röntgen-sugarokról tudunk. Az a körülmény, hogy a Röntgen sugarak egy pontból kiindulva divergálva terjednek, teszi indokoltá a hengeres diaphragmával bíró kompresszorok használatát. A sugarak egy pontból divergens voltát bizonyítja továbbá az is, hogy a lemez felett kissé távolabb elhelyezett tárgy árnyékképe a tárgynál nagyobb. De ha tényleg úgy is volna, a mint Gergő felveszi, hogy a Röntgen-sugarak nem egy pontból divergálva, hanem nagyobb felületről párhuzamban terjednének tova, az sem változtatna azon a tényen, hogy két vagy három lámpával ugyanazon lemezre való fotografálásakor a lámpák által nyert képek nem identikusak, használatuk által képtolódás keletkezik, mert hiszen már az antikathodnak más síkban való fekvése által is a sugárkévének más irányba való terelődése keletkezik, a mi által a tárgy képe más-más helyre jut. Hogy ez tényleg így van, a legjobban bizonyítható finom hajszálvékony fémszítaszövetek Röntgen-képe által. Ha ennek egy-egy darabját magára a lemezre, majd kis padocskák alakjában a lemez felett 1, 2, 3 cm. magasságban helyezük el és ezekről készítünk Röntgen-képeket egy lemezen 2 vagy 3 lámpával, a közvetlenül a lemezen fekvő háló képe talán még nem tűntet fel semmi különösét, talán csak a szálai kissé vastagabbak, de az 1, 2, 3 cm.-rel a lemez felett elhelyezett hálók képein az árnyékeltolás egy- vagy kétszeresen látszik, a szerint a mint két vagy három lámpát használtunk, a drótháló két-háromszoros contourt mutat, jelölül annak, hogy a Röntgen-sugarak egy pontból kiindulva divergensen terjednek tova és hogy 2 vagy 3 lámpa használata által képtolódás keletkezik. Ezen kísérletek bizonyítják azt is, hogy Gergőnek második pontjának fejtegetésekor, a mikor a Röntgen-sugarak párhuzamos terjedését és ebből folyólag több lámpa használatának elvi helyességét hangoztatja, nincs igaza.

Ez egyszersmint válasz Gergő azon harmadik kérdésére is, a mely így szól: „Plastikus e a Röntgen-kép és ha igen, igaz e a plastikája.“ A Röntgen-kép árnyékkép, átlátszó testek árnyékképe, s mint ilyen nem lehet plastikus, de még perspectivás sem lehet. Az a látszólagos plasticitás, a mely az Alexander-féle képeken szembetűnő, árnyékolás által idéztetik elő. Az árnyékolást, a fény és árnyék közti különbözetet pedig vagy a lemezek, vagy a lámpák eltolása idézi elő, nagysága csak az eltolás nagyságától függ, tehát a valóságnak meg nem felelő.

Alexander Béla: Hallottam olyat, a mi megegyezik a leletemmel, és olyat, a mi ellenkezik velük. Nyiltan jöttem ide és mentem Berlinbe, megmutattam képeimet, de ellenfeleim képeiből egyet se láttam és végre sikerült egyet látnom, de erre nézve megtagadok minden közösséget az Alexander-képpel, mert ez trickelés. Az urak két negatívot helyeznek egymásra, én két lámpával dolgozom.

Plastikát találtam az eredeti képen; azt mondták, hogy ez nem lehet. Erre azt kell mondanom, hogy a kik ezt állítják, tévednek, mert egyetlen egy helyes képet sem készítettek. Mutattak két rossz képet, melylyel az én képeimet a gyon akarták ütni, de ez nem sikerült. Lesz idő, midőn az x-sugár a lágyrészeket ép úgy fogja detailirozni, mint a hogy eddig a csontokra nézve sikerült.

Csak a diapositiv kép a helyes, mert megmutatja, mi a kiemelkedés, mi a bemélyedés.

Az én képeim élesen mutatják a csontszerkezetet és ezért visszautasítom, hogy Alexander-kép volna az is, a mely homályos. Jó képen a csont átlátszó, még az izompamatokban az érelasztódást is követni lehet. A míg nem tudnak ilyen, vagy még szebb képet mutatni, addig nem engedhetek, mert eljárásom nem haszontalanság, hanem méltánylandó tudományos értéke van.

Gergő Imre: Midőn az egyesületet ma utánvizsgálataim

eredményéről tájékoztatni bátorkodtam, tettem ezt sine ira et studio, csak az igazság érdekében. Egyesületünk tekintélye elleni vétéknek tartottam volna, ha tudva az itt elmondottakat, hallgatok. Van hazánkban egy vidéki orvos, egy kartárs, ki bokros orvosi teendői mellett éjszakáit nem a pihenésnek, hanem a tudományos kutatásnak áldozza; ki többet alkot a tudományos x-sugaras kutatás terén, mint akárhányan fiatalabb Röntgen-tudósaink közül; a ki az igazi tudós szerénységével mutatja be nekünk felfedezéseit és mindezért saját hazájában nem hogy elismerést aratna, hanem csak gáncot a legigazságtalanabb módon.

A hozzászólásokra szerény megjegyzéseim a következők: Stein kartárs úr felszólalása lényegében teljesen igazolja állításaimat. Az ellenvéleményen lévők fejtegetéseire először általánosságban, majd külön kell válaszolnom.

Midőn először általánosságban mondom bírálatot, rámutatok a következőkre:

Sajnos, mindeddig az egyesületben hol Alexander-, hol Schellenberg-féle képeket láttunk külön külön, de együtt még nem. Hangsúlyozom, hogy Alexander tudományos ellenfelei ma ismét, már harmadizben vitatkoznak úgy, hogy egyetlen egy Alexander szerint készült képpel sem rendelkeznek, minek folytán fel kellennem, hogy Alexander módszerét még most sem próbálták meg és merőben csak elméleti alapon vitatkoznak.

Továbbá eddigelé azt állították, hogy Alexander képei azért nem plastikusak, mivel az első lemez nem az, vagy ha már plastikusak, úgy ennek plastikája hamis plastika, hamis plastika lemezeltolásból. Feletem mindkét kérdésre előadásomban.

Külön méltatva most Kelen tagtárs hozzászólását, ismét reámutatok arra, hogy Elischer és Kelen kartársak Schellenberg szerint készült képeket mutattak be az Orvosegylet múlt évi május hó 19.-i ülésén. Tehát helytelen alapon bíráltak.

Ily helytelen alapra különben Elischer és Kelen azon cikkekben is reámutathatók, melyet az Orvosi Hetilap 1906. évi 39. számában közöltek a plastikus x-sugaras képekről. Kértem Kelen tagtársat itt nyílt színen és kérem erre a t. egyesület engedelmét is, hogy Kelen tagtárs válaszolhasson, honnan vették Elischer és Kelen tagtársak cikkükben Alexander módszerének azon téves leírását, melyet így közöltek:

„Technikája (t. i. Alexander technikája) a következő: A fotografálandó tárgyról identikus lámpaállás mellett két Röntgenfelvételt készít, egyet lágy lámpával (a mi a szerkezeti képet tartalmazza) és egy másikat kemény lámpával. Ezeket I. és II. lemezek nevezik. Ezen lemezek egyikéről diapositivet készítenek. Szóval Elischer és Kelen tagtársak oly módszert ismertetnek, mely szerint Alexander két lámpával két lemezre készítené felvételeit, a mi nincs így.

Minthogy Kelen tagtárs azt állítja, hogy cikkének ezen részét a „Gyógyászat“-ból merítette, bátor vagyok a „Gyógyászat“ megfelelő részét is idézni: „... miután az illető testrészeket lágy sugarakkal átsugározattam, kiiktatom a lágy csövet és helyébe kemény cső által adott sugarakkal történik az átsugárzás; magától értetődik, szükséges lesz ezen eljárásnak megfelelőleg a kétszeres átsugárzás idejét módifikálni.“

Ebből kiviláglik, hogy Kelen és Elischer tagtársak még annyi fáradságot sem vettek maguknak, hogy Alexander módszeréről kellőleg tájékozódjanak. Hibáztatom Elischer és Kelen tagtársakat, mivel 1. hibásan fogták fel a lámpacombinációt, holott ez a módszer első pontja, 2. mivel ha idézett módszerük szerint esetleg csináltak is képeket, ezekből Alexander képeire joggal nem következtethetünk és 3. mivel az ily hibás közléssel orvosaink legnagyobb része tévesen informálódott, hisz a „Fort-schritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen“ vagy a „Gyógyászat“ nem áll rendelkezésére minden kartársnak. És ily praemissából kiindulva mondtam Elischer és Kelen dolgozatukban is ítéletet Alexander módszeréről. Van különben sok oly állításuk, melyet bírálnom kellene, ha időm engedné. Például Alexander lábképén, a legökéletesebb x-sugaras reproduction, mely eddigelé megjelent, a tarsust szúette csonthoz hasonlították. Eltekintve, hogy cariosus csont esetén a structura elmosódik, személyesen bizonyíthatom, hogy ezen szúette csontok tulajdonosa teljesen egészséges egyén, Alexander kartárs 7 éves fia személyében.

Kelen mai ellenvetéseire nem térek ki. Ezek, ép úgy mint



demonstratioi szépek lehetnek volna talán egy fotografiai szak-egyletben, de tudományos egyletben nem valók.

A mi pedig Zimmermann tagtárs mai felszólalását illeti: Zimmermann a múlt ülésen azt mondta, hogy nem tartozik ama hozzászólókhoz, kik nem készítettek plastikus Röntgen-képeket, mint Gergő. Ma pedig én mondom, hogy én viszont nem tartozom azon hozzászólókhoz, mint Zimmermann, kik Alexander féle plastikus Röntgen-képet sohasem készítettek.

Azon ellenvetésére pedig, hogy sikerült már első kísérleteiben eltoltásos képet kapnia, azt válaszolom, hogy ezt szívesen elismerem, sőt csodálkoztam volna, ha képeim nem volna eltolás. Hisz ez mindenesetre kevesebb gyakorlatot igényel, mint a valódi, eltolás nélküli képek létrehozása. Ennek is megvan a maga technikája. Különbösen úgy látszik, hogy Zimmermann nem akar abból engedni, hogy eltolás van. Hisz a multkor a lemezek eltolásáról beszélt, lámpaeltolást nem is említett. Ma pedig, midőn kimutatom, hogy lemezeltolás nincs, ilyenről szó sincs, eltolásnak pedig szerinte valahol lenni kell, mert ez a dogma, ezen egy-két kísérlete alapján azt hiszi, hogy a lámpacombinációnál történik az eltolás. Egy pontból eredőnek tartja ezért az x-sugarakat.

Mélyen tisztelt tudományos ellenfeleim a multkor egy állítólag európai hírű fotografus-szaktekintélyre hivatkoztak; én dolgaimról egy európai hírű röntgenológussal beszéltem (Holzknecht), a ki bizony Zimmermann-nal ellentétben elismeri, hogy az x sugarak nem egy pontból, hanem síkról terjednek és a ki ép ezen az alapon szintén helyesnek találta a lámpacombinálás elvét.

Nézeteimet nyugodtan és nyíltan hangoztatom, kész vagyok velük a külföld elé is lépni; ha Alexander ellenzői ügyük igazáról ép annyira meggyőződtek, kérem kövessenek ez úton.

*Zimmermann Károly:* Alexander képei szépek és szépségök minden kritikán felül áll. Mi mindnyájan elismerjük Alexander munkájának fontosságát, és előtte, a ki kedvezőtlen viszonyok között dolgozik és ilyet tudott produkálni, meghajolunk. És a mit itt elmondottunk, nem azért történt, hogy bokros érdemeit a magas piedestálról leszállítsuk. Ezért kritikánk nem személyes élű. A kritika azonban jogosult és ha a kritikus nem is tud olyan színdarabot írni, mint a szerző, mégis joga van a kritikára.

*Ifj. Elischer Gyula:* Mikor Schellenberg cikke megjelent, este megcsináltam a képet és bemutattam az Orvosegyletben azzal, hogy újabban kezdenek tért hódítani a plastikus képek; újabban Schellenberg készített ilyent és bátorodom a Schellenbergéhez hasonló módon készített képeket bemutatni. Hat éve foglalkozom röntgenezéssel, de a plastikus képeket nem tartom alkalmasnak vizsgálati célokra.

*Kelen Béla:* Kimutattam, hogy a plasztika beleszámazik a képbe. Ez oly tudományos dolog, a mitől engem eltiltani nem lehet. Szerintem az Alexander-képeknek tudományos értékük nincs.

### Közkórházi orvostársulat.

(II. bemutató szakülés 1907. január 30.-án.)

Elnök: Medvei Béla. Jegyző: Török Béla.

(Vége.)

#### Traumás nyaki defectus esete.

*Milkó Vilmos:* Az 56 éves férfi mult év november 1.-én öngyilkossági szándékból borotvával elvágta a nyakát. A metszés a membrana thyreoideaén keresztül hatolt a garatürbe; elsődleges varrást nem végeztek; a kifolyó ételrészletek és nyálka által folytonosan macerált seb tehát nem gyógyulhatott be, hanem a sebszélek visszahúzódása és hegesedése következtében nagy nyaki defectus képződött, melyen keresztül úgyszólván minden táplálék kifolyt.

A beteget a mult év december havának közepén vették fel Herzel tanár Rókus-kórházi osztályára, s ekkor a nyelvcsont és cartilago thyreoidea között tallérnyi, callosus szélű, semmiféle gyógyulási hajlamot nem mutató anyaghiány volt, melyen keresztül az epiglottis és a garat hátulsó fala látható. Az ilyen nyaki defectusok elzárása elsődleges varráttal csak ritkán, sokszor csak többszörös műtét vagy komplikált plastikus eljárások útján sikerül. Jelen esetben a már az inanitiohoz közel álló betegen

az elzárás egyszerű módon sikerült úgy, hogy a callosus sebszéleket felrissztásuk és széles alápraeparálásuk által annyira lehetett mobilizálni, hogy a középvonalban egyesíthetők lettek. A varrás két étegeben történt. A mély varrat a nyálkahártyát, a felületes a membrana thyreoidea és izomzat megmaradt széleit egyesítette.

Az erősen összehúzódtott és hegesen zsugorodott bőrt pedig úgy sikerült egyesíteni, hogy kétoldalt két nagy feszteleitő hosszmettszést végezt.

**A retina mindkét véreének (arteria és vena centralis) az arteria-elzáródás és a vena-thrombosis klinikai képe alatt lefolyt megbetegedése.**

*Goldzieher Vilmos:* A Bright-kórban előforduló retinitis kórképe általánosan ismeretes. Ez a kórkép olyan jellemző, hogy az anamnesis, sőt a húgyvizsgálat adatainak hiányában is tisztán a retina-elváltozások alapján igen sok esetben felállíthatni a helyes kórjelzést.

A retinitis albuminurica kórbonezolástani alapja a véretek súlyos megbetegedése, melynek folytán a retinális szövet lobos beszűrődése, számos helyen véromlenyek, fibrinosus tömegek felhalmozódása keletkezik. A baj majdnem kivétel nélkül kétoldalt jelentkezik, habár nem mindegyik szemem egyenlő mértékben.

Ritkább és érdekesebb az a kórkép, melyet a jelen esetben látunk. Öreg asszonyról van szó, a ki Bright-kórban szenved. A vizeletben 12‰ fehérje van, továbbá sok genysejt, vörösvérsejt, igen sok zsíros, szemeses húgyhenger, több hámcylinder, sok elzáródott vese-epithel. Szívhypertrophia. A beteg azt állítja, hogy január elején kezdett rosszul látni nagyfokú fejfájás mellett és hogy a látása folytonosan romlott. A szemtükri vizsgálat a következőket derítette ki. A jobb szemem: A szaruhártya és az iris ép, a pupilla atropinnal ad maximum tágítható. Az elülső lencsetokon több feketés praecipitatum van, a lencse maga teljesen átlátszó. Az üvegtestben számos igen vékony pehely úszik. A papilla nervi optici halvány, határai elmosódtak. Az arteriák teljesen eltűntek. Helyettük fehér, inszerű, vértelen csíkok húzódnak; a vénák lumen szintén eltűnt és csak finom vörös vonalakot látunk. A macula luteában cseresnyepiros folt van fehéres udvartól körülveve. A retina egész területén számtalan, különböző alakú, friss véromlás, közöttük számos fehér gócz. A szem teljesen vak. A bal szem minden tekintetben ép.

A leírt lelet úgy értelmezendő, hogy egyrészt a vena centralis retinae thrombosisa következtében retinitis haemorrhagica keletkezett, másrészt az arteria centralis retinae endarteritis proliferans következtében teljes elzáródás keletkezett, a mi az embolia retinae klinikai jelenségeivel a hirtelen megvakulást okozta.

A klinikai képből kiderül, hogy a vena-thrombosis megelőzte az arteria elzáródását. És ha szabad az előttünk fekvő irodalomból a jelen esetre következtetéseket vonni, fel kell venni, hogy az érbeli elváltozások, az endophlebitis és endarteritis proliferans az értörzseknek a szemtükren kívül levő részleteiben, az orbitában, alkalmasint azon a helyen kezdődtek, a hol az erek a látóidegtörzsbe lépnek.

#### Eklampsia miatt végzett abdominális császármetszés.

*Rotter Henrik:* G. A.-né, 26 éves asszonyt 1906 december 30.-án szállították be a mentők osztályunkra. Lakásán állítólag félóránként jelentkezett göresös rohamai voltak, a melyeknek számáról a kísérők felvilágosítást adni nem tudnak. Ez az első terhessége.

Jelenállapot. Mély coma, pulsus 112, hőmérsék 36.5 C.° Az arc, a has bőre és különösen az alsó végtagok vizenyösen duzzadtak. A méh fundusa a gyomorgödörben, a magzat első koponyafekvésben, feje a nyomon illeszkedett, a magzati szívhangok jók. A bal nagy ajk asymmetrián duzzadt és a hüvely feltárásakor látni, hogy a hátulsó commissuránál részint a hüvely hátulsó falára, részint a bal nagy ajkra terjedő lepedékes lággy fekélyek vannak. A hüvely szűk, mint a nulliparáké, a hüvelyboltozat mérsékelten ledomborított, a portio 1 1/2 cm.-nyi. A méhszaj szűken ujjnyi, a burok ép. A hólyagból néhány csepp zava-



ros vizeletet csapolunk, mely forralásra megalszik. Beszállítása után  $\frac{1}{4}$  órával typosus eklampsiás roham jelentkezik.

A jelen esetben súlyos comában levő eklampsiás asszony-nyal van dolgunk, a kibén a szülés a terhesség rendes végén épen megindult. Ilyenkor a szülés lehető gyors befejezését tartjuk javaltnak a sectio caesarea vaginalis segélyével. A vaginalis eljárást azonban a hüvely lepedékes fekélyei miatt nem tartottuk célszerűnek, ezért az abdominális sectio caesareát választottuk.

Műtét: Chloroformnarcosisban a linea alában megfelelő hosszúságú metszés a terhes méh kigördítésére; fundális keresztmetszés az egyik ligamentum rotundumtól a másikig, a magzat kiemelése, a köldökzsinór lefogása, átvágása, a placentának, mely a hátulsó falon tapadt, eltávolítása jelentékenyebb vérzés nélkül. A méh sebét áthatoló és felületes catgut-csomósöltésekkel varrjuk el. Hasfal-reconstructio 4 rétegben.

A magzat élő, érett, leány, súlya 3300 gm., hossza 50 cm., fejkerülete 33 cm. Megszületése után hangosan sír.

Lefolyás: A műtét után melegítés, izzasztás; 3 óra múlva eklampsiás roham; 2 cgm. morphium és 1 l. konyhasós víz a bőr alá. A műtét után 6 órával második, 7 órával utána harmadik eklampsiás roham. Több roham nem volt. A műtét után való napon a sensorium még zavart, a vizelet mennyisége 400 cm<sup>3</sup>. Harmadnap a sensorium feltisztul, a diuresis fokozódik, a negyedik napon a vizelet mennyisége 4 liter. Ezentúl a beteg zavartalanul gyógyul, láztalan; a varratok kiszedése a 14. napon történt. Prima gyógyulás. Három héttel a műtét után a vizeletben  $\frac{1}{3000}$  fehérje. A magzat jól fejlődik.

#### Eklampsia miatt végzett vaginális császármetszés.

Rotter Henrik: M. F., 18 éves, hajadon gyári munkásnő 1907. január 9.-én szállítják osztályunkra.

Jelenállapot: Coma; duzzadt arc; oedemás végtagok; hő 36.6 C<sup>o</sup>; pulsus 100, peczelő, feszes. A méh fundusa a gyomor-gödörben, a magzat első koponyafekvésben, a magzati szívhangok jók. A vagina szűk, a portio 1 cm.-nyi, a nyakcsatorna ujjhegyi, a burok ép. Előlekvő rész a medence bemenetelére illeszkedett koponya. Rendes nagyságú medence. A hólyagban körülbelül 100 cm<sup>3</sup> vizelet, mely forralásra megalszik. Vizsgálat közben súlyos eklampsiás roham.

Itt is a szülés azonnal való befejezésére határoztuk el magunkat.

Műtét: Sudeek-bóditásban hüvely-gátmetszés Dührssen szerint, a portio előhúzása, harántmetszés az elülső hüvelyboltozatban, a hólyag letolása a plica vesico-uterináig. A szabaddá tett elülső cervix- és méhfal átmetszése a plicáig, burokrepesztés, belső lábfordítás, extractio, a placentának kézzel való leválasztása, forró méhüregöblítés lysoformos vízzel. A műtét alatt és után csekély vérzés. A sebek elvarrása catgut-varratokkal. A hátulsó hüvelyboltozat 3 cm. hosszú felületes repedés.

A magzat 3000 gm. súlyú, 51 cm. hosszú, 35 cm. fejkerületű, élő fiú.

A műtét után roham többé nem jelentkezett. A 15. napon az asszony gyermekével együtt gyógyultán hagyta el a kórházat.

### A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(Ülés 1906. december hó 16.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Winternitz Arnold.

#### Circularis choledochusvarrat esete.

Pólya Jenő: G. M., 30 éves asszonynak 1905 márciusában gyomorrontás után fájdalmi támadtak gyomra táján, ugyanekkor hányt és lázas lett. Ezen időtől fogva étvágytalan, gyakori felbőgéseinek. Ugyanez év őszén erősebb lüktető fájdalmat érzett a máj táján, s ekkor ugyanitt daganatot vett észre, mely különösen járás alkalmával kissé fájdalmi volt. 1906 márciusában göresös fájdalmak keletkeztek hasának jobb felében és a jobb bordaív alatt, egyszersmind rázóhűdege és forrósága támadt. Ezen idő óta különösen evés után húzó és nyomó fájdalmakat érzett gyomra táján és több ízben lázas volt.

Felvételekor a szt. Margit-kórházba a jobb bordaív alatt egy körülbelül tyúktojásnyi, feszesen rugalmas, lekerekített, idestova mozgat-

ható, a légzési mozgásokat követő daganatot lehetett észlelni, mely a májtompulattal összefolyt. Egyéb eltérés a hasi szervekben nem volt kimutatható.

Diagnosis: Cholelithiasis, cholecystitis chronica.

Műtét 1906 április 11.-én. Behatolás a jobb reectuson át. A máj kissé nagyobb, az epehólyag telt és feszes, megnyitásra előbb tiszta nyálka, majd véres geny és néhány epekő ürült belőle. A hólyag kiürülése után tapinthatóvá válnak a mélyebb epeutak. A cysticusban több, a choledochusban pedig egy kő van. A cysticusra két fonálkace közt reámetssze, előbukkan a körülbelül borsónyi, szederalakú kő, de a nyíláson nem fér ki. Midőn a nyílást ágítja, a kő hirtelen kiugrik, s a choledochus harántul szétválik. A choledochus vékony falú, vékonyabb plabászvastagságú, csomkjai több mint 1 cm.-nyire szétváltak.

Ezért a choledochust circularisan egyesíteni kellett; és pedig először hátul varrta össze a csomkokat négy finom selyemvarrattal, melyek a fal egész vastagságán átmentek, e fonalakat a choledochus irtére felé esomózta és a choledochuson elől hagyott nyíláson át ki-vezetve hosszúra hagyta. Tamponálás. Átöltő hasfalvarrat.

A lefolyás teljesen sima és láztalan; már a műtét utáni harmadik napon beöntésre szék, mely erősen barna, a székletét ezután is mindig epeartalmú volt. A choledochus-varratokat 15 illetve 18 nappal a műtét után távolították el. A kötés kezdetben epével erősen át volt ivódva.

A choledochusbeli fonalak eltávolítása után az epezsivárgás rohamosan csökkent, s május közepe felé teljesen megszűnt; a sebnyílás azután rohamosan húzódott össze és május 21.-én teljesen begyógyult.

Május 26.-án kitünő közérzettel hagyta el a beteg a kórházat. Azóta is igen jól van, fájdalmi, görcsei nincsenek, étvágya jó, bél-működése rendes, sárgaságnak nyoma sincs.

#### Kezdeti szakban levő epehólyagrak készítménye

Pólya Jenő: M. S.-né, 42 éves nőnek már évek óta vannak időnként gyomorfájdalmi. Egy év előtt hirtelen fájdalmak jelentkeztek hasának jobb felében, melyek 1-2 óra hosszát tartottak s azután elmul-  
tak. E fájdalmak azóta körülbelül havonként jelentkeztek. 1906 július óta fájdalmi sürűbben ismétlődnek, hasában állandó nyomást érez, ét-  
vágya csökkent, széke napokig is elmarad.

Felvételekor a mérsékelten fejlett, lesoványodott nő mellkasi szervei épek. A hasban a jobb bordaív alatt fájdalmas resistentia érez-  
hető; a fájdalom fokozódik, ha mély belégzés alatt tapintunk; a resis-  
tentia körülbelül tenyérnyi terjedelmű, a beteg lázas, hőmérséke 38.3-  
38.5<sup>o</sup> C-ig megy fel, a nyelv bevont, gyenge icterus van jelen.

Diagnosis: Cholelithiasis, cholecystitis et pericholecystitis chronica.

Műtét 1906 augusztus 18.-án. Behatolás a jobb reectuson át. Az epehólyag csúcsa a köldök alá ér, az epehólyag és a máj közé a fel-  
esapott cseplesz ékelődött, s az epehólyag, máj, cseplesz és colon trans-  
versum egyetlen conglomeratumot alkot. Az összenövés szétválasztá-  
sát azzal kezdjük, hogy a felesapott csepleszt szétválasztjuk, azután  
az adhaesiót az epehólyagról lepraeparáljuk; e közben az epehólyag  
felső falán ülő körülbelül borsónyi perforatióból nyálkás geny ürül,  
melyet gondosan kitörölünk. Most az epehólyagot a colon és mesocolon  
transversumról, melyhez erősen vérző összenövések rögzítik, választjuk  
le. Felszabadítás után látjuk, hogy a kövel telt és megvastagodott falú  
epehólyagot kigördíteni nem lehet, ezért az epehólyagot végig fel-  
hasítjuk, s belőle a szorosan egymáshoz szorult köveket, melyek az  
epehólyag üregét feszesen kitöltötték, kanállal eltávolítjuk; egyes kö-  
vek, melyek az epehólyag falában levő kis diverticulumokban  
ülnek, még így sem hozhatók ki. Az ily módon kiürített epehólyagot  
most jobban sikerül hátul felszabadítani, a midőn is egy az epehólyag  
mögött fekvő tályogúr nyílik meg; de így sem lehet az epehólyagot  
annyira előrehúzni, hogy a cysticus-csonkot előzetesen lefoghassuk, s  
azért előről hátrafelé leválasztjuk a májról az epehólyagot egészen a  
choledochusig, s azután a callosus csonkot szorítóba fogva az egész  
hólyagot eltávolítjuk, s a szorítót alöltés után eltávolítjuk. Tampo-  
nálás. Hasfalvarrat.

A kiirtott epehólyagnak 15 cm. hosszú és  $\frac{1}{2}$  cm. vastagságú peri-  
toneális felületén több helyen, különösen hátul, callosus tömegek és  
közöttük tályogrések foglalnak helyet. Az izomréteg heges, a nyálka-  
hártya kissé egyenetlen felületű, de szabad szemmel sem fekélyedést,  
sem egyéb, rákra jellegzetes elváltozást nem mutat.

Mikroskoppal Minich carcinoma fibrosumot mutatott ki. Az epe-  
hólyagban 326, körülbelül borsónyi, barnás facettált kő volt. A gyó-  
gyulás teljesen simán, láztalanul folyt le, s a beteg szeptember 25.-én  
teljesen gyógyult sebbel, kitünő közérzettel s tetemesen javult táplál-  
tási állapotban hagyta el a kórházat.

(Folytatása következik.)

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Choreaszerű rohamok enyhítése coffeinnel. Variot „a Société de Pédiatrie de Paris”-ban idegesen terhelt, öt éves, sápadt, éjjel ágyba-  
vizelő fiút mutatott be, a kit hét hónapos korá óta, diphtheria ellenes  
serumoltás után, nappal s éjjel többször ismétlődő „choreiform krízisek”  
leptek meg, melyek incoordinált mozgásokban, merev fej- s törzs-  
tartásban s az eszmélet teljes megtartása mellett az egyszervi elvesz-  
tésében nyilvánultak. A roham kezdetét s végét maga a gyermek érezte



és jelezte is; tartama alatt a nyelv nem lógott ki, a száj nem habzott, a reflexek normálisak voltak, vizelet nem ürült. A kezelés igen változatos volt. Hídeg lemosás, brom, valeriana, elkülönítés a családtól mind hatástalan maradt, ellenben a kávé, melyet tojássárgával számarhurutja ellen rendeltek a gyermeknek, az anya megfigyelése szerint csökkentette a rohamok számát s intenzitását. *Variol* erre coffeint rendelt és igen jó eredményt látott. (Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris, No. 9. Décembre, 1906.)  
Vas Jakab dr.

**Spontan távozott béllipoma** esetét ismertette Boas a berlini „Verein für innere Medizin” január 7-én tartott ülésén. Az 56 éves férfi már hosszabb ideje szenvedett időnként jelentkező rendkívül erős hasfájásban. Egyszere csak hirtelen, olyan érzés közepette, mintha hasában valami leválnék, a végelén át nagy tömeg ürült ki, a melyről a behatóbb vizsgálat kiderítette, hogy lipoma. Azóta teljesen jól érzi magát az illető. Az irodalomban összesen 6 hasonló eset van ismertetve.

A typhus leküzdésének kérdését tárgyalták az alsóelségi orvos-egyesület 1906 november 24-én tartott ülésén. A higienikus rendszabályok akkor legeredményesebbek, ha a typhus diagnózisakor a biztosan állítható fel. *Kreht* szerint a kórismét biztosnak vehetjük, ha a beteg venosus vérből kitenyészthető a typhus-bacillusok. E vizsgálat legnagyobb értékű a betegség első időszakában, mert csakis ilyenkor találjuk majdnem mindig pozitívnak. Ezzel szemben a Widal-féle agglutinációs reactio a betegség későbbi stádiumában mutatkozik, kimaradása nagy ritkaság. Egészen véve azonban a pozitív bakteriologiai lelet diagnosztikai értéke sokkal nagyobb, mint az agglutinatioé, mert ez typhus-reconvallescenséken s bacilluszgázokon is mutatkozik. Ha mindkét vizsgálat eredménye negatív, akkor kiegészítendő a vérsavó baktericid hatásának vizsgálata, illetve a klinikai módszerek, ezek közül főképp a leukocytaszámolás: 7000-nél nagyobb leukocytaszám typhus ellen szól, mert ezen betegségben a fehérvérsejt-tartalom vagy normális, vagy kisebb (leukopenia). A leukocytatartalomnál talán még fontosabb az, hogy az egy- és többmagvú fehérvérsejtek közti viszony az utóbbiak rovására megváltozik. Ez a relatív vagy esetleg abszolút lymphocytosis, a mely elég gyakran mutatkozik, alkalmas a recidiváknak a complicatióktól való megkülönböztetésére.

Levy szerint a typhus endemiás jelentkezését utolsó elemzésben a bacilluszgázokra kell visszavezetni. Az ezekben vegetáló bacillusok ugyan nem oly virulensek, mint a beteg emberből kikerültek, mindazonáltal disponált egynéket fertőzhetnek, másrészt pedig beejutva a tejbe, ott elszaporodnak s nem épen viulentiájuk, de számuk miatt idezhetnek elő fertőzést. A typhusleküzdés főfeladata ebből kifolyólag: rábírnai a bacilluszgázokat arra, hogy bélürüléseiket fertőtlenítsék; a vizeletből a bacillusok utropinra eltűnnek; e mellett az a tény, hogy az illetők bacillusviselőik, orvosi titok maradjanak. Kraft és Remmer ki-vihetetlennek tartják a bacilluszgázok ártalmatlanná tételét, mert egyfelől a teljesen egészséges emberek s környezetük nehezen bírhatók rá a kényelmetlen fertőtlenítésre, s nem is kívánható tőlük, hogy vég nélkül végezzék ezt, másfelől az illetők kárt szenvedhetnek anyagi helyzetükből (desinfectio szerek ára) s a tény titokban nem tarthatása miatt társadalmi helyzetükből is (esetleg elbocsátás gyárból, üzletből stb.), nem is szólva arról, hogy a desinfectio sokszor teljesen lehetetlen, pl. falu-helyen, munkában levő földmunkásokon.

A typhusleküzdésnek csak úgy lesz eredménye, ha az állam erélyes, de — hogy a közönség jóakarátát s hozzájárulását megnyerje — nem oktalan közegészségügyi intézkedésekkel lép közbe, a milyenek a sok helyen oly siralmas árnyékszékviszonyok szanálása, a csatornázás, az árnyékszék, püczegödörök közelében levő kutak helyett kifogástalan vízvezeték készítése s az alkalom követelte egyéb higieniai eljárások. Ily módon kell küzdenünk a typhus ellen mindaddig, míg a typhus-csírák a bacilluszgázokból akár operatív (esetleg az epehólyag ki-metszése), akár gyógyszeres úton ki nem irthatók. (Deutsche med. Wochenschrift 1907. 2. sz.)

## PÁLYÁZATOK.

A szekszárdi Ferenc-kórházban egy alorvosi állás megüresed-  
vén, felhívattak az arra pályázni óhajtok, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamódványaikat f. évi április hó 1-éig méltóságos gróf Apponyi Géza úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához czimezve, alulírott kórház igazgatóságánál nyújtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fűtés és világítással. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok és szigorló orvosok pályázhatnak.

Az itt fölött alorvosi szolgálat a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámítatik.

Szekszárd, 1907. évi márczius hó 3-án.

2-1

Tanárky Árpád dr., igazgató-főorvos.

3229/907. ikt. sz.

Békéscsaba nagyközség közkórházánál rendszeresített 1 igazgató-osztály-orvosi, 1 osztályorvosi és 1 bennlakó segédorvosi állásra az 1876. évi XIV. t. cz. 68. §-a és 157. §-ának i) pontjában gyökerező jogomnál fogva ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állások valamelyikére pályázni kívánnak, hogy pályázati kérvényeiket okmányokkal felszerelve hozzám közvetlenül f. évi márczius hó 25. napjáig bezárólag adják be. A később érkező pályázati kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

Az igazgató-osztályorvosi állás javadalmazása 1600 korona fizetés és 400 korona igazgatói működési pótlék.

Az osztályorvosi állás javadalmazása 1600 korona fizetés.

A segédorvosi állás javadalmazása 1200 korona fizetés, ételmezés, lakás, fűtés és világítás.

A kinevezendő segédorvos tartozik a kórház épületében lakni s az osztály-orvosoknak rendelkezésük mindkét osztályon teljesíteni.

Gyula, 1907. évi márczius hó 1-én.

Alispán helyett:

Daimel dr., várm. főjegyző.

3-1

264/907. sz.

Pozsony vármegye nagyszombati nyilvános jelleggel felruházott kórházánál lemondás folytán üresedésbe jött segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1200 kor. fizetés, lakás, fűtés, világítás, ételmezés (vagy 720 kor. ételmezési ellenérték).

Pályázni kívánókat felhívom, hogy minősítettsegüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Bittó Dénes dr., Pozsony vármegye főispánjához czimezve, hozzám legkésőbb 1907. évi április hó 1-éig nyújtsák be.

Nyelvismeret közlése kívánatos.

Nagysonbát, 1907. évi márczius hó 4-én.

2-1

Pozsony vármegye nyilv. jell. kórházának igazgatósága.

San Marco hercegné nagy-komlósi (Torontál) uradalma alkalmazottjai és a helybeli zárda részére orvost keres. Pályázók kéretnek az uradalmi tisztartóssághoz fordulni, ki a feltételeket közölni fogja.

3-1

A kassai állami bábaképző intézetnél megüresedett díjazott gyakor-noki (alorvos) állás 1907. évi április hó 1-én betöltendő.

Nőtlen orvosok részéről a kellően felszerelt folyamódványok 1907. évi márczius hó 20-áig benyújthatók.

Javadalmazás: havi részletekben folyósítandó 800 korona fizetés, egy szobából álló természetbeni lakás és I. oszt. ellátás.

Előnyben részesülnek, kik a kórszövegtannal és bakteriológiával foglalkoztak.

Tót nyelv bírása kívánatos.

Kassa, 1907. évi márczius hó 4-én.

A kassai m. kir. állami bábaképző intézet igazgatósága.

840/907. sz.

A Terhely (Tyerchova) székhelyvel rendszeresített XX/6. orvosi kör-  
körorvosi állására pályázatot hirdetek, s felhívom a pályázókat, hogy orvosi oklevéllel és eddigi működésüket feltüntető hatóságai bizonyítvánnyal felszerelt folyamódványaikat hozzám 1907. évi márczius hó 31-éig benyújtsák.

A körorvos fizetése a legújabbban történt megállapítás szerint 1200 korona, a szabályrendeletileg megállapított látogatói díjak és mindaddig, a mig természetbeni lakást nyerend, lakkór címén 400 korona.

Igazolt szegényeket ingyen köteles kezelni.

A trachomakezelésért a umélt. m. kir. belügyminister úr 1906. évi 38,450. sz. rendeletével a megválasztandó körorvos részére 800 kor. évi átalányt engedélyezett oly feltétellel, att, hogy a megválasztandó körorvos a trachoma gyógy-kezelésében kellő jártassággal bírjon, vagy ennek hiányában az évenként tartani szokott trachoma-tanfolyamra való felvételért folyamodjék; esetleg a Budapesti közfővárosi Szent István-kórház trachoma-osztályára két heti gyakorlatra jelentkezék. Továbbá a körorvos a terhelyi (tyerchovai) kórház tartozó Terhely (Tyerchova), Bella, Felsőtiszény (Felső-Tiszina) és Trencsenkopár (Lászcica) köz-ségek trachoma-betegét október hó 1-étől, márczius hó 31-éig hetenként kétszer, április hó 1-étől szeptember hó 30-áig pedig a mezei munkákra való tekintettel hetenként egyszer az illető községekben gyógykezelje. Az átalány a főszolgabíró által láttaozott és a belügyminister úrhoz felterjesztendő úti napló alapján negyed-évi utólagos részletekben fog kiutalványoztatni.

A választás határnapját a pályázók értesítése mellett utólagosan fogom kitűzni.

Megjegyzem, hogy a megválasztandó körorvos a halottkémlésért és a vágatási biztosi teendőikért külön díjazásban részesül.

Zsolna, 1907. évi február hó 27-én.

A főszolgabíró.

900/907. sz.

A hevesvármegyei XVI. közegészségügyi körben lemondás folytán üres-  
edésbe jött kör-orvosi állásnak választás útján leendő betöltésére ezennel pályá-  
zat nyitattik.

A választásra határidőül 1907. évi április hó 4-ikének d. e. 10 órája Péter-  
vására község-házához, mint a körorvos székhelyére azon felhívással tüzetik ki,  
miserint a pályázni kívánók kellően felszerelt kérvényeiket alulírott főszolga-  
bíróhoz f. évi április hó 1-éig nyújtsák be.

A körorvos javadalmazása 1200 kor. évi fizetés, 200 kor. lakkór, 400 kor.  
úti átalány és a szabályrendeletileg megállapított látogatói díjak. A körorvos  
tartozik 15 községből álló kerületét kéthetenként beutazni, s azon alkalommal a  
község-házánál jelentkező betegeknek díj nélkül rendelni.

Pétervására, 1907. évi márczius hó 2-án.

Driszey Béla, főszolgabíró.

2690/907. sz.

Zemplén vármegye s.-a.-ujhelyi „Erzsébet” közkórházánál lemondás foly-  
tán megüresedett és évi 1600 korona fizetés, a kórházban természetbeni lakás és  
teljes ellátással javadalmazott segédorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek  
és felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1876. évi XIV. t. cz. 43. illetve  
az 1883. évi I. t. cz. 1. és 9. §-ában előirt képesíttségüket és eddigi alkalmá-  
zásaikat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Zemplén vármegye  
főispánjához czimezve, hozzám f. é. i. április hó 10-éig adják be.

Az állás 1907. évi május hó 1-én lesz elfoglalandó.

Sátoralja-ujhely, 1907. évi február hó 18-án.

3-5

Dókus, alispán.

**Az Első Leánykázásító Egylet m. sz.** Gyermekek- és életbiztosító intézet Budapesten,  
VI., Teréz-körtől 40-42. Alapítotott 1863-ban. Folyó év február havában 1,879,400 k.  
értékű biztosítási ajánlat nyújtott be és 1,618,200 k. értékű biztosítási kötvény állít-  
tatott ki. Biztosítási összegek fejében 101,414 k. 58 f. fizetett ki. 1907. január 1-től  
február 28-áig bezárólag 3,720,600 k. értékű biztosítási ajánlat nyújtott be és 3,282,000 k.  
értékű új biztosítási kötvény állított ki.



HIRDETÉSEK.

A Bór- és Lithion-tartalmú

# Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik  
vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és köszvényénél, a  
cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

**Húgyhajtó hatása!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!  
Kapható ásványvizkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-  
forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudolfrakpart 8.

Nyugdíjas orvos

kerestetik egy fővárosi fürdő-intézet részére az április-októberig ter-  
jedő évadra havi 100 korona fizetés mellett. Ajánlatot kérek **Szalády**  
**Géza, Budapest, I., Hadnagy-utca 8. sz.** alá küldeni.

**„GUAJATIN JENCS“**

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7/8 Kal. Sulf. Guaj. és 1/8 0.50%  
Extr. Thymi és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

**Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás**  
**tüdőgyulladásoknál, nemkülönböztetve typhusos tüdőinfiltrationál.**

**Antithermikus hatása.**

Gyermekek is rendkívül jól tűrik.  
Ára 2 korona 50 fillér.

**Készítője: JENCS VILMOS** gyógyszerész,  
Budapest, II., Fő-utca 27. szám.

**Ulcus ventriculi** Rohitschi  
- „Styriaforrás“

200-300 gm. langymelegen éhgyomorral egy órával a reggeli előtt.  
Meglepő gyógsikerek.

Kérjük az orvos urakat, hogy az ismert és kedvelt

**kaliforniai füge-szörp**

hashajtó rendelésénél határozottan a

**„Califig“**

szóvédjegyet írják elő, mert ezen  
néven csak a

California Fig Syrup Company, San-Francisco

készítménye nevezhető.

Használati utasítás minden gyógyszer-  
tárban kapható.

1/1 üveg 3 korona, 1/2 üveg 2 korona.

**California Fig Syrup Co.,**

London, E. C. 31-32, Snow-Hill.

Főraktár Magyarország részére:

**TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszerész BUDAPESTEN, Király-utca 12.

3065

Orvosi minták ingyen és díjmentve.

**Málnási** A légzési szervek bántalmainál és emésztési zava-  
roknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal meg-  
szüntet.

**Mária-** Főraktár: **ÉDESKUTY L. BUDAPEST.**

**forrás** Budapesti képviselő: 3289

**Nádas Márton.**

Természetes alkalikus Kútkezelőség: Brassó.  
- sós savanyúvíz. -

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszívódást, mint a

**Vasogen**

**Salicyl-Vasogen 10%**

a beteg izületekre külsőleg alkalmazva a salicyl gyors és b'rtos  
hatásait érjük el, és teljesen ment a salicyl belső ada-  
golásakor jelentkező ismert, kellemetlen mellékhatásaitól.

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

**Lactagol**

egy specifikus ható lactagogum.

A zsír- és fehérnyetartalom, valamint a tejmeny-  
nyiségnek meglepő gyors szaporodása már 1-2  
nap múlva világosan észrevehető.

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

Főraktár Ausztria és Magyarország részére:

Maager Vilmos, Bécs, III/3.  
Heumarkt 3.

„Bayer“ **CONTRATUSSIN** „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a  
**VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**  
**Budapest, VI., Andrásy-út 84.**

Minden gyógyszerárban kapható. 2282  
Kivánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.



**Téli fürdőkúra**  
a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások,  
mindennemű thermális fürdők, vizgyógykezelés, massage. Lakás és gondos ellátás. **Osáz,**  
**köszvény, ideg-, borbajok** gyógykezelése és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospek-  
tust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága** Budapest-Budán. 3376

**Serravallo**

**China-bor vassal.**

Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által  
3850 legjobban ajánlva.

Kitünő íze miatt főleg gyermekek és nők szívesen veszik.  
Egészségügyi kiállítás Wien 1906: állami díj és díszoklevél, nagy aranyérem.  
Legmagasabb kitüntetés.

Sokszor kitüntetve. — Több mint 5000 szakvélemény.  
Orvos urak kívánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve  
kapnak. **J. Serravallo, Triest-Barcola.**



# A legjobb 4

tápszer, melyet a jelenkor produkál, a:

**Perdynamin**

**Lecithin-Perdynamin**

**Perdynamin-Kakao**

**Lecitogen**

Javalatok: sápkór, vérszegénység, leukaemia, phthisis, reconvalescentia, idegbajok.

Szabadalomtulajdonos:

**K. Barkowski, Berlin D. 27, Alexanderstrasse 22.**

Képvisező: Ausztria-Magyarország részére:

**Mr. Camillo Raupenstrauch, kiérd. gyógyszerész, Wien II/1, Castellezgasse 25.**

Legnagyobb kitüntetésekkel.

Irodalom és minták Perdynaminnal bármikor ingyen küldetnek. 3172

## Guajacetin

Bevált ártalmatlan szer tüdőbajok ellen, az éjjeli izzadást csökkenti, az étvágyat fokozza. **Kitűnő stomachicum** gyomor- és bélbetegségeknek. Napiadag: 3-szor naponta 0-5 gmos tablettával kezdődőleg. Egy adag ára 8-9 fillér.

25 tablettá ára 2 kor. 70 f. — 50 darabé 4 kor. 70. — 100 darabé 8 kor. 80 f.

**Migrol**

Bevált szer fejfájás, migraen, influenza és ideges állapotok ellen. Adag: naponta 3-szor 0-4-0-5 gm.

**Eucasin**

Kiváló táp- és erősítőszer gyermekek, lábadozók, sápkórosok, gyomor-, vese-, cukor- és tüdőbajosok részére.

**Eucasin-Cakes**

Rendkívül jóízű és könnyen emészthető. Táplálóból mint a hús.

Kísérleti anyag és irodalom ingyen.

**Dr. van GEMBER & Dr. FEHLHABER, Berlin-Grünau.**  
Főraktár és elárúsítás Ausztria és Magyarország részére: FERD. MAY, Wien, VIII/2. Blindengasse 33.

## Kopp és Joseph gyógyszerészek „ZEO“ jelzésű szénsavas fürdői házi kezelésre.

Nem tabletták alakjában, folyékony, mely készülék nélkül minden fürdőkádban egy pillanat alatt veszély nélkül előállítható. Találmányunk által legelőször lehetséges racionális gyógyszerjű, kombinált szénsavas fürdőket előállítani. A testnek nem ártalmas, a fürdőkádak és a lefolyó csövek fürdőink által a legkevésbé sem rongálódnak. Gyártunk egyszerű szénsavas fürdőket, valamint kombinálva fenyő, só, acél, mentol, kén stb.-vel. A kontinens legelső egyetemi klinikákban állandóan használják és számos kiváló orvostanár, mint v. Angerer, B. Fraenkel, Goldscheider, Hoffa, Heubner, Krauss, v. Leyden, Renvers, Rubner, Senator stb. által állandóan ajánlva és rendelve. — Gyógyjavulatok: Szívbántalmak, vérszegénység, idegbajok, vérkeringési zavarok, csúsz stb.

Gyermekek részére külön és olcsó szénsavas fürdők.

Kimerítő prospektusok ingyen és bérmentve.

**KOPP és JOSEPH**  
Gyár: Berlin W. Potsdamerstrasse 122/c.

Magyarországi főraktár: **Török József gyógyszerész**  
Budapest, VI., Király-utca 12.

Kapható továbbá Dr. Egger J. és L. „Nádor“ gyógytárában, VI., Váci-körút 17, valamint az összes gyógytárak- és drogeriákban. Minden kulturálamban törvényileg védve.

## MERAN, SANATORIUM HUNGARIA.

Modernül berendezett intézet **tüdőbetegek** számára. Mérsékelt árak. Prospektus.

2756

Vezető orvos: **Dr. Gara Géza.**



Vereingte Chininfabriken  
**ZIMMER & CO.**  
FRANKFURT A/M.



## DYMAL

Szagtalan, méregtelen, nem izgató, váladékesöktető, **száraz antisepticum**, mely sebek, égések, hyperidrosis, intertrigo és más betegségeknek bevált; **olcsósága** miatt a többi jodoform-pótszerekkel szemben előnyben részesítendő.

## ESTORAL

Egyszerű és kellemesen ható **nátha elleni** szer. Irodalom: „Heilmittel-Revue“, 1906. február.

**LYGOSIN-NATRIUM** igen hathatós uterusgonorrhoea ellen. **-CHININ** méregtelen, nem izgató antisepticum.

Minták irodalommal az orvos uraknak ingyen rendelkezésére állanak.

**Idegmegbetegedéseknél és neurastheniánál** hat év óta legjobb eredménnyel használják a

## Syrupus Colae comp. „Hell“.

Új Kola-készítmény functionális idegbajok kezelésére. Kiváló hatása következtében ezen neurasthenia és kimerülés ellen kipróbált Kola-készítmény gyorsan megbonosodott és 100,000-nel több betegnél legjobban bevált.

A 80 nyomtatott összefoglaló értesítés tartalmazza a „Syrupus Colae comp. Hell“-ről megjelent fontosabb értekezéseket és 200 orvosi véleményt. Ezen értesítés valamint Dr. Berze József az alsó-ausztriai áll. elmeegógyintézet főorvosának legújabb dolgozata kívánatra bérmentve küldetik.

**Diabeteses betegek számára** a szörp helyett **Pilulae Colae comp. Hell** minden szénhydrattól menten készítettnek.

Egy pilula egy kávéskanálnyi szörp hatékony alkotórészeit tartalmazza.

3270

Az eladás a gyógyszerárakban orvosi rendeletre történik. Árak: nagy üveg 4 kor., kis üveg 2 kor. 40 fillér. A pilulából egy üveg 50 drbbal 2 kor. 50 fillér.

Irodalom és minták kívánatra küldetnek.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte

**G. Hell & Comp.** in Troppau und Wien.



**Szénsavfürdő-berendezéseket**  
szállít és felszerel  
**Dr. Wágner és Zársai Egyesült gyárak m. b. t. cég**  
Budapest, IX., Tinódy-utca 3. sz. alatti gyártelepe.  
A fürdők kitűnő győgeredményeket mutatnak fel és az ösz-  
szes 16 városi sanatoriumokban be vannak vezetve.  
Prospektusok ingyen és bérmentve.

**Reiniger, Gebbert & Schall**  
elektrotechnikai gyár, 2998  
Budapest, VIII., Rákóczi-út 19 (Szentkirályi-utca sarkán).  
Különlegesség: Villamos orvosi készülékek, galvanisatio, elektrolyse faradisatio, franklinisatio,  
kaustik, endoskopia stb. orvosi kapcsoló készülékek villamos fényvezetőkhöz.  
Röntgen-berendezések. — Villamos fény-gyógykészülékek. —  
Gazdagon illusztrált árjegyzék ingyen es bérmentve.

ARTHUR MARK, WIEN, VI/1,  
Telefon 2582. sz. KASERNENGASSE 26. Telefon 2582. sz.  
Dr. HOFMEIER-féle  
3589 **PHORXAL**  
kizárólagos és egyedüli elárúsítása.  
folyékony!!! pasztillák!!! poralakban!!!  
Tartalmaz: Phosphor 0.25%, megfelel 0.57%,  
phosphorsavnak, Va oxyd 0.63%,  
Összhamu 3.09%, Fehérnyé és vas a  
Haemoglobin-ből, a phosphor a  
Lecithin és Nucleoprotein-ből ered.  
Nízalt marhák véréből előállított vízben oldó Albuminat.  
Kapható minden gyógyszerárban.  
Nagybani raktár: G. & R. FRITZ, WIEN, I.

**Kunnia-forrás** természetes, alkalikus, sós savanyúvíz.  
Ezen gyógyvízben az uralkodó alkotórészek mennyisége (19-6794 gm. egy literben). Aránya olyan, hogy mellette ügyszólván eltörpül a csoport többi kiváló vize. Konyhasótartalma (7 gm. egy literben) valamennyi vizét felülmúlja. Nagy előnye a víznek hygienikus tisztasága. Nagyon kellemes ízű és könnyen emészthető.  
Főraktár: Edeskaty L., Budapest. — Kútkezelőség: Brassó.

**HYGIAMA**  
HYGIAMA alimentum est concentratum valoris maximi.  
HYGIAMA diaeticum exploratum et probatum est typho abdominali laborantibus.  
HYGIAMA brevis augit vires reconvalescentium et aegrotorum morbo minutas.  
HYGIAMAE excelsa est vis lactogenica.  
HYGIAMA saporis suavis causa diu facile sumitur et libenter.  
HYGIAMA ab inope quoque modico pretio emitur.  
Literaturam etc. mittit  
A dr. Theinhardt-féle tápszertársulat vezérképviselősege  
Benedek János, Rákos Palota  
Generalvertretung der Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft.

**DIGESTOL**  
(PULVIS DIGESTIVUS LAXANS)  
Kitűnő hatású emésztőpor gyomor- és bélbajoknál. Az emésztést elősegíti, a székletét szabályozza. Adagolás: 3-szor naponta 1/2-1 kávéskanállal, minkenkor étkezés után. Orvosi kitűnőségek által kipróbálva és ajánlva.  
Ára egy doboznak 2 korona.  
Készíti GLÜCK REZSŐ gyógyszerész, gyógyszerár „a fehér galambhoz”.  
Budapest, VI., Hungária-körút 93. szám. 1331  
Telefon 932. Kapható minden gyógyszerárban. Telefon 932.

VITA \* VITA  
**Hazai termék!**  
**VITA**  
Legtisztább természetes **NATRIUMFORRÁS**  
Számos orvosi szakvélemény alapján kitűnő gyógyhatású köszvény, húgysavas lerakódások, gyomor-és bélbetegségeknek. Különlegesség gyomorégés ellen.  
Kapható minden gyógyszerárban és ásványvíz-kereskedésben.  
Főraktár Budapest: Edeskaty L. cégnél, Erzsébet-tér. Telefon 16-32  
Központi iroda: Budapest, V., Nádor-u.17. Telefon 42-55. 12215

**Sanatorium Grimmenstein**

2888 **Gyógyintézet tüdőbetegek részére.**  
Edlitz-Grimmenstein az Aspangbahn állomása, Alsó-Ausztria, 21/2 órányira Wien-től, posta, távirda. Telefon.  
Adm. vezető: Th. Bachrich. Vezetőorvos: Dr. O. Frankfurter.

**LASSNITZHÖHE** Graz mellett az államvasútmentén.  
Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependenc-okban nyári lakók is felvételt kapnak. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosítással szívesen szolgál a kezelőség. 2880 Prospektusok díjmentesen.  
Daczára 1. év január 17.-én történt tűzkárnak a rendes üzem fentartatik.

**LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A**  
**LYSOFORM**  
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

DR. EMMERICH gyógyintézete  
**Morphium-Heroin-, Cocain stb., Alkohol-,**  
idegbetegek részére. BADEN-BADEN. Alap. 1890.  
A morphium-elvonás legenyhébb módja kényszer nélkül: a feokendő 4-6 hét mulva nélkülözendő. Alkoholról való leszokás kipróbált eljárás szerint.  
Prospektusok díjmentesen. (Elmebetegek kizárva.)  
Tulajdonos és vezető orvos: Dr. Arthur Meyer. 2 orvos.

Amerikai rendszerű **hygienikus központi légfűtés** egycsaládos hazak, villák, sanatoriumok, gyógytermek, kórházak számára. 1949  
Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!  
HOFFMANN MIKLÓS magánmérnök, BUDAPEST, VI., Teréz-körút 35. szám. Telefon 96-96.



## Budapesti Központi Tejcsarnok-Szövetkezet

VII., Rottenbiller-utca 31. 2751

Elismert kiváló minőségű palacktejen, pasteurizált tejen és tejtermékeken kívül szállít

### Székely-féle gyermektejet

1 üveg 0.2 liter ..... ára 12 fillér.  
1 " 0.1 " ..... " 8 "

A Székely-féle gyermektej a legjobb anyatej pótló tej csecsemők számára.

**Székely-féle diaetikus tej** gyomor-  
betegnek,  
**Székely-féle diaetikus tej** cukor-  
betegnek.

120 fiók saját kezelésben.

Telefon 57-04.

## Alimentum Dr. Theinhardt pro infantibus solubile.

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

Literaturam etc. mittit

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

## Gyermekek csemege gyanánt kéri!



Szabadalmazott.

## ENERGIN!

csukamájolaj-lecithin-  
csokoládé.

Kitünő ízű, csokoládé-  
tablettákba formált

### csukamájolaj- készítmény.

Minden egyes tablettá tar-  
talmaz egy kávék kanál  
csukamájolajat, 0.20 calc.  
phosphoric., 0.05 lecithin.

**Specificum:** angolkórnál és görvélyes bántal-  
magnál. **Hizlaló- és erősítő-tápszert:** vérszegény-  
ségnél, ideggyengeségnél, tüdővésznel stb.

Orvos uraknak szívesen szolgálunk mintaküldeménynyel.

Kapható: minden gyógyszerárban és drogeriában. 3287

== Készíti: SZIGETI és dr. SZILÁRD ==

## Energín-vállalata, Pécs.

Szabadalmazva. Gyorsan ható puha salicylszappanok.

Dr. R. Reiss

### Rheumasan

tubus K. 2.50; tégely K. 1.50.

### Ester-Dermasan

tubus K. 3.—; tégely K. 1.80.

### Kátrány-Dermasan

Chrysarobin-Dermasan  
Chrysarob n-kátrány-Dermasan  
kis tubus K. 1.50; nagy tubus K. 3.—.

### Ester-Dermasan Vaginal-Kapsulák

10 darab K. 2.50.

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

Képvisező Ausztria részére: Alex. Herkner, Wien, XVIII/2. — Magyarország  
2066 részére: dr. Rosenberg Sándor, Budapest.

Rheuma, csúz, ischias,  
migrain, influenza,  
tylosis.

Szintén makacs esetek-  
ben, továbbá psoriasis-  
pityriasis ellen.

Idült eczemák, pityria-  
sis, psoriasis, prurigo  
és scabies ellen.

Para-, peri-  
metritis, Irodalom  
és minták  
oophoritis. ingyen.

# Neuronal

(Bromdiätylacetamid D.-R.-P.)

Bevált, ártalmatlan **hypnotikum** 0.5—1.0—2.0 gm.-os adagban. — Kiváló **sdativum** és a  
bromsók pótszere 1—2—3 gm.-os adagokban pro die. — **Antiepileptikum**, 3szor naponta  
0.5 gm. — **Analgetikum** epilepsziás főfájásnál 0.5 gm. — **Neuronal-tabletták** á 0.5 gm.

## NEUROFEBRIN.

(Neuronal-Antifebrin aa.)

Kitünő eredmények ideges főfájásnál, migrainnél és hószámi izgatottsági állapotok  
eseteiben.

Neurofebrin-tabletták á 0.5 gm.

# Bismutose

teljesen méregtelen bismutféhrnye-vegyület. Biztos adstringens **cholera nostras**,  
**hányszekelés**, **hasmenések**, idült és heveny **vékony- és vastagbél-**  
**hurutok** esetében, **protektivum** és **antacidum ulcus ventriculi**, **hyper-**  
**aciditas**, **dyspepsia**, **ideges gyomor- és bélzavarok** és **gümőkórosak**  
gyomor-bélbajainál (3)

Bioferrin

Drexin

Jodol

Dormiol

Irodalmat ingyen és bérmentve küld

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

# Tinctura Ferri Athenstaedt

Tartalmaz **alkalimenter vassaccharatot**, jóízű, **borszerű**  
oldatban; 0.2% Fe. Közel 20 év óta minden világrészben mint  
legjobb gyógyszer az anaemia és chlorosis kezelésénél ismeretes.

„MAGNET” név és jegy törvényesen védve.

Eredeti ¼ és ½ kg.-os üvegek 1.50, illetve 3 korona.

Tessék irodalmat és ingyen mintakat kérni a gyárostól:  
**Athenstaedt & Redeker**, Hemelingen, Bremen mellett.

Kapható a legtöbb gyógyszerárban,

Főraktár Magyarország részére: Dr. Rosenberg A. gyógyszerár, Budapest.

# EPILEPTIKUS intézet BALF gyógyfürdőben.

A nagym. m. kir. belügyminiszterium  
1903. jun. 17-én kelt 56445/1903. sz. rende-  
letével engedélyezve, 200 férfi és női betegre berendezve. Apolási díj: 1. oszt. évi  
1600 k., II. oszt. évi 1000 k. Ezen osztályokon kívül szegény betegek, az országos  
betegápolási alap terhére vehetők fel, a mely esetben a nagym. m. kir. belügy-  
miniszteriumnak 1903. okt. 28-án kelt 97221/IVa. cz. 1903. rendelete értelmében a fel-  
vétel külön-külön kérelmezendő a betegek által. A betegek ápolásával a budai szent  
Ferenczrendű apácák vannak megbízva. Prospectusokkal és egyéb felvilágosítással  
szolgál: Dr. Wosinski István, Balf gyógyfürdő igazgató tulajdonosa. Posta, vasút,  
3324 telefon helyben.



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes 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 IDEGKÖRTAN Babarzi Schwartzter Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Verebélly Tibor: Adatok a pajzsmirigy és a parathyreoideák kórtanához. 197. l.  
Arany S. Zsigmond: Mitől óvjuk meg diabeteses betegeinket? 199. lap.  
Tornai József: Közlemény a budapesti kir. tudomány-egyetem II. sz. belklini-  
kájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr., egyetemi tanár.) Betegágyra való védő-  
készülék. 201. lap.  
Benedict Henrik: Közlemény az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató:  
Korányi Frigyes dr., ny. r. egyetemi tanár.) Periarteriitis nodosa. 202. lap.  
Tárca. Weyner Emil: Érdekesebb hypertrichosis-esetek. 205. lap.  
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Oppenheim: Psychotherapeutische Briefe. —*  
*Jessner: Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 17. Kosmetische Haut-*  
*leiden. — Jessner: Dermatologische Vorträge für Praktiker. — Heft 1. Des*  
*Haarschwunds Ursachen und Behandlung. — F. Voelcker: Diagnose der chirur-*  
*gischen Nierenkrankungen unter Verwertung der Chromocystoskopie. —*  
*Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Loeffler: A fertőző betegségek bakterio-*  
*logiai felismerése. — Belorvostan. A typhus gyógyítása. — Idegkörtan. Rumpf:*  
*A valóságos és a színlelt fájdalom megkülönböztetése. — Sebészet. Leriche*

és *Cavaillon: Az ileocecalis invaginatio anatómiai feltételei. — I. B. Bullit:*  
*A gyomor teljes obliteratioja. — Kiliani: Három typhusperforatio egy egyén-*  
*ben. — Stahlin: 3 meter 10 cm. hosszú vékonybél resekalása. — Cheesman:*  
*4<sup>1</sup>/<sub>4</sub> fontos hypernephroma kiirtása. — Hauswirth: A varicocele sebészi keze-*  
*lése. — Rumpel: Újabb adatok a vesesebészethez. — Gyermekorvostan. North-*  
*rup: Levegő-gyógyomód a gyermekkorházakban. — Minerbi és F. Vaccari:*  
*Az orrbeli légutak intubatioja csecsemőkori coryza eseteiben. — Húgyszervi*  
*betegségek. P. Cohn: Gonorrhoea paraurethralis érdekes esete. — P. Duval: A*  
*prostatectomia transvesicális műtete. — Cronquist: Folliculitis gonorrhoeica*  
*érdekes és ritka esete. — A. Settler: A húgyveseizomzat spastikus összehúzó-*  
*dásával súlyosított strictura kezelése. — Venereus bántalmak. K. Siebert: A*  
*stomatitis mercurialis prophylaxisa. — Gaucher: A szürke olajjal való injectiók*  
*veszedelmes volta. — Kisebb közlemények az orvostudományról. Strzyzowski: Szer*  
*ideges eredetű gyengeségi állapotok ellen. — Alpár: Jodforsan. — Bernheim:*  
*Szer gümőkór ellen. — 207—210. lap.*

*Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi*  
*újság. 211. lap.*

*Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 211. lap.*

*Tudományos társulatok és egyesületek. 212—216. lap.*

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

#### Adatok a pajzsmirigy és a parathyreoideák kórtanához.

Verebélly Tibor dr., a II. számú sebészeti klinika II. tanársegéde.

Az a radikalismus, melylyel a múlt század nyolczvanas éveiben Billroth, Lücke, Kocher sikerei alapján a golyvák sebészi kezelése megindult, hozta felszínre, vagy helyesebben teremtette meg a „pajzsmirigykérdést“. A mirigynek, melyről még 1862-ben Milne Edwards ismert tankönyvében azt a rövid megjegyzést találjuk, hogy kiirtása a szervezetben tartós zavarokat nem okoz, s így szerepe az organismus háztartásában alig lehet, e mirigynek Kocher már 1874-ben jelentőséget tulajdonít egy műteti myxoedema kifejlődésében. Ezt a sejtést, mely ez időtájtban feltűnik egyes belorvostani munkákban is, határozott tényként állítja fel 1882-ben Reverdin, a mennyiben a myxoedema és a tetania keletkezését kétséget kizárólag a golyva kiirtásának tudja be. Kísérleti beigazolást nyert e klinikai tapasztalat 1884-ben Schiff alapvető munkájában, a melyhez utóbb a bonczolástani és élettani vizsgálatok egész sorozata csatlakozott. Távoll állunk attól, hogy a kérdést ma befejezettnek tekinthetnők; a vonatkozások azonban, melyek e vizsgálatok szerint a postoperativ cachexia — a myxoedema és tetania —, továbbá a Basedow-kór, az eklampsia gravidarum és neonatorum, a tetania, a cretinismus sporadicus et endemicus és a pajzsmirigy közt fennállanak, általános orvosi érdeket szereztek e vizsgálatoknak. Ez adja nekem is a bátorságot ahhoz, hogy három kis dolgozatomat, melyek e tárgyról Bernben, az endemiás golyva ismeretes fészékében, Kocher klinikáján, Kronecker és Langhans intézeteiben készültek, röviden összefoglalva közzé tegyem. Nem kívánom a kérdést irodalmi adatok elsorolásával, széles alapú elméletekkel kimeríteni; nem is óhajtok teljes képet adni az egyes részletkérdések mai állásáról; csupán vázlatban szeretném bírálat alá bocsátani azt, a mit magamnak mint az eddig ismertektől eltérő tényeket találnom, észlelnem alkalmam volt.

### I.

Munkáim egyike a mellüri golyvák morphológiájával foglalkozik. Igaz, hogy a mellüri golyvák topographiai viszonyait általában Wölfler classikus feldolgozása óta, melyet joggal sorolnak az újabb sebészi irodalom legkitünőbb termékei közé, sok tekintetben befejezettnek szokás tekinteni. Valóban áll is ez a nyaki strumákat illetőleg; az intrathoracális golyvákra vonatkozólag azonban be kell vallanunk, hogy bonczolástani adatainak nagy része inkább elméletileg levezetett s nem positiv tényekre támaszkodó. S ez természetes is. Nem mintha a golyvának illeten elhelyeződése ritka volna; mert habár tekintve nemcsak Closs legújabb kimutatását, a mely szerint 108 műtett közül 60 golyva volt substernális, hanem a régebbi statistikákat is, a melyek közül Wölfler-é 6·7%-ra, Kocher-é 10%-ra, Wuhrmann-é 8·6%-ra teszi az összes műtett esetek között az intrathoracikus fekvést, mindezeket tisztán relativ értékűeknek, helyi jelentőségűeknek kell tartanunk, mégis a strumectomia nagy elterjedtsége mellett e számok elég nagy abszolút gyakoriságot is jelentenek. A nehézség inkább abban rejlik, hogy a sebész, a kit e viszonyok pontos ismerete leginkább illet, néhány bonczolásra került extrem esetet leszámítva, kizárólag műteti leletekre van utalva. Eltekintve az ilyen adatoknak általában nehéz értékesíthetőségétől, itt ezek, a képletek teljes elrejtettsége folytán, a sejtésnél többre alig tarthatók. Innét van, hogy Wuhrmann, a ki a mellüri golyvák irodalmát monographikusan összeállította, épen úgy, mint az újabb casuistikák szerzői is, egyszerűen utalnak Wölfler adataira a nélkül, hogy azokat ellenőrizték vagy kibővítették volna.

Érdeemesnek látszott tehát a golyvák topographikus-morphologikus viszonyait nagyobb anyagon átdolgozni, a mire Langhans gyűjteménye bőséges alkalmat nyújtott. Csak a mennyiben 18 feldolgozott esetem egy része egyúttal a retroviscerális golyvákhoz is tartozik, kellett ez utóbbiakat is a vizsgálatok körébe bevonom.

A mi a terminológiát illeti: *lefelé* elhelyezkedett golyváról akkor beszélünk, ha határai a csontos mellkasfal felső gyűrűjén alul esnek. A régebbi szerzők túlnyomó része, utóbb Wuhrmann és az újabb casuistikus esetek ismertetői is a megjelölésre az



intrathoracica szót használják; s ez határozottan jobb, mint a *Kocher* ajánlotta struma profunda elnevezés, mely félreértésekre adhat alkalmat. Ennek körén belül további bonczolástani osztályozást ajánl *Wölfler*, a mennyiben a struma leszállási vonala szerint substernális, retroclaviculáris és endothoracikus golyvát különböztet meg; *Wuhrmann* ellenben median és lateral elhelyezkedésről tesz említést s az előbbire az erek előtti, az utóbbira az erek mögötti elhelyezkedést tartja jellemzőnek. Eltekintve attól, hogy a *Wölfler* által gyűjtött esetek csoportosítása teljesen önkényes, azt hiszem egy már kifejlődött strumáról azt megmondani, hogy a sternum mögött vagy a kulcsesont mögött jött-e le, a legtöbb esetben nem lehetséges, a mennyiben az ilyen strumák többnyire egyidejűleg a kulcsesont mögött és retrosternálisan is fekszenek; az erek viselkedése pedig, mint arról készítményeimben meggyőződtem, nem alkot a két helyzet közt principiális különbséget. Sokkal czélszerűbb tehát egyszerűen bonczolástaniilag, a szerint, hogy a struma főtömege inkább a középvonalban, vagy inkább oldalt fekszik-e, középi (median) és oldalsó (lateralis) golyváról beszélni. A középvonalban a struma vagy egyszerűen benyúlik a szegycsont mögé (substernális, retrosternális), vagy mélyen betérjed az elülső vagy hátulsó gátorba (mediastinális); oldalt a golyva vagy csak az oldalsó nyaki árokban terjed a kulcsesont mögé (retroclaviculáris), vagy mélyen benyúlik a mellhártya előtt, felett a mellkas ürébe (suprapleurális). Megkülönböztetnek tehát struma intrathoracica medialis, a mely vagy substernális, vagy mediastinális; és struma intrathoracica lateralis, a mely ismét vagy subclaviculáris, vagy suprapleurális; mindezek azonban nem lényegi, csak közelebbi bonczolástani, topografikus megjelölések. A másik elhelyezkedés, a *hátulsó*, akkor következik be, ha a golyva a hátulsó garatnyelvényfalat hátulról előre domborítva, a gerincoszlop előtt e csövek mögé hatol. *Braun* irt le először 1878-ban struma accessoria posterior néven illetén elhelyezését golyvát; ezt utóbb az irodalomból összegyűjtött esetek kapcsán *Rühlmann* különválasztotta az ilyen elhelyezését strumák másik nagy csoportjától, a mely a pajzsmirigytesttel széles parenchymás összefüggésben van. *Wölfler* később a struma accessoriát osztályozta pontosabban; *Bucher* pedig különválasztja a körkörös golyvát mint lényegileg különbözött a retroviscerálisról, a mennyiben szerinte az előbbi a thyreoidea circuláris helyezékéből eredve, két szimmetrikusan elvált félével övezi a garatot. Tekintve azonban az egész felosztásnak klinikai értékét, jelentőségét, a *Bucher*-féle megkülönböztetés nézetem szerint nem lehet elvi, hiszen épen az jellemző a circuláris strumára is, hogy retroviscerális. A retroviscerális strumák általános csoportjában tehát inkább genetikus szempontból kiindulva a következő felosztást készítettem: 1. Az accessorius garatmögötti golyvák lehetnek: izolált, vagy allíált valódi és álmellégolyvák. 2. A közvetlen összefüggésben levő (continuus) golyvák lehetnek egyoldaliak (unilaterális), kétoldaliak (bilaterális) és körkörösök (circuláris). Csupán a magassági viszonyokra vonatkozik a retropharyngea, illetve retrooesophagea megjelölés.

A kérdések, melyek vizsgálataim kapcsán felmerültek, a következők: 1. mennyiben változtatja meg a mellüri golyva fejlődése, lehaladása közben a környezetnek: a főbb ereknek, üreges szerveknek és szomszédos mirigyeknek, nevezetesen a thymusnak és a parathyreoideáknak kölcsönös normális viszonyát? 2. vannak-e az intrathoracális golyvának göröcsövi jellegei, melyek vagy elsődlegesen mint épen a mély elhelyezésre disponáló tényezők szerepelnek, vagy a melyek másodlagosan a helyzete, vascularisatiós viszonyai folytán keletkeznek benne és 3. mi a mellüri golyva fejlődési módja, vajjon kimutathatók-e bizonyos bonczolástani viszonyok, melyek fejlődését elősegítik?

A *morphologikus* viszonyokat röviden összefoglalva, valamennyi esetem a continuus golyvák közé tartozik, a mennyiben az intrathoracális vagy retroviscerális résznek széles összefüggése a pajzsmirigy állományával ki volt mutatható. A *lebenyek* — a két oldallebeny és az isthmus — egyenlő arányban vesznek részt az intrathoracikus golyva képzésében; a mellüri rész 1—2 vagy mindhárom lebenynyel függhet össze, a melyek ilyenkor vagy összefolynak egy göb képzésére, vagy mint különálló csapok nyúlnak a mellkasba. Tekintve, hogy az utóbbit 18 eset közül 7-szer találtam, nem látom beigazoltnak *Wuhrmann* azon szabályát, hogy mindig csak egyetlen intrathoracikus göb fejlődik ki.

A *méret*ek, a melyekre a casuistikákban olyan nagy súlyt fektetnek, csupán a határokkal egybevetve adnak felvilágosítást az intrathoracális golyva viszonyairól, mert aránylag kicsiny hossz-átmérő mellett is benyúlhat a pajzsmirigy a mellürbe, ha felső polusa igen mélyen fekszik és fordítva. A hossz-átmérő eseteimben 6 és 18 cm. közt váltakozott, a miből a mellüregi részre az egyes esetekben 1—9 cm. hosszú darab jutott, úgy hogy ide esik az alsó polus fölé az esetleg jelenlevő harántbefűződési barázda. A felső polus helyzete az epiglottis magasságától a gyűrűporczig váltakozik, míg az alsó csúcs a VIII. tracheális gyűrűre, vagy onnét le a tracheaaszlágig, illetve az egyik vagy másik oldali főbronchusig érhet.

A golyva *viszonya* bonczolástaniilag, de első sorban sebész-műtétilag az erekhez való vonatkozása szerint állapítandó meg s e tekintetben nézetem szerint külön választandó a nyaki és mellüri viszony, tehát a nyaki érköteg és a thoracális értörzsek csoportja. Ha a *nyakon* az érköteget (fasciculus) egészében vesszük tekintetbe, akkor erre nézve a mellürbe lenyúló struma vagy elül (praefasciculárisan), vagy mellette, annak belső oldalán (intrafasciculárisan), vagy mögötte fekszik (retrofasciculárisan); megeshetik azonban, hogy a golyva a köteg egyes alkotó szálai között nő keresztül (perfasciculárisan), a mikor is a vagus vagy a carotissal hátul — ilyen volt *Wölfler*-nek egy esete —, vagy pedig a vena jugularissal együtt elől fekszik, mint azt az egyik esetem mutatja. A *thoracális* bemenetben felülről tekintve a golyvák leszállása szempontjából 4 hézagot különböztettem meg: a legfelületesebb a venosus törzsek elülső felszíne és a sternum közt foglal helyet; a második a verőeres törzsek elülső felszínétől terjed a sternumig; a harmadik a trachea, illetve bronchusok elülső felülete és a sternum közé esik; míg a negyedik az említett felület mögött foglal helyet. Ilyen értelemben beszélhetünk a mellüri golyvák *praevenosus* elhelyezkedéséről, *praearteriosus* leszállásáról, a mikor is eseteimben a venosus törzsek a struma alsó polusán, azon kifeszítve futottak, bár elméletileg lehetséges volna, hogy a struma e két főértörzs közé szorul be. Lehet a struma *praetracheobronchiális* fekvésű, a mikor is az értörzsek vagy mind a golyva alatt, vagy mind előtte fekszenek; olyan esetet, a hol a verőerek alul, a gyűjtőerek inkább elől feküdtek volna, nem találtam. Végre lehet a golyva *retrotracheobronchiális*, a mikor a bronchus felett, vagy teljesen a bronchus, esetleg a trachea mögött fekszik, a trachea és az oesophagus közt, a mely fekvést interviscerálisnak lehet nevezni, de semmiesetre sem intraviscerálisnak, mint azt *Wuhrmann* ajánlja.

Az egyes nyaki képletek részletes adatai közül legyen szabad egynehányat elősorolnom.

A pajzsmirigy *verőerei* közül az arteria thyreoidea inferiorra nézve ismeretes, hogy a tipikus lefutástól, melyet *Streckeisen* vázolt először, igen nagyszámú az eltérés nemcsak az eredet helyében, mint azt kivált *Livini* tanulmányozta, hanem az ágak változatosságában, lefutásában is. Az intrathoracális golyvák *előforduló* változatokat a következő csoportokba foglalhatjuk össze: a) A pajzsmirigyhez való vonatkozása annyiban változik meg, hogy az érköteg előtt lenyúló golyva a thyreoidea inferiorra egész kiterjedésében hátulsó felszínére veszi fel s így egész hosszában odaszoríthatja a gerincoszlophoz. Egy esetben a verőeret a mellürben fekvő cysta elülső felszínén találtam, de hogy itt fejlődési rendellenesség forgott-e fenn, vagy hogy a lenyúló nehéz cysta mintegy kivongálta a mirigylebenyt a thyreoidea ivéből, nem lehetett bonczolástaniilag eldönteni. b) A lefutásban mindenképp megtalálható az, a mire már *Kocher* figyelmeztetett, hogy a verőer törzse rövid lefutás után rézsút az alsó polus mögé kerül s a hátulsó felszínén diagonálisan kívülről befelé végighalad a nélkül, hogy ívet képezne. Ha az ívelt lefutás megmarad, ez kétféleképpen változhatik: ha a golyvacsomó le- és oldalra terjeszkedik, akkor az ívet leszorítva, annak két alsó pontját szétvongálhatja úgy, hogy az ív jóval alacsonyabb lesz, a verőer csaknem harántul fut; ha a terjeszkedés első sorban lefelé történik, akkor az eredés pontját letolva, az ívet igen hosszúvá, magassá teheti a golyva. c) Az elágazódás helyére és d) az ágak minőségére nézve is igen nagy a változatosság; általánosságban szabály itt is a ketté oszlás, a mely két ágak relatív vaskossága a struma alkotától, növéstől függ; egyenletes diffus túltengésnél többnyire egyforma, erősebb



göbök képződésénél a göb irányában, tehát a mellüri golyvánál lefelé megy a vastagabb. Kifejezett arteria imát, vagy a ramus perforans túlságos kifejlődését, mint azt *Streckeisen* említi, nem találtam.

A *nervus recurrens*-re nézve *Wölfler* elméletileg kiemeli, hogy épen a mellkas bemenetében mindkét oldali recurrenst megvédik az erek, de a baloldali, a mely meredeken a légső mellett fut, jobban ki van téve a median strumák nyomásának, mint a jobb; ezt azzal a klinikai tapasztalattal bizonyítja, hogy a bal hangszalag hűdése gyakoribb a strumáknál, mint a jobbé. Bonczolástaniilag eseteim ez ellen szólanak, mert anatomicamente kimutatható súlyos elváltozást: compressiót, heges elfajulást, heges összenövést épen a jobb recurrensen találtam, a minnek oka, azt hiszem, az, hogy bal oldalt a recurrens az aortaív megkerülése után azonnal bele jut a trachea és az oesophagus közti hasadékba, míg jobb oldalon az arteria anonyma körüljárása után csak 4–6 cm.-nyi ferde lefutás után kerül az ideg ugyanazon helyre; ezoldali eredéspontja tehát a középvonaltól távolabb esik s így a jobb oldalon alul képződött göbök akár az anonyma felett, akár az alatt fejlődjenek, a ferdén lefutó recurrenst hamarabb érik mint a balt.

Műtéti szempontból fontos s nehézségeket okoz a recurrens viszonyba lépése az arteria thyreoidea inferiorral. E vonatkozásra először *Wölfler* figyelmeztetett, a ki abban foglalta össze vizsgálatait, hogy az ideg rendszeren a verőéren nyargal. *Kocher* utóbbi típusnak állította fel a körülfonódást, a mely szerint a viszony olyan, mintha az ideg az arteriát képviselő, kampószerűen behajlított s hátulról az ideg mögé vitt ujjunk homorulatában fekszenék. Ily ez irányban értékesíthető esetem közül ötben a verőér semminemű viszonyban nem volt az ideggel, mely a verőértörzs és ágai mögött futott el; teljes körülfonódást *Kocher* értelmében csakis kétszer találtam, azt is csak az egyik oldalon; részleges körülfonódást három esetben láttam; ellenben a ramus perforans különös előszeretét a circumflexiora, mint azt *Streckeisen* említi, egyáltalában nem észleltem. Ellentétben a régibb vizsgálatokkal azt kell tehát mondanom, hogy mind e viszonyok nem az egyes esetben véletlenül fennálló változatokban, hanem egyáltalában egészükben bírnak nagy operatív jelentőséggel s ily értelemben bírálandók.

A *parathyreoidéák* helyzetét illetőleg az egyes leletek arányszáma azt mutatja, hogy a lefelé növe golyva ugyan legtöbbször maga előtt tolja lefelé az alsó polusához viszonyban álló parathyreoidéát, de megeshetik, hogy, kivált ha inkább az elülső részek indulnak fejlődésnek, a struma a parathyreoida előtt elnö s az megmarad az eredeti magasságban, jelezve az eredeti alsó csücs helyét.

Vége a *tracheára* vonatkozólag az eddig ismeretes elgörbülésen (deviatio) és összenyomatáson (compressio) kívül egy harmadik elváltozást is találtam az intrathoracális golyvánál: a légső körülírt stenosisát az által, hogy a légső előtt helyet foglaló golyva a mögötte lefutó nagy verőeres törzsek valamelyikét mint harántul vagy ferdén lefutó dudort domborítja ki a légső elülső falán, vagy a bifurcationál, vagy valamivel magasabban; a számbajzó verőeres törzs: vagy az arteria anonyma, vagy pedig a jobboldali carotis.

A *görcsövi* szerkezetet illetőleg *Kaufmann* említi először, hogy az intrathoracális elhelyezési golyvák, ellentétben a retroviscerálisokkal, nagy mértékben hajlandók a rosszindulatú elfajulásra s e tekintetben szerinte párhuzamba állíthatók a kryptorchikus herékkel, a melyek ugyancsak helyzetüknél fogva hajlamosak a malignus elfajulásra. *Wuhrmann* ez alapon már elméletet is állít fel, mely szerint a rendellenes fekvés, esetleg beékelődés okozta keringési zavarokban és a szomszédság okozta nyomásban keresendő az elfajulás oka. A részemről vizsgált golyvák szöveti leletét a következőkben foglalhatjuk össze: 1. Általánosságban véve az intrathoracális golyvák szöveteleg megegyeznek a nyaki golyvakkal, a mennyiben alkatukban semmi oly feltűnő módosulást nem mutatnak, a mely eddig csakis az intrathoracálisoknál lett volna észlelhető. 2. A különös szöveti szerkezet szerint eseteimet négy csoportra osztottam: a cystikus, egyenletesen túltengett colloidos, göbös colloidos és sejtdús (mondjuk celluláris) golyvák csoportjára. Az utóbbiban mindazon strumákat foglalom össze, a melyekben a pajzsmirigy-szövetnek rendes alveoláris szerkezete eltűnt az által, hogy a hámszövetek kisebb-nagyobb

tömör szigeteket alkotnak, melyek hyalin kötőszövetes vázba ágyazvák. Távolról sem akarok néhány esetem kapcsán a pajzsmirigy-újképletek rosszindulatúságának tárgyalásába boesátkozni; e daganatokról ismeretes, hogy szöveti tipikus alkat mellett okozhatnak áttételeket, másrészt látszólag az anyaszövet szerkezetétől teljesen eltérő, tehát atypikus képződmények klinikai értelemben jóindulatúak, de boncztanilag is élesen körülírtak, letokoltak. Teljesen elegendő célunkra megállapítani azt, hogy e sejtdúság három esetben volt olyan, hogy az alkotó elemek csakis számbeli eltéréseket mutattak, három esetben pedig egyúttal kifejezett volt polymorphismus is, a mi általános meghatározás szerint a carcinomának (struma maligna carcinomatosa) felelne meg. Az itt fennforgó viszonyokra nézve a dolog lényege abban áll, hogy a sejtdús golyvák relatív gyakorisága az egyszerűen vagy göbösen colloid és cystikus golyvakkal szemben igen nagy, másszóval, hogy az intrathoracális helyzet főleg erős növényi hajlammal bíró golyvákön jön létre. Másrészt eseteimben nem mutatható ki különbség a nyaki és az intrathoracális rész közt oly értelemben, hogy felvehető volna, hogy a szöveti elfajulás, a malignus átalakulás épen a mellüri részt illette volna. Azt kell tehát mondanunk, hogy igenis a növényi hajlammal bíró sejtdús golyvák gyakrabban jutnak be a mellüregbe, mint a közönségesek, de épen azért, mert gyorsan nőnek. 3. Az intrathoracális résznek szöveti összehasonlítása a nyaki részszel kétségtelenné teszi, hogy bizonyos elfajulásokra e golyvák nagyon is hajlandók. Ide tartozik mindenekelőtt a nagyobb cysták képződése, továbbá elszórt kisebb vézések, a kötőszövetnek hyalin elfajulása és ezek kapcsán kiterjedt meszesedések, melyek valóságos összefüggő rétegek képződésére vezetnek. A tényezők, melyek itt számba jönnek, kétségtelennül a vérkeringésre vezetendők vissza; nemcsak a mélyen lenövő golyva aránylagos gyenge tápláltatása, ha a vérér tágulása a göb növényével lépést nem tart, hanem tényleges keringési zavarok is szerepelnek: a verőér összenyomtatása a gerincoszlop és a golyva hátulsó felszine közt, valamint a golyvának úgynevezett beékelődése a mellkasbemenetbe okoznak anaemia és pangás által elváltozásokat.

A mellüri golyvák fejlődésére is röviden áttérve, a lehetőségeket a következő két csoportban foglalhatjuk össze: a) A golyvák egy része veleszületett alapon fejlődik. Ez létrejön úgy, hogy congenitálisan a mellürben lévő pajzsmirigy-részlet fajul el golyvában, a mikor is a mellüri járulakos golyvától eltekintve azért kerül oda, mert vagy igen mélyen van elhelyezve az egész golyva (thyreoptosis), vagy embryonálisan túl hosszú alsó szarva van. Mindkét tényező olykor csak bizonyos bonczolástani hajlandóságot jelent s csak akkor idéz elő mellüri golyvát, ha a thyreoida strumásan elfajul. b) A második csoportot alkotják a szerzett mellüri golyvák, a melyek normális elhelyezésű, legfeljebb alakilag eltérő pajzsmirigyből származnak az által, hogy a golyva lefelé a mellür felé nő; történhetik a növényi csomók, cysták letolódása, vagy az egyenletesen megnagyobbodó thyreoida benövényése által. A növényi irány meghatározásában mindenesetre a mirigyelötti rövid sternális izmok ellenállásának, ezen izmok eredése által megszabott felső határnak s a mediastinális szövet csekély ellenállásának jut a főszerep.

(Folytatása következik.)

## Mitől óvjuk meg diabeteses betegeinket?

Irta: *Arany S. Zsigmond* dr., Karlsbad-London.

Ezen látszólag közismert kérdést azért választottam értekezésem tárgyául, mivel sok százra rugó cukorbetegemen szerzett tapasztalataim többek közt arra is tanítottak, hogy mily kevésbé veszik tekintetbe a közismert rendszabályokat. Talán egyetlen egy betegségben sem oly fontos a gyakorló orvos közreműködése és minden bizonyossal semmi más betegségben sem oly jelentős munkatársra a szakorvosnak, mint épen a diabetesben. Hiszen a diabetes az idült betegségeknek olyan képviselője, a melyben a beteget egész életén át bizonyos ártalmaktól óvnunk kell, hogy ezzel életét meghosszabbítsuk. De az orvosok egy része, és mondhatnám nagy része, a diabetezzel szemben passiv viselkedik és a könnyelmű betegek malmára hajtja a vizet. A beteget rendszeren



egyik vagy másik gyógyhelyre küldik, a hol 3—4 héten át bizonyos rendszer szerint él, hazajövelekor azonban az esetek túlnyomó többségében azon tanácsot kapja: hogy most lassanként térjen vissza a szokott életmódjához. És épen ez a kardinális hiba. A glykosuria megszünése nagyon ritkán, sőt majdnem sohasem azonos a baj megszünésével, épen oly kevésbé, mint a hogy a kiütések megszünése még nem jelenti a lues gyógyulását. De ezzel más alkalmakkor foglalkoztam<sup>1</sup>; itt csupán kitűzött tárgyam határain belül kívánok mozogni és röviden vázolni, hogy mitől óvjuk meg cukorbetegünket.

1. Első sorban meg kell védenünk betegünket a *helytelen étrendtől*. Ez alatt épen úgy a nagyon szigorú, mint a nagyon enyhe diaeta értendő. A diaeta csak akkor czélszerű, ha megfelel a beteg egyéniségének, és mindannyiszor változtatandó, a hányszor a betegség lefolyása megköveteli. Az én eljárásom a következő; a kezelés kezdetén a betegnek lehetőleg teljesen szénhidratmentes diaetát rendelék. Hangsúlyozom, hogy *lehetőleg* szénhidratmentes legyen a diaeta, mivel teljesen szénhidratmentes ételek nincsenek, hiszen kisebb-nagyobb mennyiségben minden ételben találkozunk ezen anyagokkal. Tehát a diaeta, melyet a beteg a kezelés kezdetén kap, a szorosabb értelemben vett szénhidratokat nem tartalmazza; megengedhetők a tea, a bouillon, a hús, a tojás, a legfeljebb 3—5% szénhidratot tartalmazó főzelékek (káposzta, uborka, saláta, spárga, zöld bab, karfiol, spenót), a sajt, a vaj és más zsírfélék. A beteg leginkább a kenyér hiányát érzi, és ez valamiképpen pótlendő. A legtöbb készítmény, melyet ezen czélből árúba hoztak, nem felel meg a czélnak, mert ha csakugyan szénhidratmentes, nagyjára élvezhetetlen is és a beteg rendszerint visszautasítja; ha pedig kellemes ízű, mint az általánosan használatos Graham- és aleuronat-kenyér vagy az úgynevezett „Kleberbrot“, minden bizonynyal több szénhidratot tartalmaz, mint a mennyit a beteg cukorassimiláló képessége elbir. Ezen kérdés megoldásában nagy hála kötelezett William Pavy, ki felhívta figyelmemet a Callard & Co. londoni cég teljesen szénhidratmentes készítményeire, a melyeket a legtöbb beteg nagyon szívesen vesz. Italul szénsavdús, alkaliás ásványvizet, esetleg alacsony alkoholtartalmú bort szoktam ajánlani.

Ily diaeta és kellő kezelés mellett a legtöbb beteg rövid időn belül cukormentes. Ha ezt elérem, megpróbálom, hogy mennyire javult a beteg szénhidratassimiláló képessége. Ezen czélből a beteg meghatározott mennyiségű szénhidratot kap, még pedig legczélszerűbben fehér kenyér alakjában. Rendesen 30—50 grammal pro die kezdem és ha a beteg ezen mennyiség használata után is cukormentes marad, addig fokozom a kenyér mennyiségét, a míg az assimilációs határt elérem. Kenyéren kívül kisebb mennyiségű burgonyát vagy rizst, esetleg cukor nélkül készített tészát, de mindig meghatározott mennyiségben, használhatunk ezen próbához, hogy a beteg étrendjét változatosabbá tegyük.

Ha az assimilációs határt túlhaladjuk vagy el nem érjük, ártunk a betegnek; úgy az egyik, mint a másik szervezetének rovására történik; bizonyítja ezt azon tapasztalat, hogy a beteg súlya gyarapszik vagy nem változik, ha étrendje assimiláló képességének megfelel, ellenben súlyvesztést találunk, ha az assimilációs határt akár felfelé, akár lefelé elhagytuk. Az assimilációs határ a különböző betegekben különböző, egy és ugyanazon betegben is igen nagy változásoknak van alávetve és a betegség második szakában, melyet mások, nézetem szerint<sup>2</sup> helytelenül, diabetes gravisnak neveznek, óriási változásoknak van alávetve, sőt egyes esetekben épséggel semmi szénhidratot sem tud kihasználni a szervezet. Ezen szakban, melyben a vizelet cukron kívül acetont, acetecetsavat és egyéb fehérjebomlástermékeket tartalmaz, a diaetás eljárás nem lehet egységes; az esetek rendszerint oly eltérők, hogy a sablontól óvakodnunk kell.

Tudjuk, hogy ezen szakban a cukorképződés forrása nemcsak a szénhidratok, hanem a fehérjék is, még pedig nemcsak az ételekkel felvett fehérjék használhatnak fel a cukor képzésére, hanem a test szövetei is, melyeknek bomlástermékeként jelentke-

zik a vizeletben az acetont és az acetecetsavat. Hogy mily jelentősége van ezen folyamatnak a szervezetre, szükségtelen kiemelni és magától értetődik, hogy eljárásunknak oda kell irányulnia, hogy ezen szövetbomlást megakadályozzuk. Eljárásunk az eset természetétől függ; ha oly esettel van dolgunk, melyben a szövetbomlás a szénhidratokkal való visszaélésre vezethető vissza, ki fogjuk zárni az étrendből, mire a bomlástermékek a cukorral együtt eltűnnek; ha azonban a szövetbomlás megszorított étrend mellett támad, akkor kétféle eshetőséggel lehet dolgunk:

a) A beteg étrendje, mely egy ideig megfelelt assimiláló képességének, elégtelenné vált, a mennyiben a beteg szervezete visszanyervén assimiláló képességének egy részét, megkivánja a szénhidratokat és ezen kielégítetlen állapot szövetbomlásra ad alkalmat; vagy pedig:

b) a beteg assimiláló képessége annyira csökkent, hogy a nitrogéntartalmú ételeket sem bírja felhasználni.

Mindkét esetben szénhidratoknak kis mennyiségben adása javalt, mi által az első csoportban a szövetbomlást egészen megakadályozzuk, a második csoportban ellenben csak csökkentjük a szénhidratoknak némiképen fehérjekímélő hatása miatt. Az első csoportban a szénhidratok nemcsak a bomlástermékeknek, de magának a cukornak a képződését is megszüntetik, mivel ez utóbbi csak a szénhydrathiány okozta szövetbomlás által jött létre; az esetek második csoportjában a bomlástermékek eltűnnek vagy csak megkevesbednek, a cukor mennyisége ellenben fokozódik vagy egyforma marad, mivel itt a szénhidratok csak a szövetbomlás mérséklésére szolgálhatnak.

Nagy fontossággal bír azon körülmény, hogy a betegek a különböző szénhidratokkal szemben különbözően viselkednek. A cukor, mint olyan, még a betegség kezdeti szakában is glykosuriát okoz, sőt glykosuriát idéztem elő kis mennyiségű cukorral olyan betegeken is, a kik minden más szénhidrat mellett éveken át cukormentesek voltak. Ugyanez áll az edesebb gyümölcsfélékről, különösen a szőlőről, a dinnyéről, az ananásról stb. A rizs és burgonya ártalmasság tekintetében közvetlenül a cukor után következik, noha némely beteg elég nagy mennyiséget fogyaszthat el ezen szénhidratokból a nélkül, hogy a vizelet a cukornak még legkisebb nyomát is tartalmazná. Azért ilyen esetekben ezen anyagok megvonása épen oly helytelen volna, mintha oly egyéneknek ajánlanók azokat, a kiknek az assimilatioja velük szemben elégtelen. A különböző lisztfélék, ámbár némely szerző az ellenkezőjét állítja, egyenlően hatnak a szervezetre. Nem áll, hogy a zabliszt készítményei kevésbé ártalmasok mint a rozsai vagy a búzáéi, és ha egyes szerzők a zabliszttel kedvező eredményt értek el egyes esetekben, úgy az nem a zablisztnak, hanem az egyén természetének tulajdonítható. A ki a zablisztet eltűri, eltűri a búza- és rozsliszttel is, minden csak a mennyiség és az assimiláló képesség közti viszonytól függ és ezen viszony kellő megfigyelésében áll a diabetes modern diaetás kezelése.

2. *Izgalomtól*, még pedig úgy lelki, mint testi izgalomtól meg kell védenünk a diabetesben szenvedőket. Hogy mily hatással vannak a lelki felindulások a diabetesre, mindenkinek nyilhatott már alkalmá meggyőződnie; de mi orvosok nem akadályozhatjuk meg őket, hiszen a mai világréteg a létért való küzdelem mindnyájunknak bőven juttat belőlük és ha a diabeteset sikeresen gyógyítani vagy enyhíteni akarjuk, az anyagi gondokkal küzdő beteget biztos existenciára, az ambícióval telt egyént czéljai elérésére és a milliók után törekvő üzért Fortuna szekerére kellene segítenünk. Ezekkel szemben a mi hatáskörünk csak arra szorítkozhatik, hogy a beteget bizonyos ártalmakra figyelmeztetjük és munkakörének esetleges megváltoztatását ajánljuk.

A testi izgalom, első sorban a nemi étellel való visszaélés határozottan ártalmas, ámbár a glykosuria tartama alatt a baj maga is gondoskodik arról, hogy a libidót lefokozza; excedálás csak a cukormentes szakban szokott előfordulni és rendszerint tetemes rosszabbodást von maga után.

Az izommunka is csak oly fokban ajánlható, a melyben túlságos kifáradást nem von maga után. Ezt természetesen nem a kenyérkereseti munkára vonatkozatom, mert annak a határát az orvos nem igen szabhatja meg, hanem a különböző sportokra, melyeket az utóbbi időben a diabeteses betegeknek is ajánlanak. Tagadhatatlan, hogy mindennemű izommunka a szervezet működ-

<sup>1</sup> The treatment of Diabetes Mellitus, Medical Press, London 1905 márczius; Diabetes and its Treatment, The Indian Lancet, Calcutta, 1905 május.

<sup>2</sup> L. Dietary in Diabetes and Gout, The medical Press, London, 1906 január.



déseinek: az emésztésnek, anyagcserének és vérkeringésnek fokozódásával jár és ez a diabetesben is előnyös; de tekintetbe kell vennünk azon tényt is, hogy a kifáradás szövetbomlással jár, mely folyamat úgyszólván a diabetes rendes kísérője, miért is inkább a csökkentésére, mint fejlesztésére kell törekednünk.

3. Az időjárás és a klimás viszonyok is nagy befolyással vannak a diabetesre. Tapasztalataim szerint a betegek jobban érzik magukat a melegebb évszakokban mint télen, a mi különösen a baj második szakában tapasztalható. Ez nem csupán annak tulajdonítható, hogy a diabetesesek a téli évszakkal és a meghűléssel járó betegségekkel szemben sokkal fogékonyabbak mint mások, hanem azon körülménynek is, melyre kivülem más szerző nem terjeszkedett ki és a melyet az esetek nagy részében találtam, hogy a glykosuria és különösen a szövetbomlás télen nagyobb mérvet ölt mint nyáron. Ez kétségen kívül a nagyobb hővesztés pótlására szolgáló nagyobb hőtermelésnek tulajdonítható, mely a diabeteses hiányos anyagcseréje mellett egyúttal a glykosuria, illetőleg a szövetbomlás fokozódását is eredményezi. Ha ezt, továbbá azon körülményt, hogy a diabetesesek hőtermelése általánosságban is csökkent, tekintetbe vesszük, bizonyára nagy fontosságot fogunk tulajdonítani a betegek ruházódásának.

A hővesztés csökkentésére legjobb a testhez simuló *gyapjúalsóruha*. Ezen ruházati cikknek, mely a continensen csak az utolsó években tör magának utat és mely némely elavult nézet szerint csak a szervezet elpuhítására szolgál, nagy fontosságot kell tulajdonítanunk mindazon esetekben, a melyekben a hővesztéssel szemben erélyesen kell küzdeni. A nehéz felső ruha csupán a test kifáradását okozza és nem védi meg kellőleg a hidegtől, mivel nem alkalmazkodhatik annyira a test formájához mint az alsó ruha. Ez utóbbi, ha finom gyapjúból, vagy még helyesebben gyapjú és selyem combinációjából készült, oly vékonyan állítható elő, hogy a testet egyáltalában nem feszélyezi és a hideg ellen mégis jobban megvédi, mint a mozgást gátló nehéz felsőruha.

Oly betegek, kiknek vagyoni viszonyai megengedik, hogy a hidegebb évszakot hazájuktól távol tölthessék, helyesen cselekszenek, ha a telet a Rivierán töltik, a mi rendesen a glykosuria csökkenésével és a többi tünet javulásával jár. Különösen ajánlható a délvidéken való tartózkodás azon esetekben, a melyekben gümőkóros szövődeményektől tarthatunk. A csúzzal és köszvénynyel szövődött esetek tapasztalatom szerint Egyiptom száraz klimájában sokkal nagyobb enyhülést találnak, mint a mérsékelt nedves Rivierán.

Ezek volnának azon ártalmak, melyektől betegeinket óvnunk kell és ha az említett óvintézkedéseket a szokásos therapiával párosítjuk: ha nem is gyógyulást, de bizonyára tartós javulást és kielégítő eredményt érhetünk el.

**Közlemény a budapesti kir. tudomány-egyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr., egyetemi tnr.)**

### Betegágyra való védőkészülék.

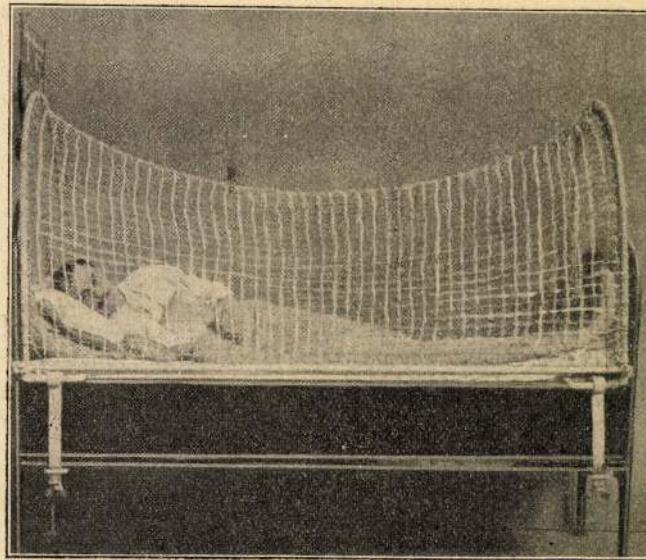
Irta: *Tornai József* dr., klinikai gyakornok.

Minden kórházi osztályon, leginkább pedig ideg- és elme-gyógyintézetben sokszor fordul elő, hogy egyik-másik beteget hirtelen támadt görcsroham, delirium vagy más psychosisos nyugtalanság miatt a saját és a környezet épsége érdekében lehetőleg gyorsan biztonságba kell helyezni. A biztonságba helyezésnek általánosan ismert s leginkább alkalmazott módja a szigorú folytonos felügyelet, legtöbbször elkülönítés mellett. De sokszor a felügyeleten és elkülönítésen kívül kénytelenek vagyunk még erélyesebb, bizonyos mértékig már durva eljárásokhoz és eszközökhöz (pl. ágyhoz való lekötés) is folyamodni.

Azon célra, hogy az ily, legtöbbször beszámíthatatlan állapotban levő, nyugtalankodó beteg magában vagy másban kárt ne tehessen, s hogy lehetőleg gyorsan biztonságba helyeztessék, igen egyszerű hálókészüléket szerkesztettem. A hálókészülék négy erős szorítócsavarral bármely ágyra (az ágy rongálása vagy átalakítása nélkül) gyorsan és szilárdan felerősíthető, s ha szük-

séges, bármely pillanatban lezárható, még pedig úgy, hogy a beteg magát meg nem sértheti, ágyából ki nem eshetik.

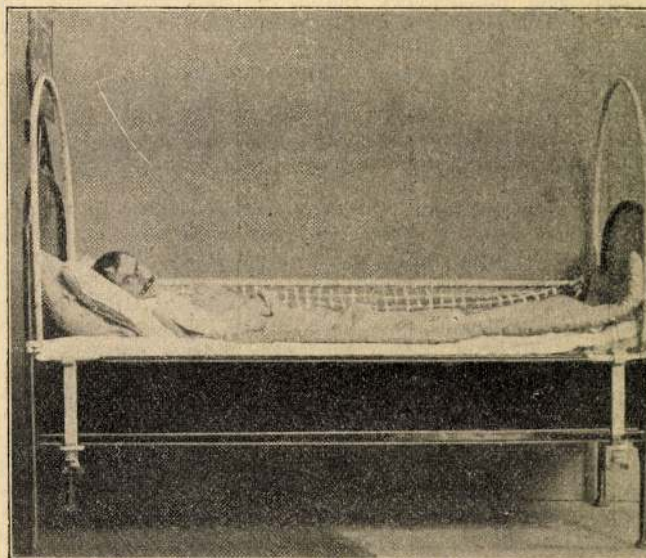
A készülék alkotórészei, mint az 1. ábra mutatja, két félkörben hajlított, hüvelyknyi vastag fémpálcza (gázcső), melyek mindegyike két végén egy-egy erős szorítócsavarba folytatódik és ezek segítségével az egyik az ágy feji, másik pedig lábi végén rögzíthető; e két ívben hajlított pálczát két egyenes, az ágy két oldalával párhuzamos pálcza köti össze és az így alkotott



1. ábra.

szilárd fémkeretben, sátoralakban, erős zsinegből font háló van kifeszítve. A hosszanti pálczák vastag fémkarikákban végződnek és ezek, valamint a hálótartó erős karikák a két ívalakú részre mozgathatóan vannak felfűzve úgy, hogy a háló bármely oldalról, az egyenes pálcza felemelésével könnyen felnyitható, vagy akár — mint a 2. ábra mutatja — egészen félretolható.

Mint az 1. ábrán kivehető, a szerkezet két ívalakú vége is hálóval van befonva és a két kisebb, félköralakú háló is az



2. ábra.

említett karikákon van kifeszítve, így az egyenes pálcza emelésével vagy letolásával a nagyobb hálóval együtt nyitható illetve zárható. Így tehát a beteget minden oldalról háló zárja el és gátolja, hogy magában vagy másban kárt tehessen.

A hosszanti pálczák karika-végét a lezárás pillanatában egy-egy magától csukódó retesz fogja le úgy, hogy a háló csak a retesz félrehúzásával és csak kívülről nyitható, tehát a beteg a lezárt hálót fel nem nyithatja. Használaton kívül a szerkezet



összecsukva aránylag igen kis helyet foglal el, könnyen hordozható.

Gyermekkorházak részére a hálószerkezet megfelelő kisebb méret szerint készíthető. Elme- és ideggyógyintézetek részére pedig a szükséghez képest bizonyos számú ágy már eleve ily hálószerkezettel együtt készíthető. Ugyancsak ily szerkezettel együtt állítható elő gyermekágy is és az így készült ágy a gyermekszobában is hasznosabb szolgálatot tehet, mint a szokásos gyermekágy, melynek hálóval ellátott, de könnyen lekapcsolható oldala sokszor nem nyújt kellő védelmet a nyugtalan gyermeknek.

Készülékem igen egyszerű, bárki könnyen kezelheti és humanusabb az eddig hasonló czélből használt eszközöknél és eljárásoknál. Különösen ott alkalmazható haszonnal, a hol az ápolók száma csekély és megtörténik, hogy egy-egy ápolóra, főleg éjjel, 2-3 kórterem, 20-30 beteg gondozása van bízva. Ennyi között többnyire akad egy-két lázas, deliráló (typhusos, pneumoniás) beteg, a ki folytonos felügyeletet igényel. Ilyenkor arra az időre, míg az ápoló a többi beteg körüli teendőit végzi, a háló lezárásával a nyugtalan beteget biztonságba helyezi. A készülék különben a 2. sz. belklinikumon, hosszabb idő óta időközönként különféle esetekben használva, elég jó szolgálatokat tett.

E helyen hálás köszönetet mondok Kerty tanár úrnak, a ki szíves volt megengedni, hogy készülékem klinikáján kipróbáltassék. A szerkezetre Németország részéről szabadalmat nyertem.

### Közlemény az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr. ny. r. egyet. tanár.)

#### Periarteriitis nodosa

Irta: *Benedict Henrik* dr., volt I. tanársegéd.

(Folytatás.)

Áttérek most saját észleletem részletes ismertetésére.

Az általunk az I. sz. belorvostani klinikán megfigyelt beteg 44 éves volt s mint igazgatótanítónő működött egy temesmegyei iskolában. Családi anamnesise nem tartalmaz fontos adatokat. Férje paralysis progressivában halt el. Négy gyermeke közül három egészséges, egy angolkóros. Egy ízben abortált.

38 éves korában influenzában és egy évvel később typhusban szenvedett. Két év előtt tüdőgyuladást állott ki. Az utolsó esztendőben sokszor volt „rheumája”, melynek azonban semmi különösebb jelentőséget nem tulajdonított. Három év előtt szívdobogást kezdett érezni; egy általa megkérdezett budapesti orvos akkor arra figyelmeztette őt, hogy „szíve ninesen teljesen rendben”. Egy év előtt körülbelül lúdtójasnyi hideg tályog képződött a bal nagy tompor alatt, mely 7 havi fennállás után a budapesti I. sz. sebészeti klinika ambulanciáján szűresapolással és jodoformglycerinnel gyógykezeltetett. 1904 szeptember havában befejezettek nyívanították a kezelést, a beteg haza utazott és 1905 január 2-áig fáradságos teendőit teljes egészség közepette végezte.

Ezen aptól datálódik mostani betegsége. Izületei gyors egymásutánban kezdtek fájni, a nélkül, hogy megdagadtak volna, elannyira, hogy ágyat nem tudta elhagyni. A nagy és kis izületek egyformán voltak megtámadva, a legerősebb fájdalmakat azonban a jobb könyökizület alatt érezte, a hol egyszerűen hangyamászással és bizsergéssel is jártak. A végtagfájdalmakhoz, melyek belső szerekre alig, külső bedörzsölésekre valamivel jobban reagáltak, a felső hastáj kólikaszzerű fájdalmi csatlakoztak, melyek eleinte az epigastriális szöglettől, később a jobb bordaív tájáról indultak ki és a hát felé sugároztak. Étvágya keveset szenvedett, de a fájdalomtól való félelmében nem mert enni. Csekély láza volt és könnyen izzadt. Három hét alatt gyengesége annyira fokozódott, hogy nem tudott segítség nélkül az ágyban felülni.

A 4. het vége felé a kar- és láb-fájdalmak lassanként csökkentek, míg a testfájdalmak meg fennállottak. Ekkor egy éjjel hasának a jobb oldalán erősebb fájdalmat kezdett érezni, s odanyúlván, egy jó ökölyi kemény daganatot tapintott, mely a hasfalakat elődomborította. A daganat a következő napokon ismét kisebbedett. Körülbelül egyidejűleg ezen daganat képződésével a baloldali mellkasfél alsó részében 4-5 bőr-alatti, kis mogyorónyi, gömbölyű, nem fájdalmas és könnyen eltolható göb képződött, és néhány még kis bb, körülbelül borsómelegkoraságú göbcsét a bal lábszár és mindket alkar bőre alatt vett észre.

Úgy a beteget, mint a kezelő orvost a hasbeli daganat érdekelte legjobban. Gyorsan és fájdalmas kíséretében keletkezett, éppen a vakbél táját foglalta el; ennél fogva appendicitise gondoltak és a beteget az I. sz. sebészeti klinikára szállították, a hova 1905 február 8-án érkezett. De már a felvéteikor kitűnt, hogy appendicitisről általában nem lehet szó; a tumor a hasfalakban székel, érzékenységet alig mutatott és hidegborogatások alatt szemlátomást kisebbedett. Minden valószínűség szerint tenét intermuscularis vérömleny forgott fenn.

Február hó 8-ától 20-áig a beteg a sebészeti klinikán észlelte-

tett. Ezen idő alatt az epigastriális fájdalmak mindinkább erősödtek, a bőr és a sclera sárgára színeződött, míg a vizelet sötét színűvé, a széketétel kevésbé festenyzetté vált. Körülbelül 3 napi fennállás után a sárgaság rohamosan csökkent. Ez alatt az eddig subfebrilis beteg hőmérséklete 38<sup>o</sup>8<sup>o</sup>-ig emelkedett volt.

A bonyolult anamnesis cholelithiasis felvételét lehetetlenné tette. A bőr alatti csomócskák inkább egy rosszindulatú belső daganat metastasisainak látszottak; de midőn egy ilyen bőr alatti csomócskát a mellkas alsó oldaláról kiirtottak, kitűnt, hogy legnagyobb részt alvadtt vérből áll. A kiirtás helyén néhány óra alatt tyúktójasnyi vérdaganat képződött.

Miután ilyen módon bebizonyosodott, hogy sebészeti beavatkozásra nemcsak semmi ok ninesen, hanem a beteg jóformán sebészeti „noli me tangere”, czélszerűnek látszott a beteget közelebbi megfigyelés végett az I. belorvostani klinikára utasítani, a hol a következő status vétetett fel:

A beteg magas termetű és gracilis csontrendszerű. Az izomzat felette sovány és petühűt, a bőr alatti kötőszövet igen zsírszegény. A bőr mindenütt nagy redőkbe szedhető és fakósárga színű. A nyálkahártyák vérszegények, könnyen icterusosak. A sclerák szintén sárgás elszíneződést mutatnak. Az áll alatt, a felső végtagok hajlító oldalának, valamint a bal lábszár alsó harmadának a bőre alatt néhány borsónyi, gömbölyűd vagy petédű, meglehetősen kemény, szabadon mozgatható csomócska tapintható, számszerint mindössze 11. Ezenkívül a bal mamma alatt, a 6. és 7. bordaközben 3 nagyobb, körülbelül mogyorónyi és valamivel lágyabb csomó találtatott. A sebészeti klinikán kiirtott daganat áll fenn. A baloldali trochanter major alatt lúdtójasnyi hulámzó daganat tapintható, melyből próbaszúrásakor híg, tejfelszerű geny ürül ki.

A pupillák középtágak, egyforma nagyok, jól reagálók. A nyelv halvány, kissé bevont. A torok ép, a fogazat hiányos. A nyak vékony, hosszú. A mellkas megnyúlt, keskeny, symmetriás. A bordaközök szélesek, az epigastriális szög hegyes. A légzés mellkasi jellegű; a légvételek száma percenként 24. A tüdőszélek egy bordaközdeli mélyebben állnak, belégzés alatt lejjebb szállnak. A tüdők mindenütt rendes légtartalmúak. Az alaplégzés gyengült, abnormis melleközrejek ninesenek.

A szívcsúcslökés a 6. borda felső szélén, a bimbóvonalon kívül, 2 harántujj yira tapintható, körülírt és emelő. A szívüktetés a bal 5. és 6. bordaközben jól látható és tapintható. Az absolut és a relativ szívtempu at szintén bal felé megnagyobbodott; jobb felé és felfelé a határok normalisak. A manubrium sternitől jobbra, az 1. és 2. bordaköz legmediálisabb részletei felett 2 harántujjni tempult terület található, mely a tárgult felszálló aortának felel meg.

Az aorta-ív magasan felterjed a jugulumba. Az anomya eredete jól tapintható. A nyak verőerei élénken lüktetnek. A halántékvérerek kanyarulatosa és merevek. A karverőer, valamint az orsóverőerek és felületes ágaik jól látható élénken lüktetést mutatnak, mikor is szemlátomást megnyúlnak. Figyelmes tapintáskor nem látszanak egyenesen tágnak; falzatuk merev. A pulsus meglehetősen feszes, kissé gyors. A vérnyomás 140 Riva Rocci szerint (a kar verőerén mérve). A rhythmus normalis, az ütések száma 94.

A szívcsúcstól systolés hang és egyidejű zöreje, erősebb diastolés hang. Az aorta felett hosszúra nyúlt systolés zöreje, mely a nyak verőerei felé folytatódik, és rövid, hangosan dobbanó diastolés hang, melyhez hurog postdiastolés zöreje csatlakozik. A jobbszív hangjai tiszták. A has behúzódtott, a hasfalak vékonyak. A jobb oldali ligamentum Pouparti felett lúdtójasnyi, felületesen fekvő, meglehetősen élesen határolt plastikus daganat tapintható, mely csak a hasfalakkal együtt toltató el; nyomásra kissé érzékeny. A hasi aorta élénken lüktet. A felhasra és a köldöktájra gyakorolt nyomás fájdalmas. A máj meghaladja a bordaívet a bimbóvonalban, a bal májleány a baloldali bimbóvonalig terjed. A májszél nyomásra kissé érzékeny. A gyomor alsó határa a köldök magasságán található. A táplálékfelvétel nem fokozza az érzékenységet. Az étvágy gyenge, a széketétel kissé visszatartott. A lép nines megnagyobbodva.

Mindkét vese a belégzés alatt tapintható, normalis nagyságú és nyomásra nem érzékeny. A vizelet napi mennyisége 1200 cm<sup>3</sup>; faj-súlya 1014, vegyhatása gyengén savi, színe telített sárga, átlátszó. Teljesen fehérjementes; a gyér üledék csak normalis elemeket tartalmaz. A vér 2.850,000 vörös-, 12,000 fehérvérsejtet tartalmaz köbcéntiméterenként. A beteg esteli hőmérséklete 37<sup>o</sup>8<sup>o</sup>.

A végtagok mozgató ereje a beteg erős lesoványodásának megfelelő. Bénulások, feltűnő izomsorvadások sehol nem mutathatók ki. A térd- és Achilles-inreflexek igen gyengék. A bőrreflexek és az összetett reflexek normalisak. Az idegek és az izmok erősebb nyomásra fájdalmasak, különösen a jobb kar képződményei. Érzési zavarok sehol sem állanak fenn. Az érzékszervek rendszeren működnek. A psyche ép.

*Körisme.* Midőn a beteget legelőször láttuk, az általános elváltozások mellett (anaemia, cachexia, erős lesoványodás, kisfokú icterus) a szíven és a vérereken található elváltozások voltak legszembeszökőbbek. A 44 éves asszonyban a vérerek előrehaladott arteriosclerosis jeleit mutatták. Az aorta megnyúlt és kiszélesedett, a környi verőerek erősen kanyarulatosa, merevek. A vérnyomás a rossz táplálkozási viszonyokhoz képest magas volt. A bal szíven hypertrophia, az aortabillentyűkön viszonylagos elégtelenség volt megállapítható. Súlyos vérrelváltozás



jelül kellett tekintünk azt is, hogy a hasfalak nagy vérömlenye kifejlődésre juthatott; mert arra nézve, hogy csak ilyenekkel lehetett dolgunk, a daganat gyors keletkezése és elmulása semmi kételyt nem engedett. Másképen állottak a dolgok ama mogyorónyi csomó identifikálása körül, mely a mellkas bőr alatti kötőszövetéből irratott ki és a mely az első vizsgálatra vérömlenynek imponált; mert midőn a haematoxylinnal festett metszeteket újlagos vizsgálat céljából ismét elvettük, a következőt konstatáltuk:

A csomócska legnagyobb tömege csakugyan alvadttal állott. De ezen alvadék sajátságos formával bíró kötőszöveti burokból volt zárva. A vérömleny egyik keskenyebb oldalán egy  $\frac{1}{2}$  mm. széles rétegzett képződmény convexitásán ült, mely sima izomszövet tartalmánál fogva egy vérfal segmentjének bizonyult. Ezen vérfal periferiájának körülbelül  $\frac{1}{3}$ -a volt a készítményben látható. Ezen segmentum görbülete után itélve egy körülbelül 2 mm. átmérőjű arteriához tartozott volt. A verőfalnak a lumen felé néző rétegei néhány gyér véralvadékban veszték el. A külső rétegek erősen tapadtak az említett nagy véralvadékhoz.

A véralvadék szélesebb külső oldalát egy  $\frac{1}{3}$ – $\frac{1}{2}$  mm. széles rétegzett, meglehetősen sejtdús kötőszöveti hártya határolta, és pedig úgy, hogy az alvadék a concavitásához tapadt. Néhány metszeten a belső vérsegmentum és a nagy külső kötőszöveti tok között bizonyos összeköttetést lehetett kimutatni, a mennyiben a verősegmentum környi rétegei kifelé hajlottak és mindig a coagulumhoz hozzátapadva, a külső kötőszöveti hárttyába mentek át. Az egész képződmény ennélfogva vese- vagy babalakúnak tetszett. Úgy a belső, mint a külső elhatárolás felől megindult a véralvadék kötőszöveti szervülése. A külső kötőszöveti tokban sugaraszerű álló kis véredek voltak láthatók, melyek a véralvadék belseje felé húzódtak. Világos volt, hogy a vérzés azon vérből eredt volt, melynek falzatának egy része harántmetszetben szemünk előtt állott és minthogy ezen vérfal külső rétegei a véralvadék külső tokjába folytatódottak, valószínűnek látszott, hogy a vérzés nem a szabad vércsőből származott, hanem a verőér külső rétegeibe hatolt, melyek ilyen módon a belső hárttyától elemelkedtek. Minden tehát a mellett szólott, hogy egy meglehetősen nagy verőér aneurysma dissecansával volt dolgunk. Mellette látszott bizonyítani az is, hogy ezen csomók kezdetül fogva körülírtak és szabadon mozgathatók voltak. A rétegek finomabb meghatározása már nem volt lehetséges, minthogy a kiindulási anyag hasznavehetetlenné vált és a rugalmas elemekre való festés a tisztán tájékoztató metszeten nem fogantósított.

Megállapítottunk tehát, hogy olyan verőérmegbetegedés forog fenn, mely a véredek nagyobb szakadékonyságra disponálta és mely ennélfogva dissecáló aneurysmák és szabad vérömlenyek képződésére vezetett; betegünknek arteriosclerosis praecoxa, bármilyen kifejezett is volt, magában véve nem magyarázhatta ezt a hajlamot. Mert bár bizonyos szervekbe történő vérzések az arteriosclerosis kórképéhez tartozhatnak, mégis feltűnő volt, hogy a hasfalak vérömlenye és a kis verőér körüli vérömlenyek majdnem egy időben és ezenfelül *heveny lázas megbetegedés után* támadtak.

Vannak ugyan fertőző megbetegedések, melyek a véredek falzatát akár toxin behatása, akár bakteriumok egyenes bevitele révén olyan módon változtatják meg, hogy a vér nekroszisára, aneurysmák képződésére és másodlagos vérzésre kerülhet a sor. Csak emlékeztetni akarunk a pyaemiás folyamatokban előforduló mycosis aneurysmákra. De azon mérsékelt vérerlaesiók egyike is, a melyeket legújában *Wiesel* behatóan ismertetett, képes lehetett volna már kifejlődött arteriosclerotikus elváltozások és felmagasztalt verőeres nyomás mellett sokszoros vérérrepedésekre vezetni. *De milyen kórképnek felelt meg azon heveny tünetcsoport, mely a rupturaképződést megelőzte? Mindenesetre a jobban ismert fertőző betegségek egyikének sem.*

A rheumaszerű jelenségekkel való kezdet, a rohamosan fejlődő gyengeség, a vérszegénység, a csak mérsékelt láz, az állandó rohamokban erősödő epigastrális és melltáji fájdalom, a kistokú sárgaság: mindez olyan tünetcsoportot tevődött össze, melyet személyes tapasztalásból eddig nem ismertünk, mely azonban a *periarteriitis nodosa* kórképéhez, a milyen az eddigi bonczolási esetekből rekonstruálható volt, feltűnő hasonlatosságot mutatott. Az eddigi esetek legpontosabb átvizsgálása csakugyan azt a meggyőződést érlelte meg bennünk, hogy ezen megbetegedés forog

fenn; de éppen az esetünkre nézve annyira praegnans aneurysma dissecans egy nagyobb verőérfalon volt az, a mi ennek a felvételnek az útját állotta. Ilyent az eddigi észlelők sohasem találtak. *P. Meyer* egyenesen a hiányukat emelte ki, ép úgy *von Kahlen*, a ki e miatt *Eppinger* abbéli felvételét, hogy ezen megbetegedésben a media veleszületett gyengesége játszsza a főszerepet, visszatartotta volt. Ezenfelül a periarteriitis nodosa mint a kisebb és legkisebb verőerek elváltozása volt ismeretes. Itt azonban kézzelfogható elváltozásokat találtunk a nagy és legnagyobb verőereken, magán az aortán és a balszíven. A kötőszöveti képződménynek előttünk fekvő verőérdarabján nem lehetett a periarteriitis nodosára nézve jellemző elváltozásokat kimutatni; a kórisme megerősítése végett tehát más bizonyítékok után kellett néznem.

A mint a kórtörténet említette, a mellkasbőr alatti nagyobb csomók mellett, melyek egyike mint verőér körüli haematoma felismerhetővé vált, még kisebbek is voltak jelen, melyek szemünk előtt napról napra mindinkább kisebbedtek. Az utóbbiak egyike a bal sípcsont belfelületén, 15 cm.-rel a malleolus felett kiirtatott. A képződmény borsómelegkoraságú volt és petealakot mutatott, a mennyiben a hosszátmérő a másik kettőt egy kevéssé meghaladta. Sima tok által volt körülveve, melyen keresztül helyenként kékes véralvadékok lehetett látni. A képlet egyik hosszanti oldalát egy szakadozott szövetléc foglalta el, mely a csomót felfelé és lefelé kissé meghaladta.

A képletet alkoholban való keményítés és celloidinba való beágyazás után harántul szeltek fel. A metszetek legnagyobb részét először Unna-Tänzer szerint elastinra festettük, majd polychrom-methylenekkel utána festettük. Csak egy része a metszeteknek lett megfestve és átvizsgálva, de mégis képesek voltunk a szövettani részleteket kellő pontossággal megállapítani.<sup>1</sup> A legmagasabb metszetek a következő képet mutatták:

Az oldalsó lécz laza kötőszövetből állónak bizonyult, melyben az összes keresztmetszeten látható, meglehetősen erős ideg futott végig. Ezen idegtől oldalt egy kis verőér harántmetszete volt látható és e mellett, laza kötőszövet által tőle elválasztva, egy körkörös képlet, melynek nagysága a verőér keresztmetszetét sokszorosán meghaladta, s melynek átmérője a legfelső metszeten 1 mm. lehetett. Ezen képlet rosszul vette fel a festőanyagokat és véralvadéknak bizonyult, melynek széle már bőségesen szervülni látszott.

A verőér keresztmetszete kissé elhúzódottnak mutatkozott. Az intima igen széles és sejtdús volt, az endothelsejtek duzzadtak voltak. A media inkább keskenyebb volt nevezhető; a membrana limitans interna mint redőzött szalag az egész peripherián át volt követhető. Az adventitia néhány rostos, inkább sejtszerű kötőszövetrétegből állott.

A következő metszetek azt mutatták, hogy a véralvadék mindinkább közeledik a verőérhez, úgy hogy az utóbbi adventitiája a véralvadék kötőszöveti burkával egészen összeolvadt. A verőérnek azon oldalán, mely a thrombus felé nézett, a circumferentia  $\frac{1}{3}$ -ának megfelelően bizonyos elváltozások mentek végbe: az intima terjedelme ugyanis mindinkább növekedett és pedig a media rovására, melynek izompamatai ugyanott legkeskenyebbek voltak. A membrana limitans interna ugyanezen a helyen csak részben festődött és folytonos megszakításokat mutatott.

Egy későbbi metszeten a *közlekedés kezdetét* lehetett kimutatni a verőér és vértömlő között. A verőér belvilága erősen deformálódott, a zsák felé néző oldalán hegyesen elhúzódottnak és egy keskeny, gyengén S-alakú hasadékba megy át, mely mindkét felől endothelium által határolva, a vérsákoscska belsejébe száradzik, mely ugyanitt a legszélesebb keresztmetszettel bír. A verőér és a hasadék endothelrétege erősen megvastagodott intima

<sup>1</sup> *Pertik* tanár is volt szíves készítményeimet átnézni és ezeket a *P. Meyer*-féle esetnek a birtokában lévő eredeti ábráival összehasonlítani. Szíves útbaigazításaiért e helyen mondok neki köszönetet, valamint *Genersich* tanárnak is, ki szintén érdeklődött a készítmények iránt. *Eppinger* tanárnak Grácban később szintén alkalma nyílt a készítményeket áttekinteni. Köszönettel tartozom *Beck Soma* egyetemi magántanárnak is, ki az anyag szövettani feldolgozásában segítségemre volt.



által van körülvéve, mely helyenként összeérve a hasadékok el-tüntetési és közvetlenül azon szövetburok belső rétegébe folytatódik, mely a véralvadékokat körülveszi. Eltekintve attól, hogy ezen belső réteg endothelmentes, úgy structurájára, mint tinctoriális magaviseletére nézve erősen hasonlít az intimához. Épen úgy folytatódik az adventitia a kötőszöveti burok külső rétegéből. A verőér mediája a hasadék közelében nem mutatható ki. A membrana limitans interna bizonyos távolságban a hasadéktól élesen megszakadt. Az adventitiát egy helyen igen sok gömbsejt hatja át.

Egy valamivel mélyebb metszet talán még szabadabban mutatta volna a közlekedést a verőér és a vérzsákocskák között, de ezen két képlet közti összeköttetés a leirt és itt ábrázolt metszeten szintén igen szembeszökő.



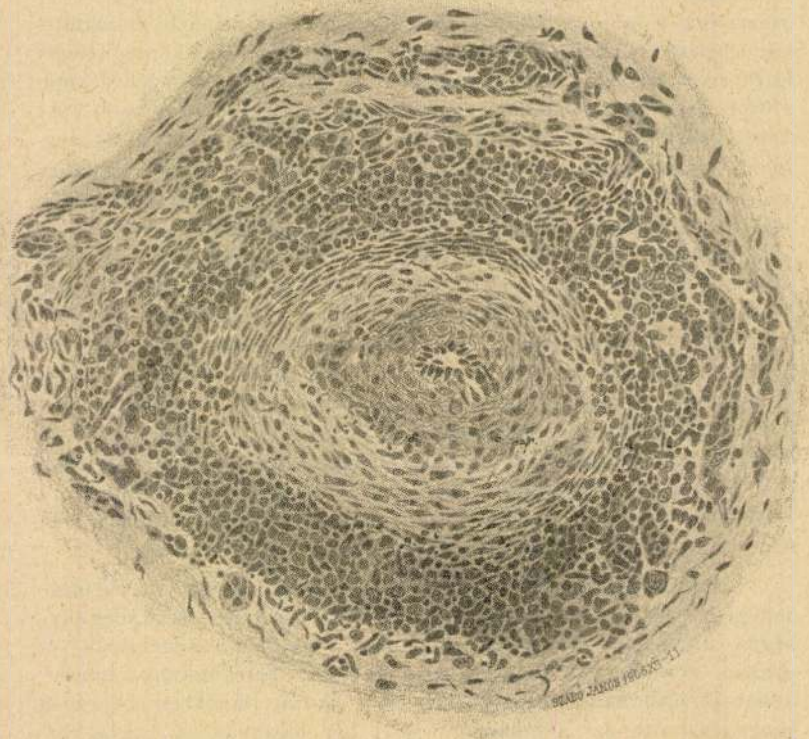
1. ábra. Jobboldalt felül az ideg átmetszete, alatta a verőér hosszúkás lumene, mely endotheliummal van kibélelve. Jobbra a lumentől a vérér rétegei még megkülönböztethetők, különösen a membrana limitans interna mint finom redőzött vonal látható. Balra látszik az aneurysmával való közlekedés. (Reichert-göröcső, okulár 3, tárgylencse 3.)

A még lejjebb fekvő metszetek azt mutatják, hogy a verőér az ismét kisebbedő véralvadék keresztmetszetétől kötőszövet által van elválasztva. A verőér belvilága az intima burjánzása következtében lényegesen szűkült; helyenként csak esillag-alakú hasadék maradt vissza. Az endothelsejtek feltűnően nagyok, duzzadtak, orsóalakúak. Az intima belső rétegei alakatlan, rosszul festődő alapállományból állanak, melyben meglehetősen sok sejt és egy vörösre festett rostos nemez látható. Az intima külső rétege homogen, magvakat egyáltalában nem tartalmazó, élénk-vörösen színeződő gyűrűvé alakult át, mely kifelé a gyengén festett membrana limitans internával határos. A media keskeny, kevés izommagvat tartalmaz és a rosszul festett izomrostok között számos hézagot tüntet fel. Helyenként látható, hogy az izomzatot szemcsés vagy rostos tömeg szakítja meg, mely az

intimához hasonlít. Az adventitia rostos és helyenként sejt-fészkek által van áthatva, melyek egy- és többmagvú gömbsejteket és néhány plasmasejtet tartalmaznak.

*E szerint olyan verőérnek thrombotizált aneurysmájával volt dolgunk, melynek méretei az aneurysmáihoz képest igen csekélyek.*

Az aneurysma csakugyan úgy függ a verőéren, mint az alma vékony ágacska. Ez az a hasonlat, melylyel Kussmaul és Maier első közleményükben éltek és melyet az esetükhöz mellékelt illusztrációk szintén feltüntettek. A keresztmetszeteknek ugyanazt a sorrendjét, tudniillik a vérér és a thrombus keresztmetszetének kezdeti különállását és későbbi egybeolvadását P. Meyer is ábrázolta. A verőérfal azokat az elváltozásokat tüntette fel, melyeket a kórbonecznokok eddig leirtak volt: az endothel burjánzását, az intima megvastagodását, a jellemző homogen gyűrűt az intima és media között, a mediának az elkeskenyedését és izomsejtjeinek az elfajulását, az aneurysmaképződés helyén a media teljes hiányát és a membrana limitans interna éles megszakadását. *Hiányzott azonban a jellemző sejtburjánzása az adventitiának.*



2. ábra.

Ez utóbbi, a mint említettük, hullámos, rostos kötőszövetből állott és csak helyenként tartalmazott sejtes telepeket.

A véletlen már most úgy hozta magával, hogy az aneurysma burkánóz a verőérrel ellenkező oldalon az alsó polus közelében valamivel több kötőszövet tapadt. Ezen kötőszövetben két kis verőér keresztmetszetét lehetett látni, mely legnagyobb megelégedésünkre épen ezt a verőér körüli sejtburjánzást kiváló módon mutatta. Ezen verőerek egyikét lerajzoltattam (l. 2. ábra). A sejtköpenyeg sokszorosán szélesbíti az adventitiát; mindenfelől körülzárja a véreret és állandó kötőszöveti sejtek mellett, melyek közt sok a plasmasejt, egy- és többmagvú gömbsejteket tartalmaz. A sejtburjánzás részben a media felé hatol, melynek szélessége az igen terjedelmes és sejtűs intima részéről is csorbul. Endothelburjánzás, rostonyás izzadmány az intimában és a media határán, a membrana limitans interna megszakadt volta és rossz festhetősége szintén hozzájárul a histológiai képhez.

*A kiirtott kis csomócskán sikerült tehát a periarteriitis nodosára jellemző összes elváltozásokat kimutatnunk, a verőér körüli burjánzástól kezdve egészen a ritkább aneurysmaképződésig. A klinikai diagnos is tehát biztosságra nézve akármelyik bonczolási diagnosissal versenyezhelett.*

(Folytatása következik.)



## TÁRCZA.

## Érdekesebb hypertrichosis-esetek.

Már körülbelül két éve más helyen bemutattam néhány történelmi nevezetességű arczhajás nőt és már akkor tölem telhetőleg rámutattam arra a számtalan kellemetlenségre, melyet a nőknek még a csekélyebb mértékű ilyenfajta szépséghiba is okoz. Ezek a kellemetlenségek főleg abból származnak, hogy a nők maguk is tudnak arról az idegenkedésről, melylyel nemcsak a férfiak, de még a nők is viseltetnek a hypertrichosis női arcz iránt. Ennek az idegenkedésnek létezését senki sem tagadhatja, mert mindenki a legközvetlenebbül észlelheti magán.

Egyik ilyen arczhajás kezeltem szinte sírva panaszkodott el egy nagyon jellemző kis történetet. Annak a bizonyosága ez a kis történet, hogy az idegenkedés, mint veleszületett ösztönszerű ellenszenv, már a gyermek lelkében is megvan. Egy gyermeknek a szülői elég durvalelkűek és elmesélik az illető nőnek, a ki csemegekereskedés tulajdonosa, hogy a kis fiuk nem ette meg a tizóraiát, melyet nála vásárolt, „mert a néninek, a kitől vette, bajusza van“.

Ez pedig nem a túlfinomodott idegzetű kulturember megborzongása volt, hanem a naiv gyermek lelkét eltöltő undor minden ellen, a mi különbözik a megszokottól, a normálistól.

Az első két eset, melylyel ma foglalkozom, szintén az arczhajás nők köréből való, a harmadik egy tizenöt hónapos gyermek hypertrichosisos tüneteit írja le, a negyedik pedig érdekes példája a hypertrichosis átöröklésének.

## I.

Max Bartels írta le először azt a 80 cm. magas és 60 cm. széles olajfestményt, melyet a Cassel melletti loevenburgi kastélyban őriznek. Az egykorú aláírás bizonyosága szerint 1714-ben festették le a 84 éves Knechtin Erzsébetet, ki egy svájci paraszt leánya, 1630-ban született és nyolcz évig volt férjnél. Több és részletesebb felvilágosítást sem a kép, sem a loevenburgi kastély gondnoka nem tud adni és másutt is eredmény nélkül keresünk adatokat, melyek e kép eredetijéről felvilágosíthatnának.



A festmény egy helvét nemzeti ruhás nőt ábrázol, bő ingujjakkal és zsinóros füzével. Arcza tojásdad, orra kissé hajlott. Haja közepén elválasztva simán lóg le a válláig és valószínű, hogy hátul varkocsba van fonva, elől pedig a homlok közepén olyan éles hegyben végződik, hogy szinte azt hihetnők, hogy paróka fedi a fejet. Oldalt a két kissé beesett orozát rövid tuskés

szőr fedi, csak az áll az alsó ajktól kezdve van sűrű, őszbe vegyült szakállal borítva, mely lágy hullámokban veri a mellét és még azon is túl ér. A felső ajk felett pedig hatalmas bajusza lóg egész a válláig. Olyan hatalmas ez a középen nyírott, kétoldalt meg kipödrött bajusz, hogy bármelyik huszárkáplárnak diszére válna. Igaza van Bartelsnek: ez az alak annyira híjjával van minden nőiességnek, hogy első látásra joggal kételkedhetünk, vajjon csakugyan nőt ábrázol-e?

## II.

A második kép a nálunk is ismert Pastrana Julia mexikoi tánczosnőt mutatja be, kit a hetvenes évek végén impressarioja és férje, az amerikai Lent, Budapesten is mutogatott.

Roppant érdekesek Pastrana születésének körülményei, melyek feltétlenül hatással voltak természetellenes fejlődésére. Anyja Mexiko őserdeiben, minden emberlakta helytől és emberi lénytől távol hozta világra leányát, egyedül a majmok s az erdő egyéb vadjai vették körül. És figyelemre méltó, hogy ez az egyetlen olyan hypertrichosis eset, hol az arcz feltűnő hasonlóságot mutat a majommal. Más esetekben, a hol ilyen hasonlóságról szó lehet, különösen a túl szőrös férfi arcz, inkább a kutya benyomását kelti bennünk.



Pastrana Julia prototypusa a csunyaságnak, rendetlen, kusza bajusz és szakál fedi még a neregernél is túlvastag alsó és felső ajkát, egész testét pedig rövidebb-hosszabb szőr borítja. Csodálatos, hogy minden rütsága mellett férjhez tudott menni; igaz ugyan, hogy életpárja inkább üzleti érdekből, mint valami mélyebb vonzalomból tette feleségévé.

Nagy szerelmének különben élénk tanúbizonyságát adta, mikor Pastrana halála után praeparált bőrét mutogatta.

Pastrana Julia most 6 napos korában elhalt fiúgyermekével együtt egyik moszkvai muzeumban látható „kitömve“. A gyermek, kinek születése anyja életébe került, örökölte szülője szőrzetét. Homlokát egész a szemöldökig takarja a haj, és mint anyjánál is, a nyakon, a fülből, az orron, a háton s a test egyéb részein is sűrű hajcsomók nőttek.

## III.

A hypertrichosis universalis egy érdekes példányát írja le C. Krebs-nek a „Hospitals Tidende“ című dán folyóiratban közölt adatai alapján szintén Bartels a Zeitschrift für Ethnologie 1881. évi kötetében közölt értekezésében (Ueber abnorme Behaarung beim Menschen).



1878 július 15.-én vették fel a kopenhágai kórházba gyógykezelésre a 15 hónapos *Marinus Károlyt*, egy grenaa (Jütland) lisztkereskedő fiát. Szülei elmondták, hogy a gyermek születésekor teljesen rendes külsejű volt, s az abnormális szőrösödés nyomai csak 3 hónapos korában mutatkoztak először és ezzel együtt a skrophulás tünetek is.



Bár a hypertrichosis direct átörökléséről itt szó sem lehet, tény az, hogy egész családja dús hajzatú és az apának nagyon erős bajusza, szakála meg szemöldöke van.

A különben jól fejlett, jókedélyű és értelmes gyermek egész testét, a kéz és lábfej kivételével, rövidebb-hosszabb szőrzet fedte, különösen a háton, a hol hosszúsága a  $3\frac{1}{2}$  cm.-t meghaladja és a szőrszálak két oldalról egy közepén lévő választóvonal felé növe, csigákban keresztelték egymást. A fejtető hajzata kissé sűrűbb a normálisnál, rendkívül puha és aranyszőke. Ugyanilyen az egész arcot beborító borostás szakál, mely még a homlokon is eléri az 1 cm. t és legnagyobb hosszúsága a két orcán 5 cm. Míg a gyermek a kórházban tartózkodott, szőrzete, melyet épen a felvétele előtt nyirtak meg, még nőtt és az addig tiszta kezét és lábat is elborította. Még az ujjak legfelső ízületén is mutatkoztak az aranyszínű selymes szőrszálak.

Sajnos, a türelmetlenkedő szülők elvitték a gyermeket a kórházból és így a tudomány elesett egy nagyon érdekes eset további tanulmányozásától.

#### IV.

A negyedik példa olyan, melyben a hypertrichosisos egyén illetve egyének életviszonyairól jóformán semmit sem tudunk. Minden útbaigazítást az a négy kép ad, melyek közül hármát e



helyet is bemutatok, s melyeket a most Bécsben őrzött *ambrasi* képtárban talált A. Primissier, e képtár őre, s az ő nyomán C. Th. von Siebold ismertetett az Archiv für Anthropologie 1878. évi (tizedik) kötetében, azon a czímen, melyen a négy kép az ambrasi képtár jegyzékében is helyet foglal: „Die haarige Familie von Ambras“.

A két nagyobb kép az apát és anyát, a két kisebb a gyermekeket mutatja be teljes nagyságban. A Siebold által közölt fényképeken, melyeket felhasználtam, csak a képek felső fele látszik. A nő arczképét különben egészen mellőztem, mivel teljesen normális és igazán esinosnak mondható. Maga az apa, ha eltekin-tünk a szőrzettől, mely a fejtetőtől a nyakig egész arcát sűrű hosszú hajszálakkal fedi, különben nagyon értelmes fejű ember arc-képe. Arcának ezt a rendellenes szőrözöttségét örökölte úgy a



fiú-, mint a leánygyermek. Sajnos, a ruházat miatt nem figyelhetjük meg a test egyéb részeit, hogy legalább ezt ismernők teljesen, ha már élettörténetükről és viszonyaikról semmit sem tudunk. Az egyik gyermek kezén látszik ugyan valami kevés finom és világos hajzat, de ez a Siebold fényképészének jóvoltából lemaradt a bemutatott fényképről.

Mindenesetre, ha elfogadjuk, a mi különben valószínű, hogy ezek a képek valóban élt emberek másai, érdekes példáját látjuk bennük a hypertrichosis átöröklésének.

Weyner Emil dr.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

Oppenheim: *Psychotherapeutische Briefe*. 2. Auflage. Berlin, Verlag von S. Karger. 1906. 44 l. Ára 1 márka.

Oppenheim kis füzetbe gyűjtötte össze egynehány levelét, a melyek idegbajos betegekhez voltak intézve abból a célból, hogy őket megnyugtassa. Ezek a levelek jobban és gyakorlatibb módon érzéktik azt, hogy mikép kell a beteggel bánni, mint a tankönyvek általánosságban tartott tanácsai. Sémának természetesen nem szabad tekinteni a könyvecskét, mert sémákkal könnyen pórul jár az ember az idegbajosokkal való foglalkozás közben. Így pl. Oppenheim több betegének írja, hogy iparkodjanak uralkodni magukon és hogyha ez sikerül, maguk is hozzá fognak járulni gyógyulásukhoz. Ez eszembe juttatja, hogy egy ízben magam is ezt mondtam a betegnek. Azt a feleletet kaptam, hogy ha ő neki magának kell erőt venni magán, akkor sohasem gyógyulhat meg, mert erre ő nem képes. Ez csak példája annak, hogy gyakran minden beteggel más hangnemben kell beszélni. A könyvet nemcsak az orvos forgathatja haszonnal és élvezettel, hanem egyik-másik neurastheniás ember is megnyugvást fog találni az olvasásakor.

Kollarits Jenő dr.

Jessner's dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 17. Kosmetische Hautleiden. Würzburg, A. Stuber's Verlag, 1907.

A szerző kitünő előadásai szelvében ismeretesekek. A könnyű és folyékony irány, a világos leírás és a gyakorlati érzék azok a tulajdonságok, melyek oly kedvelté tették már az előző füzeteiket is. Ugyanazok a jó tulajdonságok teszik értékessé az előttünk fekvő, mintegy 8 ívnyi terjedelmű vaskosabb füzetet is. Az anyag



megválasztása a lehető legjobb, mert a gyakorló orvost épen az ú. n. kosmetikai bőrbajokkal zaklatják leginkább a betegek. Szükséges ezért oly kis compendiumféle könyv, melyben a tárgy világosan, főleg a gyógyításra irányulva van megírva. *Jessner*-nek e feladat kitűnően sikerült. A leírásban sorra veszi a különböző elesűfitő naevusokat, a bőrszírossági állapotokat, az acnet, a túlságos izzadást, a különböző pigmentanomaliákat s mindazon kisebb-nagyobb, inkább kellemetlen, mint veszedelmes bőrbántalmakat, melyek a mindennapi orvosi gyakorlatban minduntalan előfordulnak. A ki e téren gyors és könnyű áttekintést óhajt szerezni, annak e kis munka bizvást ajánlható. A füzet ára 2 márka. *Guseman.*

**Jessner's dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 1. Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung. Fünfte Auflage, Würzburg. A. Stuber's Verlag.**

E füzet értékét legjobban az bizonyítja, hogy rövid idő alatt már az ötödik kiadást érte. Csakugyan, a ki könnyen és áttekinthetően akar a kopaszodás és hajhullás pathológiájával és gyógyításával megismerkedni, e kis munkában igen alkalmas útmutatóra fog találni. A hajhullás különböző okait a megfelelő therapiával együtt tisztán gyakorlati szempontból alig lehet jobban tárgyalni, mint a hogyan *Jessner* teszi. *Guseman.*

**F. Voelcker: Diagnose der chirurgischen Nierenerkrankungen unter Verwertung der Chromocystoskopie. Mit 50 Abbildungen im Text. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1906. Ára 4 M. 60 Pf.**

E 187 lapra terjedő monographiában tovább fejleszti a szerző a Voelcker és Joseph által ajánlott indigokarminos eljárást, melynek alapja, hogy egyoldali vesemegbetegedés esetén nemcsak az ureter összehúzódásának a módjában, hanem a kiválasztott indigokarmin concentratiojában is olyan különbség mutatkozik, a melyet cystoskoppal nézve, a diagnosis-ra nézve útbaigazítást nyerünk. Külön tárgyalja a szerző a chromocystoskopia lényegét és klinikai jelentőségét, majd a veselégtelenségnek s a vesegümőkór ismert három formájának szentel részletesebb ismertetést. A könyvben sok értékes élettani és kórtani megfigyelést találunk, de egyúttal megjelöljük a felfedezőknek azon törekvését, a mely egyszerre tág teret óhajt nyitni az új eljárásnak. Mindenesetre alkalmas az eljárás arra, hogy az ureternyílásokat könnyebben megjelöljük, hogy tájékozódjunk mindkét ureter jelenlétéről, hogy kis kapacitású hólyag esetén gyorsabban áttekintést nyerjünk, de nem hiszszük, hogy ez eljárás hivatva volna a jól bevált ureterkatheterismust és a functionális vesediagnostikát pótolni, s osztoznunk *Kümmell* nézetében, hogy ez az eljárás nem dönti el bizonyossággal, hogy a másik vese functioképes-e. Ugy véljük, hogy az értéke a középúton van, miként azt *Kapsammer* is vallja, hogy az indigokarminpróba az ureterkatheterismussal együtt értékes eljárás a functionális vesediagnostikában. Így fogva fel az eljárást, haladásnak mondhatjuk és ajánlhatjuk azoknak, a kik a sebészeti vesemegbetegedésekkel foglalkoznak.

Végül még egy megjegyzést! Ugy vélem felesleges dolog volt különösen kiemelni, hogy „a fordítás jogát, a magyar nyelvre is, fenntartják“. *Steiner Pál dr.*

## Lapszemle.

### Általános kór- és gyógytan.

A fertőző betegségek bakteriologiai felismerését könnyíti meg *Loeffler*-nek két újabb festési eljárása. Az egyik módosítása a Giemsa-festésnek, melynek az a hátránya, hogy sokáig, 24 óráig is eltart. Kivételéhez a Giemsa-festéken kívül 0.5%-os malachitzöld chlorzink, 0.5%-os arsenessavas natrium és ugyanily töménységű glicerindat szükséges. A vizsgálandó anyagot vékony rétegben kenjük el és alkohol-aetherrel rögzítjük. A készítményre azután három csepp arsenessavas natriumot s egy csepp malachitzöldet cseppentünk, felmelegítjük s a gőzképződés után még egy percig tartjuk a láng felett. 5 cm<sup>3</sup> 0.5%-os glicerinhoz kémcsőben 5—10 csepp Giemsa-festéket cseppentünk, s a keveréket felforraljuk. Az ilyképen módosított Giemsa-festéket

melegen az előzetesen jól kimosott készítményen 1—5 percig hagyjuk, azután jól lemosuk. A kész glicerines Giemsa-oldat felmelegítve máskor is használható. Az eljárás néhány percig tart, szép, használható készítményeket ad. Czélszerű voltát a nagana-trypanosomán, a recurrens-spirillumon és a spirochaeta pallidán végzett festések igazolták. A szerző igen ajánlja a másik eljárást is, mely a boraxos methylenkékfestés módosítása. A festésre szolgáló oldat négy rész 2.5%-os boraxból s 1%-os methylenkékkel és egy rész polychrom-methylenkékkel (Unna) áll, melyhez egyenlő mennyiségben höchsti 0.5%-os B extra vagy A extra bromeolint adunk. Régebbi boraxos methylenkékoldat használata esetén megfelelő a 0.05%-os bromeolin is. Ez oldattal enyhe melegítés közben egy percig festjük a készítményt s azután tropaeolin 00 vizes oldatában (tropaeolin tömény vizes oldata 5 rész + ecetsav 0.5 rész + víz 100 rész) színtelenítjük. A tropaeolin-oldat 5—10-szeres hígítása lassabbá teszi a színtelenedést. Az ezen eljárás szerint festett készítményekben a szövetelemek pl. vértestecskék halványan, a bakteriumok élénken színeződtek. A szerző influenza-, takonykór-, pestishacillusokon és gonococcusokon próbálta ki a festést, a diphtheriabacilluson a sarki testecskék is jól voltak kimutathatók. (Deutsche med. Wochenschr. 1907. 5. sz.) *Ország Oszkár dr.*

### Belorvostan.

**A typhus gyógyítása.** Két héttel ezelőtt a „Medizinische Klinik“ nyomán több ismert nevű orvos véleményét ismertettük a typhus gyógyításáról. A nevezett folyóirat 9. számában ismét többen nyilatkoznak ezen kérdéstről.

1. *Krehl* tanár fontosnak mondja a sematizálás mellőzését. Rendesen folyékony táplálékot ad, de ettől nagyfokú gyengeség esetén néha eltér. Lassanként lehűtött fürdőket használ, az alacsony hőmérsékeket kerüli; némely beteget nem füröszt, másoknak 1—5 fürdőt ad naponként, első sorban a psyche és a tüdő állapotát tartva mértékadónak. A betegségnek korai szakában calomelt ad; hasznossága tekintetében nagy szükségünk volna jó statistikára. Antipyreticumokat nem ad; fejfájás és nyugtalanság esetén phenacetint és pyramidont rendel kis adagban. Hosszasan elhúzódó, nem magas hőemelkedések ellen néha chinint használ, hasznát azonban nem igen látta. Bélvérzéskor lehetőleg kerülje az opiumot; súlyos vérzés ellen konyhasót és gelatinát fecskendez a bőr alá. Bélátfürdés esetén lehetőleg korán végzendő a hasmetzés, még mielőtt peritonitis támadt volna; csak az a baj, hogy a tünetek kezdetben minimálisok lévén, az átfürdés korai felismerése nagyon nehéz.

2. *Schultze* tanár szerint a fürdők nem annyira a láz csökkentése, mint inkább a bőr tisztítása és felfrissítés céljából használandók; jó szolgálatot tesznek a decubitus és pneumonia megelőzése, valamint az étvágy megjavítása tekintetében. Ha collapsus, bélvérzés, bélátfürdés, gyűjtőérthrombosis nem ellenjavallja, langyos fürdőt ad, a melyet lassan 24° R-ig hűt le; a fürdő tartama 10—15 perc; a fürdőben a beteget kendővel erősen dörzsölteti; somnolentia esetén a fürdő végeztével a tarkót hideg vízzel leönteti; éjjel sohasem füröszt, 2—3 fürdő nappal többnyire elegendő. A betegség elején, de a további lefolyásában is, ha még nem kapott a beteg, vagy ha nagyobb fokú a meteorismusa, calomelt ad 0.3 grammos adagban 3-szor naponként; kupirozó vagy a lefolyást lényegesen megváltoztató hatását ugyan nem látta, de nincs kizárva, hogy a typhus intenzitását mégis csökkenti. Lázellenes gyógyszereket nem használ rendszeresen; még leggyakrabban a chinint adja, főleg ha a hőmérsék nagyon magas, a fürösztés pedig ellenjavallt; 0.3 grammos adagokat használhat többször napjában; az antipyrin, phenacetint, lactophenint, pyramidont megkísérelte, de nem tartja előnyösebbnek, mint a chinint. Bélvérzés esetén nagy adagban rendel a plumbum aceticumot (0.2 gramm többször naponként). Erős hasmenés ellen régebben néha — noha nem szívesen — opiumot adott; a tannalbin, tannocoll, bismuthum subnitricum rendszerint kielégítő hatású. A mi végül a diatét illeti: a szilárd ételek adását eddig még kerülte; lehetőleg sok tejet, tojást, levest, mesterséges táplálék-készítményt, frissen sajtolt húslét ad, még pedig minden 3 órában, néha éjjel is.

3. *Martius* a hydrotherapiát a typhus leglényegesebb és



leghatásosabb gyógyításmódjának tartja. Valahányszor a hónalj-hőmérsék meghaladja a  $39.5^{\circ}$  C-t, fürdőt ad, olyan módon, hogy a gyakorlott személyzet óvatosan beleteszi a beteget a  $35^{\circ}$  C hőmérsékű vízbe, a melyet folytonos mozgásban tartva, lassanként lehűtenek  $26-27^{\circ}$  C-ra; a fürdő tartama 10—15 perc; utána a beteget gyorsan megszáritva, a megmelegített ágyba viszik. A hideg leöntést nagyon erőszakosnak tartja. Naponként legfeljebb 4-szer füröszt, még pedig sohasem este 8 óra után, hogy ne zavarja a beteg éjjeli nyugalma. Ellenjavalt a fürösztés szívbaj, fenyegető, illetve már beállott bélvérzés és nagy elesettség esetén. A gyógyszerektől nem vár sokat; még leginkább a piramidont használja 0.3 gm.-os adagban, ha a fürdővel nem ér el elegendő nagyságú hőcsökkenést, úgyszintén éjjel. Hashajtókat nem ad; szükség esetén óvatos bélléöntést végez langyos vízzel.

4. *Umbert* tanár minden typhusbetegét megfürdet, többnyire naponta egyszer. 3-nál többször vagy pedig éjjel nem engedi meg a fürösztést, főleg a szív és az erek kimélése okából. A fürdők számát nem annyira a hőmérsék magassága, mint inkább az általános illetve cerebrális állapot szabja meg. Az egy fürdőt legjobb a láz tetőfokán adni. A fürdő hőmérséke  $35^{\circ}$  C, a mely a reactio kedvező volta esetén  $28^{\circ}$  C-ra csökkenthető; a fürdő tartama 10, legfeljebb 20 perc. A betegnek kényelmesen kell nyugodnia a fürdőben kifeszített lepedőn; a víz állandó mozgásban tartandó és a beteg teste dörzsölendő. A fürdő után, esetleg előtte is, egy kutyát kap a beteg vagy pedig 0.2 gm. coffeinum natriobenzoicumot a bőr alá. Ha a fürdő okozta reactio rossz, először is a fürdő tartamát rövidítik meg és a lehűtést mérséklék; ha ez nem használ, vagy ha nagyfokú szívgyengeség, bélvérzés vagy peritonealis izgalom van jelen, mellőzi a fürösztést, esetleg óvatos bepakkolással tesz kísérletet. Nagyfokú bélvérzés ellen leginkább a jégvizet klysmát ajánlja konyhasó oldat vagy Merck-féle gelatina bőr alá fecskendezésével kapcsolatosan. Lázellenes gyógyszerekre sohasincs szüksége. A második hét vége előtt kezelésbe került betegeknek három 0.2 gm.-os calomel-adagot ad 2—3 órai időközben. Később már veszedelmesnek tartja a calomel használatát. Végül nagyon fontosnak tartja a kellő diaeats kezelést és a bőséges diuresist.

#### Idegkórtan.

A valóságos és a színlelt fájdalom megkülönböztetése sok nehézséget okoz a balesetek után felmerülő ideges tünetek vizsgálatakor, a traumás neurosisban. *Rumpf* (Bonn) dolgozatában támasztó pontokat igyekszik adni a kérdés eldöntésére. Különösen fontos a dolog, a mikor a beteg nem a gyógyulás szempontjából fordul az orvoshoz, hanem a kapható kárpótlásra való tekintettel mondja el panaszait.

A vizsgálat *Mannkopf*-nak tapasztalatából indul ki. Ez a megfigyelő azt találta, hogy egy betegen a has jobb oldalán kapott ütés után ezen a helyen fájdalom támadt, továbbá, hogy ennek a fájós helynek a megnyomásakor az érverés percenkénti száma 84—92-ről 120-ra emelkedett és a nyomás megszüntekor az eredeti számra süllyedt le.

A vizsgálat megejtésekor több körülményre kell tekintettel lenni. Ezek a következők:

1. A kísérletet kórházban, ágybanfekvő betegen kell végezni olyankor, a mikor a beteg ott már hosszabb ideig esendesen feküdt. A betegnek nem szabad tudnia, hogy mi a jelentősége annak, a mi vele történik. Többszöri ismétlésre van szükség, mert az első vizsgálatnak eredményét az esetleges izgatottság megváltoztatja.

2. Csak olyankor lehet a vizsgálathoz fogni, a mikor a szív működés elég rendes, mert ha az érverés percenként vett száma 100 körül van, az eredmény alig ítéhető meg.

3. Először azt kell kideríteni, hogy maga a beteggel való foglalkozás nem szaporítja-e a szív lökesszámot. Ha igen, akkor a vizsgálat értéktelen. Különösen ügyelni kell arra, hogy a vizsgálat előtt a beteget izgató, a baj keletkezésére vonatkozó adatokat ne feszegezzünk.

4. A betegnek nyugodtan és egyenletesen kell lélegznie. Semmi esetre sem szabad kitérőlegesen erőlködni, sem ide-oda forgolódnia.

5. Nemesak a fájdalmas pontot kell megnyomni, hanem

arra is tekintettel kell lenni, hogy más testrészek nyomása vagy dörzsölése miképp hat a szívverésre. Következtetést csak akkor lehet vonni, ha az érverés-változás kizárólag a fájdalmas pont nyomásakor következik be és más helyről ki nem váltható.

6. Ha a szívverés egy hely megnyomásakor megváltoztatható, abból csakis arra lehet következtetni, hogy ez a hely csakis ugyan érzékeny és hogy a szív ingerlékeny. A körülmények egybevetéséből lehet csak eldönteni, hogy ez az érzékenység csakis ugyan a balesetből következett. Valóságos neuralgiákban nincs mindig pozitív eredmény.

Ha mindezeket az elővigyázati szabályokat követjük, nagyon megfogó azoknak az eseteknek a száma, a melyekben a vizsgálatnak ez a módja beválik, de a jól megválasztott esetben annál fontosabb lesz az eredmény.

A valósággal fájó helyek nyomásakor még a következő tünetek egyike-másika észlelhető: 1. a szív működés gyorsulása, 2. a szív működés lassubodása, melyet gyorsulás követ, 3. az érverés nagyságának esikkenése, 4. szabálytalanság és egyes verések kimaradása, 5. az arc cyanosisa, 6. a vérnyomás süllyedése, 7. a vérnyomás emelkedése, 8. izzadás a kezekben, arcon vagy a hónaljban.

Az egyes közölt kóresetek között az egyikben nyugalomkor az érverés nem észlelhető 180 mm. nyomáskor és újból érezhető 175 mm. nyomás alatt. 5 perc szünet után a fejen levő fájdalom pont 45 másodpercig tartó dörzsölésekor a dörzsölés végén az érverés nem érezhető 156 mm. nyomáskor és újból tapintható 150 mm. nyomás alatt.

A nyomás vagy dörzsölés megszüntekor az összes vázolt jelenségek hamar elmúlnak. Leghamarabb az érverés jön rendbe, míg a vérnyomás-változás csak lassan tér vissza előbbi állapotába. (Münch. med. Wochenschr., 1907. január 22.)

*Kollarits Jenő dr.*

#### Sebészet.

Az ileoceocális invaginatio anatómiai feltételeiről ír *Leriche* és *Cavillon*. Ezen feltétel a mesocoeum mozgékonyaságához van kötve. Számos felnőttn és magzaton tett vizsgálataik (130) alapján szembeállanak a mesocoeumról ez idő szerint uralkodó általános felfogással, hogy tudniillik a mesocoeum (és mesocolon) úgy keletkezik, hogy a mesenterium commune nem tapad oda a hátulsi hasfali peritoneumhoz. Szerintük a colon odatapadása a hátulsi hasfalhoz a colon laterális szélén kezdődik s innen terjed a középvonal felé a mesenterialis erekig, úgy hogy mielőtt ez összenövés befejezést nyerne, egy mély retrocoecális tasak van jelen. Később, ha a colon már odatapadt volt a hátulsi hasfalhoz, rendszerint az extrauterin életben, másodlagosan egy új meso képződik, mely a magzatkori mesoval nem azonos, a mennyiben a hátulsi hasfali peritoneum kivongálása által keletkezik és 4 lemezből áll, melyből kettő a mesenterium communenak, kettő a hasfali peritoneum kivongált ráncának felel meg. A coecumokat rögzítviszonyaik szerint 5 csoportra osztja:

1. Teljesen szabad coecum, melynek mesója a vékonybél végének mesójával közös, a coecum teljesen mozgékony s e mozgékonyaság a colon ascendensre is reaterjed; a magzathullák coecumainak 45% a, a felnőttekének 8.5% a ilyen.

2. Részben fixált coecum, a mikor a fixatio egy a coecum oldalsó szélénvo nuló nagy szalag által történik, s a coecum mögött egy lefelé nyíló gödör van (fossette retrocoecale vagy retrocolique); felnőttekben 18%, magzatokban 7%-ban található.

3. Hátral teljesen fixált coecum szabad csúcsal (felnőttekben 43%, magzatokban 26%).

4. Teljesen rögzített coecum (felnőttekben 22%, magzatokban 19%).

5. Másodlagos mesocoeum-képződés (felnőttekben 8.5%, magzatokban 3.5%).

Ezen mesocoeumféleségek közül csak az első és az ötödik variétés engedi meg az invaginatiót; tehát a magzatok 48%-ában, a felnőttek 17%-ában olyanok a viszonyok, melyek esetén invaginatio egyáltalán lehetséges, a mivel teljesen megegyezik, hogy az invaginációk 68% a egy éven aluli gyermekeken fordul elő, s az e korban észlelt invaginációk 82%-a ileoceocális (*Grisel*). (La semaine médicale, 1907. 8. sz.)

*Pólya.*



A gyomor teljes obliteratioját írja le *I. B. Bullit*. A betegnek ulcus-anamnesise van, majd pylorusstenosist állapítottak meg rajta. Gastroenterostomiát ajánlottak s előkészítésül gyomormosásokat végeztek. Ennek folyamán annyira javult, hogy a műtétbe nem egyezett. Midőn újra jelentkezett, minden ételt rögtön kihányt, a gyomorba szondát vezetni nem lehetett. A műtét alkalmával kiderült, hogy a gyomor közepes osztrigahéj nagyságú adhaesiókba ágyazott heges tömeget alkot; a szájából bevezetett gyomoreső ebben a massában akad meg. Duodenostomiával a táplálás lehetővé vált és a beteg jelentékenyen hízott is e műtét után. A gyomornak ezen nagyfokú zsugorodása ulcus ventriculi következménye volt. (*Annals of surgery*, 1907. január.) *Pólya.*

Három typhusperforatio egy egyénben. *Kiliani* operált ilyen esetet. 2 perforatio az ileumon, 1 a köveket tartalmazó epehólyagon támadt. A perforatio a typhus 4. hetében állott be; a beteg csak a perforatiót megelőző napon feküdt le. *Műtét 50 percczel a perforatio első tünete után.* Az epehólyag kiirtása, a 2 ileumperforatio bevarrása. A beteg peritonitises tüneteket mutatott a műtét után, de ezek visszaféjődtek. Azonban 21 nappal a műtét után empyemában elpusztult. A hassebb ekkor már majdnem teljesen begyógyult volt. (*Annals of surgery*, 1907. január.) *Pólya.*

3 meter 10 cm. hosszú vékonybelet resekált *Staeclin* incarcerált hernia műtete folyamán. A beteg gyógyult, súlyából nem veszített és munkaképes lett. (*Annals of surgery*, 1907. január.) *Pólya.*

$4\frac{1}{4}$  fontos (körülbelül 2 kilós) hypernephromát irtott ki *Cheesman* 20 hónapos gyermekből. A műtétet természetesen transperitoneálisan végezte. A gyermek zavartalanul gyógyult. (*Annals of surgery*, 1907. január.) *Pólya.*

A varicocele sebészi kezeléséről értekezik *Hauswirth*, Kocher tanár klinikájáról. Az operált 47 eset alapján ismerteti az e klinikán divó műtét eljárást. A műtét helybeli érzéstelenítésben szigorú asepsis-cautelák mellett történik. A beteg félig ülő helyzetet foglal el, mert így legjobban tűnnek elő a kítágult gyűjtőerek. A behatolás a szokásos scrotalis behatolás helyett *inguinalis* metszésből történik, a megfelelő rétegek átmetszése után az ektasiás venákat izolálják s előhúzzák, a lágyéksatorna felé követik, míg a vena spermatica int. előtérbe jön, ezt két pince közt átvágják s distalisán követik annyira, míg tág vénák láthatók s az egész convolutumot izolálva eltávolítják. A centralis és a peripheriás lekötési fonalat egymással csomózzák, így az ondozsinór is megrövidül. Tovafutó sublimatselyem-börvarrat, melyet bismuthpéppel s felette colloidumcsikkal fednek és suspensoriumkötést alkalmaznak.

A 47 operált esetből 46 per primam gyógyult; a lefolyásban semmiféle szövödmény nem támadt. A betegek további sorsa felől tudakozódva, 25-nek ismeretes a további sorsa; ezek közül 23 teljesen egészséges, kettőn recidiva állott be. Ezen 23 eset közül egyben sem mutatkozott utólag hereatrophia; nemcsak a helybeli panaszok szűntek meg, hanem a betegek általános állapota is jelentékenyen javult. (*Inaug.-Dissertation*, Bern, 1906.) *Steiner Pál dr.*

A vesesebészethez szolgált újabb adatokat *Rumpel* a Bergmann-klinikáról. E dolgozatban az utolsó  $2\frac{1}{2}$  év változatos veseműtéteiről számol be, a melyek közül érdekesebb a medenczében helyet foglaló hydronephrosisos vese műtete, valamint az egyik polycystás vese kiirtása. Ez utóbbi esetben a műtétet követő napon *pneumopericardium* támadt, a melynek analogonját eddig nem ismerjük. Ennek létrejöttét ez esetben úgy magyarázza, hogy intra operationem a nagy zsákvese kiirtásakor a rekeszizom megrepedt s ugyanezkor valószínűleg megsértette a pericardium falilemezét. A szivtompulat helyén magas dobos hangot lehetett hallani, a mely néhány nap után eltűnt s a beteg teljesen gyógyult. Jól sikerült illusztrációk és Röntgen-felvételek egészítik ki a dolgozatot, mely főleg kasuistikát tartalmaz s így a részleteket illetőleg az eredeti dolgozatra kell utalnunk. (*Archiv für klin. Chirurgie*, 1906. 81. kötet, 2. füzet.) *Steiner Pál dr.*

### Gyermekorvostan.

Levegő-gyógymód (cure d'air) a gyermekkorházakban. A modern hygienés mozgalom úgy az ó-, mint az új-világban, a gyermekek hospitalisatiójából eredő ártalmakat elkerülendő, arra törekszik, hogy a levegő-gyógymódot a gyermekkorházakban is meghonosítsa. *Northrup* a new-yorki „Presbyterian-Hospital“-ban ez irányban szerzett kedvező tapasztalatairól most számol be. Magas fekvésű kórháza kertjében emelkedett, széles nyílt terrasse-t épített, mely a Central-Parc tágas, jó levegőjű kertjére néz. Északi szél ellen üvegfal, a nap égető sugarai ellen pedig lebocsátható ponyva védi. A kora reggeli órákban felszállítják a gyermekeket nagy felhúzó gépek segítségével a függő kertbe, a hol azután a betegek nyáron az egész napot, télen 5—6 órát töltenek a szabad levegőben. Kivételt képeznek igen tikkasztó és erősen esős, havas napok. A szabadban való ezen tartózkodás jó hatása szinte szembeszökő: a betegek kitünően érzik magukat, étvágyuk jó, alvásuk nyugodt. Oly tonicum ez a betegeknek, mely semmivel sem pótolható és *Northrup* szavai szerint: új életet ad a gyermekeknek. A szabadban való tartózkodás ideje alatt a kórtermek bőven és alaposan kiszellőztetnek. Jelenleg sikerült már a kórház tetőzete felett mindenütt ily függő kertet felépíttetni; a szabad levegő áldásos hatásának legsúlyosabb betegeit (pl. pneumonia) is kiteszi, kivétel nélkül, jó eredménynyel.

Azon biztató és eredményes tapasztalatok, a melyeket *Northrup* közzétett, szinte kötelességévé teszik az új gyermekkorházak építőinek, hogy gondoskodjanak arról, hogy a beteg gyermekeknek akár függő kertek, akár pedig a kórtermeket övező tágas nyílt folyosók révén a cure d'air valóban áldásos befolyása megadásék. (*Archives de médecine des enfants*, 1907. 2. sz.)

*Faludi Géza dr.*

Az orrbeli légutak intubatiojáról csecsemőkori coryza eseteiben ír *Minerbi* és *F. Vaccari*. Ismeretes az újszülöttek s néhány hetes csecsemők orrnyálkahártyájának rendkívüli érzékenysége. A fertőző bántalmak által (diphtheria, vörheny, morbilli, influenza) kiváltott orrfolyamatok elég gyakoriak és komoly jelentőségűek. Székhelye lehet az orrüreg chronikus folyamatoknak adenoid növedékek, scrophulosis és lues következtében. *Kohts* és *Lorent* vizsgálataiból tudjuk, hogy az újszülötteknek alsó orrjárata rendkívül szűk. Ez okozza, hogy a csecsemők orrjárata könnyen elzáródik. A csecsemők nem tudják az elégtelen orrlégzést a szájon át történő légzéssel helyettesíteni. Ügyetlen légzési kísérleteik alkalmával azután könnyen megeshik, hogy a nyelv mintegy a szájpárhoz aspiráltatik s így a szájon át való légzést teljesen felfüggeszti. Ezen „*aspiratio linguae*“ veszélye különösen azon esetekben áll fenn, a melyekben a nyelvfelek hosszú és laza. Szopási kísérletek végzésekor, ha az orron át való légzés akadályozott, a csecsemő minduntalan kénytelen a csecsbimbót elbocsátani; e miatt s a száj-garatür nyálkahártyájának kiszáradása folytán a nyelés s a táplálkozás szenved. De nagyfokban szenved a csecsemők alvása is, az akadályozott orrlégzés miatt minduntalan felriadnak. Mindezen körülmények együttesen kimerülésre és a légzőszervek functiojának bénulására vezethetnek. Ismeretesek *West*, *Simon*, *Hüttenbrenner* és *Baginsky* halálosan végződött esetei. Ezen súlyos körülmények légesömetszést tehetnek szükségessé (*Hasing* és *Heinemann* esetei).

A szerzők oly módszert ajánlanak, mely rendkívül könnyen és egyszerűen alkalmazható s hivatva van megszüntetni még a legsúlyosabb coryza által előidézett zavaró és fenyegető jelenségeket is. E célból egy 15 mm. széles gummiszalag két végét bajszkötő módjára összekapcsoljuk a tarkótájon, elülső részét, a fülkagyló felett, a felső ajakra vezetve. A gummiszalag elülső részén az orrnyílásoknak megfelelőleg egymástól 5 mm.-nyi távolságban kiizított tüvel két nyílást készítünk s ezekbe két 11 vagy 12 számú Nélaton-kathetert tolvá, másik végüket az orrjáratokba vezetjük. A szalag nyílásai szűkek kell hogy legyenek, mert hivatva vannak a gummicsöveket a kívánt helyzetben rögzíteni; az orrjáratokba mintegy 65 mm. hosszú katheterrészt vezetünk be; ha az orrjáratok különböző méretűek, a katheterek méretét is ennek megfelelőleg választjuk meg. A kis készüléket használat előtt kifőzzük; a csövek bevezetését sterilizált olivaolajjal való bekenéssel könnyítjük meg. A csövek átjárhatóságát forralt s



langyosra hűtött víz becséppentésével tartjuk fenn. Szoptatás előtt az előkészített s kifőzött eszközt a leirt módon alkalmazzuk a szoptatás tartamára. A szerzőknek alkalmuk volt eljárásukat a ferrarai „Maternita“-ban számos esetben kipróbálni. Tapasztalataik szerint az összes betegek hamar megszokták s igen jól tűrték a beavatkozást, káros hatást egy ízben sem észleltek. (Rivista di clinica pediatrica, 1906. nov.) *Faludi Géza dr.*

#### Húgyszervi betegségek.

**Gonorrhoea paraurethralis** érdekes esetéről referál *P. Cohn* (Bern). A 48 éves ember heveny kankót szerzett; a tisztátalan coitus nála azt a paraurethralis menetet is fertőzte, a mely penisnek alsó felületén a frenulumhoz közel volt. A szerző az úrjáratot kimetszette és szövettanilag megvizsgálta. A sipolynak a falzata egész lefutásában cylinderepithelből épült fel, helyenként azonban réteges kövezetepithelből álló elszórt szigetecskék voltak felismerhetők. A gonococcusok mindig csak ez utóbbiakban találtak, míg a hengerhamban teljesen hiányoztak. A dolgot csak úgy lehet magyarázni, hogy a gonococcus invasio az eredetileg kizáróan cylinderepithellel felépített szervnek egyes szigetecskéit metaplasia útján kövezethámmá változtatta át; ezek közül a legtöbb ugyan csakhamar visszafordult eredeti alakjára, egyes helyeken azonban a metaplasia állandósult és az ilyen hely a gonococcus részére kedvező talajul szolgált. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1907. 1. szám.) *Drucker Viktor dr.*

A **prostatectomia transvesicalis** műtétének következő módosítását ajánlja *P. Duval*. Az üres hólyagot az urachusától lefelé a hólyagnyakra megnyitja, ez utóbbit félkörmetéssel feltárja és a húgyeső kimelésével a paraurethralis prostataenucleatiót kíséri meg; ha ez nem sikerül, akkor a prostatát in toto a megfelelő urethrarészszel együtt emeli ki. Ebben az esetben a húgyeső-ecsonkot igen lelkiismeretes varrással kell a hólyaggal ismét egyesíteni. A prostataöblöt nyálkahártyával béleli ki, a húgyesőbe állandó kathetert vezet. Az elülső hólyagfalat és a hasfalat egy praevesicalis drainső elhelyezése után összevarrja. (Annales des mal. des org. génito-urin., 1906. 20. füzet.) *Drucker Viktor dr.*

**Folliculitis gonorrhoeica** érdekes és igen ritka esetét észlelte *Cronquist* egy betegén, a ki heveny kankóban szenvedett. 3 cm. nyire a köldök alatt halványkék csomót és ennek a tetején pörkkel fedett, gombostűfej nagyságú gennyőzöt talált. A pörk leválása után a kiömlő gennyben typosos (Gram-negatív) gonococcusok voltak kimutathatók. A kimetszett szövet a göcső alatt folliculitisnak és parafolliculitisnak bizonyult. A szőrtüszőnek a kankós megbetegedése igen ritka bántalom; a mai napig csak egy eset lett ismertetve. (Archiv für dermatol. 80. kötet.)

*Drucker Viktor dr.*

A **húgyesőizomzat spastikus összehúzódásával** súlyosított stricturának a kezelésére *A. Settler* igen ajánlja a massage-t, a melynek még az is az előnye, hogy a szűkület mentén esetleg még létező exsudatumot gyorsabb felszívódásra serkenti. Kal. jod. 4'0, lanolin, coldcream aa 15'0 kenőcsből babszemnyit öt percen át bedörzsöl a strictura feletti bőrrészletbe, kezdetben csak enyhén, később fokozatosan mind erősebben. Ezt az eljárást naponta ismétli és minden második napon szondakezeléssel kombinálja. (Journal des Hopitaux, 1906. december.)

*Drucker Viktor dr.*

#### Venereás bántalmak.

A **stomatitis mercurialis prophylaxisáról** irt klinikai és kísérleti tanulmányt *K. Siebert* (Breslau). Az évek hosszú során át észlelt nagy beteganyag alapján ma már arra az általános tapasztalatra jutottak az orvosok, hogy a céltudatosan rendelt kénesekezelés az esetek legnagyobb számában a syphilit véglegesen meg tudja gyógyítani. Úgy látszik, hogy az a helyes, ha a megfelelő kénesekezelést a *Fournier-Neisser-féle* értelemben bizonyos időszakokban kitartóan használjuk. Szükséges továbbá, hogy a kénese-kurák — főleg a kezdeti szakban — eléggé erélyesen végeztessenek. Sajnos azonban, hogy a hatásosabb kezelésnek gyakori akadályozója a stomatitis mercurialis. A szerző szerint

kérdéses, hogy mekkora, illetőleg van-e egyáltalán szerepe a bakteriumoknak a kénese-stomatitisek kezdeti szakában. Ilyenkor ugyanis csakis megduzzad a foghús s közel fekvő, hogy ezt egyenesen a kénese hatása okozza. Bizonyos azonban, hogy secundaer infectio által létrejött stomatitis ulcerosát, vagyis a mercurialis szájgyulladások súlyosabb alakját a *Miller-féle* bacillus fusiformis okozza. A nyálkahártyának egyszerű duzzadása ellen legjobban használhatók az összehúzó tincturák (Tinet. ratanh., gallar. vagy myrrhae). Az ulcerosus alakok ellen legjobbak a gyöngébb concentratiojú desinfiens szerek (hydrogenperoxyd, kal. hypermang., kal. chloricum). Természetes, hogy ezenkívül a fogtisztítás is elsőrangú fontosságú. Nagy szerepet játszanak utóbbi időben a különböző kal. chloricum-fogpasták. Ezek csak akkor válnak be, ha kellő concentratioval bírnak, de ilyenkor igen jó és erélyes hatásúak. E pasták különösen akkor alkalmasak, ha félős, hogy a kénesekezelés nyomán stomatitis keletkezik. A szerző újabbán az ú. n. *saluferin-fogpastával* kísérletezett, mely 5%-ban isoformport és 10%-ban sapó kalinust tartalmaz. A megfelelő bakteriologiai vizsgálatok, melyek ezen isoformpastával, valamint ellenőrzésként közönséges vízzel, illetőleg *Beiersdorf-féle* kal. chloricum-fogpastával végeztettek, azt derítették ki, hogy a saluferin-pastának desinfectio képessége jóval nagyobb és tartósabb, mint a kal. chloricum-pastáé. E kísérletek után a szerző klinikailag is kipróbálta az isoformos fogpastát. 45 betegen kísérletezett, a kik valamennyien igen erélyes kénesekezelésben részesültek. Így pl. 21 syphilitisek 30 kenést végzett 5 gm.-os adagban. A kezelés folyamán a szájjal való egyedül abban állott, hogy a betegek naponta háromszor étkezés után körülbelül 2 gm.-nyi fogpastával s puha fogkefével tisztították fogaikat. Az isoformos pastának erélyes desinfiáló hatását legjobban az a tapasztalat bizonyítja, hogy csak egyetlen esetben jött létre múló, a kezelést nem hátráltató stomatitis. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1907. 7. sz.)

*Guszman.*

A **szürke olajjal való injectiók veszedelmes voltáról** tesz említést *Gaucher* (Páris). A szerző röviden ismerteti egy syphilitisek betegének a körtörténetét, melyből kiderül, hogy a különben igen hatásos és jól alkalmazható szürke olaj mily súlyos tüneteket okozhat. 54 éves betege 33 év előtt szerzte syphilitisét. Az utóbbi időben lágyszájpadján kiterjedelmű átfűrődés keletkezett. A beteg ez ellen összesen 5 szabályszerűen végzett szürkeolaj-injectiót kapott. Az előzetesen vizsgált vizelet kóros anyagokat, különösen pedig fehérjét nem tartalmazott. Az 5. injectio után enteritist kapott, a mihez később súlyos szájlob csatlakozott. Ez a stomatitis azután hónapokon át tartott, noha a higanykezelést teljesen beszüntették. Az utolsó injectiót követő három hónap mulva a szerző nagyfokú stomatitisen kívül azt találta, hogy az állcsont fogmedri részének jobb fele nekrotizált s hogy ott sequester képződött, mely még nem volt mozgatható. A beteg ezen időben folyékony táplálékra volt utalva. A legerélyesebb kezelés tudta csak a folyamatot megállítani s így a beteg a később szabadabbá vált sequestertől eltekintve meggyógyult. Megjegyzendő, hogy az injectio helyén beszűrődés nem volt tapintható. A szerző véleménye szerint a szürke olaj veszedelmes volta abban rejlik, hogy súlyos tüneteket okozhat oly egyéneken is, a kik luesüktől eltekintve teljesen jól érzik magukat és erőteljes szervezeteik. (Annales des maladies vénériennes, II. k. 1. füz. 1907.)

*Guszman*

#### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**Ideges eredetű gyengeségi állapotokban** *Strzyzowski* az alábbi mixturát ajánlja, melyben a chinin kicsapódása folytán keletkező csapadékképződés elkerülhető, ha ragaszkodunk a következő elkészítésmóddhoz: Rp. Natrii bromati 8'0; Aquae destill. 40'0; Syr. cort. aurant. 20'0; Spir. vini rectific. 10'0. Misce et agitando adde solutionem: Chinini hydrochlorici 1'0; Aquae destill. 40'0; Syr. cort. aurant. 20'0. Misce et adde solutionem: Ferri pyrophosphorici 4'0; Aquae destill. 40'0. Solve leni calore, tum adde Syr. cort. aurant. 40'0. *Rabow* szerint a tiszta, zöldessárga folyadékot szívesen veszik a betegek, noha meglehetősen keserű ízű. Az adag fiatal leányoknak kávéskanálnyi, vízzel hígítva, 2—3-szor a főétkezések idején. (Therapeutische Monatshefte, 1907. 1. füzet.)



A jodfersanról *Alpár* a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár gyermekambulatoriumában szerzett tapasztalatai alapján következőleg nyilatkozik: A gyermekek nagyon szívesen veszik a szert, a mely az étvágyat nem rontja, sőt ellenkezőleg javítja. A gyomron változatlanul halad keresztül, a gyomorműködéssel szemben tehát nem támaszt igényeket. Anaemia eseteiben kitünően hat. Diarrhoeát vagy székrekedést nem okoz. A gyermek kora szerint 3—6 pastilla adandó naponként; minden pastilla 0.02 jodkalit és 0.20 fersant tartalmaz. (Allgem. Wiener medizinische Zeitung, 1907. 8. szám.)

Gümőkór ellen nagyon ajánlja *Bernheim* a phosphor-kreosotot (Clin-féle phosphotal). Adható a szájon át capsulákban, a végbélen át emulsióban, végül intramuscularisan is. Ez utóbbi czélra a tubusokban sterilizált állapotban kapható anyag használandó. A szájon vagy a végbélen át naponként 1 grammot, a bőr alul pedig  $\frac{1}{2}$  grammot kell adni. A szájon át bevévésre szolgáló capsulák mindegyike 0.2 gramm, az intramuscularis befecskendezésre szolgáló anyag pedig köbcentiméterenként 0.1 gramm phosphotalt tartalmaz. (Société Internationale de la Tuberculose, 1906. nov. 5.)

#### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat,** 1907. 10. szám. *Sellei József*: A syphilis maligna és az immunitástan. *Szabó Sándor*: A dysmenorrhoea aetiologiája és kezelése.

**Orvosok lapja,** 1907. 10. szám. *Grósz Samu*: Trismus-tetanus-esetek. *Jankura Iván*: A csecsemő- és gyermekkor emésztési zavarai.

**Budapesti orvosi ujság,** 1907. 10. szám. *Remenár Elek*: A gerincevelőrzéstelenítésről. *Szabó János*: Néhány hazai ásványvizünk osmotikus concentratioja. „Szülészet és nőgyógyászat” melléklet, 1. szám. *Bácker József*: Pubiotomia esete. *Rotter Henrik*: A meduceze átmérőinek változása a pubiotomiánál.

#### Vegyes hírek.

**Kitüntetés.** *Herczel Manó* dr. budapesti egyetemi rendkívüli tanárnak, a Rókus-kórház főorvosának az udvari tanácsosi, *Ott Vilmos* dr. nak, a nagyszabenyi közkórház főorvosának pedig a királyi tanácsosi címet adományozta a király a közegészségügy terén szerzett érdemeik elismeréséül.

**Kinevezés.** *Székely Ágoston* dr. egyetemi rendkívüli tanárt a vallás- és közoktatásügyi miniszter a budapesti Pasteur-intézet és kórház igazgatójává nevezte ki. — *Feldmann Ignác* dr.-t Békés vármegye gyulai közkórházának bonezoló-főorvosává nevezték ki. — Budapest székesfőváros főpolgármestere a jobbparti kórházakhoz *Stossmann Rezső* dr.-t alorvossá, *Olé Imre* dr.-t pedig segédorvossá nevezte ki. — *Lacheta Bruno* dr.-t Szatmármegye főispánja járárorvossá nevezte ki. — *Gábor Gyula* dr. Szerencsen pályaorvossá neveztetett ki.

**Megbízás:** *Engel Ida* dr.-t a belügyminiszter a szegedi állami gyermekmenhelyben a másodorvosi teendők ellátásával bizta meg.

A XIII. szüneti orvosi cursusra 15,361. sz. körrendeletében hívja fel a belügyminiszter a figyelmet: „A budapesti tudományegyetem orvosi karának tanárai és magántanárai — mint a végrehajtó bizottság értesít — a folyó évben is szüneti orvosi tanfolyamot tartanak. Felhívom a törvényhatóságot, hogy erről a törvényhatóság területén levő összes orvosokat értesítse s a tanfolyamon résztvenni szándékozó hatóságai orvosokat ezen szándékukban a lehetőségig esetleg anyagilag is támogassa. A cursusról részletesebb felvilágosítást annak titkára, *Illyés Géza* dr. egyetemi magántanár (lakik: Budapesten, VIII., Üllői-út 20. sz.) nyújt. Budapesten, 1907. évi márczius hó 5.-én.”

**Fürdőkezdemény.** Ifj. *Rimanóczy Kálmán* műépítész, nagyváradi lakos, a cirkvenicai „Miramare” szálloda tulajdonosa, a IX. és ennél magasabb rangosztályban lévő állami és vármegyei tisztviselők, valamint a tisztiorvosok számára a szeptember 15.-től június 15.-éig terjedő időszakban öt kétágyas szoba ingyenes használatát és díjtalan hidegvíz-gyógykezelést ajánlott fel. E kedvezmény elnyeréséért az érdekeltek illetékes hatóságuk útján a belügyminiszterhez folyamodhatnak. A hidegvíz-gyógyintézetet a téli időnyben *Bartsch Gusztáv* dr., a fekete-hegyi vizgyógyintézet vezető-orvosa vezeti.

A kivételes nősülési engedélyek iránt beadott kérvényekhez szükséges orvosi bizonyítványok kiállítására jogosított orvosok. (A belügyminiszternek 120,665/1906. sz. rendelete.) A kivételes nősülési engedélyek iránt beadott kérvényekhez szükséges orvosi bizonyítványoknak a tisztelbeli hatósági orvosok által mely esetekben leendő kiállítására tárgyában kelt felterjesztésére hivatali elődömnök e tárgyban 95,111/1905. szám alatt kelt rendelete kiegészítéseül értesitem címet, hogy azok a körorvosok, a kik egyúttal tisztelbeli tisztiorvosok s a kiknek székhelyén valóságos tisztiorvos nincs, jogosítva vannak nemcsak a lakóhelyükön, hanem a körzetükhöz tartozó mindazon községekben, a hol helyben nincs tisztiorvos, a kérdéses tisztiorvosi teendők ellátására, vagyis a szükséges bizonyítvány kiállítására.

A székesfővárosi szent Erzsébet apáczarend női kórházában 1906-ban 508 beteget ápoltak, a kik közül belső betegségben 363, sebészeti betegségben 89, nőbajban 45 és szembajban 2 szenvedett. Egy betegre 26.6 ápolási nap esett. A járóbeteg-rendelésen 498 beteg jelentkezett. Nőgyógyászati műtétet 13-at, sebészeti 78-at végeztek; a műtét következtében egy beteg sem halt meg. A belorvostani osztály vezetője *Vladár Márton László* dr., a sebészeti és nőgyógyászati pedig *Diescher Ferencz* dr. A kórház, mely magánjellegű, vallás- és nemzetiségi különbség nélkül vesz fel beteg nőket gyógyítás és ápolás czéljából s ezen emberbaráti cselekedetet díjtalanul teljesíti. A felvétel alól ki vannak zárva a szülési esetek, a heveny fertőző betegségek, az aggaszályban szenvedők, az elmebetegek és hülyék.

**Meghaltak.** *A. Macfadyan* dr., a londoni Lister-Institute főtitkára és bakteriologiai osztályának igazgatója, nagy hírvé bakteriologus, márczius 1.-én 46 éves korában. Az elhunyt a tudomány áldozata lett: halálát az okozta, hogy laboratóriumában hat héttel a halála előtt inficiálta magát Malta-láz-cultúrával. Macfadyan Edinburgban végezte az egyetemet, de tulajdonképeni szakképzésére Németországban: Göttingenben és Münchenben tett szert. Egyik alapítója volt a londoni Jenner-intézetnek, mely szervezetében körülbelül a párisi Pasteur-intézetnek felel meg, s mely most a Lister-intézet nevével viseli. Jelentékeny részt vett ezen intézet új fényes épületének a tervezésében. Macfadyan igen nagy irodalmi tevékenységet fejtett ki a bakteriologia terén; legismertebb jeles dolgozata a bakteriumok intracelluláris toxinjairól szól. Az elhunytban Anglia legkiválóbb bakteriologusát veszteti el. — *Israel O.* tanár, titkos tanácsos, a berlini egyetem kórbonezolóstanai intézetének prosectora, márczius 5.-én, 53 éves korában. Az elhunyt Virchow-nak egyik legjelesebb tanítványa volt.

**Kisebb hírek külföldről.** *W. Ercklentz* dr. Boroszlóban és *E. Braatz, O. Wein* és *A. Ellinger* Königsbergben a tanári címet kapta. — A greifswaldi szemészeti tanszékre *Heine L.* dr. eddigi boroszlói rendkívüli tanárt nevezték ki. — A lipcei fogászati rendkívüli tanári tanszékét *Dieck* dr. berlini magántanár nyerte el. — Modenában *Ovis* dr.-t a szemészet rendes tanárává nevezték ki. — A frankfurti Senckenberg-féle intézetben ünnepséggel ülték meg az intézet alapítója születésének 200. évfordulóját. Az ünnepi beszédet *Schmidt Móricz* tanár, az intézet elnöke tartotta. Az intézet a nyár folyamán újonnan épült fényes épület-complexusba költözködik át.

**Lister 80. születésnapjával** körülbelül egy időbe esik az anti-septikus sebkezelés 40 éves jubileuma. 1867. márczius 16.-án jelent meg ugyanis a „Lancet”-ben Lister első közlése ezen tárgyról „On a new method of treating compound fracture, abscess etc.” címmel.

**E. Haecel,** a híres természettudós, a múlt héten ünnepelte orvosdoktorrá avatásának 50. évfordulóját, a mely alkalommal a valódi titkos tanácsosságot és az excellentiás címet kapta. A 73 éves tudós teljes testi és szellemi frisseségnek örvend.

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

## Vizgyógyintézet

a „Fasor” (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villamos fényfürdők, szénasavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.** 1076

**Tausz Béla dr.** márczius 1.-étől rendel KARLSBAD, Marktstrasse „3 Mohren“.

**Dr. NIEDERMANN-SANATORIUM** (Széchenyi-telepen, az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál) felvezés ideg- és kedélybetegeket, alkoholistákat, morphinistákat lezoktatási gyógymódra. Sürögny: Budapest. Telefon 79—72. Posta Rákospalota Prospectus. 3170

## Marilla

sanatorium május 1.-én nyílik meg. A napi pensio: lakás, kiszolgálás, világítás, élelmezés, orvosl kezelés és az összes gyógyeszközök használatával együtt 12.50-16 koronába kerül. Az igazgatóság. 2878

**Dr. Doctor K.** v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratóriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697. 2221

**Dr. Kopits Jenő,** kórh. rend. orvos, testgyógyintézet Budapest, VII., Kerepesi-út 18, I. em. (Bejárat Kazinczy-u. 2).

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

**ERDEY Dr.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. 1415.3109 SANATORIUMA. Nőbetegek és szülők részére.

**Orvosi laboratórium:** Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** (Szűvetség-utca 14—16.) Telefon sz. 90—46.

**Simonyi Béla dr.** Modern Röntgen-laboratórium. Röntgen-therapia; átvilágítás: Harminczad-utca 6. (Erzsébet-tér sarok) Röntgen-felvétel. 2798  
Telefon 49—57. Vibrációs massage



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (VIII. rendes tudományos ülés 1907 márczius 2.-án.) 212. l. — Közkórházi orvostársulat. (III. bemutató szakülés 1907. február 13.-án.) 214. l. — Budapesti orvosi kör. (Ülés 1907. február 23.-án.) 215. l. — A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (Ülés 1906 decz. hó 16.-án.) 215. l. — Szegedi Orvosegyesület. (1907. február 13.-án tartott ülés.) 216. l. — Szenelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 195. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VIII. rendes tudományos ülés 1907 márczius 2.-án.)

Elnök: Erőss Gyula. Jegyző: Verebély Tibor.

## Pylorus- és cardia-szűkületet okozó gyomorfekély műtett esete.

Borséky Károly: N. Róza, 28 éves szakácsnő már 1905 november hava óta állandó orvosi kezelés alatt van erős gyomorvérzésekkel járó peptikus gyomorfekély miatt. Mult évi szeptember havában vette észre, hogy nehezen tud nyelni és a nagyobb falatokat mind kihányja. Állapota folyton rosszabbodván és több mint 20 kgm.-ot fogyván, Réczey tanár klinikájára vétette fel magát 1906 november 27.-én.

Felvételkor a nagyon elgyengült, rosszul táplált betegen a következőket találtuk: A középvastag bázisigutató 40 cm.-nyire a felső fogsortól megakad és a szűkületen át csak filiformis bougie vezethető be a gyomorba. A has behúzódtott; a gyomortájék nyomásra fájdalmas; az epigastriumban tyúktójásnyi, kissé dudoros felületű resistentia tapintható, a mely felett tompult a kopogtatási hang. A beteg csakis folyadékot tud nyelni, és az étkezés után 3—4 órával igen sok nyálkával kevert, rosszul emésztett ételmaradékot hány. A beteg táplálkozásának megjavítása és a pontosabb gyomorvizsgálatok megejtése céljából a cardia szűkületét annyira tágítottuk, hogy a legvékonyabb gyomoreső bevezethető volt. A Kétly tanár klinikáján megejtett vizsgálatok szerint a gyomor alsó határa a köldök magasságában van és a próbaebéd után hat órával nagy mennyiségű rosszul emésztett ételmaradék nyerhető, a melyben szabad sósav nincs, tejsav ellenben van. Röntgen-átvilágításkor a bismuth-bolus a cardia tájékán megakad és hosszúra nyúlva lassan jut a gyomorba.

A beteget a pylorus-szűkület megszüntetése végett 1906 december 20.-án megoperáltuk.

A pylorus a pankreashez és májhoz sokszorosan és szívsan rögzítve volt, úgy hogy a gyomor nem húzható elő. Az egész hátulsó felület, elül a cardia és a pylorus környéke erősen megvastagodott, beszűrődött; helyenként halványpiros területek és álhártyás felrakódások találhatók. A harántcolon mintegy 2 cm.-nyi darabon a gyomor nagy görbületéhez rögzített és a lig. gastrocolicum egy része szintén megvastagodott. Az egész gyomor merev falú csővé alakult át; csupán az elülső felületén van egy alig kis gyermektenyérszerű ép hely. Ezen helyet használjuk fel a gastroenteroanastomosis antecolica antica készítéséhez. Műtét után a beteg állapota csak a harmadik héten kezdett javulni. Február közepe táján már mindent le tudott nyelni és semmit sem hányt ki. A február 23.-án megejtett gyomorvizsgálat kimutatta, hogy a gyomor kiürülése kifogástalan; 3 órával a próbaebéd, 45 percczel a próbareggeli bevétele után a gyomrot teljesen üresnek találtuk és a legvastagabb gyomoreső minden akadály nélkül könnyen vezethető be a gyomorba. A műtét óta — tehát 2 hónap alatt — a beteg 12 kgm.-ot hizott.

Érdekes ezen eset két okból: először a callosus fekély olyan kiterjedésű volt, hogy a gyomrot majdnem egészen infiltrálta s a pylorust és a cardiát is megszükitette. Másodszor a gastroenteroanastomosisnak a callosus fekélyre gyakorolt gyógyító hatását bizonyítja, még olyankor is, a mikor nincs hyperchlorhydria.

## Spengler differenciáló eljárása szerint festett tuberculosis-bacillusok.

Scharl Pál: Nehány készítményt óhajtok bemutatni, melyek részben tuberculosis egyének köpetéből, részben a gyöngykór és az emberi tuberculosis bacillusának tenyészetéből származnak. Ezen készítmények Spengler Károly davosi orvos eljárásai

szerint vannak festve. Ezen festési eljárások tenyésztési eljárásai-val és állatkísérleteivel kapcsolatosan legfontosabb bizonyítékai Spengler azon felfogásának, hogy a gümőkór aetiologiája kettős. Specifikus therapiájának kiindulópontját is ezen dualismos aetiológia alkotja. 112 gümőkóros egyéntől származó köpetnek vizsgálati eredménye 50%-ban mutatta ki a gyöngykór és az emberi gümőkór bacillusának együttes jelenlétét. Differenciáló eljárásai közül elsőnek a „pikrin“-methodussal festett köpetből származó készítményt mutatja be. Ha az ugyanazon homogenizált köpetrészekből származó Ziehl-Neelsen szerint festett készítményt tekintjük, szembevetendő, hogy a pikrin-methodussal festett készítményen a bacillusok száma sokkal nagyobb. Ez onnan ered, hogy a buroksértett bacillusok a pikrin-methodussal még festődnek, de Z.-N. szerint már nem. Feltűnő már ezen eljárás mellett is a nagyságbeli eltérés az egyes bacillusok között. A nagyobb és részben vastagabb bacillusok, a melyek feltűnő segmentáltságot mutatnak, gyöngykór-bacillusok.

Egy második festési eljárása Spenglernek a burokfestés. Ezen eljárás festékrétegzésen alapszik. Előzetesen alkalizáljuk a készítményt és vitálsan festjük a bacillusokat, mielőtt a melegítés által burkuk szenvedett volna; ezt követi a totális festés. Ezen eljárás szerint vannak festve a bemutatott, tenyészetből származó bacillusok. Ezen készítményeken, melyek mindkét fajta bacillus keverékéből állanak, a gyöngykór bacillusának nagyságbeli eltérése a legszembevetőbb. A gyöngykór bacillusának hideg úton való kezelése a bacillusoknak köpetkészítményekben való kimutatására szolgál.

A carbol-fuchsinnal leöntött készítmény 5 percre thermostatba jut és sav interponálása nélkül történik az utánfestés Löffler-féle, vagy 10-szeresen hígított methylenkékkel. Ezen eljárás a saválló baktériumok azon tulajdonságán alapul, hogy a carbol-fuchsinnal telítettek kivétel nélkül felveszik a második festőanyagot is, még ha savhatásnak nem is voltak kitéve. Ezen tulajdonságát a bacillusoknak Spengler színállóságnak nevezi. A bemutatott festési eljárások könnyen végezhetők és a gyakorlatban is jól használhatók.

A bemutatáshoz hozzászólt Preis Károly és Kovács József.

## Védőoltások a gümőkór ellen.

Hutyra Ferencz: A gümőkór ellen való védekezés módjainak széleskörű tanulmányozása során néhány év óta a védőoltás is szerepel mint olyan, melyhez azok, a kik ezen részletkérdéssel kísérletileg foglalkoznak, több-kevesebb reményt fűznek. Homlokterbe főleg azóta került, a mióta Behring a szarvasmarháknak gümőkórja ellen bizonyos védőoltási módszert ajánlott és vezetett be a gyakorlatba, kiindulva abból a feltevésből, hogy az itt nyereendő tapasztalatok esetleg az ember gümőkórja ellen való védekezés közben is észszerűen lesznek értékesíthetők.

Az eljárást az előadó ellenőrző kísérletek tárgyává tette és az elért eredményeket, mint a melyek a gümőkór ellen mesterségesen létesíthető immunitás lényege felől bizonyos felvilágosításokat nyújthatnak, előadásában röviden összefoglalva ismerteti.

A Behring-féle védőoltás azon a feltevésen alapul, hogy az emberi gümőkór bacillusai, mint olyanok, melyek emlős állatokra, s főleg a szarvasmarhákra jóval enyhébb pathogen hatást fejtenek ki, mint a szarvasmarhák gümőkórjának bacillusai, alkalmas oltóanyagot képviselnek az utóbbi betegség ellen. Az eljárás lényege az, hogy fiatal borjúknak előbb 0.004 gm.-ot, majd 3 hó múlva ennek ötszörösét, 0.02 gm.-ot (1 illetve 5 immunizáló egyseget) fecskendeznek a torkolati gyűjtőerükbe egy bizonyos emberi gümöbaccillustörzsnek a vacuumban megszáritott vérsavótenyészetéből.

Mint hogy Behring maga nem közölt előbb olyan kísérleteket, melyek igazolnák, hogy az ajánlotta módszer valóban immuni-



zálja a borjúkat, az előadó mindenekelőtt ebben az irányban végezte kísérleteit. Az eredmény az volt, hogy az eredeti anyaggal, a bovovaccinnal két ízben beoltott állatok két hónappal később 0.02 gm. gyöngyökbacillustenyészet vérbefecskendését is jól tűrték. Míg ugyanis az utóbbi tenyészetnek jóval kisebb mennyisége 6—8 héten belül megölte az előzőleg be nem oltott borjúkat, s ezek heveny általános gümőkórban elpusztultak, addig a beoltott állatok tüdőjében az erős fertőzés után néhány apró gümös gócz fejlődött, s ezeken is gyógyulás jelei voltak észlelhetők.

Hasonló, sőt valamivel még kedvezőbb eredményeket ért el az előadó, midőn borjúkat nem a Behring-féle bovovaccinnal, hanem tüdővésztes emberek testéből, valamint egy gümőkóros majomból kitenyésztett gümöbaccillus-törzsek friss tenyészetével oltott be (először 0.005 gm., hat hét múlva 0.025 gm. a gyűjtőérbe), a mivel beigazolta, hogy az állatok ellenállóképessége nemcsak a Behring-féle eredeti oltóanyaggal, hanem a tuberculosis-bacillus typosának megfelelő törzsek friss tenyészetével is igen tetemes módon fokozható.

A míg azonban a beoltott állatok az erélyes intravenosus fertőzéssel szemben ilyen feltűnő ellenállást tanúsítottak, addig az erélyes alimentáris fertőzéssel szemben ez már kevésbé érvényesült, mert négy beoltott állat közül virulens gyöngyökbacillusok etetése után az egyikben a torokmögötti nyirokmirigyek gümőkórja fejlődött ki, egy másik pedig a később történt intravenosus fertőzés után általános gümőkórban elpusztult.

További kísérletek azt mutatták ki, hogy hasonló relatív immunitás, mint a Behring-féle védőoltással, emberi gümöbaccillusoknak (0.05—0.10 gm.) egyszeri bőr alá fecskendésével is létesíthető, mert az ilyen módon beoltott állatokban is a pár hó múlva történt erélyes controllfertőzés rendszerint semmi vagy csak egészen jelentéktelen kóros elváltozásokat okozott. Két beoltott állat azonban, ámbár a controllfertőzést közvetlenül szintén jól tűrte, négy illetve hét hó múlva gümös agyvelőburokgyulladásban pusztult el, jeléül annak, hogy az állati testbe bevitt virulens gümöbaccillusok hónapokig lappanghatnak, azután pedig alkalom adtán súlyos kóros folyamatokat indíthatnak meg.

Egészben véve ezek a kísérletek beigazolták, hogy emberi gümöbaccillusoknak beoltásával a szarvasmarhák ellenállása a gyöngyökbacillus fertőzéssel szemben ha nem is minden, de mégis a legtöbb esetben igen jelentékeny mértékben fokozható. Gyakorlati szempontból azonban fontos volt még az a kérdés, hogy az ilyen módon mesterségesen létesített immunitás tartós-e, illetőleg hogy a védőoltás mennyi ideig védi meg az állatokat a virulens fertőzéssel szemben.

Az ebben az irányban megejtett kísérletek arra az eredményre vezettek, hogy a mesterségesen fokozott ellenállás aránylag rövid idő múlva gyengül, majd teljesen elenyészik. Két borjú közül ugyanis, melyeket az előadó két ízben a gyűjtőérbe oltott be, a 7½ hónap múlva történt controllfertőzés után az egyikben, bár nem nagyfokú, de mégis általános jellegű gümőkór fejlődött ki (gümők a savós hártályon, a lépben és a vesékben), a másik pedig súlyos általános heveny gümőkórban betegedett meg és csak két hónappal élte túl a controllállatot.

Még kedvezőtlenebb volt az eredmény, a midőn 17 hónappal a második intravenosus védőoltás után fertőzte az állatokat virulens gyöngyökbacillusokkal. Ekkor ugyanis mind a négy beoltott borjú megbetegedett gümőkórban; kettőben a kóros folyamat ugyan csak helybeli jellegűt mutatott, kettő azonban rohamos rosszabbodás után általános heveny gümőkórban pusztult el.

A kísérletek eredménye abban foglalható össze, hogy élő emberi gümöbaccillusoknak a vérbe vagy a bőr alá fecskendésével a szarvasmarhák ellenállását a mesterséges virulens fertőzéssel szemben közvetlenül igen jelentékenyen lehet ugyan fokozni, az ilyen módon mesterségesen létesített immunitás azonban már az első év vége felé észrevehetőleg csökken, másfél év múlva pedig esetleg már egészen elenyészett.

Ez a körülmény nagyon alászállítja, sőt általában kétségessé teszi a Behring-féle védőoltások gyakorlati értékét, mert a gyakorlat céljainak csak olyan eljárás felelne meg, mely évekig tartó és a mellett elég hatékony immunitást létesítene.

Az ezzel az eljárással szerzett tapasztalatok egyébiránt világot vetnek a gümőkór ellen való immunizálás kérdésére általában is. Az emberi és az állati gümőkór között fennforgó nagyon közeli rokonság folytán ugyanis fel lehet tételezni, hogy az emberi gümőkór ellen netalán mesterségesen létesíthető immunitás is hasonlóképpen kevésbé tartós lesz.

A kilátások ebben az irányban annál kevésbé biztatók, mert az emberek védőoltása élő kulturákkal, pl. a gyöngyökbacillusával, már eleve is alig jöhet tekintetbe, a bakteriumok kémiai termékeivel való immunizálás pedig tapasztalat szerint hatékonyságában általában jóval mögötte marad az előbbinek. Ehhez képest a prophylaxis leghelyesebb, mert legbiztosabb módja ezáltal is az lesz, mely első sorban és mindenekelőtt a fertőzés esélyeinek csökkentését tekinti feladatául.

*Korányi Frigyes:* Az előadó eredményei megegyeznek azokkal, a miket az emberi pathológiában észleltünk. Az immunizálás annyiban, a mennyiben a gümőkór termékeivel vagy gümöbaccillussal történik a beoltás és ennek a hatása abban nyilvánul, hogy a második vagy későbbi beoltással szemben ellenálló a betegek, ugyanazon typos szerint folyik le, mint azt az állatokon találta az előadó. A resistentia fokozódik és elkövetkezik azon időszak, melyben rendkívül nagy mennyiségű oltóanyagot is elbir a beteg, majd pedig kisebb-nagyobb fokban beáll a resistentia esükkése. Különben a gümőkórnak a tuberculosis vírus iránti viselkedése már a természetes megfertőzésben mutatkozik. A gümőkór nem olyan betegség, melynek kiállása új fertőzés iránt kevésbé fogékonytá tenné az embert, sőt esetleg még fogékonyabbá teszi és a második megbetegedés nem enyhébb, hanem súlyosabb.

Ha jól értettem az előadót, hasonló a resistentia bekövetkezésének és fennállásának a tartama is. Elég fontos ezt a körülményt és ezeket az eredményeket számon tartani, mert a faj és egyén constitúciójának olynemű alakítása, mely növeli a resistentiát a gümőkór ellen, egyelőre teljes értékében fennáll és kell, hogy vezetője legyen a gümőkór elleni védekezésnek.

Ha megint jól értettem, az előadó nem merítette ki az immunisatio themáját, mert sokféle modulatio van, de nem voltam szerencés az irodalmi közlésekből összhangzó eredményt találni. Mindenesetre legilletékesebbnek kell tartanom azon vizsgálatokat, melyeket a Reichsgesundheitsamtban Berlinben végeztek, és melyek arra vonatkoznak, hogy végleges immunisatio lehetséges-e; hogy miképp alakul a dolog, ha emberi gümöbaccillustermékek oltatnak be állatokba, vagy pedig állatbaccillusok.

Az eredmények nagyon ellenmondók. Daman, majd Schmidt egymással ellentétes eredményre jutott. Vagyis megbízható eredmények még nem ismeretesek.

Az immunisatióra vonatkozó vizsgálatokat a gyakorlati életbe is átvitték és az emberi gümőkór gyógyításában állítólag jelentékeny eredményre vezettek. Nem akarom kétségbe vonni, nem is kételkedem, hogy az eredmények úgy folytak le. Magam is folytattam Koch-féle tuberculinnal vizsgálatokat, sikertelenség és látható ártalmasság mellett egy sorát észleltem az olyan eseteknek is, melyek oly gyors és oly fokú gyógyulási hajlamot mutattak, a milyent más eljárással elérni nem tudtam se én, sem más. Így jártak más észlelők is. Ezért a kísérletek befejezetteknek nem mondhatók.

Felszólalásomnak még egy célja van. Szeretném, ha a gümőkóros fertőzés és immunisatio kérdése egyszer az orvosegyesület színe előtt rendszeres előadás tárgyává tétetnék. Kiváncos a kérdés kritikai tárgyalása és mai állásának ismertetése. Nem kételkedem, hogy az egyesület vezetősége az ilyen irányú óhajnak eleget fog tenni.

*Detre László:* A hallott előadás valóban hézagot pótol, mert választ ad azon kérdésre, melyet valamennyien feltettünk, mikor Behring első közleménye megjelent. Ebben az immunitás volt a fontos, a mi komplikált művelet. Az immunitás tartamát semmiféle elmélet nem mondja meg, csakis ilyen kísérletek. Azért ezen eredményekhez, a mennyiben tényeken alapulnak, nem szóhatok hozzá, csak értelmezésükhöz.

A Behring értelmében végzett immunisatio eredménye a gyakorlatban néhány hónap múlva már nem állandó, de néhány hónapon belül igen erős fokú. De minden immunisatio ilyen, úgy hogy csak bizonyos fokig történhetik. A mezőgazdasági oltások közül pl. a lépfene elleni legfeljebb egy esztendeig hatásos, később a hatás eltűnik. A serumot, a mikor előállítjuk, minden injectio fokozza a hatását és így az immunizáló anyag minőségét. Ennélfogva nagyon közelfekvő, hogy a mennyiben ezen kísérletekből az derül ki, hogy az immunitásnak tetemes nagy foka éretett el egy-két injectioval, nem lehetne-e az immunitás megszűnése előtt végzett újlagos injectioval az immunitást fokozni. Véleményem szerint ez lehetséges. De nemcsak az én véleményem ez, hanem találunk erre nézve az irodalomban is adatokat, elég hivatkoznom a Behring-féle első állatokra. Tehát az ilyen értelemben való továbbdolgozás megadja a módot, melynek segítségével a mostani néhány hónapig tartó immunitást elegendő erős immunitássá fejleszttherjük.

*Grósz Emil:* Korányi Frigyes felszólítására óhajt reflectálni. Néhány év előtt Hoppel, a göttingeni egyetem szemésztanára az új tuberculinnak a szem tuberculosisára való hatékonyságát egy sorozat jól észlelt esettel igazolta. Ezen a nyomon haladva a budapesti egyetem



szemklinikáján Török Ervin és Schulek Alfréd két éven át 16 szemtuberculosis- esetet új tuberculinnal gyógyított. Az eredményekről a „Szemészet“ ez évi első számában számolnak be. Minthogy a szemtuberculosis kiválóan alkalmas a változások tanulmányozására, a két éves tapasztalat alapján határozottan állíthatja, hogy az új tuberculin a a lokális bántalmat kedvezően befolyásolja.

**Kovács József:** Azokat az immunitási kísérleteket, melyeket Behring 1903-ban részben közölte, én magam is figyelemmel kísérttem. A nála töltött idő alatt meggyőződtem, hogy egyszeri vagy ismételt immunizálással az ő módszere szerint, melyre meg kell jegyezmem az előadó úrral szemben, hogy nem tisztán vacuum által állítatik elő, hanem hővel, vegyi szerekekkel és más módon, olyan eredményeket ért el, hogy az immunizált állatok horribilis mennyiségű virulens gümöbaccillust bírtak el, míg a kontrollállatok bepusztultak. Ez nemcsak a resistentia jelentékeny fokozását mutatja, hanem a horribilis vírusra való tekintettel abszolút immunisatiót jelent. Ez tény. Ezzel szemben állanak Hutyra igen fontos és tanulságos eredményei. Tehát pozitív eredményekkel szemben negatívok is állanak. Behring eredményeinek  $\frac{3}{4}$  része pozitív és ez buzditólag kell hogy hasson. Az eljárások esetleg módosításra szorulnak, de tagadhatlan, hogy a resistentia igen nagy fokát lehet elérni.

**Hutyra Ferencz:** Előadásomban kizárólag egészséges állatoknak az emberi gümöbaccillus tenyésztésével a gyöngykór ellen való immunizálásával foglalkoztam, és mellőztem egyéb védőoltási módszerek ismeretét. Így nem tértem ki arra, hogy szarvasmarhákat a gyöngykór-bacillus tenyésztésének emelkedő adagaival is lehet a gyöngykór ellen immunizálni, a mi az egyik esetben igen magas fokra sikerült, úgy hogy az illető állat 0.10 gm. virulens gyöngykóros tenyészet befecskendezését minden ártalom nélkül eltűrte. Ez állat vérsavójának védő hatása tengerimalaczkokon kipróbáltván, egészen hatástalannak bizonyult a későbbi nagy erők virulens fertőzéssel szemben.

Az immunizáló eljárások értékének méltatása a beteg szervezet szempontjából szintén kívül esett előadásom keretén, s erre egyébként nem is tartom magamat illetékesnek. Tisztán elméleti alapon a betegek kezelése a gümöbaccillus toxikus termékeivel biztató eredményűnek ígérkezik. Ilyen kezelésre mindenképpen szerint elég hamar jön létre olyan immunitás, mely a már megindult kóros folyamatot továbbterjedésében megakasztja és gyógyulásra is vezethet. Gyakorlati szempontból azonban itt is fontos szem előtt tartani, hogy az ilyen módon esetleg létesített immunitás nem tartós, s hogy azért a gyógyult egyént továbbra is mindenképpen védeni kell a későbbi fertőzéssel szemben.

A védőoltásnak bizonyos időszakonként való ismétlésével az immunitást valószínűleg hosszabb időn keresztül megfelelő magas fokon lehet tartani, az ilyen eljárás gyakorlati értékének mérlegelésekor azonban számba kell venni annak körülményességét és költséges voltát is. Ebből a szempontból nagyon lehetséges a betegség vírusának teljes kiküszöbölése a fertőzött állományokból és ezt követően a fertőzés megakadályozása; a mellett az ilyen eljárás magában véve biztosabb és egyöntetűbb eredményekre vezet, egyúttal gazdaságosabb is. Ezenkívül mindenképpen aggodalmas körülmény az is, hogy a bacillusok hosszú időn keresztül életben maradhatnak az állat testében s később esetleg újból megindíthatják a kóros folyamatot.

Behring az állatjait, legalább a közzétett esetekben, aránylag rövid időközökben különböző módon kezelt tenyészetekkel és ilyeneknek chemiai termékeivel is oltotta. Ha az ilyen állatok később a nagyon virulens fertőzésnek ellenállottak, úgy ez nem bizonyítja, hogy immunitásuk abszolút volt, mert lehetséges, hogy ha a kontrollfertőzés hosszabb idő múlva történt volna, ennek már kevésbé erősen állottak volna ellen az állatok.

### Közkórházi orvostársulat.

(III. bemutató szakülés 1906. február 13.-án.)

Elnök: **Dirner Gusztáv.** Jegyző: **Feldmann Ignác.**

#### Volvulus-esetek.

**Manninger Vilmos:** I. P. A., 17 éves, kőműves-tanoncz. Négy órával behozatala előtt hirtelen erős gyomorgörese, majd erős hasfájása támadt. Hányás. Facies abdominalis. Pulsus filiformis, percenként 140. A nyelv teljesen száraz. Szél- és székrekedés. A has kissé puffadt, egész terjedelmében deszkakemény, defense musculaire. Érintésre mindenütt fájdalmas, de a vakbél táján határozottan a legérzékenyebb.

Perforatiós pertyphlitis diagnózisával rögtön laparotomia, jobb alsó harántmetszéssel (a pararectális metszés módosítása). A peritoneum üregében sötét barnavörös folyadék. A metszés tágitásával betekintést nyerve, kiderül, hogy a rendkívül hosszú sigmakaes kétszeresen van a vékonybelek mesenteriuma köré csavarodva. A csavarodás oly fokú, hogy teljes stasist idézett elő. A vékonybél feketéspiros, succulens. A csavarodás megoldása után sem nyeri vissza eredeti színét. Tekintettel arra, hogy majdnem az összes vékonybelekre kiterjed ez az elváltozás, hogy a pulsus a mesentericában helyreáll, repositio. Háromréte-

ges hasfalzárás. A szék másod- és harmadnap véres. Sima lefolyás.

II. Bonyolult volvulus coeci. Cs. M.-né, 53 éves, napszámos neje, Budakesz. Három nap előtt hirtelen fájdalmakat érzett hasa jobb felében. A fájdalmak csavaró jellegűek, folyton fokozódnak. Ugyanakkor hányásinger, majd erős hányás, mely azóta egyre tart. Teljes szék- és székrekedés. Két izben magas beöntés, ricinus eredmény nélkül. Állítólag évekként ezelőtt hashártyagyulladás volt.

Gyenge, sovány asszony, igen erősen puffadt hassal. A puffadás különösen jobboldalt feltűnő, a hol körülírt, kb. emberfejnyi, előre domborodó, ballon formájú megnagyobbodás észlelhető. A nyelv kissé száraz, az érverés 120, a hőmérsék 36.8° C.

Október 13-án operatio lumbális anaesthesiában. Median laparotomia.

A coecum emberfejnyire kitágulva az egész alhasat kitölti, sőt bal felé is annyira terjed, hogy a colont teljesen elfedi. A colon descendens összelapult, üres. Az elzáródást a következő bonyolult mechanizmus magyarázza: A cseplesznek heges, kb. czeruzavastagságú kötege a kis medence oldalához van rögzítve. Ott a hol a csepleszszál a felhágó vastag belet keresztezi, 2—3 mm. vastag heg szorítja le a belet. E helyen az összenövények a belet erősen az alaphoz rögzítik. A vakbél alsó pontja ugyancsak rögzítve van a medence falához a proc. vermiformis útján, melynek vége erős heggel van lenöve. A vakbél a cseplesz-köteg körül közéje és a hasfal közé szorult, mi által az ileumkacs is lelapult. Ez utóbbi azonban nem oly fokú, hogy elzáródás keletkezett volna.

A cseplesz-köteg resectioja és az appendix felszabadítása után a szertelenül megnagyobbodott coecumot sikerül a helyére visszatenni. Az elzáródás azonban ezzel nincs teljesen megoldva. A felhágó vastagbelet lezorító heget hosszirányú metszéssel fel kell előbb szabadítanunk. Haránt serosa-varrat. Appendicostomia. Egyébként hasfalzárás egy rétegben silkwormmal. Öt napig lázas. Az appendixbe vezetett drain jól vezet. Azután zavartalan lefolyás. Másodnap spontán szék.

Az appendicostomia nyílása a drain eltávolítása után edzése stb. ellenére sem záródik. A megduzzadt nyálkahártya jól zár ugyan, úgy hogy egyszerű hasköttővel zárható a bélsipoly; a nyílás azonban egyre nagyobbodik. November 21.-én saját kívánságára hazabocsátjuk. Otthon az appendicostomia nyílása a kitóduló nyálkahártya folytán egyre nagyobbodik. Zárni elég jól zár. Egy izben azonban a kitóduló bélfal annyira beszorult a nyílásba, hogy vérző, fekélyes kizáródott prolapsus képét adja. Operatív zárást ajánlunk, melybe azonban csak 1907. január 3.-án kapjuk meg a beleegyezését.

A műtét január 5.-én történt aether-chloroform-bódulatban. A sipoly körülmetszése és bevarrása, majd két irányban harántmetszés, melyet a peritoneumig folytatva, a belet felszabadítjuk. A sipolyos rész vonalas kimetszése után két rétegben bélvarrat. A hasfalat Maydl szerint három rétegben zárjuk. Prima gyógyulás.

Epikrisis. Az első eset tiszta volvulus, abból a nem egészen mindennapos fajtából, melyben az S romanum dupla kaesa fűzi le az összes vékonybeleket a mesenterium gyökén. Érdekessé teszi az, hogy a kórhatározás acut perforatio mellett szólt. A fájdalmak lokalizálódása jobboldalt alól, a teljesen száraz nyelv, az arc természetesen csak arra mutatott, hogy a hashártyának erős izgalma van jelen. Teljesen magyarázta a kórképet a hasüregi lelet. De azért meg vagyok győződve, hogy az észlelők túlnyomó többsége is velünk együtt abba a tévedésbe esett volna, hogy acut gangraenás appendicitis diagnózisát állapítja meg. Megemlítendő még az a rendkívül nagyfokú stasis, mely négy óra folyamán a vékonybelekben létesült.

A második esetet csak cum grano salis szabad a volvulus csoportjához számítani. Két momentum játszott szerepet az ileus keletkezésében.

Az egyik ama csavarodás, melyet a coecum és vele együtt az alsó ileumkacs szenvedett. A másik momentum ama lefűző köteg, mely a felhágó vastagbelet összenyomta. Az a körülmény, hogy a vakbél két végső pontja rögzítve volt, hogy az



odavezető ileumkaes a hasfal és a csepleszköteg közé szorult, magyarázza meg a coecumnak szertelen megnagyobbodását. Ugy képelem a mechanizmust, hogy első sorban a colon ascendens szűkült meg. Ennek leküzdésére igyekezett a coecum. Az ileum felől felhalmozódó béltartalom mind jobban tágitotta a coecumot. Mindez lassan, észrevétlenül történt. A fájdalom akkor kezdődött, a mikor a coecum a cseplesz-köteg alatt már nem fért el, közéje és a hasfal közé szorult és a folyton újra meg újra belészorult bél a gázok feszülése alatt mindinkább balfelé volt kénytelen kitérni. A vékonybél összenyomása (a köteg és az oldalsó hasfal között) nem volt akkora, hogy a fokozott peristaltica le ne tudta volna küzdeni. Visszafelé azonban alig juthatott a tartalma, mert a többi vékonybél alig volt puffadtabb a rendesnél.

Az eset különben még azért is érdekes, mert az appendicostomia megbízhatlanságát demonstrálja. Rendes körülmények között a nyílásnak záródnia kellett volna. Ez esetben pedig nagy ajakú sipoly alakult, melynek zárása egyébként könnyű volt.

III. eset. P. J., 54 éves betonmunkás. Négy napja teljes szék- és szélrekedés, mely semmiféle hashajtóra nem szűnt meg. Bélsárhányás. A has igen erősen puffadt. Erős peristaltica. Baloldalt tompulat, jobboldalt puffadt bél, ép így a colon transversum helyén. Ebből a colon descendens helyén ülő elzáródásra következtettünk. Az elzáródás chronikus voltára következtettünk az erős bélhypertrophiból (Nothnagel-féle bélmerevedés). Perczenként 130 érverés, a nyelv száraz.

Julius 24.-én végeztük a műtétet aether-chloroform-bódításban.

Bal alsó ferde hasmetszés. A colon descendens és transversum szűk. Rendkívül puffadt vékonybélkacsok. Mialatt egy segéd a beleket visszahelyezi és a hassebet zárja, ugyanilyen metszés jobboldalt. Az elzáródás helye az ileocoecális tájék. Az obturatio oka a proc. vermiformis hydropsa, mely kb. kis almányi. Körülé csavarodott a vékonybél legalsó kacsá, mely a coecumba való átmenet helyén szögbe van törve egy a coecumot és a proc. vermiformist összekötő köteg által. A proc. vermiformis kiirtása után felszabadul a vékonybél. Anus praeternaturalis Witzel módjára. Bő szék az anus praeternaturalison át. Infúsiók.

Stercoraemia tünetivel harmadnapra halál. A boncolás teljesen negatív. Peritonitis ninesen. Halálokul csakis stercoraemia jöhet gyanuba.

IV. 48 éves napszámos, Törökbálint. Egy hete nincs széke. Az utóbbi napokban bélsárszagú hányás. Már régebben volt makacs székrekedése, mely csak nehezen oldódott meg. Beöntések, eumydrin minden hatás nélkül. Erősen puffadt has, minden különösebb jel nélkül. Jó pulsus, perczenként 90. Normális hőmérsék, kissé száraz nyelv.

Villamos beöntés, melyre bő, rendkívül sok emésztetlen babbéjat tartalmazó bélsár ürül. A villamos beöntést még két ízben alkalmazzuk jó eredménnyel, úgy hogy a has eléggé lelapped.

Julius 30.-án laparotomia. Leszorító köteg okozta többszörös szűkület az alsó ileumon, közülük kettő szinte permeabilisnak látszik. Megoldásuk és az appendix resectioja után zárjuk a hasat.

Augusztus 5.-én magas lázzal thrombosis a bal iliaca externában. Sótalan diatára a fájdalmas duzzanat csakhamar eltűnik. A beteget azonban nyolcz héten át fekvé tartjuk. Október 9.-én gyógyulva távozik.

Kiemelendőnek tartom e két esetben, hogy a strangulációs ileus mechanizmusa ellenére mennyire lassan, chronikusan fejlődött mindkét esetben az ileus. Érthetővé teszi ezt a bélizomzat fokozatos túlfeljele, mely a nagy akadályt (a második esetben két igen szűk stenosis) hosszú időn át le tudta győzni.

Míg a második esetben az ileus megoldásával megszűnt az autointoxicatio veszélye, az első beteg ennek lett áldozata.

Kiemelendőnek tartom végül, hogy oly esetekben, a melyekben az ileus kifejezetten chronikus jellegű (obturációs ileus, nem tökéletes strangulatio), mily jó szolgálatot tehet a villamos beöntés.

Tudtommal ezt az eljárást nálunk igen ritkán használják. Ezért röviden ismertetem a technikáját: fémkatheterre néhány

nyílással ellátott drainsövet kötünk. A kathetert összekötjük a galvános készülék egyik sarkával és így vezetjük be a végbélbe. A katheteren át megtöltjük az ampullát vízzel. (Legjobb állandóan irrigátorral összekapcsolni, hogy biztosítva legyen a végbélnek vízzel való töltése.) A másik sarka a galvános készüléknek a hasra kerül. Az áram erőssége 30—50 milliampère, ötpercenként áramváltás. Egy ülés tartama 15—30 perc. Néha az ülés alatt indul meg a szék, néha csak 1—2 óra múlva.

Mindenesetre fontos, hogy az ileust operatio nélkül oldjuk meg ott, a hol lehet. Az ileus okának eltávolítása technikailag sokkalta könnyebb, ha a beteg bele lehetőleg ki van ürítve. A műtét prognosására ez igen nagy befolyással van. Nem szabad alkalmazni a villamos beöntést acut strangulációs ileusban, ilyenkor csak rontunk vele a belek állapotán.

## Budapesti orvosi kör.

(Ülés 1907. február 26.-án.)

Elnök: Papp Samu. Jegyző: Mohr Mihály.

### Az újabb syphilis-vizsgálatok eredményei.

Török Lajos: Azon tények előrebocsátása után, melyek szerfelett valószínűvé teszik, hogy a spirochaeta pallida a syphilis kórokozója, részletesen foglalkozik az experimentális syphilissel. Kiemeli azon tényeket, melyek tanúsítják, hogy úgy a másodlagos, mint a harmadlagos syphilis elváltozásai a syphilises virus hatásának közvetlen következményei. Azután foglalkozik az úgynevezett syphilis-immunitásról végzett kísérletekkel, a melyek ellentétben a divatos felfogással azt bizonyították be, hogy a syphilissel fertőzött szervezet még a syphilis tartama alatt is újabb syphilisfertőzéssel szemben fogékony. Az állatkísérletekből az világott ki, hogy az újabb fertőzésekkel szemben nagyobb a bőr ellenállása.

Ez alkalomból élesen kikel azok ellen, kik a kísérleti syphilis-vizsgálatokat nem állították embereken végezni.

Áttér azután Metschnikoff praeventiv kezelésének (30%-os calomel-kenőcs) ismertetésére, a mely közvetlenül vagy egy órával a fertőzés után alkalmazva, állítólag megakadályozza a syphilis kifejlődését.

Foglalkozik Metschnikoff és mások azon kísérleteivel, melyek syphilis elleni serum készítését célozták, de eddig biztos eredményre nem vezettek.

Végre még kiterjeszkedik az újabb diagnostikai eljárásokra, különösen a serodiagnostika kapcsán, mely a syphilis-antitestek jelenlétének kimutatását célozza.

## A budapesti kir. orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(Ülés 1906. december hó 16.-án.)

Elnök: Dollinger Gyula. Jegyző: Winternitz Arnold.

(Vége.)

### A transperitoneális vesekiirtásról.

Winternitz Arnold: A vesék retroperitoneális helyzetéből ki folyólag sebészi feltárásknak legrégibb és legegyszerűbb módja a lumbalis táj felől való behatolás. A Simon által először használt lumbalis merőleges metszés az esetek túlnyomó többségében, különösen ha tetemesen megnagyobbodott szervről volt szó, vagy a mikor az ureter kisebb-nagyobb darabjának felkeresése volt szükséges, nem mutatkozván elégségesnek, helyette jobb áttekintést nyújtó újabb metszések jöttek forgalomba. Így König a Simon-féle merőleges metszés alsó végéhez egy vízszinteset esatolt; Bardenheuer felső végéhez is esatolt egy a bordaívvel párhuzamosan futó segédmetszést; Péan harántirányban, a köldöktől az ágyéktáj felé futó metszést ajánlott; Bergmann a XI. borda végétől kiinduló és a Poupart-szalag közepe felé futó metszést hozott javaslatba. Az ajánlott behatolási módok között legelterjedtebb és az esetek túlnyomó többségében valóban leginkább megfelelő a Bergmann-féle metszés, mely a veséhez magához tág bemenetet biztosít és az ureternek nagy területen való feltárását engedi meg. Ezen ú. n. lumbalis metszéseknek nagy előnye, hogy a peritoneum megnyitása nélkül extraperitoneálisan teszik a veséket szabaddá, ezeknek genyes-fertőzések bántalmaiban tehát nélkülözhetetlenek.

Vannak azonban esetek, melyekben az extraperitoneális operálási



mód nem mutatkozik kielégítőnek; ilyenek első sorban a vesék rosszindulatú, igen nagy daganatai. Ezen nagy vesedaganatok helyzete és a hashártyához való viszonya is már a transperitoneális operálási módra hív fel, a mennyiben a vesedaganatok, ha tetemesebb nagyságot értek el, a lumbális tájból mindinkább a hasüregbe domborodnak és tulajdonképpen csak leghátulsóbb felső részletük fekszik még a hashártyán kívül, elülső, alsó és a hasürbe meredő nagyobb tömegük pedig már mindenütt hashártyától fedett. E nagy vesetumorok növekedésükkel arányban mindinkább intraperitoneális fekvésűvé válnak, a mennyiben az előttük fekvő hátulsó hasfali peritoneumot a colonnal együtt maguk előtt felemelik, de az oldalsó hasfal peritoneumát, egészen a hátulsó áthajlási redőig érintetlenül hagyják. Innen van, hogy a nagy daganatoknak elülső, alsó és oldalsó felülete intraperitoneális helyzetű és lumbális úton, ha e helyeken összenövések vannak, nem érhetőek el jól.

Ezen megváltozott hashártyaviszonyok és azon körülmény, hogy a nagyobb, rosszindulatú vesedaganatok aránylag gyorsan nőnek össze a fedő peritoneummal és a colonnal, teszik szükségessé, hogy a viszonyok felől már a műtét elején gyorsan és biztosan tájékozódhassunk a hasüreg felől. Kérdés már most, hogy mely utakat és mely metszéseket használjunk az e fajta műtétek végzésekor.

Az előadó négy esetben operált transperitoneális úton, rendkívül nagy vesedaganatok miatt. Egy esetben a hasüreget a középvonalban nyitotta meg, mert nem volt biztos a felől, vajjon vesedaganattal áll-e szemben. A kifejtés és a chyluserek lekötése a középvonal felől történő behatolás esetén nehéz, mert a daganatot nem lehet eléggé oldalra luxálni. Ezen módot tehát nem ajánlja. A m. rectus külső széle mellett futó ferde irányú Trendelenburg-félet nem használta és nem is ajánlja, mert egyrészt nem látszik elegendő betekintést adni, másrészt a rectushoz futó idegeket metszi át. Sokkal jobb, a hasfal későbbi működését és az idegek sértetlenségét tekintve pedig kifogástalan eredményt nyújt a Péan-féle harántmetszés, mely egyúttal a legtágabb utat és a legkényelmesebb betekintést is biztosítja a hasürbe. E metszés a köldök magasságában kezdődik és harántul fut hátra az ágyéktájba a musc. quadratus lumborumig. A metszés elül a rectuson át a középvonalig folytatható, sőt szükség szerint a középvonalban is csatlakozhatunk hozzá verticalis segédmetszést. A tér, a melyet a műtő nyer, minden kívánságnak megfelel. Jól tájékozódhatni a daganat helyzete, az esetleges összenövések és az eset operabilitása felől. Nagy előnye ezen behatolási módnak továbbá az is, hogy a daganat könnyen a sebbe luxálható és a chyluserek lekötése mindjárt a műtét elején történhetik, a mi által tetemes mennyiségű vért takarítunk meg a betegnek. Extraperitoneális úton történő operáláskor a vérek lekötése mindig a műtét utolsó phasisát teszi; a daganat tokján rendszeren sok tágult vena húzódik és a képlet kifejtése közben gyakran erős vérzések szoktak támadni. A transperitoneális behatolási módok éppen az a nagy előnye, hogy a chyluserek és a tokban vagy a tokon futó gyűjtőerek előre lekötethetők. Három esetben használta ezen Péan-féle harántmetszést nagy vesesarkomák kiirtásakor. Két esetben a tumor kiirtása meglepő könnyűséggel és gyorsasággal, minden vérzés nélkül sikerült; egy esetben, mely inoperabilisnak bizonyult, a hasseb bevarratott. Melegen ajánlja nagy vesedaganatok kiirtásakor a transperitoneális eljárást a Péan-féle harántmetszéssel, mint a mely legjobb áttekintést és legbiztosabb tájékozást enged meg. Hydronephrosisek, mint a melyek punctio segítségével megkisebbitethetők, természetesen lumbális úton operálendók. A transperitoneális operációt csak nagyobb rosszindulatú daganatok eltávolítására ajánlja, a melyek a középvonalat elérik és a crista ilei túl terjednek. A kiirtott daganat ágya felett a peritoneum pontosan egyesítendő és a tumor helyén visszamaradó nagy extraperitoneális üreg hátra, a lumbális táj felé drainezendő. Réteges hasfallegesítés.

A műtét után két évvel kontrollált esetében a használt nagy, a rectust is átszelő metszés után a hasfalat teljesen normális beidegzésűnek találta.

**Rosenák Miksa:** Volt alkalma több rosszindulatú vesedaganat kiirtásakor segídezni, a mikor Hüttl — bár kétségtelen volt a diagnosis — az operabilitás kérdésének eldöntésére céljából a rectuson keresztül végzett 10—12 cm.-nyi hosszúságú metszést. Ha ezen diagnostikai laparotomia végzésekor arról győződött meg, hogy a daganat kiirtható, akkor hozzáfűzte a Péan-féle harántmetszést; az ilyen kombinált seb mindenkor kitűnő áttekintést nyújtott a daganat kiirtására.

**Dollinger Gyula:** Négy esetben végezte a klinikán transperitoneális vesekiirtást, bár szabálynak a lumbális műtétet tekinti. Ezen négy műtét közül három húgykő miatt történt, egy pedig veseechinococcus miatt. Megjegyzendő, hogy ezen utóbbi esetben a vesét nem is távolították el teljesen, hanem resekálták. Mind a négy beteg meggyógyult.

#### Szokatlan fekvésű féregnyúlvány készítményének bemutatása.

**Paunz Sándor:** A 12 éves leánybetegen három év előtt egy a jobb csipőtanterem elhelyezkedő hasüregi tályogot nyitottak meg másutt. A tályog gyógyulása után a metszés hegének közepén kisujnyi vastag, 1/2 cm. magas, élénkörös képlet nőtt ki, a mely feldörzsölésre vérzett, s a melyre a bőr reá húzódnak nem tudott. A beteg Hüttl rendelkezésén jelentkezett, a ki a leirt képletet bélnyalvályának ismerte fel és az előzetes tályogképződés és a metszésnek typosos elhelyezkedése alapján a diagnosisist lefolyt appendicitis gangraenosára tette; alkalmasint az appendix vége furdott át és körülötte képződött ki a tályog, melyet megnyitottak; ezután a tályog kisarjadzott, összehúzódott és a fenékén levő appendix vége a sebrésbe került, a hegebe belenőtt és obliterálódott.

A felvétel helyességét a műtét igazolta. Hüttl a heget körülmetsette, a hasüreget körülötte megnyitotta s felemelve az így körülvágott hasfalrészletet, vele együtt a belenőtt féregnyúlványt és vakbelet előhúzta. Az appendix typosos resectioja után a hasfal sebet reconstitálta, s a beteg 12 nap mulva per primam gyógyultan hagyta el a kórházat.

A készítmény a kimetszett heg által alkotott hasfalrészletből áll s közepét fúrja keresztül a belenőtt féregnyúlvány. A külső felületen jól látszik a processus vermiformisnak kiemelkedő és obliterált vége, a belső felületen pedig a belenőtt és az alapján lemetsett féregnyúlvány.

#### A járulékos csontok jelentősége a kéztő és lábtőcsontok törésében.

**Bakay Lajos:** Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

### Szegedi Orvosegyesület.

(1907. február 13.-án tartott ülés.)

Elnök: Faragó Ödön dr. Jegyző: Berger Mór dr.

1. **Boros József dr.** bemutatja többszörös bélsérüléssel szövődött áthatoló hasi sebzésnek laparotomia útján gyógyult esetét. H. M., 20 éves legényt a köldöke felett, ettől kissé jobbra hasba szúrták. 12 órával a sérülés után laparotomia, a mikor kiderült, hogy a haránt vastagbél elülső és hátulsó felszínén 2 1/2 cm. hosszú, továbbá az alatta fekvő, s a plica duodenojejunalistól 20 cm.-nyire eső jejunumrész elülső és hátulsó felszínén egy-egy 1/2 cm. hosszú, a bélfalakat teljesen áthatoló sebzés foglal helyet, melyekből béltartalom szivárog. A jejunumkaes alatt a bélfodor gyökri részén baloldalt körülbelül 1/2 cm.-nyi sérülés. A bélsérzések bevarrása után a hasüreget konyhasóoldattal bőven kimosták s a hassebzést egyesítették.

2. **Boros József dr.** 20 éves nőbetegen a gangreana neurotica esetét mutatja be. A betegnek a baja 3 év óta tart. A felkar, a kéz és a láb bőrén erősen viszkető, majd hyperaemiás esomócskák keletkeznek, melyek nemsokára zöldessárgán, majd feketén elszínesednek, összefolynak, s kisebb-nagyobb, szabálytalan, csipkézett szélű, fekete, mumifikált területek keletkeznek, melyek azután több héten át a normális úton sarjadzás útján gyógyulnak. Végeredményképpen lapos, fehér hegek támadnak a bőrön.

A foltok keletkezését és lefolyását a kórházban ellenőrizték. Az egyén kifejezetten hysteriás. Gyógyítás céljából hypnosit kísérlettek meg. Az eredmény még kétséges.

3. **Szóllósy dr.** Boros dr. esetén előadást tart a hypnosis-ról mint gyógyszerközről, s ismerteti a suggestio és hypnosis tanának történetét Mesmertől egész a nancy-i iskoláig, majd az előbb említett beteg érdekességszerű productioit mutat be.

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Légzeshűdés érdekeseit ismertette *W. Alexander* a berlini „Zwanglose Demonstrationsgesellschaft“ december 21.-én tartott ülésén. A 30 éves férfibeteg átállott izomesz után éppen ki akarták már bocsátani a kórházból, a mikor reggel cyanotikusnak találták az ágyában, teljesen légzés és reflexek nélkül (a cornea-reflex is hiányzott); e mellett az érverés szabályos, telt, percenként 70. Mesterséges légzést indítanak meg, 20 perc mulva pedig megcsapolják a telt hólyagot. 1 1/4 liter teljesen normálisnak bizonyult vizelet kibocsátása után légzési kezd a beteg, eszméletét visszanyeri. Még nyolc napig észlelték, a nélkül, hogy a légzés megszűnésének okát ki tudták volna deríteni. Mindenesetre feltűnő volt a légzés visszatérése a csapolás után; a hólyagnak 1 1/4 liter bórdattal megtöltése útján azonban nem állott elő a leírthoz hasonló állapot. A hólyag és a légzőközpont ugyan összefüggésben áll egymással (asthma vesicale et prostaticum), de ezen összefüggésből kifolyólag eddig még csak izgalmi állapotokat észleltek a légzés részéről, hűdésüket sohasem. Az illető egyébként nyolc nap elteltével látszólag teljesen egészségesen távozott. (Medizinische Klinik, 1907. 3. szám.)

A *spirochaeta pallida* megfestésére nagyon ajánlja *Arning* a hamburgi orvosegyesületben tartott előadásában a *Róna* és *Preiss* által használatba hozott eljárást, mint a mely csak 2 percet vesz igénybe és a gyakorló orvos által is végezhető.

### PÁLYÁZATOK.

924/907. sz.

Somogy megye közpórházában Kaposvárott üresedésben levő, 1000 kor fizetés, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy Kapotsfy Jenő főispán úrhoz címzett kérvényeiket 1907. évi márciusus hó 26.-áig a kórház igazgatóságához nyújtsák be.



A kinevezés két évre szól, és esetleg meghosszabbítható, az itt töltött alorvosi szolgálat a születés kivételével a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámíthatik.

Kaposvár, 1907. évi március hó 12.-én.

2-1

Szigeti Gyula Sándor, igazgató.

1535/907. sz.

A lemondás folytán megüresedett I. egészségügyi kör kórorvosi állására pályázatot hirdetek, s felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában körülírt minősítésüket, életkorukat, esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeket hozzám f. évi március hó 25. napjának déli 12 órájáig annyiával is inkább adják be, mivel a későbbben beérkező kérvények figyelembe vételni nem fognak.

Az orvosi kör székhelye Nagykároly s a körhöz tartoznak Bórvély, Kálmánd, Kaplony, Csanalos, Vállaj és Mérk községek.

A kórorvosi álláshoz következő javadalmazás, jog és köteleesség van kötve.

- |                          |             |
|--------------------------|-------------|
| 1. Évi fizetés . . . . . | 900 korona. |
| 2. Úti átalány . . . . . | 300 „       |

Összesen 1200 korona.

Ezeket kivül a betegek látogatásáért a szabályrendelettel megállapított látogatási díj.

Kórorvos a kör székhelyén köteles lakni.

Kórorvos köteles a községi előjárások által igazolt vagyontalan betegeket díj nélkül gyógyítani.

A kórorvosválasztás a körhöz tartozó községek képviselőtestületének küldötti közreműködésével Nagykárolyban a főszolgabírói hivatalnál f. évi március hó 27. napjának d. e. 10 órájkor veszi kezdetét s a megválasztandó kórorvos állását köteles azonnal elfoglalni

Nagykároly, 1907. évi március hó 11.-én.

A h. főszolgabíró.

359/907. sz.

Lemondás folytán üresedésbe jött Kis-Küküllő vármegye hosszúsúzóji járáshoz tartozó bethlenszentmiklósi kórorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A kórorvos javadalmazása:

1. 1200 korona évi törzsfizetés havi utólagos részletekben.
2. Bethlenszentmiklós községtől megfelelő természetbeni lakás.
3. A közmegegyezéssel megállapítandó látogatási, vényírási, halottkémlési és vágóbiztosítási díjak.

Az állás nyugdíjjogosultsággal van egybekötve.

Kórorvos köteles a köréhez tartozó 13 községet havonként egyszer meglátogatni, mely alkalommal minden községtől 2 korona fuvardíj felvételére jogosult.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a és illetve az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket f. évi április hó 5.-éig hozzám nyujtsák be. A választást f. évi április hó 6.-án d. e. 10 órákor Bethlenszentmiklóson a körjegyzői irodában fogom megtartani.

Hosszúszó, 1907. évi február hó 28. án.

2-1

Gyárfás Károly, főszolgabíró.

3725/907. sz.

A m. kir. belügyminister úr 20,274/VII. A-907. számú intézkedéssel jóváhagyott 700/14,303. számú törvényhatósági bizottsági határozattal a zemplén-vármegyei Erzsébet-kórháznál rendszeresített és 1600 korona készpénzfizetéssel, természetbeni lakás, fűtés, világítás és étkezéssel javadalmazott alorvosi állásra ezennel pályázatot nyitok, s felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz., valamint az 1876. évi XIV. t.-czikben előírt képesítéseket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal felszerelt és a főispán úr méltóságához címzendő pályázati kérvényeiket hozzám f. évi április hó 15.-ének délutáni 5 órájáig adják be.

Sátoraljaúj hely, 1907. évi március hó 7.-én.

Dókus, alispán.

726/907. fszb. sz.

A lemondás folytán megüresedett zágori kórorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Székhely Zágó (Kisküküllő vármegye). Ezen körhöz 13 község tartozik.

A kórorvos évi fizetése:

1. Törzsfizetés 1200 kor., mely összeg előlekes havi részletekben a dicsőszentmártoni m. kir. adóhivatal által fizettetik ki s nyugdíjjogosultsággal jár.
2. Fuvarbér 400 korona s ennek ellenében köteles a kórorvos minden egyes községet havonként egyszer előre megállapított sorrendben és dőben bejárni.
3. Járványok esetén történő kiszállásokért évi 200 korona.

Úgy a fuvarbért, mint a járványokért járó 200 korona díjat a dicsőszentmártoni m. kir. adóhivatal fizeti ki évnegyedenkint.

Látogatási díjak egyezség szerint állapíthatnak meg.

Felkérem mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy felszerelt pályázati kérvényüket f. évi május hó 15.-éig hozzám benyujtani sziveskedjenek.

Erzsébetváros, 1907. évi március hó 1.-én.

A főszolgabíró.

3229/907. ikt. sz.

Békéscsaba nagyközség közpályozásánál rendszeresített 1 igazgató-osztályorvosi, 1 osztályorvosi és 1 bennlakó segédorvosi állásra az 1876. évi XIV. t.-cz. 68. §-a és 157. §-ának i) pontjában gyökerező jogomnál fogva ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állások valamelyikére pályázni kívánnak, hogy pályázati kérvényeiket okmányaikkal felszerelve hozzám közvetlenül f. évi március hó 25. napjáig bezárólag adják be. A később érkező pályázati kérvények nem fognak figyelembe vételni.

Az igazgató-osztályorvosi állás javadalmazása 1600 korona fizetés és 400 korona igazgatói működési pótlék.

Az osztályorvosi állás javadalmazása 1600 korona fizetés.

A segédorvosi állás javadalmazása 1200 korona fizetés, ételmezés, lakás, fűtés és világítás.

A kinevezendő segédorvos tartozik a kórház épületében lakni s az osztályorvosoknak rendelkezéseit mindkét osztályon teljesíteni.

Gyula, 1907. évi március hó 1.-én.

Alispán helyett:

Daimel dr., várm. főjegyző.

3-2

264/907. sz.

Pozsony vármegye nagyszombati nyilvános jelleggel felruházott kórházánál lemondás folytán üresedésbe jött segédorvosi állásra pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1200 kor. fizetés, lakás, fűtés, világítás, ételmezés (vagy 720 kor. ételmezési ellenérték).

Pályázni kívánókat felhívom, hogy minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeket Bittó Dénes dr., Pozsony vármegye főispánjához címelve, hozzám legkésőbb 1907. évi április hó 1.-éig nyujtsák be.

Nyelvismeret közlése kívánatos.

Nagyszombat, 1907. évi március hó 4.-én.

2-2

Pozsony vármegye nyilv. jell. kórházának igazgatósága.

San Marco hercegné nagy-komlósi (Torontál) uradalma alkalmazottjai és a helybeli zárda részére orvost keres. Pályázók kéretnek az uradalmi tisztartóssághoz fordulni, ki a feltételeket közzölni fogja.

3-2

A szekszárdi Ferencz-kórházban egy alorvosi állás megüresedésén, felhívom az arra pályázni óhajtók, hogy eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat f. évi április hó 1.-éig méltóságos gróf Apponyi Géza úrhoz, mint Tolna vármegye főispánjához címelve, alulírott kórház igazgatóságánál nyujtsák be.

Az alorvos javadalmazása: 1200 korona évi fizetés, teljes ellátás, lakás a kórházban, fűtés és világítással. A kinevezés 3 évre történik s csak nőtlen orvostudorok és szigorló orvosok pályázhatnak.

Az itt töltött alorvosi szolgálat a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámíthatik.

Szekszárd, 1907. évi március hó 3.-án.

2-2

Tanárky Árpád dr., igazgató-főorvos.

## HIRDETÉSEK.



A Bór- és Lithion-tartalmú

# Salvator-forrás

kitűnő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és kövszénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

**Húgyhajtó hatású!**

**Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!**

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

**Rohitschi**

# Ulcerus ventriculi

„Styriaforrás“

200—300 gm. langymelegen éhgyomorra egy órával a reggeli előtt.  
Meglepő győzysikerek.

# NESTLÉ

## GYERMEKLISZTJE

csecsemők, lábbadozók,  
gyomorhajósok részére.

**A legjobb alpesi tejet tartalmazza.**

**Gyermekápolásról** ismertető iratokat ingyen küld: **NESTLÉ**

Bécs, I., Biberstrasse 11.

## EPILEPTIKUS intézet BALF gyógyfürdőben.

A nagy. m. kir. belügyministerium 1903. jun. 17.-én kelt 56445/1903. sz. rendeletével engedélyezve, 200 férfi és női betegre berendezve. Apósi díj: I. oszt. évi 1600 k., II. oszt. évi 1000 k. Ezen osztályokon kívül szegény betegek, az országos betegápolási alap terhére vehetők fel, a mely esetben a nagy. m. kir. belügyministeriumnak 1903. okt. 28.-án kelt 97221/IVa. cz. 1903. rendelete értelmében a felvétel külön-külön kérelmezendő a betegek által. A betegek ápolásával a budai szent Ferenczrendű apácák vannak megbízva. Prospectusokkal és egyéb felvilágosítással szolgál: Dr. Wosinski István, Balf gyógyfürdő igazgató tulajdonosa. Posta, vasút, 3524 telefon helyben.



**PANHANS** szálloda és gyógyintézet, Erzherzog Johann' szállodával Semmering, Wien mellett, magaslati hely, 1025 m. a t. sz. f. Elsőrangú lakházak, legmodernebb berendezéssel, összesen 260 szobával. **Gyógy- és fürdőintézet** az összes vízgyógyeljárás részére, villamos, szénsavas és gőzfürdők, villamos massage, inhalatorium (Bulling-rendszer), 2 házi orvos, házi gyógytár stb. Legjobb tartózkodás magaslati kúránál. 1786 Kőzelebbit a prospektusokban.

## Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

3032 Budapest, Városligeti fasor 11.  
Magánygyógyintézet idegbetegek, belbetegek és üdülők részére.  
Felvételnek **benlakók és bejárók.** — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villamos fényfürdők. — **Szénsavas fürdők.** — Diätetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell-gyógymód, diabetes kezelés, soványító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kétféle ellátás. — Mérsékelt árak.  
Telefon 15-39. — Prospektus. Igazgató-őorvos: **Dr. GLÜCK GYULA.**



## Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénforrások. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, vízgyógykezelés, massage. Lakás és gondos ellátás. Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok gyógykezelése és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán.** 3376

## LASSNITZHÖHE Graz mellett az államvasút mentén,

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependance-okban nyári lakók is felvételnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosításul szívesen szolgál a kezelőség. 2880 Prospektusok díjmentesen.  
Daczára f. év január 17.-én történt tüzkárnak a rendes üzem fentartatik.

Amerikai rendszerű **hygienikus központi légfűtés** egyszemélyes házak, villák, sanatoriumok, gyógytermek, kórházak számára. 1949

Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!  
**HOFFMANN MIKLÓS** magánmérnök, BUDAPEST, VI., Teréz-körút 35. szám.  
Telefon 96-96. Telefon 96-96.

## Dr. Faragó és Társa

vegyi, orvosi és gyógyszerészeti labororium  
Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 21.

Teljesít diagnostikai és bakteriologiai vizsgálatokat: vizelet-, köpet-, vér-, bélsár- stb. analyseseket.

Vezető: **Dr. Faragó Andor**, kir. törvényszéki hites vegyész.  
Vidéki megrendelések is pontosan eszközölnétek.

## SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D<sup>r</sup> EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhaachitis.  
Kapható minden gyógyszerertárban.

## Név védve. Extractum Név védve Chinae „Nanning“

(A jelenkor legjobb stomachicum.)  
Rendelése a berlini betegpénztáraknál megengedve.

- Javallatok:
1. Sápkorosok ótvágytalansága (Dysmenorrhoe eltűnt e szer hosszabb használatánál).
  2. Gümőkórosok és tüdőbetegek ótvágytalansága.
  3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
  4. Lázak és sebkezelés.
  5. Lábadozóknál.
  6. Terhes nők hányásánál.
  7. Szeszkes italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
  8. Hg- és jodkall-dyspepsia.
  9. Tuberkulózisnál.

Egyedüli gyáros:

**H. NANNING**, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.



## „Califig“

a sanfranciscói  
California Fig Syrup Co. cég  
kaliforniai  
füge-szörpjének  
szóvédjegye.

Enyhe és biztos hatású **hashajtó**, mely főleg a női- és gyermekgyakorlatban örvend nagy kedveltségnek.

Használati utasítás minden üvegehez csatolva.

Minden gyógyszerertárban kapható.

1/1 üveg 3 korona, 1/2 üveg 2 korona.

## California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 31 - 32, Snow-Hill. 3068

Főraktár Magyarország részére:  
**TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszerértára BUDAPESTEN Király-utca 12.

## Kunnia-forrás természetes, alkalikus, sós savanyúvíz.

Ezen gyógyvízben az uralkodó alkotórészek mennyisége (19-6794 gm. egy literben), aránya olyan, hogy mellette úgyszólván eltörpül a csoport többi kiváló vize. Konyhasó-tartalma (7 gm. egy literben) valamennyi vizét felülmulja. Nagy előnye a víznek hygienikus tisztasága. Nagyon kellemes ízű és könnyen emészthető.  
Főraktár: **Édeskuty L.** Budapest. — Kútkezelőség: **Brassó.**

## THYMOMEL SCILLAE.

(Név törv. védve.)

Orvosi rendelet szerint mézzel készített Extractum Thymi Serpilli et Scillae, mely **hőkhurutnál, gége- és hörghurutoknál, emphysemánál** stb. tesz jó szolgálatokat; olesőbb mint a külföldi Pertussin és vele egyenértékű.  
Számos gyakorló orvos és gyermekgyógyász-szakorvos által kipróbálva és ajánlva.

Készíti: **B. FRAGNER's Apotheke,**  
Prag 203-III. 1656

Kapható minden gyógyszerertárban.

## LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

# LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

Málnási

## Mária-forrás

Természetes alkalikus sós savanyúvíz.

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

Főraktár: **ÉDESKUTY L. BUDAPEST.**

Budapesti képviselő: 3289  
**Nádas Márton.**

Kútkezelőség: **Brassó.**



# Phosphatine Falières.



## A gyermekek tápszere.

A **Phosphatine Falières** külön e célra szolgáló készülékben hevítés útján sterilizált és részben oldható lisztek keveréke.

A lisztnevelékekhez járul még a hozzájuk kevert cukor és a teljesen sulphatmentes és tökéletesen assimilálódó **calcium-phosphat**.

Mindezek pedig izesítve egy kis mennyiségű (4-16%) cacao-val (vegyelemezve Páris város vegytani intézetében).

A **Phosphatine Falières** tehát egy igen egyszerű összeállítású tápszer, mely rendkívül könnyen emészthető és kiváló íze miatt a gyermekek csemegéje.

A **Phosphatine Falières** használata ajánlatos az elválasztás pillanatától a fejlődési koron keresztül.

A **Phosphatine Falières** kapható minden gyógyszerárban és drogueriában, valamint a magyarországi főraktáros

**ZOLTÁN BÉLA** gyógyszerárban,  
BUDAPESTEN, V., Szabadság-tér.

➔ A guajacolkezeléshez! ➔

# Herbacol,

egy új guajacol-vaskészítmény.

Ez egy kellemes ízű szörp, a közel 40 év óta kitűnőnek bizonyult **Herbabny-féle alfoszporosavas méz-vas-szörp-ből 7% kalium sulfogujacolicum** hozzáadásával készül. A kalium sulfogujacol, a vas- és mézhypophosphit, valamint keserű és antifermentatív aromás szerek egyesített hatását szolgáltatja és

## különleges gyógyszer

a légzőszervek hurutjai, a tüdőgümőkór nem igen előrehaladt alakjai, **hökhurut, influenza, scrofulosis és rachitis** ellen. Különösen bevált és ajánlható **gyengeségi állapotok, üdülési szak főleg influenza, croupos és hurutos tüdőlobok** és mindenféle **heveny, lázas megbetegedések** után.

Adagolás:  **felnőtteknek 3-4 kanállal, gyermekeknek fele. 1 üveg ára 2 korona.**

Csakis **orvosi vényre kapható a gyógyszerárakban. Klinikailag kipróbálva és kitűnőnek minősítve.** Irodalom: Wiener med. Presse 1906. december 2, 48. sz., Wiener klin. Rundschau 1906. október 28, 43. sz. Orvos uraknak kívánatra minták ingyen.



Egyedüli készítő és főraktár:

**Dr. Alois Hellmann's**

Apotheke „zur Barmherzigkeit“

Wien, VII., Kaiserstrasse 73-75.

# Dr. med. Hofmann gyógyintézete Bad Nauheim

Bismarckstrasse 1, az állami fürdőházakkal szemben.

Sanatorium. — Klinika. — Ambulatorium.

**Gyógyszerek**

A nauheimi fürdőknél kívül az összes elektrotherapia, hydrotherapia, massage, tornázás, röntgenlaboratórium, psychikus kezelés, diataikai kúrák.

**Az intézetbe tüdő- és elmebetegek nem vétetnek fel.**

Az intézet javalatai az ingyenprospektusban találhatók. Orvosok részére külön prospektus küldetik.

Az ambulatorium április 15.-től október közepéig, a sanatorium és a klinika május 1.-től október közepéig vannak nyitva.

**Dr. Hofmann, Dr. Pöhlmann**  
tulajdonosok és orvosi vezetők.

## Gyermekek csemegéje gyanánt kéri!



Szabadalmazott.

# ENERGIN!

csukamájolaj-lecithin-csokoládé.

Kitünő ízű, csokoládé-tablettákba formált **csukamájolaj-készítmény.**

Minden egyes tablettá tartalmaz **egy kávés kanál csukamájolajat, 0.20 calc. phosphoric., 0.05 lecithint.**

**Specificum: angolkórna és görvélyes bántalmaknál. Hízaló- és erősítő-tápszer: vérszegénység, ideggyengeség, tüdővésznel stb.**

Orvos uraknak szívesen szolgálunk mintaküldeménynyel.

Kapható: minden gyógyszerárban és drogeriában. 3287

== Készíti: SZIGETI és dr. SZILÁRD ==

**Energin-vállalata, Pécs.**

## Liquor Thiorobin Comp. Eibach

mint a vele folytatott kórházi és klinikai kísérletek bizonyítják, a tüdőbetegségek hathatós gyógyítószere, kombinálva igen hatásos erősítőszerekkel, igen kedvezően befolyásolja a tüdőbetegek táplálkozását és anyagcseréjét s így tökéletesen pótolja, sőt felülmúlja a külföldi készítményeket. Különösen ajánlható: a légzőszervek megbetegedéseinek, idült hörghurut, tüdőátagulással, influenza, kanyaró, számarhurut stb. után visszamaradt makacs hurutoknál, a tüdőgyulladások minden alakjánál, mint specificum. Adagolása: felnőtteknek naponta három kis evőkanállal, gyermekeknek három kávéskanállal. Evés előtt veendő. 2721

Ára üvegenként 2 korona 50 fillér.

Készítője:

**Szamossy Gyula** gyógyszerész laboratoriuma

„II. Rákóczy Ferencz gyógyszerár“, VIII., Rákóczy-út 25.  
Főraktár: „Szent Bertalan gyógyszerár“, VI., Andrassy-út 55.



**Anämin**  
EISENPEPSIN-  
SACCHARAT-  
**LIEBE**

0.2% vas, mint Ferrisaccharat  
Tartós! J6 izű!

**Gyomornyomást nem okoz!**  
**Szekrekedést nem idéz elő!**  
(még hosszabb használatnál sem.)

**Étvágygerjesztő!**  
Kitűnő bármily gyengeségi állapot, vér-  
vesztés, idült gyomorbajok stb. ellen.

**Liebe-féle**  
**Sagrada-Tabletták**  
bevonattal  
a 0.5, 0.25, 0.15 gramm.  
**Oleó,**  
biztos és enyhe hashajtók.  
Dobozokban à 50 fillér.  
Mintákat ingyen küld.

**LIEBE'S**  
**SAGRADA-  
WEIN**  
Mild  
abführendes  
Verdaunungsmittel

2758

**J. PAUL LIEBE.** TETSCHEN A/E.

„Bayer” **CONTRATUSSIN** „Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a  
**VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**  
**Budapest, VI., Andrássy-út 84.**  
Minden gyógyszerárban kapható. 2282  
Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

**Pilul. ferri protoxalati c. quassin. Korányi.**

Javalt mindazon esetekben, midőn vas adagolása  
ajánlatos, vagyis vérszegénység, sápkór, recon-  
valescentia, női bajok, stb. Quassin-tartalmánál  
fogva a gyomorra nemhogy káros, hanem étvágy-  
javító hatása van. Használat: Étkezés közben  
naponta 3-6 szem veendő.

Ára 2 korona.

Készítője:  
**KORÁNYI LAJOS** gyógyszerész, BUDAPEST, VIII., Népszínház-utca 22.  
Orvos uraknak minták kívánatra rendelkezésre állanak. 3531

**Sanatorium Rekawinkel** Wien mellett  
nyugoti vasút.

**Kedély- és idegbetegek részére.** 1658

7 pavillon saját kertekkel, 160,000 m<sup>2</sup>-meter erdő és rétterület. Teljes  
elválasztás a megbetegedés minemisége szerint. Individuális kezelés.  
Hydro-elektrotherapia. Alkalmazási- és fekvő-kurák. Egész éven át nyitva.  
Főorvos: **Univ.-Prof. Fritsch.** Tulajdonos: **Dr. Sigmund Weiss.**

**Tuberculosisnál és hurutos bajoknál**  
a vízben oldható, jó izű és kitűnően emészthető  
Guajacol-készítmény:

**Syrupus Guajacoli comp. Hell**  
Synonim: **Sphtisin** szörpalakban vagy

**Capsulae Guajacoli comp. Hell**  
Synonim: **Sphtisin** capsulákban  
legjobb sikerrel alkalmaztatik.

**Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte**

**MARGIT GYÓGYFORRÁS**  
(„Margittelep” Beregmege)

a **gyomor, belek, húgyhólyag** s különösen a  
**legzőszervek hurutos bántalmainál igen jó**  
**hatású** még akkor is, ha **vérzések esete** forog fenn.

Megrendelhető: **Édeskuty L.** nál Budapesten  
és a forrás kezelőségénél Munkácsen.

ARTHUR MARK, WIEN, VI/1,  
Telefon 2582. sz. **KASERNENGASSE 26.** Telefon 2582. sz.

Dr. HOFMEIER-féle  
**PHORXAL**

3589

kizárólagos és egyedüli előállítás

**folyékony!!! pasztillák!!! poralakban!!!**

Tartalmaz:  
Phosphor 0.25%, megfelel 0.57%  
phosphorsavnak,  
Va oxyd 0.3%,  
Összhamu 3.09%,  
Fehérnyé és vas a  
**Haemoglobin-ből,**  
a phosphor a  
**Lecithin** és Nucleoprotein-ből ered.

**Mizlalt marhák véréből**  
előállított  
**vízben oldó**  
**Albuminat.**  
Kapható minden gyógyszerárban.

**Nagybani raktár: G. & R. FRITZ, WIEN, I.**

**DIGESTOL**  
(PULVIS DIGESTIVUS LAXANS)

Kitűnő hatású emésztőpor **gyomor- és bélbajoknál.** Az emésztést elősegíti, a  
székletet szabályozza. Adagolás: 3-szor naponta 1/2-1 kávéskanállal, minkenkor  
étkezés után. Orvosi kitűnőségek által kipróbálva és ajánlva.

Ára egy doboznak 2 korona.

Készíti **GLÜCK REZSŐ** gyógyszerész, gyógyszerár „a fehér galambhoz”  
Budapest, VI. Hungária-körút 93. szám. 1331  
Telefon 932. Kapható minden gyógyszerárban. Telefon 932.

**Szénsavfürdő-berendezéseket**  
szállít és felszerel

**Dr. Wágner és Zársai Egyesült gyárak m. b. t. cég**  
Budapest, IX., Tinódy-utca 3. sz. alatti gyártelepe.  
A fürdők kitűnő győgeredményeket mutatnak fel és az ösz-  
szes fővárosi sanatóriumokban be vannak vezetve.  
Prospektusok ingyen és bérmentve.

**LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A**

**LYSOFORM**

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉNGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

A **Guajacol-készítmény** a legmegbízhatóbb és legjobban emészthető  
Guajacol-készítmény, mely a bükkfa és a kát-  
rány hatékony alkatrészeiből készül és 9 rész guajacol-kénsavas kalium és 1 rész petro-  
sulfol-ammoniumból áll.

Adag: 3-4-szer napjában egy teáskanál szörp, vagy 3-4-szer napjában 1-2 tokoeska.

**Irodalom:** „A tüdőtuberculosis kezeléséhez”, Medic.-Chirurg. Centralblatt 1902.  
9. sz. — „Adatok a tüdőbajok kezeléséhez”, Aerztliche Centralzeitung  
1902. 17. és 18. sz. — „A légzőszervek nem tuberculosis bajainak kezelése”, Aerztliche  
Centralzeitung 1902. 41. sz. — „Adat a tüdőtuberculosis rationalis kezeléséhez”, Wiener  
med. Presse 1902. 45. sz.; Medicin-Chirurgisches Centralblatt 1902. 44. sz.; Leipzig,  
Reichs Medic.-Anzeiger 1903. 12. sz.

Irodalom és minta kívánatra rendelkezésre állanak.  
Ára egy üvegnek 3 kor., betegpénzt. csomagolásban 2 kor., egy doboz tokoeska 2 kor.

**Betegpénztárak és szegényebb betegek részére**  
szíveskedjék rendelni:

Syrup Guajacoli comp. Hell (OH 1)  
lag. min. (2 kor.)

A gyógyszerárak csak orvosi rendelésre adják.

**G. Hell & Comp., Troppau u. Wien.**



# ORVOSI HETILAP.

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatták: Antal Géza és Högyes 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 Babarcsi Schwartzer Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Lovrich József: Közlemény az I. sz. női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi ny. r. tanár) Adatok a primaer abdominális terhesség kérdéséhez. 217. lap.

Verebélly Tibor: Adatok a pajzsmirigy és a parathyreoideák kórtanához. 219. l.

Benedict Henrik: Közlemény az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr., ny. r. egyetemi tanár.) Periarteritis nodosa. 223. lap

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Max Neuburger: Geschichte der Medizin. — Eugen Neter: Das einzige Kind und seine Erziehung. — M. van Oordt: Die Handhabung des Wasserheilverfahrens. — Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Lewinski: A Sahli-féle desmoid- s a Schmidt-féle kötőszövet-probával végzett vizsgálatok. — Kost: Az alkohol hatása a gyomorra. — Gyógyszertan. Blumenthal: Digitalis. — Jaworski: A gyógyszerek hatásának elkerülése a gyomorra. — Belorvostan. Minkowski: A vizenyők befolyásolása a víz- és sóbevitel szabályozásával. — Idegkórtan. Aschaffenburg: A nemi élet viszonya az ideg- és*

elmebajokhoz. — *Sebészet. v. Eiselsberg: A szabad hasürbe tört gyomor- és duoenális fekély sebészeti gyógykezelése. — Hildebrand: A struma sebészi gyógykezelése. — v. Eiselsberg: Az alsó állkapocs ektropiuma. — L. B. Rawling: A gyermekkorban támadó csontsarkomák. — G. Walker: A vena portae felzáródása pericholecystitis folytán. — Orthopaedia. Lorenz: A coxitis kezelésének végcélja s leggyyszerűbb eszközei. — Gyermekorvostan. J. Morell és H. Wolff: A diphtheriabacillus előfordulása meningitisben. — Húgyászati betegségek. Strelbel: Aspiratio idült kankó esetében. — Posner: A Barberio-féle spermareactio. — Stoechel: Cystoskopia végzése üres hólyagban. — Venerás hántalmak. H. Tausig: Hydrargyrum sozodidcummal kezelt syphilis. — Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Mollo: Szer golyva ellen. — Saalfeld: Idült izületlob gyógyítása. — Noguera: Veselőb gyógyítása. 224—229. l.*

*Magyar orvosi irodalom. Magyar orvosi archívum. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi újság. 219. lap.*

*Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 230. lap.*

*Tudományos társulatok és egyesületek. 231—233. lap.*

*Melléklet. Hoffmann-La Roche & Cie. cég „Digalan“ prospektusa.*

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az I. sz. női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Adatok a primaer abdominális terhesség kérdéséhez.

Irta: Lovrich József dr. magántanár, I. tanársegéd.

Rendes viszonyok között a megtermékenyített pete bevándorol a méh üregébe és megtapad a méh nyálkahártyáján. Bizonyos okokból lehetséges, hogy az a pete nem halad le a méh üregéig, hanem megállapodik már a tubában és itt fúrja be magát a nyálkahártyába; ilyenkor kifejlődik a méhen kívüli terhesség azon alakja, melyet tubáris terhességnek szoktunk nevezni. Ritkábban, de megtörténhetik az is, hogy a petét az ovariumban magában, rendszerint egy Graaf-féle tüszőben termékenyíti meg egy ondó-zálesa és hogy az a pete ott marad és ott fejlődik tovább. Sokan a tubáris és ovarialis terhességen kívül a tankönyvekben megemlített abdominális terhességet kizárólag secundaer módon létrejöttnek tartják és a primaer abdominális terhességnek a lehetőségét mai napig sem fogadják el. Ezek abból indulnak ki, hogy a megtermékenyített pete táplálására csak a nyálkahártya alkalmas. Vannak a szakemberek között többen olyanok is, a kik néhány ezirányban bizonyító eset alapján lehetségesnek tartják, hogy a pete primaer módon is megtapadhat a hashártyán és az ilyen abdominális terhesség diagnózisát ahhoz a feltevéssel kötik, hogy a terhes zsák ne álljon semmiféle összefüggésben a tubával vagy az ovariumokkal és a terhes zsák falában tuba- vagy ovariumszövet göcsövel se legyen kimutatható. Ilyen primaer abdominális terhességnek lehetne pl. tartani a Galabin leírta méhen kívüli terhességet. Ennek karakterét meghatározandó Londonban egy előkelő orvosokból összeállított bizottság vizsgálta meg a praeparatumot, a mely megállapította, hogy a Douglas-üregben megtapadt és ott megrepedt 10 hetes pete-zsák semmiféle összefüggésben sem állott a teljesen változatlan uterus adnexákkal. A zsák felső falát a hashártyához hasonló

hártya alkotta, melynek mélyebb rétegeiben sima, subserosus izomelemek lehetett látni.

E szerint a petének peritoneális implantatioja lehetséges volna, bár szerfelett ritkán fordul elő. Ne téveszszük össze a primaer abdominális terhességet a tuba repedése után keletkező secundaerrel és a tuboabdominálissal, a hol a megtermékenyített pete rendszerint a tuba abdominális végében tapadva, fejlődése közben a hashártyával is összekapaszkodik és a kifejlődött pete azt a látszatot kelti, mintha peritoneális terhességgel volna dolgunk. Az ilyen esetekben, a melyek aránylag gyakran fordulnak elő, a terhes zsák falában mindig sikerül gondos vizsgálattal tubáris vagy ovarialis szövetelemeket kimutatni. Csak azon terhességet szabad tehát primaer abdominális terhességnek elfogadnunk, a hol a petezsákkal sem tuba, sem ovarium nem függ össze, sem a tokban ilyen szövetelemek nem mutathatók ki. Ilyen primaer abdominális terhességnek véltem azt az esetet, a melyet 1906 őszén a gynaekologiai szakosztály ülésén bemutattam. A makroszkopias vizsgálat alapján joggal véltük esetünket a fenti kívánalmaknak megfelelően primaer abdominális terhességnek. A praeparatum bemutatásakor a göcsövi vizsgálat eredményétől tettem függővé, hogy csakugyan primaer abdominális terhességnek tartsam-e a szóban forgó méhen kívüli terhességet. A göcsövi kép meglepett, mert a fenti kívánalmaknak megfelelő argumentumokkal erőteljesen támogatott makroszkopias képből felállított suppositionat teljesen megdöntötte.

A kérdéses graviditás 21 éves nulliparában fordult elő, a kinek utolsó tisztulása 1905 május 9.-én volt. 1905 szeptember 11.-étől 1906 márczius 26.-áig magzatmozgásokat érzett, a mely idő alatt az emlékből tej ürült. A szülési fájdalmak márczius hó első napjaiban jelentkeztek, és azután lassanként elmaradoztak, de egyúttal a magzatmozgások is megszűntek. Az asszony 1906 május végétől június végéig állandóan, de csak kis mértékben vérzett, majd augusztusban orvosra tanácsára felkereste az I. sz. női klinikát. Felvétele alkalmával a hasban daganatot találtunk, a mely göbös, egyenetlen tapintatú volt, olyan, mintha benne magzatrészek volnának. A vulva livid, a portio karesú, a méh-test kicsi, anteflectált és a daganattól határozottan különválaszt-



ható. A daganat a méh bal sarkával kapaszkodik össze és jobb alsó polusa a hüvelyboltozaton át elérhető. A daganatban csöves csontokat tapintottunk, más helyen pedig pergamentszerű recsegést, olyat, mint a minőt a magzat koponyacsontjainak tapintásakor szoktunk érezni. Tekintettel arra, hogy a kis méh mellett oly daganatot találtunk, a melyben magzatrészek, koponyacsontok, csöves csontok voltak kimutathatók, a diagnoszt természetesen méhenkívüli terhességre tettük. A terhesség idejének számítása szerint a magzat kihordott terhességből származott. A klinikán két heti észlelés alatt a betegen egyetlen egyszer sem volt hőemelkedés.

A hasmetszést Bársony tanár szeptember 14.-én végezte. A has megnyitása után a petezsákra akadtunk, a melynek alsó polusa a kis medencében a méh mögött foglalt helyet, elül pedig a daganathoz a cseplesz tapadt. A különben ép burok egy helyen meg volt repedve és innen a magzat egyik lába a hasba lógott. A daganat a baloldali mesosalpinxszal széles kocsányszerű képlet által függött össze. A bal tuba, a tuba abdominális vége és az ovarium teljesen ép, semmiféle kimutatható összeköttetésben nem voltak az extrauterin zsákkal. Teljesen szabad a jobb oldali tuba és ovarium is. A petezsákról az odanövéseket törölve letolva és a kocsányt pince ekbe fogva, a daganatot eltávolítottuk. Vérzésesillapítás okáért a méh bal sarkára selyemlektétést téve, a kocsányt lánczöltésekkel látjuk el és a csont felett a peritoneumot catguttal szűcsöljük. A letapadt csepleszt, szélét szintén catguttal szűcsölve, a hasba visszahelyezzük. A hasfalat szokás szerint 3 rétegben zárjuk, a borsebet kapesokkal egyesítjük. Az egész műtét alig vett több időt igénybe fél óránál. A műtét után teljesen reactio nélkül való gyógyulás következett. A kapesokat a 6. napon, a silkworm-öltéseket a 10. napon távolítottuk el. A beteg a műtét után a 21. napon gyógyulva hagyta el a klinikát.

Az eltávolított daganatban a lepény és a burkok közé temetve találjuk az összenyomott, mumifikált leánymagzatot, a melynek hossza 47 cm., fejkörülete a legnagyobb kerületén mérve 30 cm., súlya 1050 gm. A magzat fejének lelapított koponyacsontjai egymás alá tolódtak. Az arc elé könyökben hajlítva tolu az összeaszott kéz. A nyak előtt búvik ki a burokból a subluxált és kifelé szögletben tört jobb láb teljesen difformálódva. A gerincoszlop kört ír le és így az erősen meghajlított törzsű magzat fara a nyakat éri, a mely körül a papírvékonyra összenyomott köldökzsinór csavarodik. A bal láb felhúzza térdével az összenyomott vállhoz kerül, míg a felcsapott lábfej a bal fül alá jut. A bal kar a két láb közt fekszik. A magzat teljesen kiszáradva, magzatmázzal borítva, magzatvíz nélkül a placenta burkai között foglal helyet. Az összenyomott placenta a mesosalpinxhoz fekszik és a daganaton elül felhúzza sapskaszerűen veszi körül a magzat farát és felér egészen az anya köldöke magasságáig. A placenta méretei difformitásánál fogva alig állapíthatók meg, szélei ellapultak és a magzat testéhez bozzásimulnak. *A burkokon, illetve a placenta tapadási helyén szabad szemmel sem ovariális, sem tubáris szövetelemeket nem láthatni.*

Ez esetben tehát az extrauterin graviditás megszokott képe áll előttünk. Az anamnesisben találjuk a havi bajnak a terhességre tipikus formában való elmaradását, a terhességet kísérő tüneteket, majd a terhesség végén a szülőkészt. A diagnoszt abból állítottuk fel, hogy egy kis, nem terhes méh mellett különálló daganatot tapintottunk, a melyben a magzat alkotórészeit (csöves és koponyacsontok) ki lehetett mutatni. Az anamnesisből még az is kitűnik, hogy a magzat a terhesség végén támadt szülőkészt mak közben halt el. Egynehány napi szülőkészt után nyugalom állott be és csak a vérzés, a véres folyás nyugtalanította a betegget. A műtétre való indicatiót a diagnoszt adta meg. A kihordott, hónapok óta elhalt magzattal szemben az volt a prognosztunk, hogy a műtétnél a placentával bajunk nem lesz. Joggal reméltünk, hogy a placentáris vérkeringés eddig már megszűnt és a placenta eltávolítását nagy vérzés kísérrni nem fogja. A műtét lefolyása teljesen olyan volt, mint egy kocsányos ovariális daganat kiirtása. A daganat a mesosalpinxból fejlődött kocsány által függött össze a jobboldali adnexákkal és a kocsánynak ellátása a vérzésnek is teljesen útját állotta. A daganatnak kigördítése sem okozott különös nehézségeket, az összenövéseket könnyedén lehetett szétbontani. Ezen esetben tehát egy kihordott terhesség

ellenére sem küzködtünk azokkal a szövödményekkel, a melyekre máskor kihordott méhenkívüli terhességek műtéténél az összenövések és a bonyolódott anatómiai viszonyok folytán akadni szoktunk.

A leirt esetben ezek szerint a daganat szabadon feküdt a hasban a nélkül, hogy akár egyik vagy másik tubával, akár az ovariummal állott volna összefüggésben. Megjegyzem, hogy a tubák és ovariumok teljesen épnek és normálisnak látszóttak. A göröső, mint a hogy az ilyen régi és degenerált szövetelemekről természetes is, nem adhat tipikus képet. A tájékozódás megnehezített és a magyarázat nehézkes. A görösői vizsgálat, a metszetekeket a daganat köpenyéből különféle helyekről készítve, a következőket derítette ki. Egyes helyeken a már szabad szemmel is látható kisujnyi vasok izomkötegek göröső alatt is sima izomsejtek által képezett kötegeknek bizonyulnak. A nyalábok közt laza kötőszövetben megvastagodott falú verőerek, gyűjtőerek és tárgult nyirokerek találhatók. Ebben a rétegben sehol lobos infiltratio nyoma nincs. A köpenyből máshonnan vett metszetekeben ott, a hol ezen izomnyalábok elvékonyodnak, az előbbihez teljesen hasonló képet nyerünk. Itt azonban a peteüreg felé tekintő felületen mindenben nyálkahártyához hasonló réteget látunk. Találunk ugyanis különféle nagyságú és tágságú mirigyátmetszetekeket, a mely mirigyek mindenütt egyrétegű hengerhámmal vannak kibélelve, legtöbbszörre basálisan elhelyezett sejtmagvakkal. A kötőszöveti sejtekből álló alapszövetet részben kerekded, részben orsóalakú sejtek alkotják. Ezen kötőszöveti stromában csak elszórva látjuk a már említett mirigycsövek átmetszetét, melyek körül helyenként lobos infiltratio is látható. A nyálkahártyának gondolt réteg legjobban emlékeztet a deciduaszerű átváltozásokra, azért ezt a réteget deciduarétegnek kell tartanunk. Ez az úgynevezett nyálkahártya közvetlenül az izomréteg felett foglal helyet, épen úgy mint a hogy ezt a terhes méhben vagy tubában láthatjuk. A deciduát a peteüreg felé lelapított, szabályosan egymásmellé helyezett cylinderepithel által képezett sejtek egy rétege béleli ki centrálisan elhelyezett sejtmagvakkal. Ez a hámréteg az amnion strukturájára emlékeztet. Egyes helyeken ezen epitheliális sejtekből álló réteg meg van szakítva és a deciduaszerű réteg nyelv alakjában folytatódik a chorionbolyhok által alkotott rétegbe. Itt látunk deciduális szövetelemeket (kevés mirigyet és stromát), a melyekhez az egyes chorionbolyhok felületesen syncytiális sejtekkel, belül meg a Langhans-sejtekkel csatlakoznak. A placenta legtöbb helyütt degenerált és hyalinra emlékeztető homogen massát alkot, a melyben csak elszórtan találunk egy-egy chorionbolyhot. Egész véletlenül akadtunk az izomrétegben egy már szabad szemmel is észrevehető gombostüfejni járatra, mely göröső alatt a tuba átmetszetére emlékeztető szerkezetet mutat. A zeg-zugosan kitárgult mirigylyumen mindenütt egyrétegű hengerhámmal van kibélelve, a melynek magvai hol basálisan, hol centrálisan láthatók. Körülötte közvetlenül sima izomsejtek által képezett nyalábok foglalnak helyet, csakhogy ezen nyalábok nem körkörös elrendeződésűek, hanem hosszantiak és mindenütt a mirigycső zeg-zugos bemélyedéséhez vagy kiemelkedéséhez simulnak. Ezen hosszanti nyalábokon kívül fekszik a körkörös elhelyezett izomnyalábokból álló réteg, a melyen túl azután a már fent leirt izomsejtekből álló fal következik. Ezen mirigycsőről el kell döntenünk, hogy parovariális járat-e, vagy pedig accessorius tuba. Ennek megértéséhez szükségünk van a mesosalpinxban található képletek ismeretére.

Waldeyer „Das Becken“ című munkájában (528 l.) a következőképen írja le ezeket az embryonális maradványokat: „A mesosalpinxban találhatók a mellékpetestések (epoophoron = parovarium), a paroophoron, a melléktubák (parasalpinges), a Morgagni-féle hydatis és végül a Gartner-féle csatorna. 1. A mellékpetestések (epoophoron) 6—12 párhuzamosan lefutó, czérnavastagságú, 1—1½ cm. hosszú csövecskéből áll. Ezen csövecské (ductuli transversi) a mesosalpinx laterális harmadában fekszenek és a hilus ovarii felé convergálnak, de abba bele is nyílnak. A tuba felé beszájadzanak egy gyűjtőcsatornába, a ductus epoophori longitudinalis Gartneribe, mely a tubával párhuzamosan halad és felnöttekben vakon végződik. Ezen csatornácskában a legmagasabb korig is tiszta savó található. 2. A paroophoron csak az első életévben látható és felnöttekben ritkán található; az epoophorontól



mediálisan fekszik a mesosalpinx lemezei között. Szabad szemmel kis lapos gömbölyű képletet alkot. Reklinghausen szerint a parovariális csatornákat magán a méhen subserosusan is lehet találni. Mindkét képlet göröcsövi képe még vitás. Gebhardt és Ampt szerint az epophoroncsatornácska falát sima izomsejtek alkotják. Reklinghausen és Kossmann szerint sima izomsejteket bennük találni nem lehet. A csövecsékét fedő epithel csillószőrös hengerhám, azonban a csillószőr hiányozhatik is. 3. A melléktubák a mesosalpinxban a tuba mellett foglalnak helyet és vékonyabb vagy vastagabb csatornákat alkotnak, néha kocsányos csöveket is, tölcészerű nyílással, hasonlóan a tubához. A melléktuba falában is sima izomelemeket lehet találni, üregét pedig csillószőrös hengerhám béleli. A melléktuba és a fölös számú tubanyílás ronkóképletek. (Közvetve külön meg kell említenünk, hogy míg Generich tanár úgy mondja, hogy a tubában és melléktubában az üreget körkörös izomréteg veszi körül és kívül láthatók a hosszú izomnyalábok, addig ezzel ellentétben az epophoronban vagy parovariumban a lument hosszirányban elhelyezett izomkötegek veszik körül és kívül láthatók a körkörös izomnyalábok.) 4. A Morgagni-féle hydatis a mesosalpinx szabad szélén található és a fimbria ovaricán vagy fimbria tubaen mint kocsányos cysta szokott lógni. A cysták lencsényiek babnyiak lehetnek. Serosus borítékuk alatt finom kötőszöveti fal található és vérerekkel és lelapított epithelsejtekkel vannak kibélelve. Néha cylinder- vagy csillószőrös hám béleli. 5. A Gartner-csatorna maradványa a Wolff-féle csatornáknak és egyes esetekben mint ductus longitudinalis epophori található. A méh falában a hüvellyel felső részletében, a foetális időszak végéig megmarad. A csatornát cylinder epithel béleli, de csillószőrök nélkül. Ezek mellett a lig. latum szöveti szerkezetéről Waldeyerben az olvasható, hogy a serosus borítékon kívül számos sima izomelemet, többé-kevésbé laza kötőszövetet, vérereket és idegeket tartalmaz. Külön kell hangsúlyozni, hogy a ligamentum latum mesosalpinxban a sima izomelemek legnagyobb részét hiányoznak.

Ezeknek előrebocsátása után úgy látszik, hogy az esetünkben található mirigycsatornácska az izomréteg elrendeződését tekintve a Generich-féle magyarázat szerint parovariális csatornácskának minősíthető. Azért lehet parovariális csatornácskának tartanunk, mert a hengerhám kibélelt csövecske körül a hosszanti izomsejtekből álló kötegeket látjuk és csak ezeken kívül következnek a körkörös elhelyezett izomsejtekből álló kötegek, míg a tubánál az izomkötegek fordított sorrendben vannak elhelyezve.

A fenti leletből azt látjuk, hogy egy izomréteg által képezett falnak a belfelületét nyálkahártya borítja. A nyálkahártya oly átalakulást szenvedett, mint a decidua a méhben vagy a tubában. A deciduához csatlakozik az amnion és egyes helyekhez közvetlenül a placenta. A göröcsövi lelet alapján tehát vagy tubáris eredetűnek, vagy pedig rudimentaer uterusban fejlődött graviditásnak tarthatnók a mi esetünket. A normális tubában azonban a terhesség nem fejlődhetett, mert a műtét alkalmával a kicsiny nem terhes méh mellett szabadon találtuk mind a két tubát és ovariumot. Makroszkopice a daganat kocsány által függött össze a mesosalpinx-szal, és sem az egyik, sem a másik tubával vagy ovariummal összeköttetésben nem állott. Ismételem, hogy a visszamaradt tubák és ovariumok teljesen épnek és normálisnak látszóttak. A göröcsövi lelet szerint az extrauterin zsák falának túlnyomó része izomszövetből állott. Így legközelebb fekszik az a gondolat, hogy esetünkben egy elkoresodott uterusszarvban fejlődött a terhesség. Azonban a koresosan fejlődő méhnek egyik főismérve az, hogy az uterus falából tuba indul ki. Minthogy azonban a makroszkopias kép az extrauterin zsáknak összefüggését egyik tubával sem mutatta, illetőleg a petezsákon tubához hasonló képlet nem volt található, így per exclusionem a terhességet mégis járulékos tubában fejlődöttnek kell felvennünk. A hol ennek a tubának az izomfala hatalmas fejlődésnek indult. Így megmagyarázható az extrauterin zsáknak a melléktubában való fejlődése mellett az is, hogy a szabad szemmel jól kivehető tubák és ovariumok épek voltak. A göröcsövi metszetekben kimutatható parovariális csövecske jelenléte nem bir különös fontossággal az extrauterin terhesség fészének megállapításában. A parovariális csövecske a mesosalpinxnak képezi egyik alkotórészét és így a

mesosalpinxon fejlődött extrauterinális zsák magába zárhatta az ott jelenlevő parovariális csövecsékét is.

Így tehát el kell ejtenünk a primaer abdominális terhesség diagnózisát a mi esetünkben, a mely szabad szemmel tekintve az által, hogy mindkét tuba és ovarium szabadon feküdt, joggal annak látszatát keltette, mintha primaer abdominális terhességgel volna dolgunk. A primaer abdominális terhesség ritka. Lehetősége ellen azonban a legrigorosabb kutatók sem zárkoznak el, csak mint már előbb is említettem, azt a kikötést teszik, hogy a daganat ne álljon összeköttetésben a tubával vagy az ovariummal, sem pedig tuba- vagy ovariumszövetelemek ne legyenek kimutathatók a daganat köpenyén. A különben gyakran előforduló extrauterin graviditások között ez a legritkább kivétel és a diagnózis felállításában a petének a hashártyához való tapadása, vagyis a placenta fejlődési helye az irányadó. Ha a placenta a hashártyán fejlődik, a mi a trophoblastok nagy kapaszkodóképessége folytán lehetséges és elképzelhető, ily esetben szükséges kimutatnunk, hogy a tubák vagy ovariumok teljesen szabadon fekszenek és függetlenek maradnak a daganattól. Rendes és közös ovulatio alkalmával a folliculusokból kiszabadult pete nem a hasüregbe, hanem rendszerint első állomásként a bursa ovaricába kerül. A bursa ovaricát egy peritoneális redő alkotja, a mely azáltal keletkezik, hogy a tuba mesosalpinxával az ovariumra sapka módjára ráhajlik. Ezen redőre, a bursa ovaricára borul a tölcészerűleg tágult és fimbriákkal ellátott tuba. Rendes viszonyok közt a petét, a mely közönségesen a tüszőből a bursa ovaricába jut, a tuba részint csillószőrös mozgásaival, részint pedig a tubaizomzat peristaltikus mozgásaival a méh üregébe szállítja, a hol a pete azután megtapad. Esetünkről azt hisszük, hogy a bursa ovaricába esett és már talán itt megtermékenyített pete a liquor folliculi áramával egy járulékos tubába jutott és ott tapadt meg. A járulékos tuba izomfala hatalmas fejlődésnek indult és ezáltal vaskos izomfalú extrauterin zsák fejlődött a mesosalpinxon. A fölös tuba minden valószínűség szerint a bursa ovarica területének tájékaról indult ki, azaz nem directe a méh falából; az anyatubának a méh falába való beteretése t. i. semmi-féle kétség, rendellenességet nem mutatott.

A mint tehát látjuk, a primaer abdominális terhesség diagnózisának felállításában nagy óvatossággal kell eljárunk, mert ha a makroszkopias lelet teljesen igazolja is a primaer abdominális terhesség diagnózisát, ennek jelenlétét csak úgy fogadjuk el, ha diagnózisunkat a göröcsö is megerősíti. Nekünk a göröcsövi vizsgálat mást bizonyított s így a primaer abdominális graviditás diagnózisát el kell ejtenünk. Ez a most leirt eset is megokolja azt a fenebb említett óvatosságot, melylyel az ektopias terhesség fajtájának megállapításában az angolok eljárta. Különösen felhívom a figyelmet ebből az alkalomból még arra, hogy egy accessorius tuba izomelemeivel annyira túl tud fejlődni, hogy a terhességet a végéig magában megtarthatja.

## Adatok a pajzsmirigy és a parathyreoideák kórtanához.

Verebélly Tibor dr., a II. számú sebészeti klinika II. tanársegéde.

(Vége.)

### II.

1904-ben közölte Blum azon észletét, hogy a pajzsmirigy kísérleti pangásos vérbősége egyfelől a mirigy megnagyobbodásával, másrészt az egész szervezetnek a Basedow-kór tünetcsoportjával analog reactiojával jár; hozzáteszi, hogy e tény kétségtelen bizonyíték az ő méregtelenítő elméletének helyessége mellett s kizárja a belső secretio lehetőségét. Ez az egyoldalú értelmezés, mely már a priori logikailag sem állja meg a helyét, gyanút ébresztett egész kísérleti eredménye iránt; ezeket ellenőrző kísérleteim kapcsán azután néhány további kérdés merült fel a pajzsmirigy vérkeringési berendezésében, a melyek összegezése legyen e beszámolás második része.

A gyűjtőeres vérbőség előidézése a pajzsmirigyben kísérleteim kapcsán legmegbízhatóbbnak az arteriát és a nyirokutakat megkímélő teljes decapsulatio bizonyult, az összes percapsuláris ágak



lekötésével; ez gyökeresebb, mint a *de Quervain* ajánlotta egyszerű gyűjtőérlekötés s pontosabban ellenőrizhető, mint a *Blum* végezte körülvarrás. A kísérleteket a nyirokúak és a sebállítás szempontjából variáltam; nevezetesen a nyirokutakat a kutyák egy részében sértetlenül hagytam, egy másik sorozatban kettősen lekötve resekáltam, egy harmadik csoportban pedig egyszerűen átvágtam. A műteti sebet viszont vagy elzárva tartottam, vagy a savós duzzadás tetőpontján megnyitottam, avagy végre kezdettől fogva draineztem. A venosus pajzsmirigyek utóbb kiirtva, górcsövi vizsgálatra kerültek. Kiderült, hogy az előidézett heveny pangásos vérbőség és duzzadás fokozott nyirokképződéssel jár s hogy ez a nyirokáramlás átveszi a transsudatiós és extravasatiós termékek elszállítását mindaddig, míg a vérkeringés pericapsuláris új gyűjtőérrendszer kiképződése közben (revascularisatio) helyreáll; más szóval a nyirokkeringés átveszi a megszüntetett gyűjtőérkeringés szerepét azon három hétre, a melyre az új gyűjtőérhálózat kiképződésének szüksége van. Hogy a pangásos vérbőség egyúttal fokozott secretioval, vagy helyesebben mondva fokozott functionál is jár-e a pajzsmirigyben, csupán elméleti érdekű; de hogy a képződött s részben felhalmozott anyagok fokozott kimutatását eredményezi, bonczolástani kimutatható. A thyreoideaanyagokkal megtelített ezen nyirok bejut az általános véráramba; ha a nagy nyiroktörzsek megvannak, azokon át közvetlenül; ha pedig át vannak metszve, előbb savós-colloidos beszűrődés képében gyülemlik fel a nyaki szövetek közt s innét kerül felszívódás útján másodlagosan a szervezetbe.

A thyreoideaanyagoknak bejutása, legyen az primaer vagy secundaer, az egész szervezet reakciójával jár, a mely analog egyfelől a thyreoidea kivonatok befecskendésekor keletkező tünetekkel, másfelől egy részét teszi a Basedow-tünetcsoportnak; az anyagcsereegyensúlyban lévő állatokban megszorodik a vizelet phosphor és nitrogenmennyisége, kifejezetten meggyorsul a szív működése és a légzések száma. A kiválasztási reactio párhuzamosan halad a felszívódással: épen maradt nyiroktörzseknel a műtét utáni napon megindul, s tetőfokát — a rendesnek csaknem kétszeresét — a negyedikén éri el, majd fokozatosan elül, míg a 10.-en előbbi százalékos mennyiségére süllyed. A másodlagos felszívódásnál elhúzódik oly mértékben, a mint sebési tapasztalatok szerint a sérült szövetek felszívóképessége csak 2—3 nap múlva tér vissza; azonnal megszűnik, ha a periglanduláris felhalmozott savót egyéb úton, pl. a seb megnyitásával egyszerre levezetjük; s végre teljesen kimarad, ha a savóbeömlést nyirokútlekötéssel kizárjuk, a másodlagos felszívódást pedig drainezéssel meggátoljuk. Ugyanilyen görbe jellemzi a szív működés és a légzés elváltozását is. Górcsövilag a pangás kezdeti szakaiiban intraalveoláris vérzéseket, a colloíd eltünését s itt-ott valóságos véres tömülést találunk; de mindezen elváltozások kifejezettebb nekrosis, hegesezés vagy endovascularis hátrahagyása, de egyúttal hyperfunctiona, pótló túltengésre valló jelenségek nélkül 3 hét alatt kiegyenlítődnek s az ilyenkor kiirtott mirigyek a normális képet adják. *Tény tehát, hogy a kísérleti pangásos vérbőség helybeli és általános következményei egy részét teszik a Basedow-tünetcsoportnak; de először is csupán átmeneti jellegűek, másodsor kétségtelenül a pajzsmirigy fokozott savós átáramlásával állanak viszonyban s épen ezért harmadszor épen oly kevésbé bizonyítanak a mérgeletlenítés mellett, mint a belső secretio ellen; lehetséges, hogy ez a savós áram a test autotoxiájainak még nem paralyzált leszármozottjait, de lehetséges, hogy bizonyos fermentszerű, a mirigyben készülő, a vérben ható anyagokat sodor ki a thyreoideaiból. Álljon azonban bárhogy a kérdés, az is tény, hogy kísérleteim teljes magyarázatát adják azon tapasztalati törvénynek, hogy Basedow kórosak rendkívül rosszul tűrik a golyvára irányított összes beavatkozásokat; még csekély jelentőségű műtét, így az arteria-lekötés is végzetessé lehet a betegekre az által, hogy a műtét kapcsán a tünetek: palpitiatio, láz, nitrogenkiválasztás, heveny, akár halálos fokozódása következik be. Nemcsak a tényleges izolált gyűjtőérlekötéseknél, mint azt *Kocher* gondolja, hanem minden resectio vagy enucleatio kapcsán szükséges ligaturáknál, zúzódásoknál szükségképen beáll a visszamaradó golyvacsonkban olyan pangásos vérbőség — a közönséges strumectomiáknál is ismeretes aseptikus strumitis —, a mely a szervezetnek elárasztását eredményezi a pajzsmirigy termékeivel. Ezeknek hatása hozzá-*

adódik a már fennálló Basedow-tünetekhez s csupán a szervezet viszonylagos ellenállásán múlik, hogy el tudja-e viselni.

A gyűjtőerek egyszerű lekötésével tehát sem tartós keringési zavart, sem a mirigynek működési túlterheltségét, hyperfunctionot előidézni nem sikerült. Minthogy viszont a Basedow-kór egy csoportjában a pajzsmirigy elváltozásait ma a megzavart keringés és hypersecretio fogalmában egyesítjük, felmerült a kérdés, lehetséges-e valamely módon kísérletileg e feltételeket létrehozni s lehetséges-e ezek kapcsán a pajzsmirigy alkatának bizonyos módosulását létesíteni? Több sikertelen próbálgatás után oly módon értem el eredményt, hogy kétoldali gyűjtőérlekötések után 6 héttel féloldali thyreoidectomiát, majd újabb 4 hét múlva a benmaradt félen *arterialekötést* végeztem. A fokozatosan végzett műtétek hatása az előbbieknél alapján az, hogy a gyűjtőérlekötés átmeneti keringési zavart okoz erős pericapsuláris collateralisok kifejlődésével; a féloldali thyreoidectomia folytán a benmaradt fél hyperfunctiona van szorítva; a verőér lekötése végre megszünteti a normális verőeres nyomást s így állandó keringési zavart eredményez. A mirigynek, mely 8 hét alatt makroszkopice is teljesen elváltozott, górcsövi képe a következő: a kötőszövetes vázban rendkívül dús, tágas hajszálas érreze fejlődik ki részben a tokban, részben intraglandulárisan; a hámüregek hatalmasan kitágultak s belésük szorososan odasimul a hajszálérrezehez, mely papillák képében domborodik be az ürökbe; a hámsejtek alakja, festési viszonya és elrendeződése, rétegzettsége teljesen elváltozott; s végre a pajzsmirigy váladéka a rendes colloid helyett rendkívül finoman szemcsés anyaggá lett, mely dúsán elárasztja nemcsak a lumeneket, hanem a hajszálas érrendszer és a szövetközi hézagokat is. *A megváltozott keringési viszonyokra s a működési túlterhelésre tehát a pajzsmirigy histologiai képének alkalmazkodásával, átalakulásával felel, mely elváltozások együttvéve teljes képét adják annak, a mit Kocher legújabb munkájában a struma basedowianáról mond.*

További kísérletek lesznek hivatva eldönteni, hogy ezen bekövetkezett elváltozás szabványos módosulás-e az említett behatásokra, s ha igen, csakugyan a teljes functionális kiegyenlítődés értékével bir-e? Előidézhető-e valamely módon mindkét thyreoidea-félen, s ha igen, járhat-e ez az egész mirigynek túlműködésével, hyperthyreoidosissal? S végre képes-e ezen hyperthyreosis az állapotban tényleges további Basedow-tüneteket kiváltani? Elméletileg érdekes, hogy a keringési zavar előidézéséhez feltétlenül szükséges a lekötött verőérrendszer integritása; más szóval, hogy az idült pangás csakis akkor jön létre, ha az arteriosus törzsekben visszaáramló keringés, talán az elemi peripheriás véráramnak egy bizonyos módja jön létre; a lekötés pillanatában a vér a verőértörzsekből kiürül a hajszálrezebe, a melyből azonban visszaáramlás útján szükségképen újra megtelődnek a verőerek; a beáramló vér helybeli izgatása azután oly verőérfal-contractiokat vált ki, melyek a vért ismét a capillariskba szorítják. Bizonyítja ezt egyfelől az, hogy a verőerekben sehol thrombosis, endoarteriitis productiva, a pajzsmirigyben sehol elhalás vagy hegesezés nyomai nem láthatók, a melyek stasis esetén feltétlenül bekövetkeztek volna; bizonyítja másfelől egy harmadik kísérletsorozat az arteria thyreoidea-történt paraffinbefecskendésekkel.

Egyrészt a verőértörzsek ezen jelentőségének megállapítására, másrészt a pajzsmirigy regeneráló képességének tanulmányozása céljából a kutyák egy sorozatában részben előzetes gyűjtőérlekötés, részben partiális verőér ligatura után, részben teljesen sértetlen pajzsmirigybe *paraffinbefecskendéseket* végeztem, a mi után bizonyos időre górcsövi vizsgálat alá vettem a kiirtott mirigyeket. Az eredmények a következők: a pajzsmirigy verőértörzsének teljes obliteratioja az egész mirigyrendszer — tehát a thyreoidea és a parathyreoidea — működésének teljes felfüggesztésével jár s ily módon tetania útján halálos; hatásában tehát a teljes kiirtás (thyreoidectomia totalis), vagy teljes elhalás jelentőségével bir. Ha a pajzsmirigyben valami módon előzőleg collateralis keringésről gondoskodunk, például azáltal, hogy néhány héttel a befecskendés előtt decapsulatiót végzünk, vagy hogy az injectio előtt közvetlenül egy nagyobb verőérágot izoláltan lekötünk, akkor az állat a paraffininjectiót túléli mindazon esetben, melyekben a szabadon maradt terület az egész mirigynek legalább  $\frac{1}{4}$ -ét teszi ki. Ilyen életben maradt állaton kiderül, hogy az obliteratio okozta elhalás csak



működésileg s nem bonczolástaniilag teljes, a mennyiben a mirigy peripheriás részeiben mindig maradnak vissza életképes elemek, a melyekből a helyreépítődés, a regeneratio megindul. Az újonnan képzett szövet embryonális pajzsmirigyállományhoz hasonló s élesen megkülönböztethető a megmaradt régi területektől: sejtszövet nagyobbak, inkább hengerek, protoplasmában dúsabbak, magvai nagyobbak, halványabbak, kerekerek, alveolusai szabálytalanok, finoman szemcsés anyaggal teltek. A regeneratio bimbózási útján történik a nagyobb gyűjtőértörzsek szomszédságában megmaradt alveolusokból. A szövetszerkezetnek fent említett módosulata sehol sem található.

### III.

Az intrathoracális golyvák bonczolástani s a thyreoideabeli keringési zavarok kísérleti tanulmányozása terelte figyelmemet a pajzsmirigy helyi és functionális viszonyban levő *parathyreoideákra*. 140 hulla rendszeres átvizsgálásából nyert adataim összefoglalása az a harmadik közlemény, melyet a Virchow-archiv utolsó füzeté hozott s melynek főbb eredményei teszik e beszámolás harmadik részét.

*Remak* 1855-ben említi először, hogy macskában a thymus csúcsában kis mirigyeket talált, a melyeket a thymus mellék-mirigyeinek tekintett. *Virchow* 1864-ben emberben a thyreoidea hátsó felszínén írt le borsónyi, lazán a pajzsmirigyhez fűződött képleteket, melyek szerinte azonosak a nagyobb e tájon található mellékpajzsmirigyekkel. 1880-ban azután *Sandström* emberi hullákon s különböző emlősökön végzett vizsgálatok alapján a nyaki tájon mint önálló, különálló mirigyeket írt le apró, párosával elhelyezett képleteket, a melyeket, minthogy morphologice ébrényi állapotban maradt, a mellékpajzsmirigyektől eltérő thyreoidea-állománynak felelnek meg, parathyreoideáknak nevezett el. Mintaszerű leírása azonban teljesen elkerülte a figyelmet, úgy hogy új felfedezés gyanánt hatott, mikor 1891-ben *Gley* vizsgálatai megjelentek. Ő állatkísérletei alapján arra a következtetésre jutott, hogy a pajzsmirigy voltaképpen 3, bonczolástaniilag izolált, működésében azonban szorosan összefüggő kéletről áll: a pajzsmirigyből magából és a két mellékmirigyéből: glandule thyreoidienne-ből. Mind a háromnak kiirtása minden állatra feltétlenül halálos, mert tetaniát okoz; a tetania kifejlődését meggátolja, ha a mirigyek valamelyike bennmarad; a visszahagyott mirigy, legyen az a pajzsmirigynek egy része, vagy akár a glandule-ök valamelyike, megnagyobbodik, az utóbbiak differenciálódhatnak valódi thyreoideaállománnyá, melynek működését átveszik. A három mirigy tehát azonos működésű és vikariáló képességű.

Ezen identitási tételeket a későbbi rendkívül nagyszámú kísérleti munkák egybevetésével *Moussu* 1896-ban úgy módosítja, hogy a thyreoideának és a parathyreoideáknak két különálló, egymástól független működése van; a pajzsmirigynek kiirtása (thyroidectomia) idült trophiás zavarokat: myxoedema, cachexia, cretinismus, a parathyreoideák kiirtása pedig a szervezetben heveny önmérgezést: tetaniát okoz. Ezen működési teljes differentiatio sem állta meg a helyét, mert kiderült, hogy a parathyreoideák egyedüli kiirtása után keletkező tetania súlyosabb, mint ha egyidejűleg a pajzsmirigy is eltávolítjuk, s a parathyroidectomia után kitört tetania enyhül, ha utóbb a thyreoideát is kiszedjük; más szóval, hogy a két mirigy ugyan önállóan működik, de közöttük működési vonatkozás: correlatio áll fenn. Tekintve, hogy főnököm, *Réczey* ő méltósága szíves engedelmével transplantatiók útján magam is foglalkozom e kérdés vitás pontjaival, legyen szabad a részletekre, e correlatiós tan bírálatára adandó alkalommal ezek kapcsán kitérnem. Itt néhány embryologiai megjegyzés után azon morphologiai adatokra és pathologica leletekre szorítkozom, melyeket magamnak találni alkalmam volt.

A nyaki mirigyek és függelékeik a szájfénék hámból és a garattasakok (Kiementaschen) epitheléből származnak. Míg az előbbi a gerinczesekben nagyjából állandó s így jól tanulmányozott, addig a branchiogen eredetű szervek vizsgálata rendkívül nehézségekkel jár. Mindenekelőtt a különböző állatfajokban az egyes helyezékek megjelenése, továbbfejlődése s az egyes szervek postembryonális állandósága nem ugyanaz s épen azért az egyes állatsoportokra, így az emberre is per analogiam következtetni igen kétséges értékű, sőt keresztül sem vihető. Másrészt az összes

branchiális származékok, mint azt *Verdun* és *Kohn* hangsúlyozza, rendkívül nagy hajlammal bírnak az összeolvadásra vagy azáltal, hogy az egymás mellett fejlődő szervek nem válnak szét, vagy hogy a külön-külön eredő testek utóbb összefolynak. Végre ugyanazon állatfajban is az egyes csökevényes szervek a visszafejlődésnek igen különböző fokain állhatnak meg, majd hiányoznak, majd tökéletesebben kifejlődnek s így igen komplikált képeket hozhatnak létre. *Maurer* az emlősökre nézve általában azt tartja, hogy 4 garattasak jut kifejlődésre, a melyekhez caudálisan egy durványos V. járul. A II. III. és IV. eredetileg teljesen homodynam, a mennyiben mindegyikből egy hasi, ventrális gurdély és egy háti hámvastagodás származik. Az előbbieket a három thymusnak, thymusmetamereknek, az utóbbiak a glandula caroticának, illetve egy-egy parathyreoideának a helyezékei. Az utolsó durványos garattasak mint ú. n. postbranchiális test, a mely *van Bemmelen* szerint azonos az alsóbb rangú gerinczesek supra-pericardiális testével, megfelel az oldalsó pajzsmirigy-helyezéknek, mely az echidnát leszámítva egyesül a szájfénékről lenövő mediálissal s így alkotja a pajzsmirigyet. Hogy mennyiben vesz részt a pajzsmirigy képzésében, még nagyon vitás; némelyek szerint az egész oldalalébnyt szolgáltatja; mások szerint legalább is jelentékeny részt vesz a képzésében, viszont legyesek szerint néhány rudimentaer csövecskét leszámítva visszafejődik. Az emberben már most e vázlathoz viszonyítva, a második garattasakból nem fejlődik semmiféle branchiális szerv. A harmadik garattasak dorsális hámvastagodásából lesz az egyik parathyreoidea, a hasi gurdélyből pedig a tulajdonképeni thymus teste; a kettő közti hámhuzatból fejlődhetnek az ezen parathyreoideát vagy thymust kísérő, alább említendő hámeysták; valamennyi származék együttesen válik le a garatfalról s azután a szív végleges elhelyezkedésével egyidejűleg lejjebb húzódik a mediastinum felé; fellnőttben tehát a felső tasakból fejlődött parathyreoidea és thymus megfelelnek az alsó parathyreoideának és a thymus testnek; vándorlásuk közben együtt maradhatnak, a mikor a parathyreoidea befekszik a thymusban, vagy szétválhatnak esetleg úgy, hogy egy leszakadt thymusdarab maradhat függelék gyanánt a parathyreoidea mellett. A negyedik garattasak teljesen homodynam; a belőle származó parathyreoidea a későbbi pajzsmirigy mögé kerül, mint felső, s így egyenértékű bizonyos állatok belső parathyreoideájával; a thymus-helyezék rendszeren visszafejlődik, de meg is maradhat mint a felső parathyreoideát kísérő thymus; a kettő közti hámhuzalból fejlődnek a felső parathyreoidea szomszédságában fekvő cysták és járatok; esetleg ép úgy mint a harmadik tasak leszarmazottjai együtt válhatnak le a garatfalról s együtt juthatnak végleges helyükre, talán olykor a pajzsmirigy belsejébe. A postbranchiális test sorsa végre embernél ép oly vitás, mint a gerinczeseknél általában; lehet, hogy részt vesz a pajzsmirigy képzésében, de lehet, hogy néhány csekély hengerhámos csövet (canalis centralis Prenant) leszámítva visszafejlődik.

A mi a saját vizsgálataimat illeti, a bonczolástani adatok közül a parathyreoideák száma és topographiai viszonyai bírnak általános érdekekkel.

A számot illetőleg *Sandström* szabálynak állította fel, hogy e mirigyek párosával foglalnak helyet a thyreoidea szomszédságában; ezzel szemben *Schaper* kimondja, hogy páros támadásról szó sem lehet s vele együtt a későbbi vizsgálók is sokszorosan hangoztatják a variabilitást. Részemről 138 esetben 105-ször találtam négy mirigyet, kettőt-kettőt egy oldalon; minthogy pedig utolsó száz esetemre 90 esik a pozitív leletből s minthogy négy esetet a bonczolási trauma, nagyobb collaris vérömlenyek és erősebb nyaki összenövés miatt a praeparatoria alkalmatlannak kell mondanom, csupán 6% marad, a hol makroszkopice mirigyeket nem, vagy csak csekélyebb számban találtam; ezekben pedig még pótlandó lett volna a nyaki tájék sorozatos-metszetes göröcsövi átvizsgálása, hogy az ítélet meggyőző legyen. Részemről tehát teljesen beigazoltam találtam a *Sandström*-féle típust s e szabályosságban bizonyítékot látok az embryonális kétoldali páros fejlődésre, a mi nem lehet véletlen feldarabolódásnak kifejezője, mint azt *Benjamins* gondolja.

A fekvést illetőleg teljesen elegendő a mirigyeket mint felsőt és alsót egymástól megkülönböztetni, a mennyiben a *Welsh* ajánlotta superior posterior és inferior anterior csakis fejlődéstani



és az athyreoplasiára vonatkozó vizsgálatokban alkalmazandó. A felsőnek viszonyai már most jóval állandóbbak, mint az alsóéi. Azt mondhatjuk, hogy mindkettő a pajzsmirigy oldallebenyeinek hátulsó mediális szélén: annak felső két harmadában fekszik a laza perioesophageális kötőszövetben az arteria thyreoidea inferior és a nervus recurrens mögött. E határokon belül 76%-ban épen a hátulsó szél közepén, tehát a gyűrűporoz magas ságában találtam azon frontal síkban, a melyet a légső hátulsó felszínén át fektettünk; 15%-ban feküdt a közép felett, 9%-ban valamivel az alatt. A verőérhez viszonyítva vagy a pajzsmirigyhez érkező arteria főtörzséhez, vagy épen az elágazódás helyéhez, avagy pedig a felső ághoz simul, de sohasem találtam a ramus descendens-sel viszonyban. A pajzsmirigy felszínétől átlag 2—3 mm.-re fekszik.

Az alsó mirigyre nézve egyfelől a thymushoz való belső vonatkozása, másfelől az alsó pajzsmirigycsúcs helyzete az irányadó. 76%-ban feküdt eseteimben a mirigy a thymusban illetve az annak helyét elfoglaló lipomatosus lebenyben; a többi 24%-ban e viszonyok elbírálása a thymus felismerhetetlensége folytán negatív volt. A mirigy már most helyzetét a thyreoidea-csúcsához ép úgy változtatja, mint maga a thymus; 78%-ban az alsó polus alatt, attól 1—2 mm.-re feküdt, 21%-ban az oldallebeny mögött, 1%-ban annak elülső felületén. Többnyire az arteria thyreoidea inferior és a venae inferiores ágaihoz simulva, kivétel nélkül az arteria főtörzse és a nervus recurrens előtt fekszik. Relatív helyzete a tracheához változik a pajzsmirigy alsó csúcsának magas ságával s ingadozik az I—XIV. porczgyűrű közt; ez az oka, hogy helyzetét a legtöbb vizsgáló szabálytalannak tartja.

Górcsővel a mirigy kötőszövetes vázba ágyazott hámgereidákából, melyek egymással többé-kevésbé sűrű fonattá szövődnek össze; a kötőszövet aránylagos mennyisége szabja meg, hogy a mirigy inkább szolid hámtömeg, vagy fasciculáris, sőt akár noduláris hámképlet benyomását kelti-e. A 3—4 réti hámgereidák maguk vagy teljesen egyöntetűek, szolidak, vagy pedig valamelyes intercelluláris anyag felhalmozódása miatt apró üröktől átjártak, a melyeket nagyságuk szerint mint intercelluláris réseket, folliculusokat és cystákat különböztethetünk meg egymástól. Az ürökben majd finoman szemcsés, rögös, fonalas, alig festődő, majd inkább homogen, hyaloid anyag fekszik. Teljesen elhibázottnak tartom ez utóbbinak a colloid nevet adni; igaz, hogy a colloid kifejezés a kórtanban ma általános megjelölése az extracelluláris hámyhalinnak festődési alapon; e mirigyekben azonban, a melyek oly közel viszonyban állanak helyzetüknél s talán működésüknél fogva a pajzsmirigyhez, e tinctoriális fogalomból helytelenül vegyi definitió lett, s ez az eltolódás oka azon téves felfogásnak, melyet a parathyreoideák functiojáról ez ideig alkottunk. A festődési hasonlóság nem bizonyítéka a vegyi azonosságnak, s a parathyreoidea-colloid, ha már ezt a ki-fejezést meg akarnók tartani, nem azonos a struma-colloiddal. A hámsejteket magukat Benjamins, Kohn, Welsh, Petersen és mások 3 csoportba osztják; volnának a mirigyben szerintük: fősejtek, erősen festődő oxyphilsejtek és palliadesejtek. Nézetem szerint azonban e felosztás egyfelől nem tüntet fel lényegbeli különbségeket, másfelől legkevésbé sem meríti ki e sejteknek valóban meglepő változatosságát. Tény az, hogy a mirigynek főtömegét halványan festődő, szemcsés plasmájú, polygonális sejtek képezik, a melyek két irányban mutatnak az alaptypustól eltérést: a) protoplasma-alkat szerint vannak: csaknem plasmamentes, vacuolás és igen erősen festődő, csaknem homogen plasmával bíró oxyphilsejtek; b) alak szerint pedig valamennyi lehet: lapos, köbös vagy hengeres sejt, úgy hogy a megjelölésnél mindig kettős definitiót kell használnunk; pl. oxyphil lapos sejt, vacuolás hengeres sejt stb. Valamennyi azonban egy alaptypusnak a módosulata s számtalan átmenet útján függ össze a kiindulást képező fősejttel; hogy azután ezen plasma- és alakbeli különbségek valamely működési állapot kifejezői, vagy inkább degeneratio következményei-e, eldönteni ma még nem lehet.

A mirigykéek kóros elváltozásairól csak néhány elszórt megjegyzést találunk az irodalomban; ezeket felhasználva, s a saját eseteimben észlelt pathologiai jelenségeket összevetve, 3 csoportban foglaltam össze a leleteket:

1. Előfordulnak fejlődési rendellenességek, a melyek közül

a számbeli ingadozásokat s a helyzetbeli variatiokat — nevezetesen az intrathyreoideális és intrathyrikus elhelyeződést — nem tekintve, érdekesebbek a következők. Mindkét parathyreoidea mellett felléphetnek izolált thymus-lebenyekék, a melyek vagy organikus összefüggésben lehetnek a mirigykével úgy, hogy annak tokján belül egy kisebb-nagyobb részt képeznek, avagy egyszerűen kísérik mint apró lebenyekéből álló testek a különben normális hámtestecsét; az előbbieket valószínűleg a megfelelő kopolytívából eredő s vissza nem fejlődött thymushelyezékre, az utóbbiak pedig a thymus testéből levándorlása közben lefűződött részletekre vezetendők vissza. Igen érdekesek a parathyreoideák szomszédságában fellépő cysták, a melyek ez ideig csak állatoknál, emberi foetusoknál és athyreoplasiánál keltettek figyelmet. A készítményeimben aránylag nagy számmal talált efféle cystákat 3 csoportba osztottam: a) *cysta postbranchialisnak* neveztem a felső hámtestecske szomszédságában, de attól függetlenül előforduló, egyrétű hámmal bélelt, uniloculáris, vékonyfalú, egyszerű ürcsüket, a melyek a postbranchialis testecskeknél, vagyis a canalis centralis Prenant, illetve oldalsó pajzsmirigyhelyezékek felelnek meg; b) *tubuli et cystae branchiales* alatt érthetjük a parathyreoideák hilusában előforduló egyrekeszű, vagy inkább tubulosus képleteket, a melyek valószínűleg a kopolytívok fel nem használt hámdarabjából fejlődnek s talán a parathyreoidea csökevényes kivezetőcsövét képviselik; végre c) *polycystoma branchiale*-nek nevezhetjük az ugyanezen helyen előforduló, tehát a hámtestecskevel szoros viszonyban álló többrekeszű, variabilis hámmal bélelt képleteket. Végre ugyancsak ébrényi eredésre vezetendő vissza azon sajátos hámmetaplasia is, a melyet egy esetben találtam: az egész parathyreoidea magas, hengerhámos csövek szövődékéből állott, melynek üreséi finoman szemcsés anyaggal teltek.

2. A kóros elváltozások második csoportját teszik a *primaer megbetegedések*, a melyek között, eltekintve a secretiók rendellenességektől, a vértartalom kóros ingadozásaitól, a collagen és zsírszövet viszonylagos mennyiségétől, a vérzések és a daganatok érdemelnek említést.

A vérzésekkel Erdheim foglalkozott bővebben; kimutatta, hogy e haemorrhagiák az erek körüli szövetben támadva, belétörnek a parenchymába, a hol sima falú, hámmal bélelt üregeket vájnak maguknak, sajátos módon körültekintően, megkisebbednek s idővel eltűnnek; eseteinek egyes csoportosításával iparkodik bebizonyítani, hogy minden esetben asphyctikus eredetűek s bizonyos ciklikus lefolyásúak. A mennyire igazolják eseteim a vérzések ezen morphologiai sajátosságát, épen annyira ellentmondanak az aetiologiai magyarázatnak; a gyermek korából egyszerűen a vérzés idejére következtetni nem lehet s a körlefolysáson illetően összeállítását határozottan önkényes. Tény az, hogy vérzések első sorban fiatal egyéneknél találhatók, hogy hajlandók epitheliális körültekintődésre s úgy látszik nem járnak organisatioval.

A mi a daganatokat illeti, az irodalomban talált 4 esethez: Erdheim, Mac Callum, Hulst és Benjamins eseteihez két észlelt esetet alkalmam sorolni; ezekhez csatlakozik Genersich-nek egy esete s három további daganat, melyet Makai ismertetett legújabbban. A daganatok általában két csoportra: az extra- és intrathyreoideális daganatok csoportjába oszthatók be. Az előbbieket közé (Erdheim, Mac Callum, Genersich) tartozik az én két esetem is; az egyiket, mely  $2\frac{1}{2} \times 1\frac{3}{4} \times 1\frac{1}{2}$  cm. méreteivel az eddig leírt legnagyobb efféle tumor, *hyperplasia diffusa parathyreoideae*-nek jeleztem; megvolt ugyanis mellette mind a három további hámtestecske, a melyeknek hiánya épen Erdheim-ben a compensatiós megnagyobbodás, túltengés gondolatát ébresztette, s viszont az egész tumor alkata, a mirigynek egyenes megnagyobbodása alapján helytelennek tartottam az adenoma elnevezést, mint azt Mac Callum ajánlja. Másik eseteimben egy különben is megnagyobbodott parathyreoideában találtam  $\frac{1}{2}$  cm. átmérőjű, élesen körülírt göböt, mely oly kifejezett növényi hajlamot, a környezetnek oly kifejezett összenyomatását mutatta, hogy *nodulus hyperplasticus* (hyperplasia nodularis) néven különböztettem meg az egyéb eredetű hámszigetektől. Mindezen daganatoknál a topographiai viszonyok pontos mérlegetése, a többi hámtestecske magatartása, de meg a górcsővi képek jellegzetes volta — igen kevés, csaknem elenyésző kötőszöveti váz, rendkívül polymorph, az alaptypus-



hoz, a különböző alakú fő, oxyphil és vacuolus sejtekhez hasonló, csupán számbeli eltéréseket mutató hám, a folliculusok hiánya vagy csekély száma, a thyreoidea-colloid hiánya — volt a döntő a kórismében. Az intrathyreoideális daganatokkal (*Hulst, Benjamins*), de a jövőben leírandó efféle intra- és extrathyreoideális daganatokkal szemben is — s áll ez mindenekelőtt *Makai* eseteire is — a legmesszebb menő skeptist ajánlom; nem mintha az efféle daganatok lehetőségét, esetleg az eddig ismerteknél gyakoribb voltát tagadnám. Ha azonban tekintetbe vesszük a pajzsmirigy sejtjeinek óriási alakulási képességét, változékonyságát; ha tekintetbe vesszük azt, hogy nemcsak a parenchymás, adenomás strumagöbökben, hanem a diffuse hyperplastikus, sőt colloid golyvákban, továbbá a cysták körül összenyomott thyreoideaalományban, nem is szólva az atypikus thyreoideadaganatokról, hogy mindezekben a parathyreoideának különben sem nagyon jellegzetes sejtjeivel teljesen megegyező sejtalakulatok a mindennapi leletek közé tartoznak; ha végre tekintetbe vesszük, hogy úgynevezett mellékpajzsmirigyek a nyaki tájék legkülönbözőbb helyein előfordulhatnak — *Payr* és *Martina* 16 localisatiót ismernek — s hogy ezek golyvás elfajulásra igen hajlandók, akkor azt tartom, jogos azon ajánlat, hogy minden oly esetben, a hol a topographiai s egyéb viszonyok nem ismeretesek, legfeljebb parathyreoideához hasonló, de nem az epitheltestekből fejlődő daganatokról beszéljünk.

3. A harmadik, utolsó csoportja a parathyreoidea megbetegedéseinek a *másodlagos elváltozások* csoportja; természetes, hogy a vérben keringő, vagy a szomszédság felől előhaladó kóros folyamatoknak a parathyreoidea épen úgy ki van téve, mint minden egyéb szerv. Érthető tehát, hogy vérbajokban, emboliás folyamatokban, celluláris metastasisokban, nyaki oedemákban, phlegmonokban, thrombosisokban megjelenetnek az illető elváltozás a parathyreoideákban is, a mint csakugyan valamennyire találtam példát saját eseteimben is.

Ha igaz az a nagy működési jelentőség, a melyet a physiologia ma a parathyreoideáknak tulajdonít — s mindenek szerint nincs okunk e jelentőségben kételkedni —, akkor e sokszoros kórtani elváltozások kézzelfogható, bonczolástani alapját szolgáltatják azon aetiologiai kórfogalomnak, a melyet talán az *insufficiencia parathyreoideae* néven foglalhatnánk össze leghelyesebben. Nemcsak a műtéti parathyreoprív tetania, nemcsak az athyreoplasziának jellegzetes, görsmentes, klinikai képe, hanem a tetania idiopathicában, a terhesek eklampsiájában legújabbán tett tapasztalatok is arra utalnak, hogy ez a pathologiai egység csakugyan megvan.

**Közlemény az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr. ny. r. egyet. tanár.)**

### Periarteriitis nodosa.

Írta: *Benedict Henrik* dr., volt I. tanársegéd.

(Folytatás.)

*További lefolyás.* A most következő hetek alatt a beteg állapota mindinkább javult. A végtagfájdalmak teljesen szűnhetek, csak a jobb kar idegei maradtak még nyomásra érzékenyek. A gyomor- és májtáji fájdalmas görsök elmaradtak, az icterus eltűnt, a táplálék felvétele könnyebben ment végbe, a bélműködés rendeződött. A hasfalak vérömlenye 3 hét alatt tünt el, a mellkasfal nagyobb csomói 5 hét alatt. A kisebb csomók szintén kisebbek és keményebbek lettek a nélkül, hogy tökéletesen eltűntek volna. A hőmérséklet már a klinikai tartózkodásnak 3. napján vált normálissá. Az erőbeli állapot emelkedett, úgy hogy a beteg a második hét végén rövid időre elhagyhatta az ágyat. Április elején annyira javult, hogy az Orvosegyületben bemutatás tárgyát képezhette. Testsúlya április végéig 3 kgm-mal gyarapodott.

Állandó maradt azonban a sápadt bőrszín, a vérszegénység és az izomzat petyhüdsége. Állandóak voltak természetesen a szíven, az aortán és a tapintható vérereken található elváltozások is. Sőt egy új elváltozás fejlődött ki a szemünk előtt. Az erősen kanyarulatlan jobboldali halánték-erőven ugyanis körülírt, körülbelül nagy gombostűfejnyi tágulás mutatkozott, mely a verő-

érfalaton szélesen ült, vele együtt lüktetett és azon 4 héten belül, mely alatt a beteg még megfigyelésünk alatt állott, semmiféle thrombotizáló hajlamot nem engedett felismerni.

Április első hetében a bal trochanter alatti tályog megnagyobbodott és erősebben feszült. A glycerines burgonyára oltott híg tejfelszerű genyből gümöbacillusok nem keltek ki. A geny kiürítése után jodoformglycerint fecskendeztünk be, mire a tályog ismét visszafejlődésnek indult.

A kezelés a második héttől kezdve, melyben a verőérmegbetegedés megállapított, naponta adott másfél gramm jodkaliumból állott; megmaradtunk ezen gyógyszer mellett akkor is, midőn a betegséget végleg periarteriitis nodosának kórisméztük volt. Ezenkívül langyos fürdőket és általános faradizálást rendeltünk. Az itt-ott ismét jelentkező végtagfájdalmak ellen a kámfor-menthol-salicyl-kenőccsel való bedörzsölések még leghatásosabbnak bizonyultak.

Május 3. án kérte a beteg az elbocsátását, tekintettel a családjára. 1906 január 1. én azt írta, hogy a nyár folyamán még 80 gramm jodkaliumot szedett és hogy javulása annyira haladt, hogy néhány hónap óta ismét tanítónői minőségben működik.

A következő értesítése 1906. augusztus 31. éről ered. Közérzete az egész iskolaév alatt kielégítő volt. De az évváró vizsgák annyira megerőltették, hogy június 6. án hirtelenül az egész jobb oldalán megbénult. A bénulás azóta jelentékenyen javult, de igen gyengének érzi magát és nem tudja, vajjon képes lesz e tanítási kötelezettségének a legközelebbi iskolaévben eleget tenni.

1907 január havában a beteg ismét meglátogatott. A roham óta munkaképessége nem tért többé vissza, feledékeny, beszéde kevésbé folyékony, írás közben néha téved, úgy hogy nyugdíjaztatását kérte. Arteriosclerosis változatlanul áll fenn; a szívtempulát azóta bal-, fel- és jobbfelé nőtt, vizelete  $\frac{3}{4}$  9/00 fehérszínű és hyalin cylindereket tartalmaz. Az arteria temporális kis aneurysmája valamelyest megnőtt, a felette levő bőr elvékonyodott. A szolid csomók közül csak kettő érezhető, egy az áll alatt, és egy a jobb alkaron.

\* \* \*

*Epikrisis.* Az eset mindenekelőtt a tünetek sokasága miatt tünt ki, a mely tünetek sorrendje olyan volt, hogy a periarteriitis nodosára való kórismét szükségképpen fel kellett állítani. Már *Kussmaul* és *Maier* utaltak volt arra, hogy egészen pontos diagnózis csak a netalán létező büralatti csomócskák kórszövettani vizsgálata alapján állítható fel; de az eseteknek az áttekintése azt mutatja, hogy ilyen csomócskák csak az esetek kis számában voltak jelen; *Kussmaul* és *Maier* csak az élet vége felé vették ezeket észre, hasonlóképen *Mönckeberg, Müller* és *Freund* egy-egy esetükben csak post mortem találhatták e csomócskákat. Csak *Schmorl*-nak részletesen nem ismert esetében vált lehetővé a kórisme felállítása egy csomócska kiirtása révén, bár a betegszelés folyamán ezen megbetegedés gyanúja nem merült fel. Másfelől létezik egy eset, melyet *Florence Sabin* Osler klinikájáról közölt és melyben a klinikai kép sok tekintetben megfelelt a periarteriitis nodosának.

Egy 32 éves asszony, ki 4 év előtt nephritisben és endocarditisben szenvedett volt, végtag- és felhasfájdalmakkal, hányással és hasmenéssel betegedett meg. A felső és alsó végtagok érintésre igen fájdalmasak voltak. Az anaemia igen nagyfokú volt. A verőereknek jelentékeny gyűrűs sclerosis állott fenn. A vér haemoglobintartalma 22% ot tett ki. 1.772,000 vörös-, 50,000 fehérvérsejt. A hőmérséklet az utolsó napok alatt subnormális volt; a pulsus 101 és 124 között ingadozott. A vizelet kevés fehérszínű és cylindert tartalmazott. A térdhajlás bőre alatt és a hasizmok izomzatában borsómekekoraságú csomócskák voltak találhatóak. A betegség tartama 2½ hónap, az észlelés tartama 5 nap volt.

Itt a klinikai kép alapján mint valószínűségi diagnózis periarteriitis nodosa szerepelt. De hiányzott a megerősítés, a mennyiben az egyik kiirtott csomócska nem mutatta a jellemző elváltozásokat, hanem csak mézsókból állott. Miután a bonczolást is megtagadták, lehetetlen az esetet a biztosak közé sorolni, bár



nem egy körülmény a diagnosis helyessége mellett szól. Tehát biztos, hogy a betegség kifogástalan diagnosisa egyelőre csak kórszövettani úton állítható fel, mely lehetőség csak az esetek kis törtrésében forog fenn.

Esetünkben azonban a periarteriitis nodosa valószínűsége még a kórszövettani vizsgálat előtt is fennállott. Ebben is kedvezett nekünk a véletlen. A klinikai tünetek t. i. 2 csoportra oszlottak: az első csoport a sokféleképpen értelmezhető általános tüneteket zárta magába, t. i. a lázat, a rheumaszerű fájdalmakat, a gyomor- és májkolikákat, az icterust, az erős lesoványodást, a mérsékelt leukocytosist: olyan tüneteket, melyekkel nem mehettünk volna sokra, ha a vérrendszer részéről fennálló második tünetesoport nem mutatta volna a helyes utat. Igen közelfekvő volt ugyanis a heveny általános tünetesoport okát szintén a vérerek általános megbetegedésében keresni.

Ezen útmutatás, az úgy szólván makroszkopikus elváltozása a vérrendszernek, az eddigi esetekben majdnem mindig hiányzott. Nélkülük, úgylátszik, megbetegedésünk valószínűségi diagnosisára sem lehet gondolni. Florence Sabin esetében szintén csak az óriási gyűrűs arteriosclerosis volt az, mely az aránylag fiatal betegnél a periarteriitis nodosa lehetőségére terelte a figyelmet. A bonczolt esetek közül Versé-nél arteriosclerosis, a bal kamara túltengése és kitágulása van jelezve; Veszprémi és Jancsó-nál a bal kamara hypertrophiája. Schreiber mérsékelt arteriosclerosis-ról és a bal kamara mérsékelt megnagyobbodásáról tesz említést. Müller második esetében a 25 éves férfiú atheromatosis található. A nagy verőerek arteriosclerosisosa tehát nem tartozik a periarteriitis nodosa typosos kórképéhez, a mely a kisebb és legkisebb verőereken játszódik le és legfeljebb a zsigeri verőerek területén terjed nagyobb ágakra is. De ott, a hol mégis jelen van, esetleg képes lesz a kórismét a helyes útra terelni.

Másrészt az arteriosclerosis az, mely a heveny megbetegedés tünetesoportját sajátos módon befolyásolhatja. A kis aneurysmák lelete t. i. a periarteriitis nodosában semmiképpen sem állandó. Sok szerző, pl. Fletcher, Kahlden, Müller, Krzyszkowsky, Schreiber, a kis verőereknek csak csomós megvastagodásait és legfeljebb helyenkénti csekély diffus tágulását konstatálhatta. Rosenblath-nál még ezen megvastagodásokra sem került a sor. Azokban az esetekben is, melyekben valóságos aneurysma-képződésig haladt a folyamat, ez csak mint másodlagos következmény szerepel. A voltaképeni elsődleges sérülés majdnem az összes szerzők szerint a vérérfal lobos megbetegedése, mely később a vérnyomásnak engedhet és valóságos szakadási aneurysmák képződésére vezethet. Esetünkben azonban már külsőleg is dominál az aneurysma-képződés, sőt ilyen aneurysmáknak a keletkezése a halántékverőeren mintegy szemünk előtt játszódott le. Egészen szokatlan esemény a verőér körüli haematomáknak vagy dissecáló aneurysmáknak nagyobb verőereken való képződése; csak Chvostek és Weichselbaum észlelték azt, hogy a vér az elfajult intima és az izomhártya közé behatolhat. A hasfalak nagy vérömlenye szintén csak egy nagyobb vérér szakadására vezethető vissza. Tehát határozott hajlam állott fenn a ruptura-képződésre, mely részben valóságos aneurysmák, részben dissecáló aneurysmák, részben szabad vérömlenyek keletkezésére vezetett; és azt hiszem, nem ok nélkül vehetjük fel, hogy a szíven és a nagy verőereken található elváltozások, melyek a vérnyomás bizonyos fokozódásával jártak, felelősek ezen sajátos lefolyásért.

Kérdés már most, vajjon az arteriosclerosis és a periarteriitis nodosa függetlenül egymástól keletkeztek, vagy vajjon a periarteriitis nodosa a nagy verőereken és szíven található elváltozásokat másodlagosan tételezte-e fel, vagy vajjon a két megbetegedés egy alapok, pl. a syphilis következménye gyanánt fogható-e fel? Midőn a beteg klinikánkon felvételét, a periarteriitis már hat hetes volt; vesebajosokon tett tapasztalataink azt mutatják, hogy már néhány hét elegendő arra, hogy a szív és a nagy verőerek másodlagos elváltozásai kifejlődjenek; el lehetne tehát képzelni, hogy számos kis verőér megbetegedése rövid időn belül a vérnyomás emelkedésére, a nagy verőerek compensációs hyperplasiájára és elfajulására, belviláguk kitágulására és a bal gyomrocson túltengésére és kitágulására vezethetett. A mi némiképpen ennek a felvételnek ellentmond, ez a mellkasi aorta erős kitágulása és megnyúlása, a melynek subacut módon való fejlődése nem

igen képzelhető el; ellentmond továbbá az a körülmény, hogy épen a veseverőerekben, melyeknek megbetegedése tapasztalat szerint első sorban a szív hypertrophiájához vezet, a klinikai megfigyelés szerint nagyobb elváltozások nem lehettek jelen. Az abdominális verőerek részéről való tünetek sem voltak nagyon kifejezettek, pedig Hasenföld vizsgálatai szerint épen ezek disponálatk a szívhypertrophiára. A periarteriitis nodosa bonczolt esetei közül szintén főképen azok jártak szívhypertrophiával, melyekben a vesék és a mesenterialis verőerek megbetegedései domináltak.<sup>1</sup>

Igen nagy óvatossággal kell azon kérdéshez közelednünk, vajjon mindkét elváltozás nem egy megbetegedésnek, ugyanis a syphilisnek a következménye-e? A periarteriitis nodosa első leírása után a syphilis-aetiologia hypothesise mindig újra és újra felmerül; már Virchow hangoztatta a Kussmaul és Maier-féle készítmények áttekintésénél a verőersyphilishez való hasonlatosságukat. Chvostek és Weichselbaum esetüket syphilisnek tartják, hasonlóképen Graf és Müller, ámbár lues nem volt biztosan kimutatva. Legújabb időben Versé a megbetegedés syphilises természetét a legnagyobb biztonsággal hangoztatta, minthogy az ő esetében a hullában kétségtelen lueses elváltozások voltak kimutathatók. A VII. pathologiai congressuson előadott referatumban, mely voltaképen az aorta-aneurysmáról szólt, Benda egyebek közt azt az alaptételt is felállította, hogy a periarteriitis nodosának a syphilishez semmi köze; a vitában azután Schmorl, azon megfigyelése alapján, hogy a periarteriitis nodosának egy biztos esete anti-lueses kezelésre meggyógyult, meglehetősen erélyesen a syphilitikus aetiologia mellett foglalt állást.

Azon okok, melyeket a lues ellen fel lehet hozni, különböző természetűek. Főérv gyanánt szolgál azon egyszerű körülmény, hogy az esetek túlnyomó többségében sem az életben, sem a halál után a syphilis nem volt kimutatható. Ellene szól a heveny fertőző betegséghez hasonló lefolyás is. De sokszorosan megvitatták a kórszövettani leleteket is; ismétlések elkerülése végett Veszprémi és Jancsó-nak már ismertetett szembeállítására utalunk. Ezek a különbségek többnyire fennállnak, de mintegy csak quantitativ természetűek. Alig létezik a periarteriitis nodosának olyan szövettani stigmája, melyet nem lehetne esetleg a legkisebb verőerek syphilisében is találni. Itt is, ott is verőér körüli sejtbeszűremkedés; itt is, ott is nekrotikus góczok a mediában. Itt is, ott is burjánzási folyamatok az intimában, egészen a vérér elzáródásáig! Az agyverőereknek a periarteriitis-szel szemben való immunitása, melyhez némely szerző ragaszkodik, nem létezőnek bizonyult (Chvostek-Weichselbaum, Müller I., saját megfigyelésem). A mit eddig a verőerek syphilisében kimutatni nem lehetett, az a lobos izzadmány hajlama, hogy a media és az intima között homogen, hyalin gyűrűvé olvadjon össze.

Jelen esetben a kifejezett arteriosclerosis praecox-szal való együttes előfordulás a lueses aetiologia mellett szólhatna; ép úgy a feltűnő módon két éven át tartó javulás jodkalium adására; férjének a paralysis progressívája szintén gyanúokul szolgálhatna. Szövettanilag viszont az intima-burjánzás nagy foka, mely majdnem a vérér elzáródására vezetett volt, figyelemre méltónak mutatkozott. Mégis tanácsosnak tartom úgy ezt a kérdést, mint a periarteriitis nodosa és az arteriosclerosis netaláni összefüggésének a kérdését is további kutatásokra bizni, melyek az immár felfedezett syphilis-okozó virus alapján állva, talán gyümölcsözőbbek lesznek.

(Vége következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

Max Neuburger: Geschichte der Medizin. I. Band. Stuttgart, F. Enke 1906. (VIII + 408 lap.)

Az orvostörténelem bécsi katedrájának professora — a kiről tudtuk, hogy évek óta készül egy teljes orvostörténelmi

<sup>1</sup> Az arteriosclerosisról való referatumban (Verhandlungen des Congresses für innere Medizin 1904) Marchand szintén tárgyalja a periarteriitis nodosában előforduló szívhypertrophiát és hasonló conclusiora jut.



munkát kiadni — ime megjelentette művének I. kötetét, mely az ősi időkön kezdődik s Galenus halálával fejeződik be.

Fel kell vetnünk a kérdést: kinek a használatára írta Neuburger munkáját. Ő maga azt írja: orvosnövédeknek, gyakorlóorvosoknak és művelt laikusoknak. Többet nem kívánhatunk egy szerzőtől, mint a mennyit ő maga nyíltan s őszintén meghatároz. Rajta áll, kinek ír. Ezt pedig azért kell kiemelnem, mert Neuburger munkájában — minden előnyeinek elismerése mellett — több helyről kifogásolták, hogy forrásmunkákat sehol meg nem nevez; hogy citál, de nem mondja honnan stb. Nem osztom e szemrehányásokat, épen azért nem, mert az említett közönséget nem érdekli a forrás helye, sőt inkább zavartalanul, megszakítatlanul pergő szöveget kíván. A szakszerű orvostörténetész számára ott vannak a Sprengel, a Haeser vaskos kötetei, a maguk bőséges, sokszor kimerítő bibliographiai jegyzeteivel, s azokat Neuburger munkája nem is teszi nélkülözhetővé, egy napra se, de nem is akarja tenni. S ha mégis ajánljuk munkáját az orvostörténelemmel szakszerűen foglalkozóknak is, akkor abban nagy része van Neuburger szép stílusának, tartalmas felfogásának, melyet sokszor legalább is szellemesnek kell neveznünk.

Neuburgernek azt a dült betűkkel nyomtatott megjegyzését, hogy munkájában a kulturtörténeti kapcsolatokat szem előtt tartotta, megemlítjük, de hozzáteszünk, hogy ez annyira természetes, hogy e nélkül ma már senki se ismerné el létjogosultságát egy orvostörténelmi kézikönyvnek. Figyelemmel leszünk a II. kötet iránt is.

Györy.

**Das einzige Kind und seine Erziehung.** Ein ernstes Mahnwort an Eltern und Erzieher von Dr. Eugen Neter (Mannheim). Vorwort von Prof. A. Baginsky. München. 1906. Verlag der Ärztlichen Rundschau (O. Gmelin). 52 l. Ára 1.90 márka.

A szerző az egyetlen gyermek jellemvonásait leírva, ezeknek az okát keresi. Két tényezőre kell itt gondolni, egyrészt a helytelen nevelésre, a mely főleg a kényeztetésben és féltésben nyilatkozik meg. Másrészt több gyermekkel való együttes nevelés és a játék hiánya is szerepel. Az első hibaforrás ellen lehet jó tanácsokat adni, a másik ellen kevésbé. Leginkább a nevelés túlságától kell óvakodásra inteni. Ezenkívül az iskolába járás lehet jó a más gyermekekkel való együttlét miatt és mert így az anya befolyása csökken. Bármennyire hasznos a népszerű módon szülők és nevelők számára is irt füzet, az egyetlen gyermek anyjának gondolkozásmódja nem igen látszik megmásíthatónak.

Kollarits Jenő dr.

**Die Handhabung des Wasserheilverfahrens.** Ein Leitfadens für Ärzte und Badewartung. Von Dr. M. van Oordt. (St. Blasien.) Verlag von Urban und Schwarzenberg. Wien und Berlin, 1906. 80 l. Ára 3 korona.

A könyv nagyjában a Winternitz iskola eljárásait ismerteti és minden elméleti fejtegetés nélkül röviden és érthetően ad utasításokat. A hydrotherapeuta orvos nem fogja belőle szakmáját megtanulni, de emlékeztetének felfrissítésére jól használhatja. Az írásmód olyan, hogy az ápoló személyzet is megértheti és igénybe veheti, habár a jó fürdőmestert a gyakorlat képezi és nem az olvasás. A fürdőintézetekhez szükséges tárgyak összeállítása szolgálatot tehet ilyen intézet felállításakor.

Kollarits Jenő dr.

**Új könyvek:** J. Grober: Einführung in die Versicherungsmedizin. Jena, G. Fischer. 3.60 m. — F. C. R. Eschle: Grundzüge der Psychiatrie. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. 9.60 k. — A. Monti: Das Wachstum des Kindes. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg. 1.20 k. — G. Hayem: Les évolutions pathologiques de la digestion stomacale. Paris, Masson et comp. — E. Sergent: Syphilis et tuberculose. Paris, Masson et comp. 5 fr. — Ch. P. B. Clubbe: The diagnosis and treatment of intussusception. Edinburgh. Young J. Pentland. 3 s. 6 d. — W. Aldren Turner: Epilepsy. London, Macmillan and Co. 10 s. — F. C. Wallis: Surgery of the rectum. London, Baillière, Tindall and Cox. 2 s. 6 d. — Ch. K. Mills, Ch. H. Frazier: etc.: Tumours of the cerebrum, their focal diagnosis and surgical treatment. Philadelphia, E. Pennock. — Ch. A. Ballance: Some points in the surgery of the brain and its membranes. London, Macmillan and Co. 15. s.

## Lapszemle.

### Általános kór- és gyógytan.

A Sahli-féle desmoid- s a Schmidt-féle kötőszövet-próbával végzett vizsgálatait közli Lewinski. Sahli támaszkodva azon tényre, hogy a nyers kötőszövetet csak a gyomornedv emészt meg, a bélmedv nem, a gyomor működésének szonda nélkül való vizsgálatára a következő módszert használja: Nyers catgut-tel bekötött s methylenkékkel megtöltött kis kancsukzacskót nyelet le ebéd után. Ha a vizelet 20 órán belül kék színt mutat, akkor a gyomor működése rendes, váladékai feloldották a catgut-fonalat s a methylenkék idejekorán a bélbe kerülvén, felszívódtak. A reactio későbbi jelentkezéséből, illetve kimaradásából zavart gyomorelválasztásra s mozgékonyásra következtet. Szerinte eljárása azon előnnyel is bír, hogy ellentétben a szondával nyert gyomornedvvel, a pepsinémésztésről a maga egészében nyújt felvilágosítást, s jobb eredményeket ad, mert nem teremt mester-séges viszonyokat, mint a próbareggeli. Schmidt a nyers kötőszövetet meghatározott mennyiségű (125 gm.) felvagdalt hús alakjában adja, melyet az egészséges gyomor maradék nélkül megemészt, míg a gyomor működésének zavara esetén a kevés vízzel eldörzsölt bélsárban kötőszöveti cszafatokat találunk. Lewinski kiindulva abból, hogy a desmoid- és kötőszöveti próbának, minthogy ugyanazon tényen alapulnak, ugyanazon eredményeket kell adniok, kísérleteket végzett ez irányban 32 betegen s azt találta, hogy csak 17 esetben egyezett meg a két próba eredménye, míg 8 esetben a vizelet kékre festődött, bár a bélsárban húscszafatok voltak, 7 esetben pedig a festődés kimaradása mellett megemésztetett a nyers hús. A catgut tulajdonképen sima izomeredetű (a kecske vagy ürü bélmuscularisából készül) s a gyártása közben több oly mechanikai és vegyi folyamaton megy keresztül, mely megváltoztathatja emészthetőségét oly értelemben, hogy nem tekinthető nyers kötőszövetnek. A vizsgálat igazolta ezt: Probareggeli után nyert gyomornedv hatásának kitétt kancsukzacskó catgutfonala megemésztődött sok esetben, a mikor a nyers kötőszövetre nem hatott a gyomornedv, sőt néhány oly esetben is, mikor Schiff-Nierenstein szerint pepsin nem volt kimutatható (achylia). De nemcsak a gyomornedv emészt jobban a catgutot, mint a nyers kötőszövetet, hanem a hasnyálmirigyből kipréselt nedv is 8—20—26 óra alatt megemészt. A próba ezen hiányai eléggé magyarázzák azon eseteket, melyekben zavart gyomorműködés ellenére positiv volt a reactio. A próba negativ eredményét rendes működés esetén Sahli a gyomor túlságos mozgékonyaságából, mások a festék hiányos kiválasztásából magyarázzák.

Bár Sahli próbájának hibáit egyszerű óvintézkedésekkel csökkenthetjük, mégsem mondhatjuk minden tekintetben megbízható s egyedül döntő diagnostikai eljárásnak, s azért, ha a gyomornedv kötőszövet-emésztőképességét akarjuk meghatározni, mégis a Schmidt-féle módszerhez kell folyamodnunk. Hogy a gyomor ily irányú működésének ismerete fontos kiegészítő része a gyomor vizsgálatának, kiténik abból, hogy e működés nem arányos a pepsinmennyiséggel: több esetben achylia mellett volt kötőszövet-emésztés, máskor ismét fordítva állott a dolog. Az említett gyomorműködési zavar jelentősége nem csekély, mert a meg nem emésztett kötőszövettel körülvett zsír vagy izom emésztése s felszívódása nagyban szenved s oka lehet másodlagos bélzavaroknak (gastrogen diarrhoea). A kötőszövetemésztésben izoláltan támadó zavar okát nem ismerjük. (Münch. med. Wochensh., 1907. 9. sz.)

Az alkohol hatásáról a gyomorra már nagyon sokan irtak. Újabban Kast foglalkozott ezzel a kérdéssel a berlini egyetem kórtani intézetében. Úgy állatokon, mint embereken végzett kísérletekkel bebizonyította, hogy az alkohol egyrészt a gyomornyálkahártyát izgatja, másrészt pedig a sósavat termelő mirigysejteket fokozott elválasztásra ingerli. Ha az italok legfeljebb 10% alkoholt tartalmaznak, nem károsítják a gyomrot, sőt még javítják is különböző működéseit. 10—20% alkoholt tartalmazó italokra a fokozott gyomornedv-elválasztáson kívül a nyálkatermelődés is nagyobb, 20%-nál nagyobb alkoholtartalom esetén pedig minden tekintetben káros a gyomorra való hatás. (Archiv f. Verdauungs-krankh eiten, XII. kötet, 6. füzet.)



## Gyógyszertan.

A digitalisnak forrázat alakjában rendelése tudvalevően több hátránnyal jár, s azért már sokan megkísérelték a digitalis különböző készítményeinek az előállítását. Ezek közül *Blumenthal* nagyon dicséri a digitalisatum Bürgert, mint a melynek a hatása mindig megbízhatóan egyforma, a mennyiben előbb mindig kipróbálják a béka szívéen; cumulatív hatása nincsen és olesőbb mint a digalen. Egyébként ezzel a szerrel nem is igen hasonlítható össze, mert a digitalisatum a digitalisnak nem csupán az egyik alkotórészét, a digitoxint tartalmazza, mint a digalen, hanem a többi hatóanyagát is. Belsőleg 10—15 cseppet adunk naponként 3-szor. Intravenásan is használható; erre a célra beforrasztott ampullákban jut a kereskedésbe. (Mediz. Klinik, 1907. 10. szám.)

A gyógyszerek hatását a gyomorra elkerülő, eddig főleg a keratinnal bevont labdacokat használták, mint a melyek tudvalevően csak a bélben oldódnak; hátrányuk azonban, hogy sokszor a bélben sem oldódnak, hanem változatlanul ürülnek ki a bélből. *Jaworski* tanár labdac-alapanyag gyanánt újabban a juhaggyút (sebum ovile) ajánlja, mint a melyről 52 betegen tett megfigyelései alapján meggyőződött, hogy a gyomorban nem változik meg, a bélben ellenben teljesen oldódik. Fontos, hogy a rendelvényen feltüntessük, hogy 45° on olvadó juhaggyút használjunk, mert alacsonyabb olvadáshő esetén a gyomorban is bekövetkezhetnék az olvadás. Minden labdac legfeljebb 0.1 gramm fagyút s legfeljebb ugyanannyi hatóanyagot tartalmazzon; ha a hatóanyag nagyon kis mennyiségű volna, néhány centigramm pulvis liquiritiaevel vagy magnesia ustával pótlendő. Nem szabad megfedkezniük a hintőporról sem a labdacok egymáshoz tapadásának megakadályozására. Példák a fagyúlabdacok rendelésére: Rp. Acidi arsenicosi 0.10; Sebi ovilis p. liquefacti 45° C 10.0; Pulv. liquor. qu. s. ut. fiat pil. No. 100. Consp. pulv. lycopodii. — Rp. Podophyllini 0.20; Sebi ovilis liquefacti 45° C 1.0; Magnes. ustae 9.5. Fiat pil. No. 10. Consp. magnes. ust. — Rp. Natrii iodati, Sebi ovilis liquefacti 45° C aa 10.0. M. f. pil. No. 100. Consp. magnes. ust. — Rp. Acidi salicylici, Sebi ovilis liquefacti 45° C aa 10.0. M. f. pil. No. 100. Consp. pulv. lycopodii. (Therapeutische Monatshefte, 1906. 11. füzet.)

## Belorvostan.

A vizenyők befolyásolásáról a víz- és sóbevitel szabályozásával ír *Minkowski* tanár. A fizikai chemia vizsgálómódjainak az orvostanba bevezetése óta megtudtuk a többi között azt is, hogy a hol hydropsos folyadékfelhalmozódások támadnak, nem csupán a víznek, hanem a sóoldatoknak a visszatartásáról is van szó, még pedig olyan oldatoknak a visszatartásáról, a melyeknek a töménysége csak szűk határok között ingadozik. A töménység ezen állandóságának az az előfeltétele, hogy mindenütt, a hol a testben víz tartatik vissza, sók is visszatartassanak, és fordítva, a sók megzavart kiválasztása esetén a víz kiválasztása is zavart legyen. Gyakorlati szempontból főleg a konyhasó jön tekintetbe. A konyhasóvisszatartás tehát következménye is, oka is lehet a vízretentionnak. A vér normális töménységének a megmaradása csak oly módon lehetséges, hogy a vese azon ingerre, a mely bizonyos anyagoknak nagyobb mennyiségben felhalmozódása folytán támad, megfelelő módon reagál és a túlságos mennyiségben jelenlevő anyagot nagyobb mértékben választja ki. A különböző anyagoknak: a víznek, a sóknak és az anyagesere maradékainak a kiválasztását egymástól független, részben a vesének különböző szövetelemeihez kötött különböző működések szabályozzák, a melyeket a szervezet a szükséglethez képest különböző mértékben vesz igénybe. Ha az egyik működés fokozott, rendszerint a másik is az; így például bizonyos mennyiségű só bevitel után ez rendszerint teljesen kiválasztatik, de vele együtt bizonyos mennyiségű víz is távozik — a só tehát diuresist okoz. Ha nagyobb mennyiségű vizet viszünk a szervezetbe, vele együtt bizonyos mennyiségű só is vitetik ki — a víz tehát só-tud kiöblíteni.

Kóros viszonyok között már most különbség lesz a szerint, hogy a vesének melyik szöveteleit érte a baj, vagy hogy a vérkeringési szervek megbetegedése miatt a vérnyomás és a véráramlásának a gyorsasága változott-e meg.

*Cardiális hydrops* eseteiben kevesebb víz választván ki a vesék útján, több só is marad vissza a szervezetben. Ilyenkor mindaddig, a meddig nem társul az állapothoz veseelégtelenség, a veséknek sókiválasztó működése nem zavart. A szívbaajos tehát szükség esetén töményebb vizeletet is tud kiválasztani. Ha bizonyos mennyiségű konyhasót adunk neki, ez, noha lassabban, de mégis teljesen kiválasztatik. A vízfelvételt megszorítva az ilyen esetben, a vér molekulás koncentrációjának kellene először is fokozódnia; de ez ellen védekezik a szervezet azzal, hogy több só-t ürít ki a vizelettel és vizet vesz fel a szövetekből; ezenfelül a több sóval együtt több víz is ürül a vizelettel, a vízfelvétel megszorításával tehát csökkenthetjük a vizenyőt. A konyhasó-bevitel megszorítása ilyen esetekben kevésbé eredményes, mert csak megfelelően kevesebb só fog kiürülni a vizelettel. Sőt a fokozott konyhasóbevitel talán még előnyösebb, mert a fokozott sókiválasztással kapcsolatban több víz is ürül a szervezetből.

Mások a viszonyok, ha a *veseműködés elégtelenségéből* ered mint elsődleges okból a vizenyő. Tapasztalás szerint ilyenkor erősebben szenved az oldott anyagoknak a kiválasztása, mint a vízé. A beteg vese nem tud töményebb vizeletet kiválasztani olyan körülmények között, a melyek között az ép vese tud. Typusos zsurgvese eseteiben csak oly módon történhetik meg a sóknak kielégítő kiválasztása, hogy a vese rendkívül sok vizet is választ ki; vízretentio tehát nincs s azért vizenyő sem támad; ha pedig támad, a vérkeringési szerveknek időközben beállott elégtelenségére vezethető vissza, tehát cardiális hydrops jellege van. A veselob azon eseteiben, a melyekben egyelőre még akadályozott a vízkiválasztás a vesék útján, a sókiválasztás még nagyobb fokban szenved, mint a vízkiválasztás; ilyen esetekben nagyon sokszor kimutatható, hogy a sóvisszatartás megelőzi a vízvisszatartást, tehát az oka ez utóbbinak. Ha tehát ilyenkor korlátozzuk a vízbevitelt, még tovább csökken a vizelet mennyisége és ezzel fokozódik a sók és más anyagok visszatartása, mi nagyon veszélyessé válhatik a szervezetre. Ha ellenben kevesebb só-t viszünk be, mint a mennyit a vese még ki tud választani, a szervezet lassanként megszabadul a só-többletétől és ezzel megszűnik a vízvisszatartás egyik lényeges oka; a sómegvonás tehát a vizenyő megszűnését eredményezheti.

Sok esetben azonban nem ilyen egyszerűek a viszonyok, a felsoroltakhoz alighanem egyéb körülmények is járulnak; a cardiális és renális hydrops éles elkülönítése nem vihető mindig keresztül. Azután meg a hydropsnak a venosus pangáson és a veseelégtelenségen kívül egyéb okai is lehetnek (a hajszálerek endotheljeinek az állapota, az egész test szövetelemeinek bizonyos megváltozása). Tekintetbe veendő továbbá a betegségnek a súlyossága is. Ha a zavar olyan mérvű, hogy a vese legerősebb működése esetén sem tud már egy bizonyos víz- vagy sómennyiséggel megküzdeni, ezen mennyiségnek a fokozásával csak rosszabbítjuk az állapotot, csökkentésével ellenben javíthatjuk. Ha azonban még elég sok működésképes rész van a vesében, a mely nagyobb ingerre fokozott működéssel reagál: nagyobb követelmények támasztásával az ilyen vese működését fokozhatjuk, a víz- és sóbevitel fokozása tehát diuresist indíthat meg.

Mindent összevetve: a víz- és a sófelvétel szabályozása nagyon jótékony hatású lehet a vizenyő megszüntetése tekintetében, ha az egyes esetben meglévő viszonyokat állandóan figyelemmel kísérjük. A teendő a gyakorlati élet céljaira való tekintettel a következőkben foglalhatók össze:

Kétségtelen *cardiális hydrops* eseteiben mindenekelőtt megtiltjuk a túlságos folyadékbevitelt, majd pedig iparkodunk a rendszer napi folyadékmennyiséget (körülbelül 1½ liter) az általános állapotnak és a vizeletkiválasztásnak állandó ellenőrzése mellett 1200-ra, 1000-re, sőt 800-ra csökkenteni. Ezen túl menni nem ajánlatos. Ha rosszullét, undorodás az ételektől, fejfájás mutatkozik, nem szabad folytatni a folyadékbevitel megszorítását, a mely akkor is ellenjavalt, ha a veseműködésnek tetemesebb zavarai jelentkeznek. A konyhasóbevitelnek bizonyos fokú megszorítása már csak azért is ajánlható, mert csökkentjük vele a szomjúságot és ezzel megkönnyítjük a folyadékfelvétel megszorítását. De ettől el is tekintve, sok esetben azt a benyomást kapjuk, hogy a sóbevitel megszorítása kedvezően hat a cardiális hydropsra, még



pedig épen a súlyosabb esetekben, a melyekben már a vese-működés is súlyosabban szenvedett.

A valódi *renális hydrops* eseteiben, tehát heveny idült parenchymás veselobban első sorban a sóbevitel megszorításával teszünk kísérletet, a mi sokszor már egymagában is elegendő a vizenyő megszűnésére; ha ez bekövetkezett, még továbbra is gondoskodunk, hogy a konyhasóbevitel ne haladja meg a vese működéskéességét. A vízfelvétel tekintetében bonyolultabbak ilyenkor a viszonyok. Tekintettel kell lennünk ugyanis arra, hogy az anyagcsere-maradékok kitakarodjanak a szervezetből; ezen cél elérésére a *hydrops* ellenére is nagy folyadékmenyiségeket szoktak adni a betegeknek. Ujabbán némelyek helytelennek tartják ezt az eljárást, egyrészt mert az ilyen esetekben nem is sikerülhet a szervezet átöblítése, másrészt mert a folyadékbevitel fokozása főleg a heveny veselob súlyosabb eseteiben nem okoz diuresist és csak növeli a *hydrops*-ot. Az ilyen esetekben azonban a szerző szerint csak kivételesek. A legtöbb esetben nem választatik ki ugyan az egész bevitt vízmennyiség, egy része azonban igen, és sokszor látjuk, hogy az ilyen vesebajosokban a víz az egyedüli hatékony diureticum. Fenyegető uraemia esetén első sorban mindig a vízbevitel fokozásához kell folyamodnunk, a szájon és a végbélen át, sőt szükség esetén a bőr alul is adva lehető sok vizet, tekintet nélkül a *hydrops*-nak esetleges fokozódására. Nem tagadható azonban, hogy néha túlságba viszik a folyadékbevitel fokozását, így például a mikor kizárólagos tejdiataét rendelnek. Hogy a táplálkozás kielégítő legyen, naponként 3 liter tejet kell meginni, ezt a nagy mennyiséget pedig huzamosabban nem bírja el a beteg vese, sőt néha a szív sem. Sokkal helyesebb csak 1—1½ liter tejet adni és kivüle még szénhidratokat és zsírokat, mint a melyek nem bántják a vesét. Zsugorvase eseteiben pedig épen nem jogosult a kizárólagos tejdiataét; másfelől azonban túlzottnak mondható az a követelés is, hogy ilyenkor esetleg még a rendszeren alul is csökkentjük a folyadékfelvételt a vérkeringési szervek kimélése céljából. Igaz ugyan, hogy zsugorvase eseteiben főleg a szív részéről fenyeget a veszedelem; nem szabad azonban felednünk, hogy ebben a bajban a vese nem tud eléggé tömény vizeletet kiválasztani; több vizre van szüksége, hogy a szilárd részeket kellőképpen kiválaszthassa. A folyadékbevitelt tehát a zsugorvaseben még az esetben sem szabad nagyon megszorítani, ha esetleg már vizenyők vannak jelen a szív működésnek elégtelenné válása következtében. Ilyenkor a *cardiotonicum*okhoz, első sorban a *digitalis*hoz folyamodunk, a mely vesebajokban nem csupán akkor javalt, ha a vérnyomás alacsony, hanem akkor is, ha a vérnyomás még rendellenesen magas ugyan, de már csökkenőben van.

Végül a *hydrops*-nak gyógyszeres orvoslásáról is tesz a szerző egy-két megjegyzést. A *digitalis* diuretikus hatása nem csupán a víznek, hanem a sóknak a fokozott kiválasztásában is nyilvánul. Talán még nagyobb mértékben áll ez a diureticumok egy másik csoportjáról, a melybe tartozó szerek (az ú. n. *purintestek*, a *coffein*, a *diuretin*, *agurin*, *theophyllin* és *theocin*) nem annyira a vérkeringésre, mint inkább közvetlenül a veseműködésre hatnak. Ezek a szerek a sók eltávolítását a szervezetből rendkívül fokozzák s azért a vesebajokban annál is inkább ajánlhatók, mert hosszabb használatuk esetén sem szokták a vesét megkárosítani és ügylészik az anyagcsereinek extrarenális befolyásolása útján is kedvezően hatnak a vizenyőre. Weber ugyanis azt találta, hogy a veséiktől megfosztott állatokon is gyorsítja a felszívódási folyamatokat a *theophyllin*. Hogy a sós diureticumoknak használata vesebajokban kevésbé ajánlatos, az elmondottak alapján alig szorul magyarázatra. (*Die Therapie der Gegenwart*, 1907. 1. f.)

#### Idegkórtan.

A nemi élet viszonya az ideg- és elmebajokhoz ezred-évek óta megbeszélte kérdése az orvosi tudománynak. Ma mégis ugyanaz a két nézet áll egymással szemben, mint régen. *Aschaffenburg* kiemeli, hogy még ma sem szűnt meg az a felfogás, a mely szerint a *neurasthenia* a masturbálásra vezethető vissza. A tapasztalat azonban azt bizonyítja, hogy az onania nem annyiban okoz bajt, a mennyiben a közönsüléstől különbözik, hanem azért, hogy az illető fél, hogy felfedezik, vagy azt hiszi, hogy az onania erkölestelen művelet és olvassa, hogy idegbajok származnak

belőle és így a bekövetkezendő idegbajoktól való félelmében lesz ideges. Ezt csak fokozza, ha az illető nem tud leszokni és így állandó küzdelemben van önmagával. Ilyenkor az egész idegesség megszűnik, ha felvilágosítjuk a beteget arról, hogy az ő művelete korántsem olyan káros, és nem járhat olyan súlyos következményekkel, mint gondolja.

*Freud* állította és *Aschaffenburg* is észlelte, hogy az idegesség akkor tör ki, a mikor a beteg leszokik az onaniáról. Az utóbbi szerző azt találta, hogy épen ilyenkor legélelnebb a visszaeséstől való félelem és a küzködés és ebben látja az okot.

*Aschaffenburg* ezután a *Freud* féle elmélettel foglalkozik, a mely szerint minden *hysteria* nemi eredetű *psychés* traumából indul ki, a melynek emléke megmarad és ez az emlék állandóan testi tüneteket okoz. Ez a nézet sehogy sem áll meg, hiszen mindenki látott esés után, nem nemi ijedség után fejlődött ideges vagy *hysteriás* tüneteket. *Freud* a nemi eredetet részletes kikérdésekkel, álomértelmezésekkel, *hypnosissal* vallatja ki. *Aschaffenburg* legélelnebb elítéli *Freud* eljárását, a mely a nemi dolgokról egyáltalán nem gondolkozó betegben heteken sőt hónapokon át ilyen kérdések tárgyalásával határozottan kárt tehet. Az elért sikerek, a mennyiben ilyenek vannak, semmivel sem jobbák, mint más suggeráló eljárással. *Freud* értekezéseiből kiderül, hogy ő milyen erőszakkal magyaráz teljesen ártatlan kijelentésekbe nemi gondolatot és azután a maga képzetét a beteg *associatio*iba dobja és így azt az ő nemi gondolatának elfogadására suggerálja. Ez nemcsak az illető betegre magára káros, hanem az által is, hogy elfogadtatja az idegesség nemi okában való hitet és ha a gyógyulás után valami újabb idegesség támad, a betegben felesleges nemi gondolatokat ébreszt, ha pedig nemi bajba esik, az idegességtől való félelmet támaszt és ezzel már meg is van az idegesség. *Freud* felfogásának mégis van egészséges magja, a mely sokszor nem részesül kellő figyelemben, és ez az, hogy ha az ideges vagy *hysteriás* beteget meg akarjuk gyógyítani, jól kell őt és betegsége alkalmi okát is ismerni, a mely gyakran valami kedélyfelindulásban található meg. *Aschaffenburg* *Freud*-dal szemben azt állítja, hogy a beteg figyelmét, ha arra van irányítva, el kell terelni a nemi gondolatokban való dúskálástól. Végül a *hypnosis* túlságos alkalmazásától óva int a szerző. (*Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrank.*, 42. köt. 282. 1.)

*Kollarits Jenő dr.*

#### Sebészet.

A szabad hasürbe tört gyomor- és duodenális fekély sebészeti gyógykezeléséről is *v. Eiselsberg*. Tudjuk, hogy a szabad hasürbe perforált gyomorfekély alig 50%-ban gyógyul meg spontán, míg sebészi kezeléssel 50—60%-o gyógyulás érhető el. Általánosan elfogadják, hogy azonnali laparotomia végzendő, a perforatio helye varrattal elzárandó; vita tárgya csak az, vajjon a hasürt öblítsük-e, vagy csak kitöröljük, továbbá hogy a fekély teljes kimetszése vagy gastroenterostomia biztosít-e jobban a *recidiva* ellen, továbbá a tamponade, a drainage és az utókezelés kérdése is vitás. E. az utolsó 5½ év alatt 12 esetben avatkozott be perforatiós peritonitis miatt, s öt esetben ért el gyógyulást. Ezen gyógyult esetekben a beavatkozás két esetben az első 12 órában, két esetben az első 24 órában történt, egy esetben az átfürödés két napos volt. E cikk keretében nem terjeszkedik ki a perforatio tünettánára és műtéti eljárásaira, a melyek az utóbbi időben nem változtak, de az utókezelésben egy fontos eljárásra hívja fel a figyelmet. A fekély bevarrása után hét esetben *jejunostomia*-t végzett, a minek a fontosságát abban látja, hogy a gyomor teljes nyugalomba jut, a beteg teljesen kielégíthetően táplálható s így a sipolykészítés a *Leube*-féle kúrának felel meg. A *jejunostomia* a *Witzel*-féle ismert elv szerint készül s a műtétet alig öt percczel hosszabbítja meg. A mikor már nincs szükségünk a *jejunum*-sipolyra, a drain elhagyása spontán gyógyulásra vezet. E. a sipolykészítés hasznát abban látja, hogy fokozza a reményt, hogy a beteg a súlyos infectiót és a beavatkozást jól elviseli. E mellett fontosnak tartja a hasür öblítését és konyhasóoldatnak subcutan és intravenosus alkalmazását. A hét eset közül három gyógyult.

A mi a műtéti seb ellátását illeti, a hassebet teljesen egyesíti, csak az egyik zugban vezeti ki a hasürbe helyezett gazeesikot; a hasürbe helyezendő tampont csik alakjában nagyon ajánlja,



még inkább a *Gersuny*-féle „Docht“-ot, a melynek eltávolítása nem jár fájdalommal és az összenövéseket sem bolygatja. E szerint az orvosnak, a ki a bajt felismerve a beteget azonnal a sebészhez utasítja, több érdeme van a felgyógyulásban, mint a sebésznek. (Deutsche med. Wochenschrift, 1906. 50. szám.)

*Steiner Pál dr.*

A struma sebészi gyógykezeléséről értekeznek *Hildebrand* berlini tanár. Röviden ismerteti a struma tünettanát, viszonyát a légcsőhöz, a nyelöcsőhöz, a nagy erekhez, azon zavarokat, a melyeket a légzési, vérkeringési szervekben, az idegekre gyakorolt nyomás által okoz. A struma gyógykezelését illetőleg a belső jodkezelés csak a serdülőknön jogosult, felnötteken az operatio híve. Rendesen kétféle műtétit alkalmaz: vagy az egyik pajzsmirigyfél exstirpationját a golyvával együtt, vagy pedig a golyva enucleationját. A műtétet narcosis nélkül végzi. A műtét halálozás átlag 0.3—0.5%. A malignus strumák műtétit s távolabbi prognosisa rossz. 30 esetben avatkozott be malignus golyva esetén és két eset kivételével valamennyiben recidiva állott be. Ezért ajánlja, hogy a jóindulatú golyvát operáljuk, mielőtt súlyos tüneteket okoz; tekintve, hogy nem tudjuk, mikor válik rosszindulatúvá, indokolt a korai beavatkozás. (Berliner klin. Wochenschr., 1906. 51. sz.)

*Steiner Pál dr.*

Az alsó állkapocs ektropiuma esetén ügyes plastikát végzett *v. Eiselsberg* 18 éves nőbetegen. A sublinguális tájon tyúktójasnyi dermoid ült, a mely a nyelvet annyira kifelé tolta, hogy szájjárás kísérletekor a nyelv hegye a szájjárón kívül foglalt helyet. Ezenkívül a moláris fogak a szájjárásakor egymással érintkeztek, a metszőfogak közti távolság 3 cm. maradt. A műtét oly módon történt, hogy a dens caninus és a praemolaris fogak eltávolítása után az alsó állkapocs haránt ágával párhuzamosan haladó metszéstől az alsó állkapocsból mindkét oldalt oly éket vésett ki, a melynek alapja felfelé tekintett s 1 cm. széles volt. Az így szabaddá tett középdarabot az állkapocs laterális széleihez ezüstodronnyal rögzítette; az eredmény úgy functionális, mint kosmetikai tekintetben jó volt. (Wiener klin. Wochenschr., 1906. 50. sz.)

*Steiner Pál dr.*

A gyermekkorban támadó csontsarkomákról ír *L. B. Rawling*. 9 év alatti korban a csontsarkomák ritkák. Az irodalomból összesen 59-et tudott összeállítani, ezek közül 40 inoperabilis volt, vagy a műtét után röviddel meghalt. A 19-ből, a kik az operatiót kiállották, csak egy élt néhány esztendeig, a többi 18 esetben a későbbi eredmény nem ismeretes. A sarkoma leggyakoribb a koponyacsontokon, különösen a homloktájon és az orbitában, azután a czombesont alsó végén, a scapulán s a felső állcsonton. Szövetani minőségük tekintetében főleg kereksejtű sarkomák, azután az orsósejtű sarkomák és a chloromák következnek a gyakoriság szempontjából. (The Lancet, 1907. február 2.) *Fólya.*

A vena portae elzáródását pericholecystitis folytán írja *G. Walker*. A 37 éves nő, ki 15 év óta időnkénti jelentékeny gyomorfájdalmaitól eltekintve mindig egészséges volt, hirtelen fájdalmakat kap a hasában, azután gyorsan soványodik, romlik. 4 hét múlva ascites keletkezik; punctio után 5 hétre újra megtelik a has, ekkor második punctio, mely után 10 napra meghal. A bonczolat kimutatta, hogy az epehólyag zavaros folyadékot, köveket tartalmaz, a duodenum és a pankreas a májhoz erősen odanőtt, a vena portae  $\frac{3}{4}$  hüvelyknyi darabon teljesen elzáródott volt. Nyilvánvaló, hogy a 15 év óta jelentkezett gyomorfájdalmak enyhe epekörohamok voltak s az epehólyag gyuladása lappangva fejlődött odáig, hogy a pericholecystitis s az ebből származó exsudatumtömeg nyomása folytán a vena portae elzáródása következett be. (Annals of surgery, 1907. január.) *Fólya.*

#### Orthopaedia.

A coxitis kezelésének végcéljáról s legegyszerűbb eszközeiről értekezett *Lorenz* tanár a német orthopaed-sebészek legutolsó congressusán. Az előadás nagyon sok kérdésben az eddig követni szokott, általánosan elfogadott eljárásokkal ellentétes nézeteket vall, a miért is a cikket kissé bővebben ismertetjük.

A coxitis mechanikai gyógykezelésének ideális célja, a

restituo ad intergum, csak azon nagyon esekélyszámú esetben érhető el, melyekben az ízületet alkotó képletek lényeges pusztulást nem szenvedtek. Rendszerint a tuberculosus folyamat lezajlása után az ízület nem más, mint egy anatómiai rom, mely restitutiora nem alkalmas, mert az ízületet alkotó képletek pathologiai alakja és azok fizamodásai meg nem változtathatók.

A romba dőlt ízület még kevésbé állítható helyre functionális szempontból, mert a tokszalag zsugorodása és az ízületi felszínek megváltozása miatt az ízület elvesztette mozgathatóságát, nemkülönbön teljesen insufficiens lett az ízületet mozgató izomzat is. Az izomzatnak, nevezetesen a leginkább számbajövő pelvitrochanterikus izmoknak ezen insufficienciája irreparabilis, mert még azon esetekben is, melyekben az izmok a hosszasan fennálló genyedés következtében hegesen nem zsugorodtak, a beállott fizamodás következtében eredési s tapadási pontjaik egymás között eltolódtak, a mi működésüket lényegesen befolyásolja. A tönkrement pelvitrochanterikus izmok nem tudják többé az ízületet normálisan mozgatni s főleg nem tudják a kóros oldali lábón álló beteg medenczejét a horizontális síkban megtartani, a minek következtében az az ép oldalon lesúlyed s ez által a kóros oldali czomb adductiober kerül.

A fokozódó adductio együtt jár a flexio fokozódásával. Az adductio-flexio contractura tehát a tönkrement pelvitrochanterikus izomzat következtében megbetegedett ízület megváltozott functionájának a szükségszerű következménye. Ez magyarázza meg úgy a kezelés alatt, mint a mechanikai kezelés daczára a kóros oldali czomb állandó tendenciáját az adductiora, a mely irányban be is következik a contractura a kezelés megszünte után. Épen ezen alig elkerülhető contractura, a gyors kifáradás s a feltűnő sántítás miatt nem kívánatos, hogy mozgékony ízületre törekedjünk, hanem inkább az ízület indifferens nyújtott állása mellett lehetőleg szilárd, főképp csontos ankylosis elérése legyen a kezelés végcélja. A jó végtagállásban ankylosisos csípőizület sohasem fáj, a végtag teherviselő képessége jó s a sántítás csekély.

Az extensio gyógykezelés e célra nem alkalmas, mert megakadályozza az ízületi végek összenövésének a kifejlődését. Más hátránya még, hogy a beteg csípőizület gyógyítása végett az egész, különben ép végtag functionját felfüggeszti, a mi a bekövetkező atrophia és a végtag fejlődésben visszamaradása miatt a végtag teherviselő képességét nagyban csökkenti. Az extensiót csak a gyuladás azon rövid szakában kell alkalmazni, midőn az ízület megterhelése fájdalmas, azon túl felesleges. A megterhelés azonban csak nagyon rövid ideig okoz fájdalmakat, az ízület fájdalmasságát első sorban és legtovább az ízület mozgása okozza, ettől kell minél tovább óvni az ízületet. Ezen tény, valamint *Lorenz* szerint a gyógykezelés céljaként egyedül csak az ankylosisra törekvés, egyszerűvé teszi a gyógyító eljárást, mert tekintet nélkül a végtag állására, egyedül csak az ízület rögzítését tekinti feladatának. Az extensio helyébe a fixált ízület megterhelése, nevezetesen a test súlyának a hordozásával járó functionális izgalom lép. Nem ritkán maga a fixálás elegendő a gyógykezelés egész tartamára. Szabály szerint azonban a gyuladás tetőpontján a fájdalom oly nagy, hogy az ízület tehermentesítése nem nélkülözhető. Állandó heves fájdalmak, melyek mechanikai eljárásokkal nem csillapíthatók, intraarticuláris genyedésre mutatnak, ily esetben az ízület arthrectomiája indikált.

A kóros végtagállás correctioját *Lorenz* csak a gyuladás teljes lezajlása után végzi, ha a beteg már hónapokon át rögzítés nélkül járt. Ekkor a correctiót nem intraarticulárisan, hanem minden esetben műtéttel, subcutan intertrochanterikus osteotomia femoris segítségével végzi. A kezelés e módját különösen a nagy coxitisanyaggal rendelkező kórházi gyakorlatban tartja értékesnek. (Zeitschrift f. orthop. Chirurgie, XVI. k., 3—4. f.)

*Kopits dr.*

#### Gyermekorvostan.

A diphtheriabacillus előfordulása meningitisben. *J. Morrell* és *H. Wolff* észlelte az esetet; a szerzők az irodalmat áttanulmányozva, csak egy esetet találtak (*Wilson* és *Head* esete), melyben a központi idegrendszerben diphtheriabacillusok voltak kimutathatók.

A 4 hónapos csecsemő a bemutatás előtt 10 nappal magas



lázal, köhögéssel betegedett meg, majd tarkómerevség jelentkezett; göresei nem voltak. Felvételkor tarkómerevség, opisthotonus. Lumbal punctiora 45 cm<sup>3</sup> zavaros folyadék ürül erős nyomás mellett; a folyadékot centrifugálva, az üledék vizsgálata negatív eredményű volt. Tenyésztésben a diphtheriabicillusoz hasonló mikrobát kaptak tisztán. A halvány torokból és az orrból vett váladék vizsgálata alkalmával strepto-, staphylo- és pneumococcusok mellett a cerebrospinalis folyadékban talált bacillusokkal megegyező alakú bacillusokat találtak. 6000 egység diphtheriás serum használata ellenére a nagyon legyengült beteg 4 nappal a felvétel után meghalt. Boncsoláskor általános miliaris tuberculost, meningitis tuberculost és exsudatív meningitist találtak. A bacillussal végzett további kísérletek igazolták, hogy a talált bacillus csakugyan diphtheriabicillus volt. A szívből vett vérről s a peritoneális és pericardiális folyadékkal oltott tenyésztőtalajok sterilek maradtak, míg a meningeális folyadékból és az agyagalon volt izzadmányból a diphtheriabicillust kitenyésztették.

A szerzők valószínűnek tartják, hogy pontos vizsgálattal a központi idegrendszerben gyakrabban lehet diphtheriabicillust kimutatni. (The Journal of the Americ. medic. association, 1906. 26. sz.)

Tóth Sára dr.

#### Húgyszervi betegségek.

Idült kankóban az aspiratio által kiváltott negatív nyomással igyekszik *Strebel* a mirigyeknek a mélyéből a váladékot kisajtolni. Erre a célra az oldalfalán több sor lyukkal ellátott és vakon végződő katheretert vezet a húgycsőbe és ezen keresztül nagyobb szivattyúval levegőt aspirál. Az erős negatív nyomásra a nyálkahártya az apró nyílásokon betüremkedik és a váladékot a katheretbe szorítja. Az eljárást követi a mucosának a hyperaemiája, a mi a gyógyulást szintén gyorsítja. A túlerős vacuumhatás egyes helyeken esetleg berepeszti a szöveteket, de ebből baj nem származik, sőt az ezután bekövetkező reactio az infiltratumnak a felszívódását még sietteti. Ugyanazt a célt szolgáljuk akkor is, ha a beszűrődéseket az aspiratio előtt finom tüvel megszurkáljuk. (Dermatolog. Zeitschrift, 1906. 6. f.)

Drucker Viktor dr.

A Barberio-féle spermareactionak az értékét vizsgálta felül *Posner* tanár. Ennek a mikrochemiai vizsgálatnak az a lényege, hogy az emberi sperma és ennek vizes oldata pikrinsavnak vagy az Esbach-féle reagensnek a hozzáadására sárga színű, tüalaku, apró rhombusos jegecsekben csapódik ki. *Barberio* és *Cevidalli* azt állítja, hogy ez a reactio, ellentétben a Florence-féle próbával, az emberi ondóra nézve specifikus, mert az állati sperma, csak úgy, mint az emberi szervezetből vett egyéb secretumok és excretumok — chylosus és pleuritikus exsudatum, ascites és hydrocelefolyadék stb. — nem reagálnak rá. *Posner* kísérletei alapján épen oly kevésbé, mint a Florence-féle próbát, ezt sem tartja specifikus értékűnek, mert 1. a Poehl-féle spermin — a mely a bikának a heréjéből készül — csaknem mindig positiv képet adott és mert 2. a míg az azoosperma és a prostataváladék akárhányszor pontosan reagált, addig a diagnostikai célból punctioval nyert és élő ondószálcákat tartalmazó folyadék ismételt kísérletekben negatív eredményt adott. Hogy csakugyan a protamin adja-e a reactiót, még további beható vizsgálatokra szorul. Ezek alapján tehát törvényszéki orvosi szempontból a B-féle reactionak sincsen döntő súlya, el kell azonban ismerni, hogy a gyakorló urologus praktikus hasznót fog vele elérni akkor, a mikor hirtelen abban a kérdésben kell döntenie, vajjon prostataváladékkal van-e dolga vagy sem. (Zeitschrift f. Urologie, 1907. 1. f.)

Drucker Viktor dr.

Hólyagsipolyban vagy a sphincter insufficienciájában szenvedő nőknél, a kiknek a hólyagját folyadékkal megtölteni úgy sem lehet, *Stoekel* üres hólyagban és a betegnek térdkönyök-helyzetében végzi a cystoskopiát. Ebben a helyzetben — a mikor a hólyagboltozat a legmélyebb, a trigonum pedig a legmagasabb pontra jutott — az orific. vesic.ig betolt tubuson — a conductor kihúzása után — levegő hatol a hólyagba. A cystoskop csak olyan tisztán világítja meg a hólyagürt, mint a rendes tükrözéskor, de az ellenkező oldalon mutatja a szokott képeket. A tükröz-

nek az irányításakor fokozott figyelemmel ügyeljünk arra, nehogy az izzó lámpával a hólyagnak a falát megérintsük, addig pedig ne húzzuk ki a műszert, a míg teljesen le nem hült. (Zeitschrift f. Urologie, 1907. I. kötet, 1. f.) *Drucker Viktor* dr.

#### Venereás bántalmak.

Hydrargyrum sozodolicummal kezelte a syphilit *H. Tausig*. A szerző, a ki gyógyítókísérleteit nagyrészt bosnyák katonanyagon végezte, ezen már nem új szerrel igen meg van elégedve és használatát ajánlja. Több mint 50 syphilises betegen kísérletezett. A kezelésre szükséges tüneteket legtöbbször közönséges ú. n. secundaer jelenségek képezték, de voltak gummaesetek is. A hydrarg. sozodolicummal való gyógyítás szerző szerint legjobban és legkönnyebben belső módon történik. A betegek tüneteit hamar elvesztik, a szert kiválóan türik és foglalkozásukban egyáltalában nincsenek akadályozva. Ez mindenestre nagy előny. A szerző a szernek kiválóságát azzal is megerősíteni óhajtja, hogy úgy tünteti fel, mintha használata esetén a recidivák kimaradnának. Erre azonban még hiányzik a kellő megfigyelési idő. A belső kezelés átlagos tartama 6 hét, a szer napi adagja 0.10 gm. Rendelése a következő formula szerint történik: Rp. Sozodol. hydrargyr. 0.60, Laudani pur. 0.15, Extr. et pulv. Liquir. qu. s. ut f. pil. Nr. XXXVI. Consp. DS. 3-szor naponta 2 labdacot bevenni. A szerző később injectiók alakjában is használta a hydrarg. sozodolicumot és pedig intramusculárisan. A fájdalom csökkentésére a kénesős injectio előtt 1/2 cm<sup>3</sup> 2%-os cocainoldatot fecskendez be. Kár, hogy a szerző az intramusculáris injectiókhoz használt mennyiséget nem említi. A befecskendések állítólag cocain nélkül is csak keveset fájnak. (Medizinische Klinik, 1907. 6. sz.)

Guszman.

#### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Golyva esetét közli *Mollo*. A fiatal nő golyvája ellen hosszabb ideig használt thyreoïdin-tablettákat minden eredmény nélkül. Ekkor a tablettáknak tovább használata mellett a jodipinhez folyamodott, a 25%-os készítményből 2 naponként 2 cm<sup>3</sup>-t fecskendezve a bőr alá. 20 befecskendezésre csaknem teljesen eltűnt a golyva. (Allgem. Wiener mediz. Zeitung, 1906. 47. sz.)

Idült izületlob eseteiben *Salfeld* nagyon dicséri a fibrolysin hatását, a melyet úgy értelmez, hogy a fibrolysin salicyltartalma miatt hyperaemiát létesít a beteg izületekben s az ilyen módon előkészített talajon a fibrolysinben foglalt thiosinamin jobban kifejtheti a hatását. A kedvező eredmények létesítésében szerepet játszott azonban a wiesbadeni firdő- és ivókúra is, a melylyel kapcsolatban a megfelelő mechanikai kezelést sem hanyagolta el a szerző, sőt utasította a betegeit, hogy beteg izületeiket lehetőleg sokat mozgassák. Leginkább az intramusculáris befecskendezést ajánlja. (Therapeutische Monatshefte, 1906. december.)

Veselob nagyon súlyos esetének (nagyfokú oedemák, hasvízkór, 10‰ fehérje a vizeletben, 300—500 cm<sup>3</sup> napi vizeletmennyiség) tetemes javulását látta *Noguera* methylenkék használata után. Három héten át adott naponként háromszor 10—10 centigrammot. (Ref. Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 6. szám.)

#### Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1907. 1. füzet. *Buday Kálmán*: Rákstatistikai adatok. *Dalmady Zoltán* és *Torday Árpád*: A vér hydrogen-superoxydbontó képességéről. *Plesch János*: Anyag- és erélyforgalmi vizsgálat tüdővészben, különös tekintettel a köpetre. *Bence* és *Sarvonat*: Kísérleti adatok a vesebajos hydroplasmia kórtanához.

Gyógyászat, 1907. 11. szám. *Török Lajos*: Az újabb syphilis-vizsgálatok eredményei. *Schweitzer Artur*: Adatok az epeköbetegség terápiájához. *Lenkey Zsigmond*: A nyers hús alkalmazása a gyakorlatban.

Orvosok lapja, 1907. 11. szám. *Grósz Samu*: Trismus-tetanus-esetek. *Jankura Iván*: A csecsemő- és gyermekkor emésztési zavarai.

Budapesti orvosi újság, 1907. 11. szám. *Borszékly Károly*: A sérvkizáródás utáni heges bélszűkületek. „Dieta és physikai gyógyító módok“ melléklet, 1. szám. *Benedict Henrik*: A szervezet fehérjeállományának gyarapításáról.



## Vegyes hírek.

**Kinevezés.** Schossberger Sándor dr.-t az újvidéki kórház igazgató-főorvosává nevezték ki.

**Egyetemi alkalmazások.** A budapesti egyetem orvosi karán a következők választották meg: Az I. számú belklinikához: Molnár Béla dr. és Tihanyi Béla dr. díjtalan gyakornoknak. Az elmekörtani intézethez: Goldberger Márk dr. 3. tanársegédnek és Winter Ferenc dr. díjas gyakornoknak. Az I. számú nőklinika mellett: Lovrich József dr. első tanársegéd és Wenczel Tivadar dr. klinikai tanársegéd állásában meghosszabbított. Az I. számú kórboncolóstanai intézethez: Mező Béla dr. és Genersich Andor dr. díjas gyakornoknak.

**Választás.** Klein Samu dr.-t Kécsán községi, Popp Albin dr.-t pedig Almáskamaráson körorvossá választották.

**Egyetemi gyógyszerész.** A budapesti egyetem orvosi karán a jelen év közepén nyílik meg a ministeri rendelettel életbe léptetett egyetemi gyógyszerész, mely a klinikáknak fogja az orvosságokat szolgáltatni. Eddig a klinikák szerződésileg az Angyal-gyógytár útján szerezték be orvosság szükségletüket. Kolozsvárt már évek óta áll fenn ily egyetemi gyógyszerész, teljes megelégedésre. A budapesti egyetemi gyógyszerész helyiségei egyelőre az orvoskari központi épület 3. emeletén lesznek, azokban a helyiségekben, a melyek a kórvegytani intézetnek az általános kórtani intézetbe való átköltözködésével üresedtek meg. A gyógyszerész személyzete egy „egyetemi gyógyszerész” című vezetőből, két tanársegédből, két díjazott gyakornokból s egy laboratóriumból fog állni. A gyógyszerész vezetőjéül az orvoskari tanártestület legutóbbi üléséből egyhangúan Matolcsy Miklós dr. gyógyszerész-és orvosdoktor, orvoskari egyetemi magántanár terjesztette fel a vallás-és közoktatásügyi miniszternek, a többi állásra pedig pályázatot irtak ki.

**Az országos balneologiai egyesület XVII. congressusát** április hó 13. és 14. napján tartja meg a kir. orvosegyesület helyiségeiben. A meghívókat a congressus tárgysorozatóval a napokban küldik szét a tagok számára; vendégül az egyesület szívesen látja az érdeklődőket. Különös érdekességet kölcsönöz a 13.-án d. u. tartandó ülésre kitűzött azon orvos-jogi vitatárgy, hogy a gyógyfürdőkön meglepedett orvosnak van-e joga az összes gyógytényezőket saját belátása szerint rendelni és használni a hivatalos fürdőorvos vagy vezetőorvos korlátozása nélkül. A kérdés előadója Flesch Nándor dr., az országos orvos-szövetség volt főtitkára. A 14.-én tartandó közgyűlésen tisztújítás lesz. A titkárság figyelmezteti az egyesület vidéki tagjait, hogy ez évben is hozzáintéztett válaszbélyeges kérelemre *vasúti igazolványt* küld a congressusra felutazni óhajtoknak, ha tagsági kötelezettségüknek eleget tettek (évi 4 K tagdíj). Az igazolvány április 10.-étől 20.-áig érvényes s az oda- és visszautazáskor az I. osztályon II., a II. osztályon III. osztályú jegy használatára jogosít.

**Orvostársadalmi felolvasás.** A „Budapesti Orvosi Casino” f. évi márczius hó 28.-án este 9 órakor tea-estélyt rendez, a melyen Turán Bódog dr. „Minő befolyással vannak az orvosok erkölcsi, anyagi és társadalmi helyzetére az orvosi rend különböző szervezkedési formái nálunk és a külföldön” czímmel felolvasást tart. A casino elnöksége ezen előadásra, melyet discussio követ, minden orvost szívesen lát.

**A fiúmei városi kórház sebészeti, nőgyógyászati és szülészeti osztályának 1906. évi kimutatását** közli Grossich Antal dr. főorvos. A három osztályon az elmúlt évben összesen 1618 beteget vettek fel, kik közül 1362 gyógyult, 197 javult, 197 elhagyta a kórházat; a halálos esetek száma 59 volt, az összmortalitás tehát 3.8%-ot tesz ki. A külön szakmák szerint részletezve az eseteket, következőképpen csoportosulnak: I. A sebészeti osztályon összesen 1216 beteg volt ápolás alatt. És pedig 637 sérülés és üngyilkossági kísérlet, ezek közül gyógyult 599, javult 19, meghalt 19 (3% mortalitás). Szabad sérv miatt 59 felvett beteg 59 esetben történt műtét, 0% mortalitással. 11 kizárt sérves beteg közül egy 86 éves férfi halt meg, úgy hogy 10% mortalitással működött a kórház e megbetegedésben. Heveny feregnyújtványgyulladásban a rohamban operált 20 beteg közül meghalt 3 (15% mortalitás). Egyéb megbetegedések miatt, 285 műtét történt 236 gyógyulással, 45 javulással és 4 halálessel (1.4%). Végre 204 beteg volt ápolás alatt, kiken vagy egyáltalában nem, vagy csak kisebb beavatkozások történt, közülük 22 halt meg, vagyis 9%. Az összmortalitás a sebészeti osztályon tehát 4% volt. II. A nőgyógyászati osztály 119 nagyobb műtétje közül gyógyult 106, javult 11, meghalt 2 (1.7%), míg 146 nem operált beteg közül bele-számítva a lényegtelen kisebb beavatkozásokat is, meghalt 8 (5.5%), gyógyult 88 és meghalt 50. Az ezen osztályon kezelt összes betegek száma tehát 265, ezekből gyógyult 194, javult 61, meghalt 10 (az összmortalitás 3.3%). III. A szülészeti osztályra felvett 137 beteg közül gyógyult 137. Természetes uton szült 132. Két esetben császármetszést végeztek és három ízben méhen kívüli terhesség miatt történt laparotomia, egy esetben az V., más alkalommal a VII. és végre harmadikban a IX. hónapban fennállott graviditás miatt. Az operált esetek is mind gyógyultak.

**A budapesti önkéntes mentő-egyesület** február hóban 605 esetben nyújtott első segítséget. Ezenkívül 542 szállítást végzett, 68 esetben mint mozgóórszék működött és 25 esetben vaklárma miatt vonult ki. A február havi működési főösszeg tehát 1240.

**A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya** februárban összesen 85 esetben működött.

**Meghalt.** Komáromi Adolf dr., b.-sámsóni körorvos márczius 7.-én 34 éves korában. — A. Weismayr dr., bécsi magántanár és kórházi fő-

orvos, az allandi tüdőbeteg-sanatorium volt igazgatója, 40 éves korában. — M. Duval, a párisi egyetemen a szövettan tanára, jeles embriológus és histológus, 63 éves korában. — Herrgott dr., valaha a nőorvostan tanára Nancyban. — Newton dr., a nőorvostan tanára Chicagóban.

**Kisebb hírek külföldről.** H. Schröder greifswaldi tanárt a berlini egyetemen a fogászat rendkívüli tanárává nevezték ki. — E. Nebelthau tanár, a hallei belorvosi poliklinika igazgatója betegsége miatt nyugalmába vonul. — P. Römer dr. Marburgban a tanári czímet kapta. — A gráci egyetemi elmekörtani tanszék első helyen Meyer innsbrucki tanárt, második helyen Hartmann és Zingerle dr.-okat hozták javaslatba. Az ugyanott megürült dermatológiai tanszékre 1. Rille lipcei tanárt, 2. Matzner dr.-t Bécsből és 3. Zumbusch dr.-t Grázból jelölték. — A zürichi egyetem kórboncolóstanai tanszékére M. B. Schmidt tanárt nevezték ki, ki eddig a düsseldorfi pathológiai intézet igazgatója volt. — Killian G. dr., a gégeorvostan rendkívüli tanára Freiburgban, rendes tanári czímet nyert. — Marburgban a sebészet ny. r. tanárává és a sebészeti klinika igazgatójává a nyugalmába vonuló Küster tanár helyébe Küttner dr. rendkívüli tanárt nevezték ki. — Salge dr.-t Drezdából meghívták a göttingeni gyermekorvostani rendkívüli tanári tanszékre.

**Németországban** nevezetes újítást léptettek életbe márczius 1.-én: ezentúl a reális iskolai érettségi is elegendő az orvosi karra való felvételre, pótló érettségi nélkül. Bizonyos ismereteket azonban mégis megkövetelnek a latin nyelvből, nem ugyan a felvételhez, hanem a 2. tanév végén letendő I. orvosi szigorlathoz. Az ehhez való jelentkezés feltételei közé felvették ugyanis, hogy a jelentkezőnek ki kell a latin nyelvből olyan ismereteket mutatnia, a melyek megfelelnek annak a tudásnak, a melylyel valaki valamely német realgymnasium Obersekundá-jába (a mi 6. gymnasialis osztályunkba) bocsátható. Ennek a bizonyítására elég a reális iskolai igazgató bizonyítványa, mely szerint az illető a reális iskola fakultatív latin tanításában részt vett. Ha az illető ilyen bizonyítványt nem mutathat fel, mégis csak vizsgálatot kell tennie a latin nyelvből valamely német gymnasiumban vagy realgymnasiumban, a mely vizsgálaton természetesen csak annyit kérdezhetnek tőle, a mennyit az 5. gymnasiumi osztály évről vizsgáján kérdeznek a latinból.

„Archives des maladies de l'appareil digestive et de la nutrition” czímmel Mathieu kiadásában új folyóirat indult meg. A belorvostani részt J. Ch. Roux, a sebészetet pedig P. Duval szerkeszti. Megrendelhető O. Doin könyvkereskedésében (Paris, Place de l'Odéon, 8). Ára külföldre 12 fr.

**Orvos-történelmi gyűjteményt** állítottak össze a berlini „Kaiserin Friedrich-Haus”-ban. A gyűjteményt e hó 9.-én adták át a közhasználatnak, a mely alkalommal Holländer tanár előadást tartott az orvos-történelmi gyűjtemények feladatairól.

Jelen számunkhoz a F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Digalen” czímű prospektusa van csatolva.

**Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet.** Igazgató tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS. Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezőikkal felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmái. Idült gyomor-bélbajok. Gerinczefordulások. 2870

**Jausz Béla dr.** márczius 1.-étől rendel KARLSBAD, Marktstrasse „3 Mohren”.

**Dr. Huber Alfréd Finsen- és Röntgen-intézete,** Budapest, VIII., József-körút 26. sz., I. em. Gyógykezelés az eredeti Finsen-féle koncentrátorokkal, főleg lupus ellen. — Röntgentherápia. — Átvilágítás. — Röntgen-felvétel. — Mérsékelt árak. — Kivánatra bővebb értesítés.

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

**Dr. Doctor K. v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma** IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697. 2221

**ERDEY Dr.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. 1415/3109 SANATORIUMA. Nőbetegek és szülők részére.

**Marilla** sanatorium május 1-én nyílik meg. A napi pensio: lakás, kiszolgálás, világitás, ételmezés, orvosi kezelés és az összes gyógyeszközök használatával együtt 12.50-16 koronába kerül. Az igazgatóság. 2878

**Budapesti Orvosi Laboratorium** IV., Koronaherceg-utca 18. I. em. Minden nemű ép és kóros váladék (ú. m. vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, górcsöl és bakteriológiai vizsgálata. Klinikai diagnosztika. Tulajdonos: Arányi Gusztáv dr. karlsbadi gyakorló fürdőorvos (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 20.-ától szeptember 20.-áig, vagyis fürdőorvosi működése alatt a Budapesti Orvosi Laboratoriumot helyettes szaktárs vezeti. 2939

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

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



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (IX. rendes tudományos ülés 1907 márczius 9.-én.) 231. l. — Közkórházi orvostársulat. (III. bemutató szakülés 1907. február 13.-án.) 232. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(IX. rendes tudományos ülés 1907 márczius 9.-én.)

Elnök: Hirschler Ágoston. Jegyző: Kiss Gyula.

## Elmebajosok önsértései.

Pándy Kálmán: 4 esetet mutat be, melyek nemcsak ezen sértések keletkezésmódját illetőleg, de általános orvosi szempontból is tanulságosak.

Az első eset 50 éves férfira (I. A.) vonatkozik, a kit iszákosok örültsége miatt már 3 ízben vettek fel a lipótmezei elme-gyógyintézetbe. Utoljára 1905 szeptember 18.-án hozták be. Részeg állapotban egy 12 éves leányt összeharapdált, majd neki-rohant egy drótkerítésnek, környezetét össze akarta harapni. Nálunk fejsebének bekötözése után nyugodtan feküdt s reggel 1/25 órakor ágyából felugorva, bal heréjét kiszakította, egyszerűsmind majdnem az egész penisről lehúzta a bőrt. 2 nap múlva teljesen kijózanodott. 4 héttel a sérülés után Réczey tanár klinikájára küldtük, honnét 2 hét múlva gyógyultan jött vissza. Azóta semmi baja. Valószínű, hogy önsértését képzelődésből kifolyó öntudatlan állapotban követte el. Ez ellen védekezni nem lehet.

2. esetem Sz. Gy., 41 éves földbirtokosra vonatkozik, a ki szintén alkoholista, de alapos gyanunk van, hogy baja paralyssal szövődik. 1906 jan. 17.-én vettük fel. A beteg részeg állapotban az örök megvesztegetésével bement az állatkertbe a medvék házába s ott a ketrecbe bedugott kezét szétmarczangoztatva, feltűnés nélkül hazament. Szükségesnek tartottuk az amputatiót, mert a könyökhajlat izmainak arasznyi területén czafatos széttroncsolása és az egész kar összemarczangolása szinte bizonyossá tette a súlyos sebfertőzést. A szent János-kórház sebészi osztályán szintén amputatiót tartottak szükségesnek, de ezt a beteg ellenkezése miatt nem végezték. A beteg meggyógyult s karját, bár a flexorok igen hiányosan működnek, használni tudja. Ezen esetben a sértés oka kétségtelenül az ittas állapotban támadt képzelődés volt.

3. esetemben a 40 éves paralytikus M. S., ki 6 hó óta van nálunk, a bőrön keresztül addig gyúrta a kétfejű kar izmát, míg két részre szakadt; felső fele a deltaizomhoz, az alsó le a könyökhajlatba húzódott; ezen két részt fasciák kötik össze, melyek mozgása a bőr alatt jól látható. Magán a bőrön sértésnek semmi nyoma nincsen. Itt a sértés oka minden valószínűség szerint az izom érző idegeiből kiindult állandó inger volt.

4. esetem szintén paralytikus, M. I., ki 12 év óta van már nálunk és 15 év óta beteg. Már felvételkor megállapították, hogy jobboldali trochlearis, oculomotorius- és trigeminus-bénulása van. Szeme fájt, jobb arcfelén nem érzett és orrán a bőr fel volt dörzsölve. Ez a — hogy úgy mondjam — hyperaesthesiás anaesthesia, bár csökkent alakban, ma is fennáll; a beteg a trigeminus első ága területén az érintést nem, vagy csak hiányosan érzi és ezt a területet sebesre dörögöli; a bőr hegei mutatják, hogy ez az állapot már nagyon régen tart. 12 éve már, hogy a dörzsöléstől gyuladásba jött szem teljesen elpusztult, illetve látóképessége elveszett, de a szemüreg fenekén levő heges csomó, mely a másik szem mozgását minden irányban követi, bizonyítja nemcsak azt, hogy a szemgolyó egy része még megvan, hanem azt is, hogy a szemnek egykor bémult mozgató idegei meggyógyultak. Tanulságos az eset azért is, mert a trigeminus első ágában 12 év alatt a bémulás minden kezelés nélkül is javult.

## A v. portae thrombosisának két esete.

Goldzieher Miksa: A v. portae thrombosisa nem nagyon ritka bonczolási lelet, de azért az utolsó 5 évben a II. sz. kórbonczolástani intézet 5000-nél több bonczolása között csak

5 ilyen eset akadt. Ezek közül 2 a bemutatás tárgya. Az egyikben nagy gyomorcarcinoma tört bele a vénákba s töltötte ki rákos thrombusmassákkal a v. portae, lienalis, pancreaticát és mesenterica superiorra. A másik esetben az epehólyagrak infiltrálta az összes hasi nyirokmirigyeket, a melyeknek nyomása a v. lienalis és portae tágulását, majd thrombosisát eredményezte, mely a v. mesenterica superiorra is kiterjedt. A carcinoma retrograd metastasist hozott létre a kis medence nyirokmirigyekben és a hólyag falában.

Az egyik vesében talált infarctus s az annak szomszédságában lehető górcsövi capillaris ráksejt-metastasisok látszólagos paradox embolia útján létrejöttek tűnnek fel. Azonban a Schmidt-féle nézet értelmében a különben normálisnak látszó tüdőben keresett, s tényleg meg is talált tüdőarteria- és capillaris ráksejt-emboliák teljesen megvilágítják a vesebeli lelet keletkezését.

## Mellékvese-daganat metastasisokkal újszülöttekben.

Makai Endre: Az elsődleges rosszindulatú veleszületett mellékvesedaganatok a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak.

Saját esetem egészséges anyától született, 4 órát élt újszülött fiúgyermeket illet, a ki f. évi február hó 2.-án tumor abdominalis körjelzéssel halt el s tétetett át bonczolás végett a Pertik tanár vezetése alatt álló prosecturába. Az 55 cm. hosszú és 4200 gm. súlyú, jól fejlett és táplált csecsemőn a metastasisos májdaganat által hatalmasan elődomborított has kiskokú szülési akadályt képezett ugyan, de az újszülött néhány Schultze-féle lóbálás után jól lélekzett. A bonczolási jegyzőkönyv adatai közül a következők említendők: A bőr, a látható nyálkahártyák és az izomzat feltűnően halványak, az utóbbi szinte halhússzerű. A hasürről 250 köbcentimeter, a szívburokból 40 köbcentimeter meggyvörös, véres folyadék nyerhető. A koponya- és a nyaki izmok közt, a lágy agyburok alatt, a praevertebrális, retromediastinális s retroperitoneális laza kötőszövetben igen kiterjedt vérzések vannak, melyek a kötőszövetet néhol egész cseresznyéni véres hólyagok alakjában felemelik. A zsigeri pleura alatt s a tüdők gyurmájában igen számos, kölesnyi-lencsényi, szabálytalan vérzések gócz, mindkét here vérzésszerűen infarcirozott. A tüdők teljesen légtartók, a szív és a vesék teljesen épek.

A bal vese felett, a mellékvese helyének megfelelően, a vesetoktól laza kötőszövettel élesen elválasztva tyúktojásnyi (5 × 3 × 3 cm.), tömött, körülbelül a normális májjállománynak megfelelő consistentiájú, vékony rostos tokba burkolt daganat foglal helyet. Metszészlapjának színe általában barnavörös, szürkés-fehér csíkokkal és pettyekkel tarkítva. E mellett a metszészapon lencsényi-fillicsényi, majdnem szabályosan kerek, éles határral nem bíró, szürkés-fehér góczok foglalnak helyet. A jobb mellékvese a felnőttnél megfelelő nagyságú, vastagsága 1/2 cm., lapjai 3 1/2 cm. hosszú oldalú háromszögnek felelnek meg. A máj hatalmasan megnagyobbodott, súlya 600 gm., méretei 18 × 13 × 6 cm., állománya középtömött, metszészlapján a májszerkezet csak alig ismerhető fel, a mennyiben a vörös-barna alapállományba egymásra zsufolt, borsó cseresznyéni, szürkés-fehér góczok vannak beágyazva, a minők a jobb mellékvesében is nagy számmal foglaltatnak; e góczok helyenként vérzésszerűen infiltráltak.

Górcsö alatt kiderül, hogy a bal mellékvese kéregállománya csak helyenként maradt meg. A daganat egymásra zsufolt, itt-ott vérzésektől megszakitott, kicsiny gömbölyű sarkomasejtekből áll, melyek közt világos hólyagos magvú hámszövetekből álló kötegek vonulnak végig. Helyenként valószínű hámlelt ürjáratok, lumenátmetszetek is láthatók. Diagnosis: Adenosarcoma gl. suprarenalis.

A szövettani viselkedés bizonyos vonatkozásra utal a vese elsődleges adenosarkomáival, melyek Birch-Hirschfeld szerint az ősvese elszóródott csiráiból indulnak ki. Figyelemreméltó, hogy a daganat viselkedése az irodalomban közöltékével a metastasis-



képzés stb. tekintetében mennyire megegyezik. Feltűnök a szerzők által külön kiemelt s értékelt óriási vérezések, melyek talán a mellékveseműködés kiesésével állnak vonatkozásban. Lues az összes esetekben kizárható volt.

A veleszületett rosszindulatú daganatok nemcsak szövettani szempontból vagy mint curiosumok érdekesek, hanem a mennyiben a daganatok aetiológiája egységes szempontból bíraltatik el, bizonyos tekintetben alig illeszthetők be a parasita-theoria vagy azon elméletek keretébe, melyek szerint a daganatok, habár csak közvetve is, külső behatásokkal stb. állanak vonatkozásban.

#### Az aorta ascendenst áthidaló köteg két esete.

**Makai Endre:** Az esetek egyike 1906 végén került észlelésünk alá mint accidentális bonczoláslelet egy Réczey tanár klinikáján fekélyes szívbelhártyalobban és következményes pyaemiában elhalt 60 éves férfi bonczolása alkalmával. A fekélyes szívbelhártyalob főleg az aorta félholdképi billentyűt támadta meg, a mennyiben a hátulsó baloldali billentyű legalsó részén egy csaknem lenesényi átfürödésre vezetett, az elülső billentyű pedig közepén kettészakadt, úgy azonban, hogy a két rész, főleg pedig a jobboldali, jól megkülönböztethető. Az Arantius-féle csomók, a záródási felületek jól kifejezettek; a bal szívkamara erősen tágult, izomzata hatalmasan túltengett.

Közvetlenül a billentyűk tapadása fölött az aorta ürterét a homloksíkból egy lapos, 4—6 mm. széles,  $\frac{1}{2}$ —1 mm. vastag, 33 mm. hosszú köteg hidalja át, mely azon falzatrészeket köti össze, melyek az elülső billentyűnek a hátulsó jobb-, illetve hátulsó baloldali billentyűvel való összeközdése felett fekszenek. A lapos szalag felső széle lekerekített, az alsó elvékonyodó rész a fekélyes folyamat ráterjedése folytán mintegy kirágott.

Teljesen hasonló esetet bonczoltam pár nappal később a szent Rókus kórházi prosecturában. Az első orvosi osztályon multiplex apoplexiában elhalt 65 éves férfi szívének bal kamarája, noha csak kisfokú arteriosclerosis volt jelen, kifejezetten hypertrophizált. Az endocardium, a billentyűk teljesen épek. Az előző esetben leirt helyzetnek és iránynak teljesen megfelelő köteg 27 mm. hosszú, 3—4 mm. széles; a köteg alsó széle úgy jobb-, mint baloldalt 3—4 mm. terjedelemben összenőtt az elülső félholdképi billentyű felső szélének megfelelő részleteivel. A köteg viselkedése az előzőtől csak annyiban mutat eltérést, hogy baloldalt két szárral ered az aortafalzatról, úgy, hogy e két szár a köteg kezdetén egy hosszúkás hiányt fog közre. Megjegyzendő, hogy a hátulsó baloldali félholdképi billentyű záródási vonala felett hasonló pseudofenestra található.

A köteg és a billentyűk viszonya kizárja, hogy az előbbi az ébrényi vagy a postembryonális korban lezajlott valamely kóros folyamatnak lenne a terméke. Érdekes az egyik esetben jobban, a másikban kevésbé kifejezett balszívtúltengés, melyet a kötegen kívül semmi kóros elváltozás nem magyaráz. A hypertrophia kétféleképpen értelmezhető; egyfelől felvehető, hogy a köteg természetesen szűkíti az aortát, a belé ütköző vérhullám visszacsapódik, másfelől a köteg az aortának systolekor szükségelt kellő tágulását is gátolja; a mindkét úton létrejövő akadályt azután a szívnek fokozott munkával kell pótolnia. Feltűnő mindenesetre az illető egyéneknek magas életkora, a mi veleszületett szívhibákban szokatlan.

A bemutatottakhoz hasonló rendellenességet tudtommal még senki sem közölt.

**Genersich Antal:** Azon sajátos húr, mely keresztülhúzódik az aortán, meglepő látvány és érthető, ha valaki különös dolognak tekinti. De ha a rendes helyére visszateszszük a szétmetszett részeket és oda helyezük el, a hova valók, nyilvánvaló, hogy nem egyéb, mint a megfelelő normális billentyű. A ki a tanárságban megkopaszodott, sokat tapasztalt, tudja, hogy egyik-másik az ollóval átdöfi a billentyűt és ilyenkor ez a kép jön létre. Tehát műtermék.

A másik esetben endocarditis valvularis ulcerosa recurrens volt, a mi részben elpusztította a bal billentyű alsó részét. A felső rész szabadon maradt és ha összehelyezzük, látjuk, hogy a felső rész nem egyéb, mint az a húr. Tehát ez is műtermék.

Az első bemutatás érdekes. Az ilyen sarkomák a mellékveséből vagy a veséből indulnak ki, rosszindulatúak és metastasisokra hajlamosak. A részletes szövettani vizsgálat rendszeren kevert daganatokat mutat.

**Krompecher Ödön:** Az egyik esetet maga bonczolta. Minden körülményt meghánytak-vetettek, első sorban maguk is műtermékre gondoltak, de ezt határozottan kizárhatták. Feldmann is látta, ő is

először műterméknek gondolta, de azután belátta, hogy nem az. A két billentyű fölött vonul el, a felső szél ép, szó sem lehet arról, hogy műtermék.

**Genersich Antal:** fenntartja nézetét.

**Minich Károly:** Szintén műterméknek tartja, mert a 65 éves egyén mindhárom billentyűjén ugyanazon elváltozás van jelen. A billentyű széle meg van vastagodva szegély alakjában, az alsó rész vékony, és a hol a kérdéses köteg van, látható, hogy a környéki rész most is szerves összeköttetésben áll a kettéválasztott billentyűvel. Ez mutatja, hogy kizárólagosan műtermék, mely úgy jött létre, hogy a billentyű vékony része átszakadt és kettémetszetett, a felső rész pedig nem metszetett át. Ugyanazon viszonyok némi módosítással az endocarditis-esetben is megvannak. Itt a billentyű alapi része el van pusztulva, kevés maradványa van meg, az a köteg, a mi ottmaradt. Teljesen osztja Genersich nézetét, hogy nem különálló kötegről, hanem a billentyű visszamaradt széli részéről van szó, mely kötegszerű benyomást kelt.

**Makai Endre:** A készítményekből ma nem nyerhető oly világos benyomás, mint a mikor frissek voltak és így természetesen, hogy első sorban műtermékre gondolhatunk. De hogy nem műtermék, igazolja, hogy eredése magasabban van, mint a többi billentyű és hosszabb, mint a billentyű szabad széle. A készítmény a fixálás és alapolozás által szenvedett, de a szülő nem tud elzárkózni az elől, hogy nem műtermék.

#### A functionális béldiagnostika és az idült bélhurutok diatás kezelése.

**Áldor Lajos:** Eredeti közleményeink között egész terjedelmében hozzuk.

**Vermes Mór:** Az előadó a gastrogen hasmenések ellen, a melyeket a hiányos pankreas működés okoz, a sósavat ajánlja, de ezt az ajánlatát pankreatitisben nem tartja fenn. Ilyen esetekben pankreas készítményekkel befolyásolni lehet a hasmenést és a testsúly is emelkedik. Másik megjegyzésem arra vonatkozik, hogy nem említette az előadó a bismuth-keveréket, a mely a bélszűkületet a Röntgen-fénnyel felismerhetővé teszi.

**Áldor Lajos:** A sósavat nem a pankreas emésztés pótlására ajánlottam, hanem az achyliás hasmenés gyógyítására. Távoll áll tőlem állítani, hogy a sósav használata a pankreas minden organikus vagy functionális zavara esetében javalt. A pankreas készítményektől néha jó eredményt lehet látni, de ez csak a véletlen dolga, a mennyiben a kereskedésbeli pankreas készítmények véleményem szerint teljesen értéktelenek. A mi a Röntgen-fényt illeti, nem beszéltem az organikus elváltozásokról, hanem csak a functionálisokról.

#### Közkórházi orvostársulat.

(III. bemutató szakülés 1907. február 13.-án.)

Elnök: **Dirner Gusztáv.** Jegyző: **Feldmann Ignác.**

(Folytatás.)

#### Idegen test okozta bélátfürödés sérvben.

**Manninger Vilmos:** I. B. H., 64 éves, nyelvtanítónő. Évek hosszú során át fejlődő köldöksérv, mely végre kb. gyermekfelynyire nőtt; 3 hét előtt fájdalmak a sérv alsó sarkában. A bőr elvörösödött és kb. 2 hete kifakadt. Kissé bűzös, eves geny.

Felvételkor féltényrnyi, alávált szélű, renyhe sarjakkal borított fekély, melynek egy pontján a sarjak erősen burjánzóknak. Kissé bűzös váladék. A fekély egyik pontjától a hasfalban az appendix tája felé húzódo kemény köteg.

Egyszerű decubitusnak e fekélyt leirt sajátosságai miatt nem tarthattuk. Figyelmeztettük a beteget, hogy addig gyökeres operatiót nem végezhetünk, míg a fekély be nem gyógyult. Fűrésztéssel, kenőcs-kezeléssel 3 hét alatt a fekély behámosodott. Csak a túlsarjadzás helyének megfelelőleg nem akart gyógyulni. Több ízben szondáztuk eredmény nélkül. November 12.-én éjjel a sipolyban szürkés idegen test vége mutatkozik, melynek eltávolításakor kiderül, hogy 15 cm. hosszú halcsont-darabka. A fekély erre gyorsan begyógyult.

II. Sz. K., 35 éves, díjnok. (A megfigyelő osztályon ápolat beteg.) 11 óra előtt jobboldali inguinális sérv kizáródott, ketszeri repositiós kísérlet után beszállítják operatio végett.

Műtét a kizáródás 12. órájában. A scrotum és a bőr az inguinális hajlatban oedemát, gyuladt, kissé serezeg.

Herniotomia. A sérvtömlőben bélsárral kevert sérvvíz. A tömlőben az egészében gangraenának induló coecum, melynek kis nyílásán át idegen test kandikál ki (szilvamag). A nyílás befogása után kitágítjuk a sérvnyakat. A gangraenás coecum resectioja. Vak zárás. Végoldalal bélvarrat. A tömlő kiirtása. Drain



és jodoform-gaze a peritoneum felé, sebzés néhány átöltő silkwormgut-tel.

Nyolcz napon át 38.5-ig érő hőemelkedés (2-szer). A drainen át kevés bűzös, eves váladék. A seb többi része megtapadt. November 18.-án begyógyult teljesen.

A resekált cocumban 90 db. szilvamag volt. Érdekesnek tartom a gangraenának és az átfúródásnak feltűnően gyors ki-fejlődését (12 óra).

#### Myoclonia esete.

**Salgó Jakab:** A beteg egy semmiképen sem ritka betegségnek ritkább tünetét mutatja. A 16 éves leány, a ki általában gyengébben fejlett, 1906 december 3.-án jött a Margit-kórházba azzal a panasszal, hogy 3 hét óta mindkét keze és lába nagyobb mértékben rángatózik. Felvételekor azt mondja a kiséreje, hogy a beteg már gyermekkorában szenvedett hasonló rángásokban és hogy ez okból már három ízben volt kórházban.

A beteg maga alig felel a hozzá intézett kérdésekre; bővebb felvilágosítást nem lehet tőle kapni, mert rögtön dureszás lesz és elfordul. A vizsgálatkor látható, hogy a bal vállát a cuculláris izom rángása folytán rhythmusosan erősen emelgeti. A rángások nem túlságosan nagy kiterjedésűek és percenként 40—50-szer ismétlődnek. Az izomrángásban nem vesznek részt a felkar vagy alkar izmai. A térdreflex csekély fokozottságán és kisméretű hyperaesthesián kívül mást nem lehet kimutatni. A rángást azonban suggestiv fokozni lehet, mert a mint többet foglalkoznak a beteggel és bajára terelik a figyelmét, a rángások erősebbek és intenzívebbek.

A karját különben jól használja, minden irányban és minden kiterjedésben jól mozgatja. Az intendált mozgások nem fokozzák a rángásokat; ha figyelmét sikerül valahogy elterelni, a rángások határozottan ritkábbak és gyengébbek. A bal kéz nyomó ereje kisebb, de pszichikus úton, ha erősen ráparancsolnak, tetemesen fokozható. Erősen fájdalmas farados áram kétség-telenül megváltoztatja a rángás típusát, a mennyiben rhythmusa megszűnik és a váll mozgása egyszerű védekezési mozdulattá válik.

A mióta a beteg a kórházban van, javulás nem észlelhető. Sőt az utolsó napokon arról panaszkodik, hogy a bal alsó végtagja is rángatózik. Csakugyan konstatálható, hogy kevésbé sűrűen ugyan, mint a vállon, a lábujjakon is jelentkeznek kisebb rángások és még ennél is ritkábban a lábszáron. A járása azonban egészen biztos, valamint az állása is.

A baj természetére nézve első sorban a Friedreich által 1881-ben leirt betegségre, a paramyoclonia multiplexre gondolunk, vagy pedig a Henschel által chorea electrica elnevezés alatt ismert kórképre. Friedreich önálló kórképnek tekintette és pedig, mint később Unverricht is, súlyos lefolyásúnak, melynek alapját szerintük az elülső szarvak sejtjeinek izgalmi állapota adja meg. A kórbonezolástani lelet azonban Schultze esetében teljesen negatív volt.

Más szerzők, így Möbius és Strümpell, nem hajlandók a myocloniát vagy myokiniát morbus sui generisnek elfogadni és inkább a hysteria megnyilvánulásának tekintik. Ismét mások a choreához sorolják. A francia szerzők a vitás kérdés elül kitértek olyan formán, hogy a myocloniát a „Maladies des tics convulsifs” nagy csoportjába vették fel.

A nézeteltérések véleményem szerint onnan erednek, hogy a Friedreich utáni észlelők az általa megállapított kórkép körülírásában Friedreichet elhagyták és az általa észlelt esetekhez többé-kevésbé hasonlókra is kiterjesztették a diagnoszt, a mi által azután tüneti és prognosztikai különbségek merültek fel. Igen jól demonstrálhatja ezt a ma bemutatott eset. Friedreich kórképében a rángás a symmetriás izmokban vagy izomrészekben kétoldalúan támad, a rángások nem egy célirányos mozgásnak szolgáló izomban mutatkoznak, sőt ilyen mozdulatot nem is váltanak ki. A mi esetünkben a rángás egyoldalú és erős intentionális jellegű mozdulatot idéz elő. Hasonlít a mi esetünk a Friedreich féle kórképhez ugyanabban, a miben a choreától különbözik, t. i. hogy intendált mozgások nem fokozzák a rángást, sőt erősebb psychogen befolyás határozottan csökkenti. A choreától

tól különbözik a mozgás karakterében, a mennyiben hiányzik a mi esetünkben a mozgás kuszáltsága, valamint hogy a rángás egy izomra, a cucullárisra szorítkozik, a mi a choreában hosszabb időn át nem igen észlelünk.

Gondolhatnánk központbeli súlyosabb elváltozásra is, nevezetesen lokalizált daganatra, a mely ilyen helyi görcsöt okozhat, mint a hogy ezt pl. a corticalis (Jackson) epilepsiában észleljük. Ilyennek a felvételére azonban hiányzik minden útbaigazító mellék-tünet. A rángás nem terjed, hűdést nem lehet kimutatni, valamint egyéb agybeli tünet sincs. Ezekkel szemben kétség-telen a mi esetünkben a rángásnak psychogen eredete és suggestiv befolyásolhatósága, és megállapítható az is, hogy a rángás egy izomnak vagy izomesopornak látszólag intentionális összehúzódásában áll és így egy célirányos mozdulatnak kóros karriaturáját mutatja, tehát a hysteriás tünet paradigmáját. Ha hozzá-veszszük, hogy a beteg öröklésileg terhelt, hogy már kis gyermekkorában is mutatott hasonló ideges tüneteket, hogy kedélybeli állapota, különösen hangulata is határozottan kóros, semmi kétség sem lehet az iránt, hogy a jelen esetben hysteriás myocloniával van dolgunk. Ha a további lefolyás, illetve a betegség kimenetele is kedvező lesz, akkor Oppenheimnek az a nézete a mi esetünkben is beválik, hogy a myoclonia gyógyuló esetei nem a Friedreich által leirt betegség keretébe sorolhatók, hanem a hysteria tünetesportjába.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

1461/907. V. sz.

Torontól vármegye törökkanizsai járásához tartozó Csóka községben lemondás folytán üresedésbe jött, Csóka, Monostor és Feketető községek által Csóka székhellyel képezett csókai körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 1400 korona fizetés, 80 fillér nappali és 1 korona 60 fillér éjjeli látogatás, továbbá a hűsszemle és halottkémi díjak élvezete van egybe-kötve, azonkívül a csókai uradalom részéről külön megállapodás szerinti tisztelődij.

Felhívom azokat, kik ez állást elnyerni óhajtnak, hogy képesítettségüket s eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonylattal felszerelt kérvényüket f. hó 31.-éig a törökkanizsai főszolgabíróhoz adják be.

A megválasztandó orvos a megyei nyugdíjintézetbe belépni köteles.

Törökkanizsa, 1907. évi márczius hó 12.-én.

A tb. főszolgabíró.

1293/907. sz.

Seregélyes nagyközségben újonnan rendszeresített községi orvosi állásra ezennel a pályázatot kihirdetem.

A községi orvosi állás javadalmáa:

1. Kézpénz havi részletekben a község pénztárából évi 1200 korona.

2. Lakbér negyedévi részletekben az esetben, ha az uradalomtól természetbeni lakást nem kapna, évi 400 korona.

Ha az uradalom ingyen lakást ad, az orvos lakbérre igényt nem tarthat.

3. Látogatási díj a községben és a hozzá tartozó pusztákon nappal 1 kor., éjjel 2 korona, a pusztákra a fuvar a fél adja.

A községi orvos kötelességeit a községi és vármegyei szabályrendeletek, továbbá az 1876. évi XIV. t. cz. határozmányai írják elő.

Felhívom mindazokat, kik a jelzett állást elnyerni óhajtnak, hogy 1. életkorukat feltüntető születési bizonyítvánnyal, 2. képesítésüket igazoló orvosi oklevéllel és 3. eddigi gyakorlatukat és alkalmaztatásukat igazoló közhatalósági bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb f. évi április hó 12.-én délelőtt 11 óráig nyújtsák be.

A választás határidejéül 1907. évi április hó 13. napjának délelőtti 8 óráját Seregélyes községéhez ezennel kifizöm, azon megjegyzéssel, hogy a megválasztott orvos állását azonnal elfoglalni köteles.

Székesfehérvár, 1907. évi márczius hó 12.-én.

Kálmán, főszolgabíró.

1292/907. sz.

Gárdony nagyközségben újonnan rendszeresített községi orvosi állásra ezennel a pályázatot hirdetek.

A községi orvos javadalmazása:

1. Kézpénz havi részletekben a község pénztárából évi 1600 korona.

2. Lakbér negyedévi részletekben a község pénztárából évi 400 korona.

3. Látogatási díj a községben és hozzá tartozó pusztákon nappal 1 korona, éjjel 2 korona; a pusztákon való megjelenéskor a fuvar a fél adja.

A községi orvos kötelességeit a községi és vármegyei szabályrendeletek, továbbá az 1876. évi XIV. t. cz. határozmányai írják elő.

Felhívom tehát mindazokat, kik a jelzett állást elnyerni óhajtnak, hogy életkorukat feltüntető születési bizonyítvánnyal, képesítésüket igazoló orvosi oklevéllel és eddigi gyakorlati alkalmaztatásukat feltüntető közhatalósági bizonyítvánnyal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb f. é. április hó 10.-én délelőtt 11 óráig nyújtsák be.

A választás határidejéül 1907. évi április hó 11. napjának délelőtti 7 óráját Gárdony községéhez ezennel kifizöm azon megjegyzéssel, hogy a megválasztott orvos állását azonnal köteles elfoglalni.

Székesfehérvár, 1907. évi márczius hó 12.-én.

Kálmán, főszolgabíró.



1501/907. ikt. sz.

Újkigyós községben lemondás folytán üresedésbe jött községi orvosi állásra pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni kívánókat, hogy orvostudori oklevéllel, szolgálati bizonyítvánnyal s születési anyakönyvi kivonattal felszerelt pályázati kérvényeiket f. évi április hó 15.-éig bezárólag adják be hozzám, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Az állás javadalma évi 1200 korona, 4 szobából álló szabad lakás és udvar használata, továbbá éjjel kétszeresen számítandó nappali házonkívüli 60 fillér, az orvos lakásán 40 fillér látogatási és 40 fillér halottkémlési díj.

Megjegyzem, hogy Újkigyós község képviselőtestülete f. évi március hó 12.-én egyhangú véghatározatával az orvosi állás javadalmazását évi 400 koronával felemelte, a mely véghatározat a törvényhatóság tavaszi közgyűlése által lesz jóváhagyandó.

A választást később megállapítandó napon fogja Újkigyós község képviselőtestülete megejteni.

A választási naptól számított 15 napon belül a megválasztott községi orvos állását elfoglalni köteles.

Békésésaba, 1907. évi március hó 15.-én.

Seiler Elek, főszoigabiró.

A ruszkabányai társaság egy orvosi állásra pályázatot hirdet.

Pályázótól megkívántatik, hogy okleveles műtő legyen.

Javadalmazás: évi 2000 korona fix fizetés, természetbeni szabad lakás, fűtés és egyéb mellékletmények.

Az állás legkésőbb f. évi június hó 1.-én Ruszkabányán. (Krassó-Szörény-megyé) elfoglalandó.

Kellőkép felszerelt folyamadványok f. évi április hó 15.-éig a Kaláni bánya- és kohó-részvénytársaság igazgatóságához, Budapest, V., Báthory-utca 10. sz. nyújtandók be, a hol az állást illetőleg bővebb felvilágosítás is nyerhető.

3-1

924/907. sz.

Somogy megye közpörházában Kaposvárot üresedésben levő, 1000 kor fizetés, lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott alorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy Kapotsfy Jenő főispán úrhoz címzett kérvényeiket 1907. évi március hó 26.-áig a kórház igazgatóságához nyujtsák be.

A kinevezés két évre szól, és esetleg meghosszabbítható, az itt töltött alorvosi szolgálat a szüléset kivételével a kötelező orvosi gyakorlatnak beszámítatik.

Kaposvár, 1907. évi március hó 12.-én.

2-2

Szigeti Gyula Sándor, igazgató.

359/907. sz.

Lemondás folytán üresedésbe jött Kis-Küküllő vármegye hosszúaszói járásához tartozó bethlenszentmiklósi kórorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A kórorvos javadalmazása:

1. 1200 korona évi törzsizetés havi utólagos részletekben.
2. Bethlenszentmiklósi községtől megfelelő természetbeni lakás.
3. A közmegyeyezéssel megállapítandó látogatási, vényirási, halottkémlési és vágóbiztosi díjak.

Az állás nyugdíj jogosultsággal van egybekötve.

Kórorvos köteles a köréhez tartozó 13 községet havonként egyszer meglátogatni, mely alkalommal minden községtől 2 korona fuvardíj felvételére jogosult.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a és illetve az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket f. évi április hó 5.-éig hozzám nyujtsák be. A választást f. évi április hó 6.-án d. e. 10 órakor Bethlenszentmiklóson a körjegyzői irodában fogom megtartani.

Hosszúaszó, 1907. évi február hó 28.-án.

2-2

Gyárfás Károly, főszoigabiró.

3229/907. ikt. sz.

Békésésaba nagyközség közpörházánál rendszeresített 1 igazgató-osztály-orvosi, 1 osztályorvosi és 1 bennlakó segédorvosi állásra az 1876. évi XIV. t. cz. 68. §-a és 157. §-ának i) pontjában gyökerező jogomnál fogva ezennel pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állások valamelyikére pályázni kívánnak, hogy pályázati kérvényeiket okmányokkal felszerelve hozzám közvetlenül f. évi március hó 25. napjáig bezárólag adják be. A később érkező pályázati kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

Az igazgató-osztályorvosi állás javadalmazása 1600 korona fizetés és 400 korona igazgatói működési pótlék.

Az osztályorvosi állás javadalmazása 1600 korona fizetés.

A segédorvosi állás javadalmazása 1200 korona fizetés, élelmezés, lakás, fűtés és világítás.

A kinevezendő segédorvos tartozik a kórház épületében lakni s az osztály-orvosoknak rendelkezéseit mindkét osztályon teljesíteni.

Gyula, 1907. évi március hó 1.-én.

Alispán helyeit:

Daimel dr., várm. főjegyző.

3-3

San Marco hercegné nagy-komlósi (Torontál) uradalma alkalmazottjai és a helybeli zárda részére orvost keres. Pályázók kéretnek az uradalmi tisztartóssághoz fordulni, ki a feltételeket közölni fogja.

3-3

## HIRDETÉSEK.

**Ulcerus ventriculi** Rohitschi „Styriaforrás”

200-300 gm. langymelegen éhgyomorra egy órával a reggeli előtt. Meglepo gyógyszer.



A Bór- és Lithion-tartalmú

# Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

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

**Húgyhajtó hatású!**

**Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!**

Kapható ásványvízkereskedésekben vagy a Szinye-Lipóczi Salvator-forrás Vállalatnál Budapest, V. Rudófrakpart 8.

## István-úti SANATORIUM

≡ ÉS VIZGYÓGYINTÉZET ≡

Budapest, VII., Hungária-út 9. szám. (István-út sarok.)

Újonnan épült, legmodernebbül felszerelt magángyógyintézet — sebészeti, nőgyógyászati bel- és idegbetegek részére. —

Mérsékelt árak. — Telefon 81—01.

Vizgyógykezelés bejáró betegek részére is. Massage. Elektrotherapia. Villamos fény- és hőfürdő. Szénsavas fürdő. Napfürdő. Svéd-gymnasztika. Röntgen. Állandó orvosi felügyelet. Gondos ápolás. Kitünő ellátás.

Bővebb felvilágosítást készségesen nyújt:

**Dr. Dapsy Viktor**, operateur, a Sanatorium igazgató-főorvosa.

1886

Kívánatra prospektus.

## EGGER EMULSIÓ

KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

### „GUAJATIN JENCS”

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 0.50% Extr. Thymi és Extr. Tillae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyulladásoknál, nemkülönbön typhusos tüdőinfiltrációnál.

Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkívül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője **JENCS VILMOS** gyógyszerész, Budapest, II., Fő-utca 27. szám.

## EPILEPTIKUS intézet BALF gyógyfürdőben.

A nagym. m. kir. belügyminiszterium 1903. jun. 17-én kelt 56445/1903. sz. rendeletével engedélyezve, 200 férfi és női betegre berendezve. Apolási díj: I. oszt. évi 1600 k., II. oszt. évi 1000 k. Ezen osztályokon kívül szegény betegek, az országos betegápolási alap terhére vehetők fel, a mely esetben a nagym. m. kir. belügyminiszteriumnak 1903. okt. 28-án kelt 97221/IVa. cz. 1903. rendelete értelmében a felvétel külön-külön kérelmezendő a betegek által. A betegek ápolásával a budai szent Ferenczrendű apácák vannak megbízva. Prospectusokkal és egyéb felvilágosítással szolgál: Dr. Wosinski István, Balf gyógyfürdő igazgató tulajdonosa. Posta, vasút, 3324 telefon helyben.

Idegbetegek családias jellegű otthona.

**Dr. Batizfalvy-féle**

## Sanatorium és Vizgyógyintézet

Budapesten, VII., Aréna-út 82.

Alapítottott 1859-ben.

**GYÓGYESZKÖZÖK:** Vizgyógymód. Szénsavas fürdők. Villamozás (galvan-, faradikus- és Franklin-áram). Massage (diaeteticus és orvosi). Vibrációs és rotációs massage. Svédgymnasztika. Hízoló- és soványító gyógymódok. Kitünő ellátás mérsékelt árak mellett. Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kiváló tisztaság.

Vizgyógykezelésre bejáró betegek is felvételnek.

Telefon 15—35.

Kívánatra prospektus.

**Dr. Zrajtler István**, igazgató-főorvos.

1122



**DIGESTOL**

(PULVIS DIGESTIVUS LAXANS)

Kitűnő hatású emésztőpor gyomor- és bélbajoknál. Az emésztést elősegíti, a székletét szabályozza. Adagolás: 3-szor naponta 1/2-1 kávékanállal, minkenkor étkezés után. Orvosi kitűnőségek által kipróbálva és ajánlva.

Ára egy doboznak 2 korona.

Készíti GLÜCK REZSŐ gyógyszerész, gyógyszertár „a fehér galambhoz“.

Budapest, VI. Hungária-körút 93. szám.

1331

Telefon 932. Kapható minden gyógyszertárban. Telefon 932.

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszívódást, mint a

**Vasogen****Camphor-Chloroform-Vasogen**

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

Az értéktelen utánzatok elkerülése céljából kérjük mindig csak „PEARSON“-féle eredeti csomagolást rendelni.

**Lactagol**

egy specifikus ható lactagogum.

A zsír- és fehérnyetartalom, valamint a tejmenyiségnek meglepő gyors szaporodása már 1-2 nap múlva világosan észrevehető.

Vasogenfabrik Pearson &amp; Co., Hamburg.

Főraktár Ausztria és Magyarország részére:

Maager Vilmos, Bécs, III/3.  
Heumarkt 3.**Szénsavfürdő-berendezéseket**

szállít és felszerel

**Dr. Wágner és Zársai Egyesült gyárak m. b. t. cég**

Budapest, IX., Tinódy-utca 3. sz. alatti gyártelepe.

A fürdők kitűnő gyógyeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatoriumokban be vannak vezetve.

Prospektusok ingyen és bérmentve.

A guajacolkezeléshez!

**Herbacol,**

egy új guajacol-vaskészítmény.

Ez egy kellemes ízű szörp, a közel 40 év óta kitűnőnek bizonyult Herbabny-féle alfoszporosavas mész-vas-szörpből 7% kalium sulfoguajacolicum hozzáadásával készül. A kalium sulfoguajacol., a vas- és mészhyppophosphit, valamint keserű és antifermentatív aromás szerek egyesített hatását szolgáltatja és

**különleges gyógyszer**

a légzőszervek hurutjai, a tüdőgümőkór nem igen előrehaladt alakjai, hökhurut, influenza, scrofulosis és rachitis ellen. Különösen bevált és ajánlható gyengeségi állapotok, üdülési szak főleg influenza, croupos és hurutos tüdőlobok és mindenféle heveny, lázas megbetegedések után.

Adagolás: felnőtteknek 3-4 kanállal, gyermekeknek fele.

1 üveg ára 2 korona.

Csakis orvosi vényre kapható a gyógyszertárakban.

Klinikailag kipróbálva és kitűnőnek minősítve.

Irodalom: Wiener med. Presse 1906. december 2, 48. sz., Wiener klin. Rundschau 1906. október 28, 43. sz. Orvos uraknak kívánatra minták ingyen.

Egyedüli készítő és főraktár:

**Dr. Alois Hellmann's**

Apotheke „zur Barmherzigkeit“

Wien, VII., Kaiserstrasse 73-75.



Dr. EMMERICH gyógyintézete  
**Morphium- Heroin- Alkohol-,**  
Gocain stb.,  
idegbetegyek részére. BADEN-BADEN. Alap. 1890.

A morhium-elvonás legenyhébb módja kényszer nélkül; a feeskendő 4-6 hét múlva nélkülözendő. Alkoholról való leszokás kipróbált eljárás szerint.

= Prospectusok díjmentesen. (Elmebetegyek kizárva.) =

Tulajdonos és vezető orvos: Dr. Arthur Meyer. - 2 orvos.

„Bayer“ **CONTRATUSSIN** „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a  
**VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR**  
Budapest, VI., Andrassy-út 84.

Minden gyógyszertárban kapható.

2282

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

**Orvostárs kerestetik**

10,000 korona tőkebefektetéssel

egy a klinikák által már megvizsgált, igen jónak talált, nagy jövőjű dermatologiai új gyógyszerkészítmény gyártásához, melyből nagy haszon várható. Megkeresések e lap kiadóhivatalához intézendők „Gyógyszerész 544“ alatt.



Kérjük az orvos urakat, hogy az ismert és kedvelt

## kaliforniai füge-szörp

hashajtó rendelésénél határozottan a



# „Califig“

szóvédjegyet írják elő, mert ezen néven csak a

California Fig Syrup Company, San-Francisco

készítménye nevezhető.

Használati utasítás minden gyógyszer-tárban kapható.

1/1 üveg 3 korona, 1/2 üveg 2 korona.

## California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 31—32, Snow-Hill.

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára BUDAPESTEN, Király-utca 12.

3068

Orvosi minták ingyen és díjmentve.

Szabadalmazva. Gyorsan ható puha salicylszappanok.

Dr. R. Reiss

### Rheumasan

tubus K. 2.50; tégely K. 1.50.

### Ester-Dermasan

tubus K. 3.—; tégely K. 1.80.

### Kátrány - Dermasan

Chrysarobin-Dermasan

Chrysarob n-kátrány-Dermasan

kis tubus K. 1.50; nagy tubus K. 3.—.

Ester-Dermasan

### Vaginal-Kapsulák

10 darab K. 2.50.

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

2066

Képvisező Ausztria részére: Alex. Herkner, Wien, XVIII/2. — Magyarország részére: dr. Rosenberg Sándor, Budapest.

Rheuma, eszű, ischias, migrain, influenza, tylosis.

Szintén makacs esetekben, továbbá psoriasis, pityriasis ellen.

Idült eczemák, pityriasis, psoriasis, prurigo és scabies ellen.

Para-, peri- Irodalom és minták ingyen.  
metritis, oophoritis.

A világ legjobb keserűvize.



Páratlan a maga nemében.

Saxlehner András, Budapest cs. és kir. udvari szállító.

## Hunyadi János

1372

természetes keserűvíz.

Gyors, biztos és enyhe hatás. A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer. Az orvosi világ által előszeretettel és több mint 1000 véleményezésben ajánlva.

A bevásárlásnál kéretik a palaezk czimképén a Saxlehner András nevet figyelembe venni.

## Budapesti Központi Tejszarnok-Szövetkezet

VII., Rottenbiller-utca 31.

2751

Elismert kiváló minőségű palaezktejen, pasteurizált tejen és tejtermékeken kívül szállít

## Székely-féle gyermektejet

1 üveg 0.2 liter ... .. ára 12 fillér.

1 " 0.1 " ... .. " 8 "

A Székely-féle gyermektej a legjobb anyatej pótló tej csecsemők számára.

Székely-féle diätetikus tej gyomor-betegeknek,

Székely-féle diätetikus tej cukor-betegeknek.

120 fiók saját kezelésben.

Telefon 57-04.

## Gyermekek csemege gyanánt kéri!



Szabadalmazott.

## ENERGIN!

csukamájolaj-lecithin-csokoládé.

Kitűnő ízű, csokoládé-tablettákba formált

### csukamájolaj-készítmény.

Minden egyes tableta tartalmaz egy kávéskanál csukamájolajat, 0.20 calc. phosphoric., 0.05 lecithint.

Specificum: angolkórnál és görvélyes bántalmaknál. Hízoló- és erősítő-tápszert: vérszegénység, ideggyengéségnél, tüdővésznel stb.

Orvos uraknak szívesen szolgálunk mintaküldeménynyel.

Kapható: minden gyógyszer-tárban és drogeriában.

3287

— Készíti: SZIGETI és dr. SZILÁRD —

## Energín-vállalata, Pécs.

## Alimentum Dr. Theinhardt pro infantibus solubile.

Alimentum Theinhardt est maxime idoneum pro infantibus. Alimentum Theinhardt omnes materias ad nutriendos infantes necessarias continet optima ratione mixtas. Alimentum Theinhardt amyllum non continet nisi solubile. Alimento Theinhardt a primo mense infantes nutrire licet. Alimentum Theinhardt tollit Atrophiam. Alimento Theinhardt incrementum infantum prosperrime procedit. Alimentum Theinhardt inopes quoque parvo pretio emunt.

Literaturam etc. militi

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



# 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 Babarcsi Schwartzert Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3—4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

## TARTALOM:

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Aldor Lajos:** A functiós béldiagnostika és az idült bélhurutok diatás gyógykezelése. 234. l.

**Orsós Ferencz:** Közlemény a pécsi városi közkórház prosecturájából. *Ascaris* okozta bélátfürödés. 236. l.

**Benedict Henrik:** Közlemény az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr., ny. r. egyetemi tanár.) Periarthritis nodosa. 238. lap.

Törvényjavaslat az 1876 évi XIV. t.-cz. II. rész I. fejezetének („közegészségügyi szolgálat a községeknél”) módosításáról 241. l.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat közgyűlése. 244. l.

**Irodalom-szemle.** *Könyvismertetés.* **Hermann Schlesinger:** Über die paroxysmale Tachycardie und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen des Nervensystems. — **O. Kölpin:** Die Störungen nach Kopftraumen. — **Lapszemle.** *Általános kör- és gyógytan.* **Schlesinger** és **Holst:** A benzidinvérpróba a vizeletvizsgálatban. — *Gyógyszertan.* **Zernik:** Újabb gyógyszerek és titkos szerek. — *Belorvostan.* A typhus gyógyítása. — *Sebészet.* **Körte:** Adatok a perforált gyomorfekély sebészi

kezeléséhez. — **Armknacht:** Adatok az ajakrák és a nyelvrák sebészetéhez. — **Lejars:** Jóindulatú pyaemia esete. — **Carrel:** Az aorta abdominális resectioja és pótlása heteroplasticával. — *Gyermekorvostan.* **Pétopoulos** és **Cardamatis:** A congenitális malaria kérdése. — **Stein:** Menstruatio praecox. — *Húgyászati betegségek.* **Motz** és **Majewski:** Az epitheliális prostatacarcinomának körszövet-tana és klinikai viselkedése. — **Keersmaecker:** Lipuria érdekes esete. — **Venerés bántalmak.** **L. Leistikow:** A merial mint új antisyphiliticum. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* **Silvestri:** Az epilepsia gyógyítása. — **Stern:** Puro-húsnedvtüdőgümő kór eseteiben. — **Freund:** A benzosalin 246—250. l.

*Magyar orvosi irodalom.* Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 250. lap.

*Vegey hírek.* — Pályázatok. — Hirdetések. 250. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 251—253. lap.

*Melléklet.* Gynaekologia. 1. sz. Szerkesztik: Tóth István dr. egyetemi magántanár és Temesváry Rezső dr., egyetemi magántanár.

— Glück Rezső „Liquor hydrobrom” prospektusa.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A functiós béldiagnostika és az idült bélhurutok diatás gyógykezelése.<sup>1</sup>

Irta: *Aldor Lajos* dr., Karlsbad.

Az idült vastagbélhurutok gyógyításával az utóbbi években ismételtelen foglalkoztam. Közleményeimben<sup>2</sup> egy, az eddigi gyógy-eljárásokat kedvező eredményeiben messze felülmúló módszerre hívtam fel a figyelmet, melyet most már közel egy évtizede rendszeresen alkalmazok és melyről ma, midőn egy igen tekintélyes számú észlelési anyagból — több mint 400 eset — levonható tanulságokra tekinthetek vissza, ismételhetem azt, a mit e tárgyról szóló első közleményemben, 1903-ban mondtam: hogy az idült vastagbélhurutoknak magas hőmérsékű karlsbadi vízzel, magas beöntések alakjában való kezelése ezen bántalom legradikálisabb gyógyításmódja. Ezen kezelési mód kizárólag a chronikus vastagbél- és diffus bélhurutok azon makacs alakjai számára reserválandó, melyek egyéb, enyhébb eljárásainkra gyógyulási hajlamot nem mutattak; tehát a bélhurutok acut alakjai, a csak 2—3 hónap óta fennálló subacut bélhurutok a lokális kezelés szempontjából egyáltalán nem jönnek számba. Sőt a vastagbél- és diffus bélhurutoknak chronikus, de csak 1—2 éves eseteinek nagy része is olyan, melynél feleslegessé válik a helybeli kezelésnek ez a bár mindenesetre fájdalomtalan és minden káros vagy kellemetlen mellék- vagy utóhatástól mentes, de mégis a szokásos egyéb gyógyeljárásainknál (diatás, balneotherapiái, gyógyszeres kezelés) valamivel körülményesebb módja. Noha csak az orvosnak a beöntések végzésekor való elengedhetetlen activ szerepe s a betegnek

naponta 3 órán át a kezeléssel való elfoglaltsága az egyedüli két körülmény, mely e kezelés kivételét kizárólag komplikálja; de a mennyire kétségtelen, hogy ezen valóban lényegtelen körülményesség nem szabad hogy visszatartsa bennünket az eljárás alkalmazásától ott, a hol arra valóban szükség van, éppen olyan kevésbé volna helyes előnyben részesíteni az ennél még egyszerűbb gyógy-eljárásainkat azon előbb említett esetekben, melyekben ez utóbbiakal is célt érünk.

Az idült bélhurutok gyógyszeres kezelésével bővebben foglalkozni nem óhajtok. Minden gyakorló orvosnak, a kinek naponta van alkalma a mindennapi gyakorlatban ezen eléggé elterjedt betegséggel találkozhatni, meglehet a maga véleménye az e kérdésben számbajöhető gyógyszerek értékéről. S kétségtelen, hogy azok között, kik az új gyógyszerek értékét tárgyilagosan szokták megítélni, kevesen lesznek, a kik igazat ne adnának *Boas*-nak, midőn azt mondja, hogy a nagyszámú bélantisepticumok és adstringens szerek ki fogják elégiteni azokat, a kik imponáló acut eredményekre speculálnak, de azok, kik chronikus diarrhoeákat tartósan akarnak gyógyítani, nem fogják ezen szerek értékét túlnagyra becsülni. Gyógyszereink kizárólag a symptomatikus kezelés szempontjából jöhetnek itt számba és közülük jelentékenyebb értéket csupán az opium- és bismuth-készítményeknek tulajdoníthatunk. Az előbbieket profusabb diarrhoeák átmeneti leküzdésére alkalmasak (előzetesen 30 gm. ricinus-olaj pro dosi, a hatás létrejövése után óránként 15—20 csepp opium-tinctura), a bismuth-készítmények pedig diarrhoeával járó enteritisekben huzamosabb ideig való használatra. A bismuthot a következő formában szoktam rendelni: Rp.: Bismuthi subnitrici, bismuthi  $\beta$ -naphtolici  $\bar{a}$  8'0; calcii phosphorici, calcii carbonici  $\bar{a}$  5'0; resorcini purissimi 0'50 Mfp. D. ad scat. S. 3 óránként egy késhegygyel.

Ott, a hol a keverék huzamosabb időn át lesz használva, minden 4—5. napon kihagyandó, hogy ekkor a beteg enyhe hashajtót (ricinus, calomel) vegyen.

Az összehúzó szerekről, melyekkel ez idő szerint szintén felesleges nagy számban rendelkezünk, tapasztalataim egyáltalán nem kedvezők. Tartós hatásukról szó sem lehet, symptomás értékük pedig kétes. *Strassburger*-nek azon nézetét, hogy ezek a

<sup>1</sup> Előadta a budapesti kir. Orvosegyesület 1907 márczius hó 9.-én tartott ülésén.

<sup>2</sup> *Aldor:* Orvosi Hetilap, 1903. 11—12. szám. — *Aldor:* Berliner klin. Wochenschrift, 1903. 19. szám. — *Aldor:* Berliner klin. Wochenschrift, 1903. 26. szám. — *Aldor:* Berliner klin. Wochenschrift, 1905. — *Aldor:* Orvosi Hetilap, 1905.



bélsárban levő bakteriumok számát jobban és biztosabban csökkentik, mint a hashajtó szerek, saját észleléseimmel megerősíteni nem tudom. Az összehúzó szerek — és ezek közé sorolandó a bismuth-készítmények egy része is (bism. tannicum, salicylicum) — a katarrhális bélmucosát izgatják, ez az izgalom az egyéni érzékenység szerint változó, és érzékenyebb egyéneknél sokszor jelentékeny fájdalmak alakjában nyilvánulhat meg. Lehet, hogy ezen kellemetlenségek előidézésében jelentékeny szerep tulajdonítható annak, mint a hogy azt Schmidt állítja, hogy az adstringens szerek túlnyomólag oldhatatlan alakban lesznek adva, mert tény az, hogy a lobos bélnyálkahártya minden oldhatatlan vagy nem oldott anyaggal szemben — csak gondoljunk a cellulosetartalmú anyagokra, gyümölcsök stb. — felette érzékeny. De hozzá kell ehhez fűznöm azt is, hogy én az oldott alakban nyújtott adstringensektől sem láttam azt a kedvező eredményt, a milyenről Schmidt a tejsomatosét illetőleg beszámol. Azért valószínűnek látszik, hogy az oldatlan állapoton kívül itt más tényezők is — talán a lokális circulációs viszonyok kedvezőtlen befolyásolása — szerepelnek.

A calomelben is csak egy megbízható és enyhe hatású hashajtót láthatunk. Béldesinficiáló tulajdonsága a calomelnek nincsen. Schmidt-nek azon állítását, hogy a calomel a bélsárban levő mikroorganizmusok számát még szaporítja, észleléseim megerősítik. Csupán egy példát akarok felemlíteni. A korábbi években, a mikor a calomelnek béldesinficiáló hatásában valamit még hittem, kiterjedten alkalmaztam az idült dysenteriák súlyosabb alakjaiban. Ismételtelen megesett, hogy oly dysenteriákban, a melyekben az első vizsgálat alkalmával elszórtan csak néhány amoebát (amoeba coli Lösch) találtunk a bélsárban, 1—2 napi calomeladagolás után a látótér amoebáktól hemzsegett.

A bélhurutok balneoterapiájával sem szándékozom részletesen foglalkozni. Bármennyire is elismerem és bármilyen gyakran van is alkalmam látni azokat a fényes eredményeket, melyek a karlsbadi kúra folytán létrejönnek, nem habozom annak a kijelentésével, hogy bármilyen értékes gyógytényezőnek tartom is a karlsbadi ivókúrát az idült bélhurutok terapiájában, a Karlsbadban elért és elérhető fényes eredményekben magának az ivókúrának kizárólagos szerep nem tulajdonítható.

Épen a mintaszerűen berendezett fürdőhelyek azok, melyek legalkalmasabbak arra, hogy az egyes, értékesnek bizonyult gyógytényezőket egy egységes, és minden egyes esetre individualizált gyógyterv keretében harmonikusan illeszszük be. Azok a gyógyfürdők, melyekben ez lehetővé van téve, a hol magának a gyógyhelynek speciális gyógytényezőin kívül az eredményes kezelésnek minden factora — ezek között első sorban a jó és orvosilag könnyen ellenőrizhető konyha — rendelkezésünkre áll, egyesítik magukban a sanatoriumi kezelés összes előnyeit annak hátrányai nélkül.

Az idült bélhurutok terapiájában számba jövő gyógytényezők között az első hely a diéta illeti meg. Megilleti pedig nemcsak az utolsó két évtized óta, a mióta a diaetoterapia az orvostudomány minden fejezetében kiveszi a maga exact kísérletes vizsgálatokkal és megbízható klinikai észleletekkel megalapozott részét, de jelentékeny szerep jutott a diétának a bélhurutok gyógyításában már akkor is, a midőn még tudományos diaetoterapiájáról szó sem volt. Ennek ellenére azonban nem tagadható, hogy bármilyen régóta is el van a gyakorlatban ismerve, hogy a bélhurutok gyógyításában a legegyszerűbb és legmegbízhatóbb gyógytényező a diaeta, diaetoterapiás eljárásaink e téren meglehetősen sematikusak. Ezen sematikus eljárás főleg abban nyilvánul, hogy bélhurutos betegeink diétájának az összeállításában rendszeren csupán általános érvényű empiriás ismereteinket vesszük igénybe. Előírunk betegeinknek oly diétát, melylyel sok más esetben célzott értünk, de nem számolunk a coneret eset azon speciális követelményeivel, melyek épen ezen coneret esetben jelenlevő functionális anomaliáknak, a folyamatnak épen az adott esetben jelenlevő localisatiojának természetes következményei. Ezen sematikus eljárás azután a legtöbb esetben egész diaetoterapiás eljárásunk értékét illusoriussá teszi. Nem voltunk tekintettel sem a baj localisatiojára, sem a jelenlevő functionális zavarokra, mert legtöbb esetben csak a beteget legjobban molesztáló tünet az — hasmenés, vagy székrekedés —, a mi eljárásunkban irányított. Később azután az ily betegek tölünk megle-

hetősen függetlenül járnak el: a „diaeta-czédulájukból“ kitörülnek azt, a mit „rosszul vagy nem tűrnek“ és hozzáadják azt, a mi „nekik jól tesz“. Hogy ilyenkor gyakran megesik, hogy a rájuk nézve legértékesebb tápanyag lesz számüzve, pl. a tej, és a legártalmasabbat élvezik a legbőségebben, azt minden orvos jól tudja. Mi pedig a functionális zavarok és a baj pontosabb localisatiojának közelebbi ismerete nélkül, a betegnek egyik-másik általunk rendelt étel ellen hangoztatott ellenvetéseivel szemben még állást sem tudunk foglalni, hiszen nem tudhatjuk, hogy az illető ételekkel szemben csupán a gyakorlat által legyőzhető szokatlanság van-e jelen, avagy csakugyan oly objectiv ok áll-e fenn, a mely az illető étellel szemben jelenlevő toleranciahiányt valóban meg is fejti?

Ezen a gyakorlatban uralkodó sematikus eljárásnak némi magyarázatát találjuk azon ellentétes adatokban, melyekkel a bélhurutok diaetoterapiáját illetőleg az irodalomban találkozunk. Szinte azt mondhatjuk, hogy a hány szerző, annyi egymással ellentétes diéta előírás. Az egyik pl. ajánlja a zsírok rendelését, a másik azokat teljesen számüzi a bélhurutos betegek asztaláról, a főzelékeket Boas szívesen rendeli, Leube nem, a tejet sokan a bélhurutos betegek legalkalmasabb tápszerének tartják, mások egyáltalán nem rendelik.

A legfontosabb oka azonban annak, hogy az idült bélhurutos betegek diéta kezelése oly ritkán történik czéltudatosan, a bélhuzamnak a vizsgálat számára való nehezen hozzáférhető volta. Eltekintve a bélhuzamnak egyes, gyakrabban előforduló organikus megbetegedéseitől (appendicitis), a bélbetegségek diagnostikája messze mögötte áll annak a fejlettségnek, a melyen ma a gyomorbetegségek felismerése van. A míg tagadhatatlan, hogy az utóbbiak terén a functionális diagnostika igen szép sikereket arat és annak eszközei lehetővé teszik a kórfolyamatok felismerését már akkor, midőn még csak tisztán functionális zavarokban nyilatkozik a baj és kórboncolástani elváltozások által feltételezett objectiv jelenségek teljesen hiányzanak, addig a bélbetegségek terén functionális diagnostikáról beszélni egészen a legutóbbi időkig jogosultságunk nem is volt. Az idült bélzavarok eredményes diéta kezelésének pedig egyetlen előfeltétele ezen functionális zavarok természetének az összes rendelkezésünkre álló diagnostikai eszközök segítségével való pontos megállapítása.

Eltekintve azoktól az adatoktól, melyek az anamnesis és a hasnak physikális vizsgálata alapján nyerhetők, a bélsárvizsgálat az, mely ezen előfeltétel lehetőségét megteremti. Nem mondok új dolgot, ha rámutatok arra a tartózkodásra, mely a bélsárvizsgálatokat illetőleg a mindennapi gyakorlatban észlelhető; és nem is kívánok azon okokra kiterjeszkedni, melyek a bélsárvizsgálatokkal szemben tanúsított eddig is indokolatlan tartózkodást magyarázni alkalmassnak látszanának; de ki kell emelnem azt, hogy ezen okok között ma már nem szerepelhet az a nézet, hogy a bélsárvizsgálatok segítségével értékes diagnostikai adatok birókába nem juthatunk; Schmidt és Strassburger-nek<sup>1</sup> e kérdésben maradó értékű munkálatai minden ez irányban felmerülhető kételyt kizárnak. Hogy ezen a Schmidt és Strassburger nevéhez fűződő vizsgálatok mennyire alkalmasak arra, hogy a functionális béldiagnostika alapjául szolgáljanak, arról fejtegetéseim folyamán még lesz alkalmam beszélni.

De előbb rá kell mutatnom arra a fontosságra, mely a bélbetegségek gyógykezelésében a gyomorfunctionális vizsgálatát megilleti, annyival is inkább, mert ez is azok közé a kérdések közé tartozik, melyek a gyakorlatban meglehetősen mostoha elbánásban részesülnek. Az, a ki kivételt nem tűrő szabály gyanánt állítja fel magának a tételt, hogy minden chronikus bélzavarban szenvedő betegén gyomorfunctionális vizsgálatot végezzen vagy végeztessen, látni fogja a gyakoriságát a gastrogen természetű bélzavaroknak, melyek a czéltudatos therapiás beavatkozásoknak leghálásabb objectumát szolgáltatják. Alig van egyetlen eltérése a gyomorfunctionálnak, mely makacs bélzavaroknak a létrejövését elő ne idézhetné. Ezen gastrogen természetű bélzavarok egyik legklassikusabbikára, az achylia gastricaiban jelentkezni szokott makacs hasmenésekre aka-

<sup>1</sup> Schmidt und Strassburger: Die Faeces des Menschen. Berlin, Hirschwald, 1903. — Schmidt: Die Funktionsprüfung des Darmes mittels der Probekost. Wiesbaden, 1904.



rok csak rámutatni. A gyomornak ezen súlyos functionális zavara sokszor a gyomor részéről minden tünet hiján van jelen, ilyen esetekről többen tesznek említést (*Boas, Martius, Aldor*), úgy hogy a kórisme a gyomor functionális vizsgálata nélkül teljesen lehetetlen és természetes, hogy a kórisme megállapítása éppen ilyen lehetetlen akkor is, ha profus hasmenések képezik az egyedüli klinikai manifestációját az achyliának. Ezen achyliás hasmenéseket a praxisban legtöbbször félreismerik és igen sokszor igen czélszerűtlen módon kezelik, a mennyiben a therapia a bélhurut ellen irányul, a beteg opium- és bismuthkészítményekkel lesz traktálva, czélszerűtlen koszton él és így könnyű elképzelni, hogy ezen therapiás intézkedések kiválóan alkalmasak arra, hogy a gyomornak esetleg még teljesen tönkre nem ment secretionális energiáját teljesen megszüntessék. A gyomornedvnek alig egy pillanatot igénylő vizsgálata — hiszen sokszor a lakmuspapír elég az achyliának a megállapítására — felderíti a hasmenések valódi okát és a helyes diéta és a sósav-pepsin-therapia a hasmenéseket rövid időn belül megszünteti.

Ezen hasmenések létrejövését *Strauss*<sup>1</sup> úgy magyarázza, hogy egyrészt a durva, a gyomorban semmiféle vagy csak hiányos emésztési processuson keresztülment ingesták a bélbe jutva, ennek a falát mechanikai módon izgatják, másrészt nagyobb számmal jutnak a bélbe káros bakteriumok, mint a gyomor normális secretioja esetén. Tagadhatatlan, hogy ezen két momentum a hasmenések keletkezésében jelentékeny szerepet játszik, de a mint azt pár évvel ezelőtt egy előadásomban<sup>2</sup> kifejtettem, teljes magyarázatát a hasmenéseknek ezen két körülmény még nem adja. Mert minden complicatiótól mentes és a bélemésztés által kompenzált achyliákban az ingesták a duodenumban kifogástalanul emésztetnek és ennélfogva mechanice izgató hatást a bélfalra kifejtteni nem fognak. E hasmenések létrejövésének legfontosabb oka nézetem szerint a pankreas emésztés kompenzáló működésének a kiesése. *Pawlow*-nak, ennek a genialis orosz physiologusnak sikerült állatkísérletekkel megállapítani, hogy a pankreas-secretionak létrejövésére legfontosabb inger a sósav. Ezen klinikailag fontos tény *Glässner*-nek<sup>3</sup> embereken is sikerült konstatálni; ő egy asszonynak fistulán át gyűjtött pankreas-váladékával végzett több irányban vizsgálatokat és teljesen egybehangozóan *Pawlow*-val, sósavadagolás után a pankreas-nedvnek az eredeti mennyiség kétszeresére való megsaporodását látta. *Pawlow* és *Glässner* ezen kísérletei alapján kézenfekvő a felfogás, hogy az apepsia esetén létrejövő hasmenéseknek az oka az, hogy a sósavhiány következtében a pankreas-elválasztásnak egy fontos ingere hiányzik és ennek következtében a bélemésztés nem kompenzálja a gyomorelválasztási elégtelenséget. Ezen az úton képesek leszünk egyes therapiás tényeknek is a magyarázatát adni. Már előbb említett előadásomban kifejtettem azt, hogy az itt említett vizsgálatok teljes magyarázatát adják annak a feltűnő előnyös hatásnak, a melyet achyliás betegek hasmenésére a sósavadagolás után láthatunk. A sósavat ezen feltűnő és prompt hatásánál fogva az achyliás hasmenések legjobb szerének tartom már régebb idő óta, de a hatás módját csak *Pawlow* vizsgálatainak ismerete óta tudom megmagyarázni. S azt hiszem, hogy a sósav belső adagolásának egyáltalában csak ebben az értelemben van jogosultsága, mert ha elgondoljuk, hogy a proteolysisre a sósavnak milyen nagy mennyisége kívánatos, és hogy ehhez képest a per os egyáltalán bevihető mennyisége a sósavnak milyen jelentéktelen, úgy valóban önámítás azt hinni, hogy a per os bevihető sósavval magát a gyomoremésztést pótoljuk. Arra azonban, hogy a pankreas-secretiót kiváltsuk, a sósavadagolásnak a gyakorlatban szokásos adagjai elégségesek; mutatja ezt különösen a hasmenéseknek prompt megszűnése, de mutatja a sósavnak egyéb panaszokra való kedvező hatása is. Ezek alapján felállítható azon paradoxnak látszó tétel — mely a sósavadagolás összes indicatioit magában foglalja —, hogy használatának csak ott van helye, a hol a pankreasemésztés kompenzáló fokozásával akarjuk a hiányzó gyomoremésztést pótolni. Ezen 13 évvel ezelőtt adott magyarázatát a HCl-therapiának tudtommal valamennyi szerző

(*Boas, Rodari, Einhorn* stb.), a ki e kérdéssel azóta foglalkozott, magáévá tette. Éppen ezen hasmenésekre való tekintettel, kénytelen vagyok az achyliának a diéta kezelésére is röviden kiterjeszkedni. A mint láttuk, a gyomornak hiányzó sósava gyógyszerekkel nem pótolható. Kérdés, hogy ezen czél elérésére rendelkezésünkre egyáltalán eszközökkel? Főleg *Pawlow*-nak köszönhető, hogy erre a kérdésre, a mennyiben azok az esetek állanak szemünk előtt, a melyekben a gyomor elválasztási képességének nem teljes megszűnése, csak csökkenése van jelen, igennel felelhetünk. *Pawlow*-nak és tanítványainak, különösen *Lang*-nak,<sup>1</sup> sikerült kimutatni, hogy a tápanyagok közül csak a *fehérje-anyagok* azok, a melyek az emberben a gyomorelválasztás megindítására jelentékeny ingert tudnak kifejteni. Ebből következik, hogy a gyomor secretionális anomaliáinak depressiv alakjaiban a fehérjék bőséges élvezése direct curatív hatást eredményez. Ezen álláspont mellett foglal állást *Hemmeter*,<sup>2</sup> *Strauss*,<sup>3</sup> *Buch* és *Backmann*<sup>4</sup>, valamint *Herzen*<sup>5</sup> is. A subacid betegek táplálása tehát a fehérjeanyagoknak, nevezetesen a húsféléknek előtérbe helyezését kívánja meg.

Az achylia azon súlyosabb és ezen alkalommal bennünket inkább érdeklő alakjaiban azonban, a melyekben az elválasztási energia teljes megszűnése van jelen, a therapiának nem lehet többé czélja a secretio megindítása. A diaetotherapiának itt kettős feladata van, és pedig 1. prophylaktikus kimélete a gyomor motilitásának, 2. a gyomor megszünt proteolytikus functionájának a pótlása. Mind a két czél ugyanazokkal az eszközökkel szolgálható. S ezeket az eszközöket az ételek jó és alapos rágásán kívül főleg azoknak *praeparatorius elkészítése* szolgáltatja. A megszünt gyomoremésztés pótlásának első sorban a beteg konyhájában kell megindulnia, és ennek nem a táplálkozás qualitativ megváltoztatásában szabad megnyilatkozni, hanem az ételek oly módon való elkészítésében, hogy azok a beteg asztalára folyékony vagy pépes, szóval mechanice finoman elosztott formában jussanak. Az ételek ily módon való elkészítésével mindkét feladatnak eleget tettünk, mert a folyékony, pépes és azonfelül még az alapos rágás folyamán a nyállal jól keveredett ételek egyrészt a gyomor emésztési functiona iránt igen minimális igényt támasztanak, másrészt a gyomor gyors elhagyása következtében a motilitását is jelentékenyen kimélik, de minimális igényeket támasztanak az ily módon elkészített ételek a compensatorius működést kifejtő bélemésztés iránt is és nem gyakorolnak izgató hatást a bélfalra sem. Hogy ezenkívül a konyhaművészetnek az adott esetben jelenlevő minden eszköze értékesítendő az ételek jó kinézésének, kellemes ízének, szóval étvágygerjesztő hatásának az emelésére, szintén oly tényező, melynek értékét kevésre becsülni nem szabad, hiszen achyliás betegeken van alkalmunk a leggyakrabban látni, hogy a culinális fogásoknak éppen étvágygerjesztő hatásával gyógyszereink a versenyt kiállani nem tudják.

(Vége következik.)

#### Közlemény a pécsi városi közkórház prosecturájából.

##### *Ascaris* okozta belátfűrődés.

Irta: *Orsós Ferencz* dr., prosector.

Az *ascaris lumbricoides* betegségokozó sajátosságai közt azon képességét is felemlítve találjuk, hogy néha a teljesen ép bél-falon keresztül fűrhatja magát. Az irodalomban 1866-tól mostanig két esetre akadtam, melyben a belátfűrődés magára az *ascaris*-ra volt visszavezethető. Legutóbb prosecturánkban fordult elő olyan átfűrődésos hashártyagyuladás, melyben az *ascaris* activ tevékenysége kétségtelenül, kézzelfoghatóan bizonyítható volt. A hasonló esetek nagy ritkasága mellett kivált ezért tartom a mienket közlésre érdemesnek.

A másik két eset rövid kivonatát a „Jahresbericht über die gesammte Medicin“-ből veszem át.

<sup>1</sup> *Lang*: Deutsch. Arch. f. klin. Med., LXXVIII.

<sup>2</sup> *Hemmeter*: Diseases of the intestines, Philadelphia, 1902.

<sup>3</sup> *Strauss*: Würzburger Abhandl. etc. Bd. I. H. 12.

<sup>4</sup> *Buch*: Zeitschrift f. diät. u. phys. Ther., 1903.

<sup>5</sup> *Herzen*: Ther. Monatshefte, 1901.

<sup>1</sup> *Strauss*: Deutsche Klinik, 1900.

<sup>2</sup> *Aldor*: Bpesti Orvosi Ujság, 1904. és Ztsch. f. diät. u. phys. Therapie 1904.

<sup>3</sup> *Glässner*: Deutsch. med. Woch., 1903.



Az első esetben<sup>1</sup> Marcus egy átfürödásos hashártyagyuladásban elhalt 12 éves leány hasürében 4–5 liter genyet s a bélkacsok közt három nagy ascarist, két elhaltat és egy még életjelt adót talált. A 6 mm. hosszú átfürödás a nyombél lehágó részében volt. A nyombél alsó részében még több ascaris; különben a bélben semmi egyéb rendellenesség. Perls az illető bélrészletet megvizsgálta s szerinte „azon semmiféle fekélyes vagy gyuladásos elváltozás nem volt látható, mely az átfürödést elősegítette volna, s az eset ennél fogva az ascaridophag bélátfürödés érvényes példájának tekinthető.“

A második esetet<sup>2</sup> Schröder C. észlelte Laparotomia közben egy petefészek- és kürtgyuladásban szenvedő 25 éves nőben, kitől természetes úton több ascaris távozott volt, a bélkacsok álhártyás összetapadása folytán képződött üregben egy 35 cm. hosszú s 3 cm. átmérőjű, csomóba csavarodott élő ascarist talált. Valemelyes nyílás a beleken szorgos vizsgálat ellenére sem volt megállapítható. A nő a műtét után meghalt. Bonezolásakor 25 cm.-nyire a Bauhin-billentyű felett az egész csípőbél falon áthatoló 5 mm. hosszú rés találtatott, melynek szélei egymáshoz simultak. A bél külső felülete az átfürödés táján érdes és meglehetősen vastag kötőszövetes felrakódásokkal bevont. A rés szélei már összetapadtaknak látszanak; közvetlenül felette egy nagy Kerkring-féle redő fekszik, mely azt „tetőcserép“ módjára befedi. Schröder úgy vélekedik, hogy a féreg fejével a redő alá szorult és a belet lassan, inkább pusztá nyomással, a hosszanti izomréteg nyálábjaik szétválasztása mellett átfürta. Igen valószínű, hogy már előzetesen összenövéses hashártyagyuladás fejlődött, mely a férget befogadó zárt üreg képzéséhez járult. A műtét közben az összetapadt átfürödési nyílás, bár az élőben észlelhető nem volt, az összenövések szétfejtése és a még fokozott peristaltikus mozgások folytán megnyílt. A kijutott béltartalom általános heveny hashártyagyuladásra vezetett s ez a nő halálát okozta. Hogy a féreg nem a műtét közben hagyta el a belet, a mellett az átfürödési rés széleinck minősége is (régi sima szélek) és ama körülmény szól, hogy a féreg össze volt csomósodva, ehhez pedig időre volt szüksége.

Saját esetünk előzményei röviden összefoglalva a következők: A beteget (M. Márkus 44 éves kisbirtokos) f. é. október 17.-én este hozták a kórházba. Bajának a kórházon kívüli lefolyására vonatkozó adatok csak hiányosan voltak beszerezhetők, mert a hozzátartozók nem adhattak kielégítő felvilágosítást és a súlyos állapotban lévő beteg csak annyit mondhatott el, hogy egy héttel előbb, október 10.-én, miden különös előzmény nélkül váratlan lepte meg baja. Betegségének későbbi idejében széke nem volt; csuklik, de nem hányt. Hasa a felvételnél kissé puffadt és nyomásra fájdalmas volt, kivált alsó felében, a hol a kopogtatási hang is tompult volt. A bal lágyéktájon az inguinális csatorna lefutásának megfelelőleg egy tyúktojásnyi, ép bőrrel fedett, tömött tapintatú duzzanat ült, melynek tartalma kisebb nyomással nem volt a hasüregebe visszatolható. Az ügyeletes orvos a fentiek alapján sérvkizáródásra gondolt és sérvmetszést végzett. A beteg előkészítése közben a duzzanat tartalma visszacsúszott a hasüregebe, úgy hogy a sérvtömlőben megnyitásokor csak kevés bűzös geny volt található. A mutatóujjnak a sérvkapun át a hasürbe vezetése után onnan sok bűzös geny ürült. A hasür alsó részének kimosása és a sérvmetszés megfelelő ellátása után további beavatkozás nem történt. A beteg másnap (18.-án) reggel meghalt.

A bonczjegyzőkönyv lényeges pontjai összevonva következők: A 176 cm. magas, elég izmos, mérsékelten táplált férfihulla hasa kissé puffadt s alul gyengén zöldesen elszínesedett. A bal lágyéktájon a Poupert-szalag felett egy harántujjnyira, azzal párhuzamosan egy 8 cm. hosszú, csomós varratokkal részben egyesített műteti seb húzódik, melynek felső végén egy 30 cm. hosszú, kisujj vastagságú drainső van a hasüregebe vezetve.

A kissé vastagabb nagy cseplész az összes vékonybeleket beborítja s részint azokhoz, részint a hasfalhoz szorosabban oda van tapadva. Leválasztásakor jobb és bal széle alul kevés vörhe-

nyes-szürke geny ömlik elő. Az egész cseplész kissé nedvszegény, belövelt s foltonként mállékony, halvány fakósárga, genyes rostonyával bevont. Bal alsó szeglete tyúktojásnyi tömött csomóvá forradt össze, mely a sérvkapuhoz feküdt. A nagy cseplész és a harántremese visszahajtása után az utóbbinak közepe táján, közvetlenül a nagy cseplész töve alatt egy kígyózó vonalban harántul elhelyezkedett 12 cm. hosszú, elhalt hím ascaris lumbricoides ötlük szembe. A féreg elemelése után helyén a harántremesén s részben a cseplész tövén annak feltűnően halvány lenyomata látszik, melyet kétoldalt vagy 2 mm.-nyire kiemelkedő, dúsan erezett, szederjes-vörös, sarjszövevényű sáncz határol. A féreg feji vége vagy 1 cm.-nyire az e helyen még szívós, eléggé áttűnő hashártya alá fűródött; de közvetlenül az aláknázott hely alatt is vagy 1 cm. széles, szívós hashártyalemezke csüng a féregokozta barázda alsó szélén. A kunkorodott farki vég a kissé megvastagodott vastagbélnek kétfüllérnyi fekélyszerű vájulatában fekszik, melynek szélén a hashártya vagy 3 mm.-nyire alávéjt. A harántremese alatt fekvő vékonybélkacson ugyancsak látszik a féreg lenyomata, de csak tökéletlenül s inkább a tulajdonképeni lenyomatnak megfelelő terjedelmű és alakú szívósabb rostonya-felrakódás jeizi.

Az összes vékonybélkacsok egy tömeggé tapadtak össze. Szabadon látható hashártyaborítékuk fényesített, belövelt, helyenként finoman szemés, vékony rostonya-lepedékkel bevont. A vékonybélkacsok általában elég könnyen választhatók szét, egy részük azonban szívósabb és vastagabb, a felületen akár 3–4 mm. széles sávoknak látszó rostonya-réteggel vannak összetapasztva s szétfejtésükhöz valamivel nagyobb erőt igényelnek, miközben kitűnik, hogy a szívósabb összetapadások mentén a bélkacsok és a bélfodor lemezei 1–2 ujj vastagságú, helyenként kissé elterült tályogcsatornákat fognak közre, melyeket sűrű, sárgás-szürke geny tölt ki s melyek falát mállékony, fakósárgás-szürke rostonyaréteg béleli. A bélfodor alsó része egy negyed fordulattal (vagy 90°-nyira) jobbra csavarodott, úgy hogy az ileum vége a medencében letapadt bélkacsok alól búvik elő. De a csavarodás a bélfodor egész szélességén oszlik meg és sem az alatta fekvő, sem a hozzátartozó és szomszédos többi bélkacson nyomás vagy megtörés, szürkés elszíneződés vagy elfakulás nem látható s a belek kifokú puffadtsága is valamennyi bélkacson egyenlő.

A has bal felében az összetapadt vékonybelek szétfejtésekor részben azok, részben a hasfal és a lehágó colon között elterülő, szenyves vörhenyes-szürke, hígabb genyes folyadékkal kitöltött tályogúr táru fel, mely a bélfodor lemezei közt kanyargó genyjáratokkal közlekedik. E tályogúr képzéséhez járuló egyik csípőbélkacson, mely a csípőtaraj felső széle magasságában fekszik, egy kb. 3 cm. széles, majdnem körülfutó, igen halvány palaszürke öv látszik, melyet a fodor tapadása mellett futó 6 mm. széles és ebből a szürkés sáv közepéig terjedő kisujj szélességű, egészen halvány sáv szakít meg. A szóban levő bélkacs valamivel szorosabban tapad a szomszédosához. Elemelésekor kitűnik, hogy a fodor tapadásával szemben, a szürkés sáv közepén egy majdnem babnagyságú, simaszélű nyílás van, melyen át a bél megfogásakor néhány szőlőhéjjal kevert borsólészerű, bűzös béltartalom ürül. A rés a hosszanti izomréteg rostjaival egyirányú; 14 mm. hosszú s akár 5 mm. széles. A hashártya megszakítása felfelé 10, lefelé 2–3 mm.-rel túlterjed a nyílás lekerekített szegletein. A rés felett a hashártyaszélek kissé alávéjtak s egy lencsényi gödröcskét fognak közre; a rés két oldalán, attól vagy másfél mm.-nyire húzódnak, az egyik felén alig láthatóan, a másikon kevésbé kifordultan. A rés alatt a szétvált hashártyaszélek majdnem összeérnek. A rés egyik szélén a nyálkahártya kissé kifordult, a másikon az izomréteg túlterjed rajta, vagyis a rés ferdén hatja át a bélfalat. A nyílás körül s részben a szomszédos bélkacsokon is a hashártyát szívós, szennyes, sárgásszürke, czafatos rostonyasávok borítják, melyek részben csak a hashártyával vonhatók le. A vékonybél nyálkahártyája az említett szürkés öv felett keskeny körkörös redőbe szedődött, mindenütt ép és halvány s csak az alatta levő laza kötőszövetnek és az izomrétegnek van némi szürkés színe. Az átfürödési rés szélét vagy 0.5 mm. széles, puha, fakószürke sáv övezi, ezen túl azonban elfakult terület nem látható; a szomszédos Peyer-plaque egészen lapos, halvány. Az át-

<sup>1</sup> Marcus E.: Durchbohrung des Darmes durch Spulwürmer. Deutsch. Arch. für. klin. Med. 29. kötet.

<sup>2</sup> Schröder C.: Perforation des Darms durch Ascaris lumbricoides. Inaug.-Diss. Halle 1887.



fúródás 240 cm.-nyire fekszik az ileoceecális billentyű felett. A bél e helyen 85 mm. belkerületű s a szürkés sáv egész terjedelmében is elég engedékeny és elég rugalmas. A vékonybelekben kevés, alul néhány szőlőbéljű és maggal kevert, híg, szürkésbarna, bűzös bennék. Falzatuk kissé bőnedvű, nyálkahártyájuk kevésbé duzzadt, zavaros, halvány. Az összes Peyer-plaqueok laposak, halványak. A fodormirigyek akár kisbabnyiak, halvány szürkésvörösek. A vastagbelek általában hasonlóak a vékonyakhoz. A többi szerv csak másodlagos elváltozásokat mutatott. A szív, a máj és a vesék zavarosan duzzadtak, a lép valamivel kisebb, fonnyadt volt.

Megjegyzendő, hogy az átfúrt bélkacs szürkés sávja a konserválásra használt formalinoldatban rövid idő alatt csaknem teljesen eltűnt s csak közvetlenül a rés mellett maradt két lencsényi, alkoholban némi vörhenyes árnyalatot felvevő folt. Mindez arra mutat, hogy ama elszíneződés a rés körül létrejött csekély vérbeszűrődésből és az ebből eredt vérfesték-beivódásból származott.

Az átfúródás részének mindkét szélét, valamint a féregle nyomatnak közepe táját és farki végét górcsövíleg is megvizsgáltam. Mivel a talált elváltozások csupán a szabad szemmel látottak megerősítéséhez járultak, azokat csak rövid vonásokban, a mennyire az eset sajátossága kívánja, sorolom fel. Az átfúródás közvetlen környezetében a nyálkahártya hámrétege levált, a bolyhok és a nyálkahártya reczés kötőszövege ellenben csak legfelületesebb rétegében mutat fakó, elmosódott festődést; különben csak fellazult s izzadmánysejtekkel mérsékelten beszűrődött. Az izomrétegek kissé visszahúzódtak, kivált a körkörös; esonkjukat a rés kifordult szélén fellazult és izzadmánysejtekkel bőven beszűrődött, részben már oda is forrt nyálkahártya- és nyálkahártyalatti kötőszövet teljesen befedi. Egy izzadmánysejtekkel kitöltött keskeny rés nagyobb darabon azonban még jelzi a szétválás felületét. A körkörös izomréteg végében az izomrostok legnagyobb részét tönkrementek s a kissé megszaporozott látszó kötőszövet hézagai részben üresek, részben izzadmánysejtek tartalmaznak. Az összes bélfalrétegek szétválásának széle meglehetősen éles s rajta fakó festődés vagy szétesés nyoma csak a legfelületesebb sejteken és rostokon látszik.

A felsoroltakon kívül egyéb frissebb vagy régibb kóros elváltozás jele a bélfalon nem található. A féregle nyomatnak metszetén a hashártya hámleple hiányzik. Kötőszöveti rétege akár másfél mm. vastag, sarjszövegszerűleg átalakult, a mennyiben finom kötőszöveti rostocskákra foszlott szét s hézagait igen sok dúspasmájú vándorsejt (polyblast), kevesebb nyiroksejtszerű és igen kevés többmagvú fehérvérsejt és fibroblast tölti ki. A vajúlat kiemelkedő széleiben sok, nagyobb részét rögösödött erecske fut. A vajúlat farki végén a hashártya hasonlóképp átalakult s az alatta levő zsirlebenszövetek közé terjedő, vagy 3 mm. széles rés által alávált.

A felsorolt adatok megfontolása azon meggyőződésre vezet, hogy a vékonybél átlukasztását és ennek következményeit a hasürben szabadon talált ascaris okozta. Az átfúródás egyéb eredésének felvételére 2 körülmény indíthatna. Az egyik a csípőből legelső kacsainak említett kífokú csavarodása, a másik, hogy az egyénnek bal lágyéksérve volt. A talált hasüri állapot és az átfúródás minősége azonban e körülmények közvetlen szereplését kizárja. Ilyen kífokú csavarodás hullában gyakran észlelhető, rendszerint minden számbavehető elváltozás nélkül. Jelen esetben is sem az elfordult bélfodron, sem a hozzátartozó bélkacsokon valamelyes, a csavarodásból származó elváltozás nem volt található. A hashártya lobos elváltozása és a kífokú puffadtság az általános hashártyagyuladással járt s az összesbeleken egyenlő mértékben volt meg. De meg az átfúrt bélkacs nem feküdt a megcsavarodott béltömeggel a medenezében, hanem jóval magasabban, a hasür bal felében, a csípőtaraj magasságában. Hogy az átfúródás létesülésében a lágyéksérven való esetleges kizáródás nem szerepelhetett, az az átfúrt bélkacs magas fekvésén kívül abból is kivüláglik, hogy a sérvtömlőt a beleillő csepleszcsonom egészen kitöltötte, továbbá, hogy sem az átfúrt bélkacson, sem a többin leszorítás, körülírt vagy körkörös elfakulás, vérbeszűrődés vagy egyéb elváltozás látható nem volt, és végül, hogy a betegnek sérvére vonatkozólag semmiféle panaszja nem volt. A féreg okozta átfúródásnak minden kétségét eloszlatja az átfúródás helye, minősége, az összes belek nyálka-

hártyájának épsége és kivált a féregnek a vastagbélben észlelt átfúró törekvésének és képességének kézzelfogható bizonyítéka.

A mi a bélfal átfúrásának módját illeti, Schröder magyarázatát nem tartom kielégítőnek s a féreg gyakorolta egyszerű nyomásnál nagyobb szerepet tulajdonítok a féreg furakodó mozgásainak. Esetünkben, mint az az átfúródás részének leírásából kitűnik, a nyálkahártya átlukasztása után a féreg a hashártya alatt az izomrétegben előbb hosszabb rést vájt s csak azután szakította át a hashártyát. Egészen meggyőző bizonyítéka a befurakodási képességnek a feltalálás helyén észlelt elváltozás. A féreg itt kisebb területen felszántotta a hashártyát s végül hegyes szögben fejét a hashártya alá fúrta. Ehhez a féregnek szakadatlan nyomása magában elegendő alig lehetett. Itt okvetlen szerepelt a szövetelemek erőszakos szétbontása is.

Hogy az ascaris belátfúró képességét csak oly ritkán nyilvánítja, annak az oka valószínűleg az, hogy akár a féreg, akár az egyén részéről valamilyen előmozdító körülménynek kell jelenlennie, a mi a férget a bélfalon való átfúródásra készíti. Esetünkben a féreg részéről semmi különös körülmény nem állapítható meg. Hogy egyedül volt (a hozzátartozók állítása szerint a betegről féreg nem távoztak) s társat keresett, az nem jöhet számba, mert különben gyakrabban fordulhatna elő az ascaridophag belátfúródás.

A mi az egyén állapotát illeti, a baloldali csepleszcsonom jöhetne mint elősegítő körülmény szóba. Könnyen elképzelhető ugyanis, hogy az esetleg erősebben a sérvtömlőben rekedt cseplesz hasüri része a valamely ok folytán teltebb vagy puffadtabb beleket valahol úgy nyomta össze, hogy bár a béltartalom a peristaltikus összehúzódnások alkalmával a nyomott helyen fennakadás nélkül juthatott tovább, a féreg ellenben szabad vándorlásában legalább időközönként gátolva volt és a béltartalomnak reánézve talán kedvezőtlen minősége mellett ez készítette a szokatlan furakodásra.

Az egyén béltartalmának megítélésekor tekintetbe vehető, hogy környezete állítása szerint megbetegedése idejében bort, mustot és pálinkát is ivott.

Esetünk az irodalomból felhozottaknak inkább másodikához hasonlít. Mindkettőben a féreg kijutása első sorban eltolt tályogfúrt okozott, csakhogy esetünkben a féreg azután, valószínűleg röviddel az átfúródás után, eredeti helyéről felkúszott a cseplesz tövéhez. A bélkacsok és a fodor lemezei közt húzódnó tályogcsatornákat, melyek az átfúródás helyén levő tályogfúrral közlekedtek s felfelé a nagy cseplesz tövéig voltak követhetők, a féreg útjának tartom. A féreg továvándorlásában széthordta a fertőző béltartalmat, mely első sorban annak nyomában körülírt súlyos genyes hashártyagyuladást okozott; a hashártya szomszédos területei épek lévén, az először megtámadottak részleges eltokolódása elég gyorsan létrejöhetett.

Abban mind a három eset megegyezik, hogy az átfúródás nyílása résalakú volt s a hosszanti izomréteg rostjainak irányával esett össze. Esetünk annál tanulságosabb, mert az ascaris szövetbontó képessége nemcsak a bél átfúrásában, hanem a feltalálása helyén észlelt hashártyasértésben is nyilvánult.

**Közlemény az I. sz. belorvostani klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr. ny. r. egyet. tanár.)**

### Periarteriitis nodosa.

Irta: *Benedict Henrik* dr., volt I. tanársegéd.

(Vége.)

A *periarteriitis nodosa* klinikája. A következőkben meg akarom kísérelni, hogy az összes eddigi esetek alapján a periarteriitis nodosa klinikai képét rögzítsem. Minthogy a periarteriitis elváltozások majd erősebben, majd gyengébben vannak kifejlődve, és majd az egyik, majd a másik szervben vergődnek túlsúlyra, maga a klinikai kép is felette változó.

Többnyire fiatalabb egyénekről van szó. A legfiatalabb 2½ hónapos fiú volt, a legidősebb 53 éves asszony. A 3., 4. és 5. évtized a legtöbb hajlamosságot mutatja. 21 beteg közül 15 férfi volt. Öröklékenység ki nem mutatható. A megbetegedés



rendesen olyan egyénekben jelentkeznek, kik azelőtt egészségesek voltak; leest kétszer vallottak be (*P. Meyer, Versé*); alapos gyanú *Schreiber* esetében forgott fenn. A betegek egyike tüdő- és bél-tuberculosisban szenvedett. Lábszárfelekéket kétszer találtak (*Zimmermann, Schreiber*). A mi esetünkben a trochauer alatt hideg tályog volt található. Némelyek azt említik, hogy hosszabb időn át rheumában szenvedtek. Rendesen azonban a folyamat egészen heveny módon kezdődött.

A láz is heveny, lobos megbetegedéssé bélyegzi a periarteriitis nodosát. Rendesen középmagasságú, de felszállhat a megbetegedés elején egészen 40°-ig (*P. Meyer, Zimmermann, Krzyzkowsky*), hogy később fokozatosan esökkenjen és az élet vége felé subnormális értékeket érjen el. *Veszprémi* és *Jancsó* esetében a láz minimális volt és csak a központi idegrendszer részéről támadt tünetekkel együtt emelkedett magasabb értékekre. Egészen láztalan lefolyást csak *Graf* észlelt. Ott, a hol a megbetegedés inkább chronikus lefolyású, a láz hónapokig hiányozhatik (*Veszprémi* és *Jancsó*, saját megfigyelésem). Rázóhidegek hiányoznak, könnyű borzongás előfordulhat. A nappali görbe többnyire szabálytalanul remittáló.

A betegek igen gyorsan mutatják az erőhianyatlás összes jeleit; súlyos anaemia áll be. A betegek könnyen izzadnak. Változó oedemák mutatkoznak az arcon és a lábakon, melyek a megbetegedés későbbi lefolyásában az erőművi hydrops törvényei szerint állandósulhatnak. A bőr és a nyálkahártyák kífokú icterusa az esetek felében van jelen, de nem szerepel a kezdeti tünetek közt. Észlelték petechiákat (*Zimmermann, Schreiber*) és urticariaszerű kiütést, kífokú vérzésekkel (*Veszprémi* és *Jancsó*). Bőralatti csonokcskák 5 esetben észlelték; borsó-, egészen megyorómeckoraszágúak voltak. Többnyire egyidejűleg keletkeznek néhány nap lefolyása alatt. Számuk 15 (*saját megfigyelés*) és 1 között (*Müller*) ingadozik; consistentiájuk puha és rugalmas a keletkezés idejében, később azonban mindinkább keményednek és kisebbednek és végre egészen el is tűnhetnek. Valóságos szakadási aneurysmáknak felelnek meg (*saját megfigyelés*), ritkán dissekáló aneurysmáknak (*saját megfigyelés*). Az első naptól kezdve jelentkeznek végtagfájdalmak, melyek az izmokban, de még gyakrabban az ízületekben támadnak. Többnyire sok ízület fájdalmas és kissé duzzadt, ritkábban egyetlen ízület, mint pl. a bal térdizület *Graf* megfigyelésében. Neurogen atrophia nélkül is az izomzat térfogata és tonusa gyakran csökken. Az izomzat fájdalmassága néha olyan erős, hogy a betegek a pusztá érintésre felkiáltanak és minden mozgást kerülnek. Mászor az izomzat nem érzékenyebb, mint egyéb fertőző, lázas megbetegedésekben (*Ferrari*). Jelentékeny fájdalmak közepette hirtelenül musculáris vérömlenyek keletkezésére kerülhet a sor (*saját megfigyelés*); mászor keletkezésük észrevétlenül történik (psoshaematoma, *Müller I.*).

Fontosak a vérkeringési szerveken található elváltozások. A bal kamara az eseteknek 1/3-ában túltengettnek és tágultnak mutatkozott. *Müller II.* a mitrális billentyű elégtelenségét említi; a mi esetünkben az aortabillentyű csekély elégtelensége állott fenn. Anorganikus zöréjeket itt-ott említenek. Minthogy majdnem valamennyi esetben a koszorúverőerek fő- és mellékágainak jelentékeny elváltozásait találták, a stenocardiás tünetek hiányán csodálkozhatunk, de a megbetegedés vége felé jelentkezhetnek az asthma cardialera emlékeztető rohamok és a halál hirtelen melltáji szorulások vagy dyspnoë közepette következhetik be. Hosszabb ideig tartó cardialis pangásos tüneteket észlelték *Versé* és *Müller II.*

A tapintható verőerek falzata csak az esetek csekély számában mutat elváltozást. Atheromatosis csak *Müller II.*, *Versé*, *Schreiber* esetében és saját esetünkben volt megállapítható. A verőérlökés többnyire kicsiny és szapora; a *Kussmaul* és *Maier* által hangoztatott különbség a hő- és érverésgörbe között néha megtalálható, de korántsem állandó. *Rosenblath* esetében eleinte bradycardia, *Müller I.* és *Freund* nál pulsus inaequalis et irregularis állott fenn. A vérnyomás alacsony; a mi esetünkben, melyben szívtúltengés és atheromatosis állott fenn, valamivel magasabbnak mutatkozott.

Minthogy a tüdőverőér ágai rendesen nem vesznek részt a kórfolyamatban, a tüdőtünetek csak bizonytalan természetűek. *Mönckeberg* nél, kinek esetében a tüdőverőér ágai meg voltak bete-

gedve, az egyik alsó tüdőlebeny előhaladó beszűremkedése volt konstatalható. *Müller II.* esetében ismeretlen okból haemoptoë állott fenn. Általános hurtot többször emlegetnek. A légzés rendesen gyorsult, a megbetegedés vége felé, a szívgyengeség beállásakor, dyspnoës. *Veszprémi* és *Jancsó*-nál az agyhártyákon támadt vérzések befolyása alatt *Cheyne-Stokes*-féle légzésfejlődött ki.

Az étvágy többnyire erősen csökkent. A nyelv szárazabb, kissé bevont. A sósavkiválasztás pozitív, tejsavreactio mellett egy esetben hiányzott. Igen gyakori tünet (8-szor egészen biztosan jelezve) a kólikaszerű gyomorfájdalom, mely nyomásra és táplálékfelvétellel fokozódik, bár nem oly kifejezett mértékben, mint a gyomorfekélynél. A fájdalmak legfőbb székhelye a közép-vonal, de gyakran húzódnak a jobb hypochondriumba és a hát felé sugároznak. A fájdalom többnyire rohamokban lép fel, melyek órákig és félnapokig tartanak és heveségükben epekókólikákra emlékeztetnek. Néha egyfolytában állhatnak fenn. Gyakran járnak fájdalmas hányással, de előfordul a hányás itt-ott fájdalom-rohamok nélkül is.

Az epigastrialis fájdalom nagy hevesége és gyakorisága azon körülményből magyarázható, hogy a gyomor verőerei, az arteria coeliaca többi ágával együtt, majdnem valamennyi esetben periarteriitises elváltozásokat mutatnak. Ugyanez áll a mesenterialis verőerekre és a bélfalzatban való elágazódásokra is. Ugyanazok a kólikák, mint az epigastriumban, jelentkezhetnek a köldök tájékán és a hypogastriumban is. Általános meteorismus majdnem sehol sincsen említve, gyakrabban az abdomen erős behúzódása. A hasmenések gyakoriak (hétszer különösen kiemelve); kétszer képezték a belső megbetegedés egyetlen jelét (*Rokitansky, Schreiber*). Itt-ott dysenteriaszerűeknek jeleztek, de vér közvetlen hozzákeveredéséről sehol sincs szó. Minthogy a bélverőerek thrombotizálása folytán a nyálkahártya nekrotizál és véresen bevődik, valószínű, hogy ilyen esetekben a vér kimutatása finomabb methodika segítségével sikerülne. *Mönckeberg* esetében az ürülék bőségesen tartalmaz nyálkát. Eldugulást kétszer emlegetnek. Egyszer az eldugulás hasmenéssel váltakozott. A nyálkahártya nekrosisa következtében a bél átjáródására és általános hashártyagyulladás keletkezésére kerülhet a sor, mely gyakran halálosan végződik (*Zimmermann, Versé*). Mindkét esetben a peritonitis az egyébként is gyengült betegen rohamos jelenségek nélkül folyt le, úgy hogy csak a boncoláskor vált felismerhetővé. Egy peritoneális vérzés (*Kahlden*) szintén szembevető klinikai tünetek nélkül folyt le.

A máj néha nagyobb, de rendes összeállítású. Kífokú icterus majdnem az esetek felében áll fenn. Az epehólyag sohasem tapintható, nyomásra nem fájdalmasabb, mint a környezete. A jobb-oldali részttáji fájdalom a többi abdominális fájdalommal együtt szokott fennállani. Esetünkben a széketétel 1—2 napig igen epefestenyszegény volt; a vizelet seholsem tartalmazott bilirubint. A lép kífokú megnagyobbodását *P. Meyer* és *Fletcher* észlelte.

A veseverőerek gyakori megbetegedése és a veseszövet másodlagos nekrosisa azt hozzák magukkal, hogy a vizelet majdnem állandó elváltozásokat mutat. Csak 4 esetben nem lehetett rendellenességet kimutatni; egy ízben találtak cukrot nyomokban, a többi esetben albuminuria állott fenn. A fehérje előfordulhat nyomokban, de felszállhat a mennyisége egészen 1/2 0/0-ig. A vér néha vegyileg, máskor csak göröcsövíleg, vörösvérsejtek vagy vércylinderek alakjában mutatható ki (*Ferrari, Müller II.*). Alakelemek (hyalin és szemcsés hengerek, veseepitheliumok) erősebb albuminuria jelenlétében sohasem hiányoznak. A vizelet mennyisége mérsékelten csökkent, anuria nem észleltetett. Az oedemák nem tartanak lépést a vesebeli elváltozások intenzitásával, a mint másrészt az uraemiás tünetcsoport kifejlődésére sem került a sor soha. A mint már említettük, a néha előforduló balszívhypertrophia talán a vese megbetegedésére vezethető vissza.

Az arteria spermatica megbetegedése gyakori, mindamelllett az ivarszervek részéről többnyire nincsenek tünetek. *Mönckeberg* esetében vérzés által feltételezett fájdalmas hereduzzanat állott fenn.

A vörösvérsejtek száma alkalmasint csökkent (esetünkben 2.850,000-t számoltunk), ellenben az összes eddigi vizsgálók leukocytosist találtak. *Graf*, kinek a leukocyták szaporodása a nem festett készítményben feltűnt, nem végzett fehérvérsejtszámlálást;



mi a heveny tünetek lefolyása után 12,600 leukocytát találtunk, *Mönckeberg* 24,000—28,000-t. *Florence Sabin* esetében, melyet azonban nem számítunk a biztos esetek közé, a fehérvérsejtek száma 50,000-re emelkedett. Qualitativ meghatározások eddig még nem történtek.

A környéki idegek részéről a tünetek egészen hiányozhatnak (8 eset), vagy csak szaggató végtagfájdalmakban találhatunk kifejezést, melyek ezenfelül az izomzat egyidejű részvétele miatt mint idegfájdalmak csak nehezen ismerhetők fel. Egy bizonyos környéki ideg csak egy ízben látszott bénulni (radialis-bénulás *Ferrari*-nál); sokkal gyakoribb az olyan tünetesoport, mely a diffus heveny polyneuritisre emlékeztet: petyhüdt atrophias bénulások fejlődnek ki, melyek azonban ritkán teljesek. Az izmok gyengébben reagálnak a villamos áramra, de nem adnak elfajulási reactiót (*Kussmaul* és *Maier*, *Freund*). Az izomzat és a bőroedemák gyakran megnehezítik ezen bénulásos állapotok megítélését. A mély reflexek gyengültek vagy hiányoznak.

A fájdalmak mellett paraesthesiák és ritkábban valódi bőranesthesiák fejlődnek ki, melyek a végtagok distális részein kifejezettebbek és melyek az összes érzési minőségekre vonatkoznak.

Ott, a hol a verőérmegbetegedés kivételesen az agyverőereket támadja meg, az agytünetek dominálhatják a kórképet. Egy nagyobb aneurysma lassan agynyomási tüneteket okozhat és egyetlen jól lokalizálható göcz benyomását keltheti, mint *Chvostek* és *Weichselbaum* esetében. *Veszprémi* és *Jancsó* esetében ellenben az agytünetek (szédülés, hányás, coma, központi hőemelkedés, bénulások) egészen hirtelen, a lágy agyburkok vérzése következtében támadtak. Eldöntetlenül kell maradni, vajjon a mi esetünkben keletkezett múlt hemiplegia vérzés vagy érelzáródás következménye volt-e. A féldoldali göcsrohamok, melyek *Freund* esetében az exitust megelőzték, úgy látszik tisztán functionális természetűek voltak.

A megbetegedés átlagos tartama 3 hónap, de vannak esetek, melyek, mint pl. *Krzyszkowsky* és *Schreiber*-éi, tíz napi megfigyelés után halálosan végződtek és másrészt olyanok, melyek hét hónapig, másfél esztendeig tartottak; sőt a mi betegünk most már több mint két év óta áll megfigyelés alatt. A rendkívül heveny lefolyású esetekben a halál letális szövődmény következtében (átfúródási hashártyalob: *Versé*, agyhártyavérömlenyek: *Veszprémi* és *Jancsó*) áll be; a normális lefolyásúak (*Kussmaul* és *Maier*, *P. Meyer*, *Rosenblath*, *Kahlden*, *Müller II.*, *Mönckeberg*) 2—3½ hónapig tartanak; a tünetek, ha nem is egyidejűleg, de mégis meglehetősen gyors egymásutánban támadnak s mihamarabb elerőtlenedésre vezetnek; a halál a szívgyengeség és a legnagyobb kimerülés jelei között áll be.

Egészen sajátosak azok az esetek, melyek hosszabb ideig elhúzódnak. Ezekben a baj idült recidiváló jellegéről lehet beszélni. A betegek hónapokon keresztül egészen jól érzik magukat és később ismét más szervek verőrendszerének megbetegedésébe esnek. Így pl. *Veszprémi* és *Jancsó* betege egy peliosis rheumatica szerű bajban szenved, mely 6 hét alatt lezajlik. A beteg a nyári hónapokat teljes egészségben tölti, hogy október havában az agyverőerek megbetegedésének áldozatul essék. *Müller I.* esetében a beteg először több hetes lázas ízületi rheumatismuson esik át és csak néhány hónappal később kezdődik a többi kórtünet; de a későbbi lefolyásban is egyszer feltűnő javulás mutatkozik. A mi esetünkben a heveny betegségi tünetek alig tartanak két hónappal tovább. Ekkor megszűnik a láz és kezdődik a reconvalescentia. Az erőbeli állapot mindinkább javul és a beteg egy évnél tovább, egészen a hemiparesis beálltaig, teljesen egészségesnek érzi magát.

Nincsen tehát kétség aziránt, hogy ideiglenes gyógyulás bekövetkezhetik. Ha a megbetegedés nem vezetett gyorsan életfontos szervek irreparabilis roncsolásához (bélperforatio, erős agyvérzés); ha nem támadta meg felette heveny módon az összes verőereket egyszerre; ha a verőerek gyuladása a külső burkok kötőszöveti újképződése, az intima másodlagos hyperplasiája és a thrombusok szervülése közben lezajlott; ha a vérkeringés az illető szervekben nem szenvedett állandó zavart: jogunk van gyógyulásról beszélni. Igaz, hogy a folyamat ezután egy másik szervben újra fellobbanhat, de kérdés, vajjon nem volt-e pl. a

mi esetünkben a gyógyulás teljes és vajjon az egy évvel később beállott hemiparesis nem a komplikáló arteriosclerosis következménye-e?

A *Schmorl* által töredékesen ismertett eset a klinikai szempontból annyira fontos kérdésre, vajjon a periarteriitis nodosa egyáltalában gyógyítható-e, bizonyos fényt vethetne. 3 évvel, miután a csomócskákban a periarteriitist kimutatták, akadtak a boncsoláskor a májban és a vesékben kis rostos góczokra, melyek a vérerekhez közeli vonatkozásban állottak. A gyógyíthatóság meg lévén állapítva, minden klinikus kötelessége lenne olyan homályosabb természetű heveny megbetegedésekben is, melyek könnyebb lefolyásúak és nem halálosak, a tárgyalt betegségekre gondolni. 11 éves klinikai tevékenységemben többször láttam kórképeket, melyek a nélkül, hogy a kórismét fel lehetett volna állítani, végre gyógyulással végződtek és melyek a kis verőerek diffus megbetegedéséből elég jól lettek volna magyarázhatók. Másrészt érdekes volna vizsgálatokat végezni az iránt, vajjon nem lehetne-e boncsolások alkalmával még gyakrabban a kiállott megbetegedés maradványait megtalálni?

\* \* \*

A klinikai kép sokoldalúsága mellett igen nagy azon megbetegedéseknek a száma, melyek a különböző kórisme szempontjából esetleg tekintetbe jöhetnek és melyek a periarteriitis nodosával összetéveszthetők. Csak azokat akarom kiemelni, melyek a meglevő esetekben tévedésre vezettek.

1. Általános fertőző megbetegedések. *Fletcher* esetében ingadozott a különböző kórisme typhus abdominalis és miliáris gümőkör között. *Mönckeberg* esetében pyaemiás megbetegedést vettek fel. Ezekben az esetekben magas, majd nem folytonos láz volt észlelhető. A typhust ma könnyebben lehetne kizárni, ellenben az — úgy látszik — állandó leukocytosis mellett a lappangó pyaemiával való összetévesztés felette közelfekvő. A dysenteria szintén gyakori téves diagnosis, mely kifejezett béltünetek mellett majdnem elkerülhetlennek látszik. De megjegyzendő, hogy a mi betegségünkben rendszeren az általános megbetegedésnek egy rövid periodusa szokta a dysenterias jelenségeket megelőzni.

2. Haemorrhagiás diathesisrel való összetévesztés (*Zimmermann*, *Veszprémi* és *Jancsó*). A kórkép a morbus maculosus Werlhofii éhez rendkívül hasonlatos: bőrvérzések, belső szervekben való vérzések, vérvelés, ízületi fájdalmak, gyomorkólikák, a betegség tartama és recidivákra való hajlama mindkét kórképre nézve közös tulajdonságok. Nem akarom említés nélkül hagyni, hogy a vizsgálóknak egy bizonyos csoportja szerint a morbus maculosus Werlhofii aetiologiájában szintén a kis és legkisebb verőerek bizonyos elváltozásai játszzák a főszerepet, melyek sok tekintetben a periarteriitis nodosában találtaknak az analogiáját képezik. *Von Kogerer* rendszeren kiterjedt endoarteriitist talált az összes falis rétegek megvastagodásával, hyalin degenerációkkal és részleges elzáródással, a lumen szűkülésével, az endoarteriitis burjánzásával. A verőérlumen thrombotizálása és a vérzés másodlagos jelenségek. *Von Kogerer* előtt *Riehl* hasonló elváltozásokat talált. *Leloir* egy „purpura par modification du sang“ mellett egy „purpura par modification des vaisseaux“-t különböztet meg. De megjegyzendő, hogy a bőrvérzések a mi megbetegedésünkben sohasem terjednek az egész testre, hogy a látható nyálkahártyák meg vannak kímélve és hogy a foghús elváltozásai nem fordulnak elő.

3. *Müller II.* esetében és *Versé* esetében a szívelégtelenség jelenségei olyan fokúak voltak, hogy a klinikai kórisme utánuk igazodott.

4. Jelentékeny diagnostikai nehézségeket okoznak azok az esetek, melyekben a végtagok fájdalmi és bénulási jelenségei domináltak. Összetévesztés történt trichinosisal (*Kussmaul* és *Maier*), polymyositis szel (*Rosenblath*), polyneuritis szel (*Freund-Lichthelm*). Tisztán klinikai diagnosis itt megközelítőleg sem lehetséges, ha, mint pl. *Rosenblath* esetében, a belső szervek részéről semmiféle tünet sincsen. A polyneuritisrel való összetévesztésnek esetleg a végtagoknak inkább diffus érzékenysége vehető elejét, mely legalább a mi esetünkben az antineuralgiás szerekre feltűnően rosszul reagált. A periphéria felé növekedő érzéstelenség és a diffus bénulásos tünetek mindkét megbetegedésre nézve



közösek lehetnek. Gyorsan beálló elfajulási reactio esetleg polyneuritis mellett, fájdalommal és bénulással egyidejűleg támadó oedemák periarteriitis nodosa mellett szólnának. De az utóbbi esetben viszont nehéz a dermatomyositis kizárása. A trichinosis-sal szemben való elhatárolás csak az izomzat görcsövi vizsgálata révén lehetséges.

5. Az agyverőereken való ritka localisatio esetén egy nagyobb aneurysma tumor cerebri vagy encephalitis felvételére vezethet (Chvostek-Weichselbaum). A periarteriitis nodosa gyanúja azokban az esetekben merülhet fel, melyekben fiatalabb, syphilisben nem szenvedő egyénekben, más belső tünetek jelenléte mellett, többékevésbé múló központi zavarok mutatkoznak. Ilyen múló zavar Müller I. esetében a jobb szem amaurosis, mely egy időre fel-tűnően javult, továbbá a mi esetünkben a hamar visszafejlődés-nek indult hemiplegia. Ezen ephemer központi zavaroknál néha az uraemia is szóba jöhetne, mely a gyakori nephritiszes vizelet-lelet mellett nem zárható ki könnyen.

\* \* \*

A megbetegedés homályos aetiologiája mellett biztos okszerű gyógyításról még nem lehet szó. Schmorl betege antilueses gyógykezelés mellett találta gyógyulását. Schreiber betege épen egy erélyes kenőkúra alatt a betegség hirtelen rosszabbodásának esett áldozatul. Saját betegünket illetőleg meg akarjuk jegyezni, hogy a javulás magától kezdődött és hogy a jodkalium-kezelés csak akkor vette kezdetét, midőn a reconvalescentia már javában folyt. Nem nyertem azt a benyomást, hogy a jod-kezelés a gyógyulás menetét lényegesen gyorsította volna. Minthogy azonban a megbetegedés lueses aetiologiája egyelőre biztonsággal ki nem zárható, ismét rendelnék jodot vagy higanyt, ha kedvező véletlen folytán a megbetegedést az élőben másodszer is felismerhetném.

Irodalom: 1. Baumgarten: Virchow's Archiv, 76. k. — 2. Benda: Verhandl. d. deutschen pathol. Gesellschaft, 1903. — 3. Chvostek u. Weichselbaum: Allgemeine medizinische Zeitung, 1886. — 4. Eppinger: Pathogenesis, Histogenesis und Aetiologie der Aneurysmen. Archiv f. klin. Chirurgie, 35. k. — 5. Ferrari: Ziegler's Beiträge, 34. k. — 6. Fletcher: Ziegler's Beiträge, 11. k. — 7. Freund: Deutsches Archiv f. klin. Med. 62. k. — 8. Graf: Ziegler's Beiträge, 19. k. — 9. Hasenfeld: Deutsches Archiv f. klin. Medizin, 59. k. — 10. v. Kahlden: Ziegler's Beiträge, 15. k. — 11. Kussmaul u. Maier: Deutsches Archiv f. klin. Med., 1. k. — 12. v. Kogerer: Zeitschr. f. klin. Med., 10. k. — 13. Krzyszkowsky: Ferrari nyomán citálva. — 14. Leloir: Ann. de Dermatologie et de Syphiligraph., 1884. — 15. Lewaschew: Virchow's Archiv, 92. k. — 16. Meyer P.: Virchow's Archiv, 1874. — 17. Müller: Festschrift z. Feier des 50jährigen Bestandes des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt. 1899. — 18. Mönckeberg: Ziegler's Beiträge, 37. k. — 19. Pertik: Orvosi Hetilap, 1905. 263. l. — 20. Rosenblath: Zeitschrift f. klin. Med. 1897. — 21. Riehl: Citálva Litten után. Nothnagel's Handbuch VIII. Die hämorrhagischen Diathesen. 350. l. — 22. Sabin: Bulletin of the Johns Hopkins Hospital. Baltimore, July 1901. — 23. Schmorl: Verhandl. d. deutschen pathol. Gesellschaft 1903. — 24. Schreiber: Über Polyarteriitis nodosa. Dissertation. Königsberg, 1904. — 25. Schrötter: Erkrankungen d. Gefäße. Nothnagel's Handbuch, 15. k., II. rész. — 26. Versé: Münchener mediz. Wochenschr., 1905. — 27. Veszprémi és Jancsó: Orvosi Hetilap, 1903. — 28. Wiesel: Zeitschrift f. Heilkunde. 27. k. — 29. Zimmermann: Wagner's Archiv d. Heilkunde, 1874.

**Törvényjavaslat az 1876 évi XIV. t.-cz. II. rész I. fejezetének („közegészségügyi szolgálat a községeknél”) módosításáról.**

(Előadói tervezet.)

## I.

*A község (város) közegészségügyi teendői.*

1. §. A község (város) végrehajtja a törvényeknek, minis-teri és törvényhatósági rendeleteknek és határozatoknak a közegészségre vonatkozó intézkedéseit. Ezenkívül: a) Gondoskodik a községi vagyontalan, a kórházi vagy gyógyintézeti ápolásban nem részesülő, vagy arra nem minősített, kórházakból és gyógyintézetekből elbocsátott, gyógyíthatatlan betegek és gyógyíthatatlanoknak nyilvánított, de nem veszélyes elmebetegek, továbbá a vagyontalan és ártalmatlan hüllyék, siketnémák, vakok, nyomorékok eltartásáról és orvosoltatásáról.

b) Felügyel a magánfelek által dajkaságba adottak, az állami gyermekmenhelyek által elhelyezettek, továbbá az elmeegógyintézetek kötelékébe tartozó, de családi ápolásba elhelyezett elmebetegek ápolására.

c) Gondoskodik a temetők létesítéséről, valamint — lehetőség szerint — a halottas házak felállításáról és intézkedik mindezek felügyelete iránt.

d) Gyakorolja választási jogát a törvények értelmében a községi egészségügyi személyzetet illetőleg.

2. §. A község (város) következő rendőri teendőket teljesít:

a) Örökdi a köztisztaság, a hússzemle, az áruba bocsátott tápszerek és italok, a közhasználatra szánt ivóvíz tisztaságának és ártalmatlanságának, továbbá a kutak, medenczék, víztartók, a vízvezetékek keillő fenn tartása és elrontásának megakadályozása, úgyszintén a halottkémi szolgálat és általában a helyi közegészségügyi teendők felett;

b) az előforduló hiányokat, kihágásokat a közegészségügyi ügyekben illetékes elsőfokú hatóságnak orvoslás, illetőleg megbüntetés végett bejelenti;

c) kihágás esetében lefoglalásokat tehet és a mennyiben törvény vagy más törvényes jogszabály szerint elkobzásnak van helye, ezt, ha az eset körülményei közegészségi szempontból úgy kívánják, végre is hajtja;

d) a község területén előforduló s az életet, vagy testi biztonságot és egészséget veszélyeztetett eseteknél, különösen hirtelen életveszélyeknél rögtön eljár.

E teendőket a nagy- és kisközségekben a bíró és a községi (kőr-) jegyző, rendezett tanácsú városokban a rendőrkapitány, törvényhatósági joggal felruházott városokban a rendőrkapitány-sági közegek, Budapesten pedig a kerületi elöljáróság végzi.

## II.

*A községi (kőr-) orvosok.*

3. §. Minden törvényhatósági joggal felruházott vagy rendezett tanácsú város, vármegyei székhelyül szolgáló nagyközség, továbbá minden község, melynek legalább 6000 lakosa van, külön községi (városi) orvost tartani köteles.

Ezen kötelezettség alul csak az a község menthető fel, mely e törvény életbeléptekor valamely betöltött közegészségi körbe van beosztva, ha kiválása folytán a többi községben a közegészségügyi szolgálatot nem lehetne — az illető községek túlságos megterhelése nélkül — czélszerűen rendezni.

4. §. A külön orvost tartó nagy- és kisközség több községi orvost alkalmazhat.

A vármegyei törvényhatósági bizottság javaslatára vagy meghallgatásával a belügyminister elrendelheti, hogy a község a szükséghez képest több községi orvost tartson akként, hogy legfeljebb minden 10,000 lakosra egy orvos essék.

Azokban a községekben, melyekben több községi orvosi állás van rendszeresítve, a közegészségügyi szolgálat egységes teljesítéseért felelős ügyvezető orvos feladatkörét, továbbá a többi községi orvos teendőit és az ügybeosztást községi szabályrendelet állapítja meg.

5. §. A 6000-nél kevesebb lakossal bíró községek közegészségi köröket alkotnak és együttesen körorvost tartanak.

Egyes ilyen községek azonban külön községi orvost alkalmazhatnak, illetőleg továbbra is tarthatnak, ha a körből való kilépésük a kör többi községeinek terhét túlságosan nem emeli, illetőleg ha már e törvény életbeléptekor külön községi orvost tartanak. Viszont egyes ilyen községek — ha az egészségügyi közigazgatás érdeke úgy kívánja — a szomszédos, külön községi orvost tartó községhez (városhoz) is csatolhatók.

Azon 6000-nél kevesebb lakossal bíró községnek, mely czélszerűen sem közegészségi körbe nem osztható, sem külön orvost tartó szomszédos községhez (városhoz) nem csatolható, a vármegyei törvényhatósági bizottság a belügyminister jóváhagyásával megengedheti, hogy a községben lakó vagyontalan betegek orvosi kezeltetéséről s ezzel kapcsolatban az orvos javadalmazásáról maga gondoskadjék. Az ilyen községekben a községi orvos egyéb hivatalos teendőit a járásorvos végzi.

A körök beosztásának, továbbá a közegészségi körbe czél-



szerűen be nem osztható községeknek a szomszédos, külön községi orvossal bíró községhez (városhoz) való csatolásának kérdésében — a községi képviselőtestületnek, a főszolgabíró, illetőleg a polgármester és a vármegyei tiszti főorvos meghallgatásával — a vármegyei törvényhatósági bizottság határoz.

Ugyancsak ez határoz abban a kérdésben is, vajjon a külön orvost tartásra kötelezett község továbbra is a közegészségi körben hagyható-e?

6. §. A községi (r. t. városi) orvosok és a körorvosok, továbbá a törvényhatósági joggal felruházott városok főorvosai és kerületi orvosai előzetes pályázat alapján élethossziglan alkalmazhatnák.

Törvényhatósági joggal felruházott városban a főorvost az egészségügyi bizottság meghallgatásával a főispán nevezi ki, a kerületi orvosokat pedig ugyancsak az egészségügyi bizottság meghallgatásával a városi törvényhatósági bizottság választja. A rendezett tanácsú városban és a külön községi orvost tartó községben a községi (városi) orvost a képviselőtestület választja. A körorvost a közegészségi kört alkotó községek képviselőtestületeinek kiküldöttjei és az alispán által esetleg kiküldött vármegyei bizottsági tagok együttes gyűlése választja.

A körorvost választó gyűlésbe minden község annyi képviselőtestületi tagot küld ki, a hányszor 50 K-val járul a körorvos fizetéséhez. A fizetéshez 50 K-nál kisebb összeggel járuló község egy választót küld. Ott, a hol a fizetéshez az állam is hozzájárul, a választógyűlésre az alispán a vármegyei bizottsági tagok közül annyit küld ki, a hány 50 K-val az állam a körorvosi fizetést pótolja. Az alispán első sorban az érdekelt közegészségi körben lakó vármegyei bizottsági tagokat köteles kiküldeni s csak másodsorban küldhet ki más bizottsági tagokat.

Ezen választógyűlés elnöke a főszolgabíró, a ki egyúttal a kijelölés jogát is gyakorolja. A választási eljárásra nézve az 1886:XXII. t.-cz. 77—81. §-ai irányadók.

Ha valamely közegészségi körbe nem osztott község vármegyei törvényhatósági határozattal (5. §.) külön községi orvost tartó szomszédos községhez (r. t. városhoz) csatolatik, ez esetben a csatolt község az orvos választásába nem folyik be.

A főispán azon intézkedése ellen, melylyel a törvényhatósági városi főorvost kinevezi, a m. kir. közigazgatási bírósághoz panasznak van helye. A községi (r. t. városi) orvos és a körorvos választása ellen a vármegyei törvényhatósági bizottsághoz felebbezésnek, ennek határozata, úgyszintén a városi törvényhatósági bizottságnak azon határozata ellen, melylyel a kerületi orvost megválasztja, a m. kir. közigazgatási bírósághoz panasznak van helye.

7. §. Községi (városi) illetőleg körorvossá csak az választható, a ki magyar állampolgár, az ország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevéllel bír s a főszolgabíró, illetőleg polgármester előtt igazolja, hogy a magyar nyelvet szóban és írásban bírja, s hogy azt a nyelvet is érti, a melyen az ő működési körében a lakosság túlnyomó része beszél.

8. §. A községi orvosnak a községben, a körorvosnak a körben kell laknia. Kivételesen azonban megengedhető, hogy a körorvos a kör tözsomszédóságában fekvő más községben lakjék.

Azt, hogy a körorvos a kör melyik községében lakjék, a közigazgatási bizottság állapítja meg. Az egyszer megállapított székhely csak kivételesen és közérdekből, vagy pedig üresedés esetén a pályázat kihirdetése előtt változtatható meg. A körön kívül való lakást csak kivételesen és közérdekből a kör községei többségének kérelmére s a belügyminister jóváhagyása mellett engedheti meg a közigazgatási bizottság.

A hol a körorvos e törvény életbeléptéig nem a körben lakott, lakása egy év alatt a körbe helyezendő át, hacsak kivételesen és közérdekből a közigazgatási bizottság a községek többségének kérelmére belügyministeri jóváhagyás mellett nem ad engedélyt arra, hogy a körön kívül lakjék.

9. §. A nagy- és kisközségi orvos fizetését a községi képviselőtestület állapítja meg, a körorvosét pedig — a községi képviselőtestületek, a főszolgabíró és a főorvos meghallgatásával — a vármegyei törvényhatósági bizottság.

10. Az egy orvost tartó nagy- és kisközségekben alkal-

mazott községi orvos és a körorvos évi fizetése 1600 K-nál kevesebb nem lehet.

Azokban a nagy- és kisközségekben, melyekben több községi orvosi állás van rendszeresítve (4. §.), az ügyvezető orvos évi fizetése 1600 K-nál, a többi községi orvos évi fizetése pedig 1200 K-nál kevesebb nem lehet.

11. §. (Megállapítja azt az arányos összeget, melylyel a külön községi orvost tartó nagy- és kisközség a községi orvos fizetéséhez hozzájárulni köteles.)

12. (Megállapítja azt az arányos összeget, melylyel a kör községei együttesen a körorvos fizetéséhez hozzájárulni kötelesek.)

13. §. (Intézkedik arról, hogy a szükséghez képest a községi (kör-) orvosok fizetését a 10 §-ban meghatározott összegig az állam egészítse ki.)

14. §. (Annak a hányadnak megállapítása iránt intézkedik, a melylyel az egyes községek a körorvos fizetéséhez külön-külön hozzájárulni kötelesek.)

15. §. A községi (kör-) orvosnak e minőségben egyfolytában eltöltött szolgálata után az állam öt évenként 100 K, a nyugdíjba be nem számítható, korpótlékot ad, mely 400 koronáig emelkedhetik.

A korpótlék összegének megállapításánál az e törvény életbelépését megelőző szolgálat is számításba esik.

Korpótlékban nem részesülnek azok az orvosok, a kiknek fizetése eléri vagy meghaladja az e törvény 10. §-ában megállapított legkisebb községi (kör-) orvosi fizetésnek és a megfelelő időre eső korpótléknak együttes összegét.

Azok a községi (kör-) orvosok, kiknek fizetése a legkisebb községi (kör-) orvosi fizetést meghaladja ugyan, de nem éri el ennek és a megfelelő időre eső korpótléknak együttes összegét, korpótlékra a különbözet erejéig tarthatnak igényt.

16. §. Felhatalmaztatik a belügyminister, hogy ott, a hol fizetéséből és esetleges korpótlékából a körorvos megfelelően megélni nem képes, a közigazgatási bizottság előterjesztése alapján az államkincstár terhére nyugdíjba be nem számítható helyi pótlékot engedélyezhessen.

A helyi pótlék 1200 koronánál több nem lehet.

17. §. A községi és körorvosi fizetéseknek kiegészítéséhez szükséges államsegély a kor- és helyi pótlékokkal együtt 1908 évtől kezdve a belügyi tárcza költségvetésébe állíttatik be, s ezt a belügyminister egy összegben boesátja a vármegyék rendelkezésére.

18. §. A fizetésen felül a községi és a körben lakó orvosnak lakáspénz jár, melynek összegét a községi képviselőtestületek meghallgatásával a vármegyei törvényhatósági bizottság állapítja meg.

Ott, a hol a körorvos számára az alispán megállapítása szerint megfelelő lakás nem kapható, a törvényhatósági bizottság a községeket természetbeni lakás előállítására kötelezheti.

A lakáspénz, illetőleg a természetbeni lakás előállítási költségeinek felét a székhelyül szolgáló község, másik felét a közegészségi kör többi községei együttesen fizetik.

Azt, hogy a lakáspénz, illetőleg a természetbeni lakás előállítási költségeinek feléhez az illető községek mennyivel járuljanak, a képviselőtestületek, a főszolgabíró és a főorvos meghallgatásával a közigazgatási bizottság állapítja meg. A közigazgatási bizottság határozata ellen a m. kir. közigazgatási bírósághoz panasznak van helye.

19. §. A vármegyei közigazgatási bizottság — tekintettel a helyi viszonyokra — megállapítja azt az időközt, melyen belül a körorvos a kör községeiben és az azokhoz tartozó pusztákon megjelenni köteles.

A szükséghez képest a vármegyei közigazgatási bizottság meghatározza a község által adandó rendelőhelyiségeket, továbbá azokat a napokat is, melyeken a körorvos a szomszédos községekből könnyen elérhető községekben rendelőt tartani köteles.

A rendelési napokról a közönséget megfelelően értesíteni kell.

20. §. A községi (kör-) orvosokat lakhelyük belterületéről két kilométernél távolabb fekvő helyeken, tehát a községhez tartozó pusztákon végzett működésük alkalmával is fuvar, illetőleg fuvardíj illeti meg.



A természetben kiszolgáltatandó vagy megváltandó fuvar a községeket terheli:

- a) a 19. §-ban megállapított időszakos látogatások és rendezések teljesítése;
- b) a székhelyen kívül, tehát a pusztákon is teljesített általános közegészségügyi szolgálat végzése;
- c) vagyontalan betegek látogatása és gyógyítása;
- d) védhímlőoltás és újraoltás végzése alkalmával.

Egyéb esetekben a fuvar az orvost igénybe vevő felet terheli.

A fuvar költségek megtérítéséül a (községi) körorvos úti átalányban részesíthető.

A székhelyül szolgáló község azonban az úti átalányhoz való hozzájárulással meg nem terhelhető, kivéve, ha hozzá két kilométernél távolabb eső puszták is tartoznak.

A községeket terhelő fuvar természetbeni szolgáltatásának módjait, a fuvardíjak, illetőleg az úti átalány mértékét a községi képviselőtestületek, a főszolgabíró és a főorvos meghallgatása mellett, szabályrendeletileg a vármegyei törvényhatósági bizottság állapítja meg.

21. §. A községi (kör-) orvos rendelési és beteglátogatási díjait a lakosság vagyoni viszonyaira való tekintettel a vármegyei törvényhatósági bizottság a községi képviselőtestületek meghallgatásával, szabályrendeletileg állapítja meg. A beteglátogatás díja nappal egy koronánál, éjjel két koronánál kevesebb nem lehet.

Ugyancsak szabályrendeletekben megállapítandó és pedig kilométerenként fillérekben az utazással járó idővesztés kárpótlásául szolgáló távolsági díj is, mely a körorvost a következő esetekben illeti meg:

a) Ha a beteglátogatási díjak a kör minden községére nézve azonos összegben állapították meg, az orvost igénybevevő nem vagyontalan fél részéről.

Ily esetekben a 7 éven aluli gyermekek gyógyításánál úgy a látogatási, mint a távolsági díjnak csak felét követelheti a körorvos.

Ha a beteglátogatási díjak községenként külön-külön s már tekintettel a látogatással járó idővesztésre is, állapították meg, távolsági díj nem jár.

b) Ha a hatóságnál bejelentett heveny fertőző betegségek elterjedésének megakadályozása, az elrendelt óvintézkedések ellenőrzése céljából a hatóság a fertőzött községek gyakoribb látogatását elrendelte, a fuvar- és a távolsági díjat a járásorvos és főszolgabíró által láttaozott úti számla s ahhoz mellékelte működési napló alapján az államkincstár fizeti.

Ily esetekben azonban a fertőző betegségben szenvedők látogatásáért, a nekik való rendelésért és az óvintézkedések ellenőrzéséért semmiféle díj fel nem számítható.

A távolsági díj fel nem számítható a 19. §. rendelkezése szerint megállapított időszakos látogatások, az általános közegészségügyi szolgálat végzése, a vagyontalan betegek látogatása, a védhímlőoltás s újraoltás végzése alkalmával.

22. §. A községi (kör-) orvos községének illetőleg körének helyi közegészségi, némely orvosrendőri s orvostörvényszéki ügyeit végzi.

Hivatalos teendői különösen a következők:

1. Gyógykezelési a község (kör) lakosait s ellátja a szülőknek szülési segélyvel, még pedig a szegényeket ingyen, a vagyonosokat a szabályrendeletileg megállapított látogatási és rendelési díjakért.

A trachomásokat, venereás betegségben szenvedőket és bujácórosokat tekintet nélkül mindezek vagyoni viszonyaira ingyen gyógykezelési.

2. Megfigyeli mindazon mozzanatokot, melyek a község (kör) közegészségi viszonyaira befolyással vannak s a tapasztalt hiányok elhárítására javaslatot tesz úgy a községi előljáróságnak, mint az elsőfokú közegészségügyi hatóságnak.

3. Végzi községében (körében) a hímlőoltást, az újraoltást s ha elrendeltetik, a felnőttek kényszeroltását.

4. Teljesíti székhelyén és a székhelyéhez tartozó pusztákon, a mennyiben a székhelyen külön orvos halottkém nincs, a halottvizsgálatot a közigazgatási bizottság által megállapítandó díj mellett

s a köréhez tartozó többi községben a halottvizsgálatot teljesítő egyének eljárására felügyel. Azt, hogy a körorvos székhelyéhez közel eső községekben teljesítse-e a halottvizsgálatot s mily díjak mellett, esetről esetre a közigazgatási bizottság állapítja meg. Lajstromot vezet a halottvizsgálatról, a halottvizsgálati bizonyítványokat beszolgáltatja a községi előljáróságnak.

A körorvos nyilvántartja a községek halottkémeit.

5. Felügyel a községben (körében) levő elhagyott gyermekekre, a dajkaságba adottakra, a község ápolás alatt levő s az elmeegógyintézetek által családi ápolásba kiadott elmebetegekre, a hülyékre, siketnémákra, vakokra és nyomorékokra. Mindezekről nyilvántartást vezet.

6. Ellenőrzi az élelmi és élvezeti cikkek, italokat s az ezek elárúsítására szolgáló edényeket.

7. Ellenőrzi közegészségügyi szempontból a vágóhidakat és a mészárszékeket. Állatorvos és vágóbiztos hiányában teljesíti székhelyén a hússzemlét.

8. Felügyel a kutak, vízszolgáltató művek és források, általában az ivóvíz s a gyógyvizek tiszta és ártalmatlan voltának megőrzésére.

9. Felügyel a község (kör) területén működő s általa nyilvántartott bábák eljárására.

10. Közreműködik az életmentési eljárásnál.

11. Közreműködik — a járásorvos akadályoztatása esetén — orvosrendőri hullavizsgálatoknál és hullaboncolásoknál.

12. Teljesíti a bíróság felhívására s a meghatározott díjakért az orvostörvényszéki teendőket, ide értve a hullaboncolásokat is.

13. Előadó a székhelyén levő községi közegészségügyi bizottságban.

14. Havonként egészségügyi jelentést tesz a járásorvosnak.

15. Eljár mindazon ügyekben, melyeket a törvények és más törvényes jogszabályok reá biznak.

23. §. A községi (kör-) orvos a községi előljáróság (előljáróságok) tagja s reá a községi törvény rendelkezései mértékadók.

Fegyelmi ügyeiben azonban a fegyelmi ítélet meghozatala előtt a megfelelő szakközeg (járásorvos, vármegyei tiszti főorvos) véleményét meg kell hallgatni.

24. §. A községi (kör-) orvos más, állandó fizetéssel járó állást, a hivatali területén belül fekvő betegségélyező pénztár orvosi állását kivéve, csak a közigazgatási bizottság engedélyével viselhet.

25. §. A községi (kör-) orvosnak évenként 3 heti szabadságra van igénye, melyet a járásorvos meghallgatásával a főszolgabíró engedélyez.

Ezen szabadságidő tartamára, úgyszintén akkor is, a midőn magánügyei miatt a községből (körből) távol lenni kénytelen, a megfelelő helyettesítésről a községi (kör-) orvos maga köteles gondoskodni. A községi (kör-) orvos szabadságidejét csak akkor kezdheti meg, ha a főszolgabíró az előzetesen bejelentett helyettes személye ellen kifogást nem tesz.

Az állás megüresedése vagy a községi (kör-) orvos betege sége esetén a helyettesítés módjait, a helyettes orvos illetményeit és ezeknek fedezeti alapját a törvényhatósági bizottság szabályrendeletileg állapítja meg.

Igazolt betegség esetén a helyettesítés költségei a községi (kör-) orvost nem terhelhetik.

26. §. A belügyminister utasítatik, hogy ezen törvény életbelépte után egy év alatt a községi (kör-) orvosok számára országos nyugdíjintézet létesítéséről gondoskodjék, s erről az országgyűlésnek jelentést tegyen.

Addig, míg az országos nyugdíjintézet létesítetik, azon községi (kör-) orvosok özvegyei és árvái, kik hivatásos eljárásuk közben szerzett fertőző betegség folytán életüket veszítették, tekintet nélkül az elhunyt szolgálati éveire, olyan elbánásban részesülnek, mint azon állami tisztviselők özvegyei és árvái, a kiknek férjeik, illetőleg atyjuk 2000 K fizetést élveztek. Ha azonban az elhalt községi (kör-) orvos fizetése 2000 K-nál több volt, az özvegyi nyugdíj, részeltetés és nevelési járulék megállapítása a tényleg élvezett beszámítható javadalmazás alapján történik. Az özvegyi nyugdíj, részeltetés és nevelési járulék az államkincstárt terheli.



## III.

*A községi bábák.*

27. §. Minden község szakképzett bábát köteles tartani.

Minden nagyközség és minden olyan kisközség, melynek legalább 1000 lakosa van, okleveles bábát köteles alkalmazni. Az ennél kisebb községek, a mennyiben okleveles bábát tartani nem akarnak, kötelesek a belügyminister által fenntartott bábatanfolyamokon kiképzett „főorvosi képesítéssel bíró” bábákat alkalmazni.

Két, egymás közvetlen közelében levő, vagy egymástól legfeljebb két kilométerre eső kisebb község közösen is tarthat okleveles bábát.

Népesebb községek lakosságuk számának arányában több községi baba tartására vagy arra is kötelezhetők, hogy a szegény szülők bábái segedelméről a magánbábák díjazása útján gondoskodják. Erre nézve a vármegyei szabályrendelet intézkedik.

Ha a község bábátartási kötelezettségének nem tesz eleget, a községi bábát a község terhére az alispán rendeli ki. Az így kirendelt baba megbízatása addig tart, a míg a község megfelelő bábát nem alkalmaz.

28. §. Községi bábának csak az választható, a ki magyar állampolgár, a 27. §-ban előírt képesítések egyikével bíró és erkölcsileg kifogástalan.

29. §. A községi bábát külön orvossal bíró községben a közegészségügyi bizottság, más községben az előljáróság meghallgatásával a községi képviselőtestület választja.

30. §. A községi bábát a község fizeti. Évi járandóságát, mely nagyközségben 150, legalább 1000 lakossal bíró kisközségben 100 és ennél kisebb községben 50 koronánál kevesebb nem lehet, a vármegyei törvényhatósági bizottság jóváhagyásával a községi képviselőtestület állapítja meg.

Ha a községi képviselőtestület a baba fizetését megállapítani vonakodnék, ezt a község terhére a vármegyei törvényhatósági bizottság határozza meg.

31. §. A községi bábának kötelessége a községbeni vagyonaltalan szülőknek ingyen, a vagyonosoknak pedig a községi képviselőtestület által a vármegyei közgyűlés jóváhagyásával megszabott díj mellett segínyt nyújtani.

Pusztával bíró községekben a pusztára való fuvar és távollásdíj ugyancsak a községi képviselőtestület által a vármegyei közgyűlés jóváhagyásával állapítandó meg.

32. §. A községi baba fegyelmi tekintetben a községi előljárókra (segéd- és kezelőszemélyzetre) vonatkozó szabályok alá esik.

33. §. A belügyminister felhatalmaztatik, hogy a községi bábákat ismétlő tanfolyamok hallgatására kötelezhessen.

## IV.

*A községi közegészségügyi bizottság.*

34. §. Oly községekben, melyeknek külön orvosuk van, közegészségügyi bizottság alakítandó. Más községekben e bizottság feladatát a községi előljáróság teljesíti.

A községi közegészségügyi bizottság tagjai: a község orvosa (orvosai), a község állatorvosa, a gyógyszerész (illetőleg a községi képviselőtestület által kijelölt gyógyszerész), a lelkészek, jegyzők, tanítók s végül a községi képviselőtestület által választott legalább három községi lakos.

Oly községben, a hol felekezeti népiskolák vannak, ezek mindenikéből egy tanítót, a hol pedig több tanítóval bíró iskola van, ezek közül legfeljebb két tanítót a tanítótestület választ a közegészségügyi bizottságba.

Elnökét a bizottság saját kebeléből választja.

35. §. A községi közegészségügyi bizottság véleményező és indítványozó testület, mely közvetlenül csak az illető község előljáróságával (tanácsával) érintkezik.

36. §. A községi közegészségügyi bizottság hatásköre a következő:

a) véleményt ad a községi előljáróság (tanács) által hozzá intézett egészségügyi kérdésekben;

b) előterjesztést tesz a helyi közegészséget, a köztisztaságot,

a himlőoltást, a halottkémlési szolgálatot, a húsvizsgálatot, a tápszerek és az italok vizsgálatát illető rendszabályok fogantatását, nemkülönben a községi vagyontalan, a kórházi, vagy gyógyintézetben nem részesülő, vagy arra nem minősített, a kórházakból és gyógyintézetekből elbocsátott gyógyíthatatlan betegek és gyógyíthatatlannak nyilvánított, de nem veszélyes elmebetegek, az elmeigógyintézetek kötelékébe tartozó, de családi ápolásba elhelyezett elmebetegek, továbbá a vagyontalan, ártalmatlan hülyék, siketnémák, vakok, nyomorékok, a magánfelek által dajkaságba adottak, az állami gyermekmenhelyek által elhelyezettek nyilvántartása, felügyelete és esetleg orvosoltatása körül észlelt hiányok iránt;

c) véleményt nyilvánít a községi és községkórházi orvosi és szülészeti állások betöltésénél.

37. A községi közegészségügyi bizottság veszélyes járvány idejében helyi járvány-bizottsággá alakul, a szükséges óvrendszabályok végrehajtásánál közreműködik s a főszolgabíró elnöke alatt saját hatáskörében intézkedik is.

Ily járványok idejében oly községekben is, melyekben közegészségügyi bizottság nincs, járvány-bizottságok alakítandók.

Az ilyen községekben a járvány-bizottságot a főszolgabíró úgy alakítja, hogy abban a körorvos, állatorvos, a gyógyszerész, a lelkész (lelkészek), a tanító (tanítók) és a község lakosai közül néhány egyén helyet foglaljon.

## V.

*Felebbvitel. Záróhatározatok.*

38. §. A mennyiben e törvény másképp nem rendelkezik, a községi képviselőtestület határozata ellen a vármegyei törvényhatósági bizottsághoz, ennek határozata ellen, úgyszintén a közigazgatási bizottság határozata ellen is, a belügyministerhez felebbvitelnek van helye.

39. §. Az 1876. évi XIV. t.-cz. 139—152. §-ai s általában a törvényeknek a jelen törvénnyel ellenkező rendelkezései hatályon kívül helyeztetnek.

40. §. E törvény 1908. évi január hó 1.-én lép életbe. Végrehajtásával a belügyminister és a pénzügyminister bizatnak meg.

**A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat közgyűlése.**

A Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat e hó 20.-án tartotta rendes évi közgyűlését, a melyet a társulat elnöke, *Tóth Lajos* dr. min. tanácsos a következő beszéddel nyitott meg:

„Mélyen tisztelt közgyűlés!

Midőn először van szerencsém a mélyen tisztelt közgyűlés előtt a Magyar Orvosi Könyvkiadó-Társulat egy évi működéséről az elnöki székéből beszámolni, első kötelességemnek tartom, hogy a mélyen tisztelt közgyűlés előtt azon megtisztelő bizalomért, mellyel a múlt évben az elnöki tisztet reám ruházní méltóztattak, őszinte, hálás köszönetet mondjak.

Midőn a múlt évi közgyűlés bizalma a társulat elnökségével megtisztelt, sokáig kételkedtem, hogy vajjon én, a ki sem tanári állást nem foglalkozok el, sem pedig az orvosi irodalomban tevékeny részt nem veszek, s kinek a Társulat érdekében kifejtendő munkásságomat egy nagy tekintélyes orvosi szaklap szerkesztésége nem támogatja, miként elődeimet, képes leszek-e minden törekvésem és jó szándékom mellett a Társulat érdekében sikeres tevékenységet kifejtteni.

Ezen aggályaimat két körülmény oszlatta el. Egyrészt az, hogy ennek a Társulatnak célját és rendeltetését a Társulat megalapítói már olyan világosan és szabatosan kijelölték, hogy azon az úton csak tovább haladni kell abban a szellemben, a mely őket törekvésükben vezette, ezt a szellemet pedig én, mint Társulatunk alapítójának, boldogult Markusovszky Lajosnak számos éven át munkatársa és tanítványa, behatóan megismerni és méltányolni szerencsés voltam,

A másik körülmény, mely habozásomat legyőzte, az a tudat volt, hogy a mélyen tisztelt igazgató tanácsban olyan munkatársak támogatását bírom, a kik az én fogyatékságomat kiváló tanári és írói tevékenységük által minden tekintetben pótolni hivatvák.

Fogadják még egyszer őszinte, hálás köszönetemet!



Nem térhetek át Társulatunk múlt évi működésének ismertetésére és azon törekvések vázolására, a melyek az igazgatótanácsot ezen ciklus tartama alatt Társulatunk működésében irányítani fogják, valamint azon feladatok megismertetésére, a melyeknek megoldását Társulatunk maga elé tűzte, a nélkül, hogy mélyen tisztelt elődömnök, Högyes Endrének elhunytáról és a Társulatunkat ezzel ért súlyos veszteségről meg ne emlékezzenek. Nem lehet czélom e helyről Högyes tanárnak a magyar orvosi tudomány és a magyar orvosi oktatás terén kifejtett érdemeit méltányolni, ez más hivatottabbak feladatát képezi; nem mulasztatom el azonban, hogy mint ezen Társulat elmöki székében utóda, a „Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat“ érdekében kifejtett önzetlen és buzgó, 10 évet meghaladó sikeres tevékenységéért hálás köszönetünknek és őszinte elismerésünknek kifejezést ne adjak.

Áttérve Társulatunk helyzetének és működésének ismertetésére, megnyugvással jelenthetem ki, hogy az igazgatótanács minden tőle telhetőt megtett, hogy Társulatunk a maga elé kitűzött feladatot minél sikeresebben megoldja és a Társulat tagjainak érdekeit minél jobban kielégítse.

Ha ezt az igazgatótanács az 1906. év folyamán talán olyan mérvben, a mint óhajtotta volna, nem érte még el, ezt részben a Társulat anyagi helyzetére való tekintet is okozta.

A mult cyklusban ugyanis részint az Orvosi Archivum nagyobb terjedelme, részint Lejars „Sürgös sebészeti műtétek“ című munkájának kiadása a Társulat jövedelmeit fokozott mértékben vette igénybe, úgy, hogy a Társulat anyagi helyzetében a bevételek és a kiadások közötti egyensúly szigorú helyreállítása és e mellett az alaptőkének az alapszabályok értelmében elrendelt évenkénti gyarapításának pontos teljesítése az igazgató tanácsot a tagok érdekeinek minél bőkezűbb kielégítésében korlátozta. Hogy az igazgatótanács a tagok igényeit, a kiknek legnagyobb része a gyakorló orvosok köréből sorakozik, minél jobban és minél inkább az orvosi gyakorlat czéljait szolgáló munkák kiadásával elégíthesse ki, az Orvosi Archivum szerkesztőségével olyan megegyezésre lépett, hogy addig, a míg a Magyar Tudományos Akadémia a Társulatot az eddig felajánlott évi 2000 korona segélylyel támogatja, a Társulat a Magyar Orvosi Archivumot évi 3000 korona subventioban részesíti, ezen összeg fizetésére kötelezettséget azonban egyelőre csak az 1907. évre vállal. Ez által megszabott korlátok közé szorított az a kiadás, a mely a Társulatra a szóban forgó folyóirat kiadásának költségeiből hárult, és mely az elmúlt évben az 5000 K-t is meghaladta.

A mi a jelen cyklusban kiadandó munkákat illeti — eltekintve a folyó évben szétosztásra kerülő és a titkár által bővebben ismerttetendő könyvilletménytől —, tervbe van véve Grósz Emil és Hoor Károly egyetemi tanár urak szerkesztése alatt több jeles szakember közreműködése mellett megirandó szemészeti kézikönyvnek kiadása. A szóban forgó, két kötetre terjedő munka első kötete alkalmasint már 1908-ban megjelenik. Igéretét bírja továbbá az igazgatótanács Tauffer Vilmos tanár úrnak egy nagyobb terjedelmű, szintén több szakember közreműködésével készíttendő nőorvostan megírására. Előkészület alatt áll egy új törvényszéki orvostan kiadása, melynek megírására Ajtai tanár úr volt szíves — Minich egyetemi magántanár és törvényszéki orvos úr közreműködése mellett — vállalkozni. Gondoskodni fog még az igazgatótanács egy nagy szükségét pótló fülorvostan megírásáról vagy lefordításáról. Végül a fertőző betegségek elleni védekezésre különös tekintettel levő bakteriológiának kiadásáról is.

Mindezen munkák hiánytpótlók lesznek a magyar orvosi irodalomban és kiválóképpen a gyakorlóorvosok igényeit kívánják szolgálni.

Az igazgatótanács tehát minden erejéből azon lesz, hogy a tagok igényeit minél teljesebben kielégítse és hogy a tagokat olyan könyvek birtokába juttassa, a melyek a tudományával haladni kívánó gyakorló orvosra valóban nélkülözhetetlenek és a melyeknek értéke jóval felülmúlja a fizetendő tagsági összeg ellenértékét. Ezen szolgáltatásra azonban a Társulat csak akkor képes, ha az ország orvosainak hathatós támogatásában részesül, mert minél inkább nő a tagok száma, annál nagyobb összeg fordítható a kiadványokra és annál nagyobb előny származhatik az egyesekre.

Noha a Társulat tagjainak a száma a jelen cyklusban

emelkedett, még mindig távol áll attól, hogy a magyar orvosok összességét vagy csak túlnyomó részét tagjai sorában tisztelhetné. Azon tiszteletteljes kéréssel fordulok tehát a mélyen tisztelt közgyűlés minden egyes tagjához, hogy kartársaink, nemkülönben az orvostanhallgató urak között a Társulatunkba belépés iránt a figyelmet felkelteni és a magyar orvosi irodalom megerősítésére közreműködni szíveskedjenek.

Különösen a mélyen tisztelt kórházi igazgató-főorvos urakhoz fordulok, méltóztassanak oda hatni, hogy a vezetésük alatt álló kórházak, gyógyintézetek a Társulat alapító tagjai sorába belépjenek; ezzel nemcsak a magyar orvosi irodalmat, társulatunk fejlődését pártolják, hanem a kórházban működő fiatal orvosok önképzését is nagy mértékben előmozdítják, a mi a jelenlegi viszonyok között, midőn az egyévi kórházi gyakorlat intézményének életbeléptetése által a kórházak a fiatal orvosok kiképzésének öregbítésére még sokkal fokozottabb kiterjedésben és mérvben hivatottak, kétszeres fontossággal bír.

A belügyministerium már eddig is megadta a lehetőséget arra, hogy kórházaink költségvetéseikben könyvek és folyóiratok beszerzésére megfelelő összegeket előirányozhassanak, nem ütközik tehát akadályba, hogy a kórházak könyvtárak bővítésére vagy megalapítására Társulatunk alapító vagy rendes tagjai sorába belépjenek.

Nagyon örvendenék, ha felkérésem nem hangzanék el eredménytelenül kartársaim körében.

Mielőtt szavaimat befejezném, egy örvendetes tényről kell még megemlékezni, és ez az, hogy ő cs. és ap. királyi Felsője is legkegyelmesebb elismerésére méltatta Társulatunkat akkor, midőn gróf Apponyi Albert vallás- és közoktatásügyi miniszter úr, hazánk tudományos és nemzeti haladása fényes tehetségű és lelkes apostolának előterjesztésére Koller Gyula dr. érdemes alelnökünket a Társulat felvirágozása körül kifejtett, négy évtizedet meghaladó munkásságának elismerése fejében a királyi tanácsosi címmel kitüntetni kegyeskedett. Adja a gondviselés, hogy kedves alelnökünk Társulatunk kebelében még hosszú évek során eddigi buzgóságával és lelkesedésével működhesse.

Ezzel Társulatunk 43. közgyűlését megnyitom.

Ezután Székely Ágoston dr. I. titkár felolvassa az igazgatótanács jelentését:

„Tisztelt közgyűlés! A mikor az újonnan megalakult igazgatótanács egy évvel ezelőtt hivatalát átvette: első feladatának tartotta, hogy az érdeklődést Társulatunk iránt, a mely az utóbbi években tetemesen hanyatlott, nagyobb mértékben felkeltse.

E tekintetben nagy szolgálatot tett azon határozata, mely szerint Lejars „Sürgös sebészet“ című nagy munkáját, a mely az előző folyam utolsó évének egyik illetménye volt, a Társulatba újonnan belépő tagok is megkapják.

De más utakon is iparkodott az igazgatótanács az érdeklődést Társulatunkra irányítani, így főleg azzal, hogy a működésére vonatkozó hírek közlésére valamennyi magyar orvosi lapot felkérte, a minek ezek kivétel nélkül eleget is tettek, a miért nekik e helyről is hálás köszönetünket fejezzük ki. Azonfelül újabb tagok szerzése körül az igazgatótanács minden tagja közreműködött, legnagyobb eredménnyel Dollinger Gyula és Tóth Imre.

Reméljük, hogy a tagtársak igényeinek szemmel tartásával és működésünknek az eddiginél sokkal fokozottabb mértékben az orvosi közönség tudomására hozásával el fogjuk érni, hogy az 1906-ban megindult 6 éves folyam tagjainak a száma el fogja érni, sőt meg fogja haladni az eddigi legjobb, a VI. folyam tagjainak a számát. Különösen az orvostanhallgatóknak a tagok körébe vonásával vélünk e tekintetben eredményt elérni.

Tagjaink száma egyébként az alapító tagokon kívül (a 156 alapítvány közül ez idő szerint 85 után jár könyvilletmény) 826, az előző folyam utolsó évének 731 tagjával szemben a szaporodás tehát csak 95; ha azonban tekintetbe vesszük, hogy az előző folyam tagjaiból 156-an maradtak el, az új tagok száma 251, vagyis az összes tagoknak mintegy 30%-a, a mi mindenestre tekintélyes szám.

Mielőtt az új folyam első évének illetményére áttérnénk, az előző folyam utolsó évről kell pótlóan beszámolnunk. Lejars „Sürgös sebészeti műtétek“ című munkája ugyanis az időközben



megjelent 5. francia kiadással való egybevetése miatt nem jelenhetett meg idejében. Ez volt az oka, hogy az 1905. év illetményeit, a melyek sorában helyet foglalt Lejars munkája, csak 1906 szeptember végén küldhettük szét. Ez az erős késés többrendbeli zavart támasztott, a melyet azonban lassanként sikerült megszüntetni. Különb is Lejars munkájával hézagpótló könyvnek a birtokába jutottak tagtársaink, a kik bizonyára kivétel nélkül szívesen fogadták e munkát, a melynek 1050 példányban kiállítása a Társulatnak 21,900.69 koronájába került, vagyis minden egyes példánynak az előállítási költsége 20 korona, 85 fillér volt.

Az 1905. év illetményének erős megkésése miatt a múlt évi közgyűlésen az igazgató tanács még nem számolhatott el az egész VII. folyamról. Ezt a mulasztást iparkodunk röviden pótolni a következő adatok felsorolásával. Az 1900—1905-ig tartott VII. folyam alatt a tagok 14 munkát és a Magyar Orvosi Archivum hat kötetét kapták. Az összesen 784 ívet tevő kiadványoknak előállítási költség 121,968 korona és 83 fillér volt, a miből 521 ív 95,240 korona költséggel a 14 munkára, 263 ív 26,728 korona és 83 fillér költséggel a Magyar Orvosi Archivumra esett. A tagok száma a VII. folyam első évében 607, utolsó évében pedig 731 volt; az alapítványok száma 11-gyel szaporodott.

Áttérve már most az 1906. év illetményeire, a tagok még az előző igazgató-tanács határozata értelmében a következő két munkát kapták:

1. Dolgozatok. Purjesz Zsigmond negyedszázados tanári működésének emlékére irták és kiadták tanítványai és tanártársai X és 746 l., számos rajzzal és nyolcz táblával. A társulat kiadványainak XCV. kötete.

2. Semmelweis összegyűjtött munkái. Összegyűjtötte és egy részét németből fordította Györy Tibor dr., az orvostörténelem magántanára a budapesti kir. magyar tudomány egyetemen. Semmelweis arcképeivel, sírjának és szobrának ábráival s a M. T. Akadémiához irt levelének másolatával. VIII és 727 l. A Társulat kiadványainak XCVI. kötete.

Mindkét munka már régen tagtársaink kezeiben van s így meggyőződhetek az értékükről. De különben is bizonyára már előre is szívesen jóváhagyták az előbbi igazgató-tanács kegyeletteljes határozatát, a melylyel e két munkának a kiadását kimondotta.

Megkapták továbbá a tagok a Magyar Orvosi Archivum VII. kötetét, még pedig kéthavonként megjelent hat füzetben. A kötet 674 lapon 24 szerzőtől 29 eredeti dolgot tartalmaz. Ezenfelül az egyik füzetnek függelékében 128 lapon az 1905. évi magyar orvosi irodalmat ismertette válogatott szakemberek közreműködésével Györy Tibor dr.

Az említettek kivül a Társulatba újonnan belépett tagok megkapták — a mint már említettük — Lejars „Sürgös sebészeti műtétek“ című nagy munkáját is.

Az 1907. év illetményei, a melyek legkésőbb szeptember hó folyamán kerülnek szétküldésre, a következők lesznek:

1. Dollinger Gyula egyetemi tanár monographiája a coxitisről. Terjedelme mintegy 6—7 ív és körülbelül száz eredeti rajzot fog tartalmazni.

2. L. Krehl, heidelbergi belorvostan-tanár „Pathologische Physiologie“ című nagyhirű munkája 4. kiadásának fordítása. Terjedelme körülbelül 40 ív.

3. Török Lajos dr. egyetemi magántanár „A bőrbajok felismerése és gyógyítása“ című, körülbelül 35 ívre terjedő munkája. A munkának a bőrbajok diagnostikáját tárgyaló része a múlt évben a német könyvpiacra jelent meg és a külföldi szakemberek részéről osztatlan elismerésben részesült. A munkát bizonyára nagyon szívesen veszik tagtársaink, annyival is inkább, mert a magyar kiadás számára készült terjedelmes gyógytani rész közkívánságot elégít ki.

Az említett három munkán kivül a társulat tagjai a folyó évben is megkapják a Magyar Orvosi Archivum füzetét.

A régebbi kiadványok értékesítése csak lassan halad, noha a társulat újabban rendkívüli kedvezményben részesíti tagjait, a mennyiben régebbi — de azért túlnyomó részben korántsem elavult — kiadványainak nagy részét 70%-kal olcsóbban

adja, mint a mennyibe az előállításuk került, tehát úgyszólván potom áron juthatnak a tagok jó munkák birtokába. Azt a kedvezményt, hogy a ki az új folyam első évének végéig befizeti az egész folyam (tehát hat év) tagsági díját, 200 K értékű, szabadon választható régebbi kiadványt kap teljesen ingyen, szintén csak kevesen vették igénybe. Az elmult társulati évben a nagy belgyógyászat három példánya és a többi régebbi kiadványból 329 munka kelt el (még pedig a III. folyamból 2, a IV. folyamból 45, az V. folyamból 133, a VI. folyamból 45 és a VII. folyamból 104 munka).

Végül még szomorú kötelességet teljesítünk, a mikor az elmult társulati év folyamán elhalt tagjainkról emlékezünk meg. Az alapító tagok sorából kidőlt Högyes Endre, a kinek Társulatunk körül szerzett érdemeiről már az elnöki megnyitó megemlékezett; a rendes tagok sorából pedig elhunyt: Boér Jenő (Tövis), Hoffmann Károly (Zombolya), Michels Mátyás (Zombolya), Szántó Lajos (Mezőhegyes) és Trajtler István (Budapest).<sup>4</sup>

A pénztári kimutatásnak és a múlt évben kiküldött pénztárvizsgáló-bizottság jelentésének tudomásulvétele után a közgyűlés még a választásokat ejtette meg. Az igazgató-tanácsnak az alapszabályok értelmében kilépett egy harmadát (Bókay Árpád, Kétly Károly, Müller Kálmán és Réczey Imre budapesti, Imre József, Kanka Károly, Tóth Imre és Vargha Zsigmond vidéki tagok) újból megválasztotta, H. titkár pedig egyhangúlag Scholtz Kornél dr. lett. A pénztárvizsgáló-bizottságba a következőket küldte ki a közgyűlés: Böke Gyula, Rákosi Béla, Szontagh Félix, Temesváry Rezső és Thanhoffer Lajos.

## IRODALOM-SZEMLE.

### Könyvismertetés.

Hermann Schlesinger: Über die paroxysmelle Tachycardie und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen des Nervensystems. Sammlung klinischer Vorträge. 1906 Breitkopf u. Härtel. Leipzig. Ára 75 pf.

Schlesinger tapasztalata szerint a szívdobogásrohamok különféle bajokkal kapcsolatban fordulnak elő. A kórtörténetek között van olyan eset, a mely Quincke-féle heveny bőrvizenyőhöz és epilepsiához társult. Az epilepsia azonban csak tüneti volt, Schlesinger agyvelőoedemára gondol mint kiváltó okra. Két beteg uraemiás volt, egynehány súlyos szervi szívbajban, az egyik arteriosclerosisban szenvedett. Ezek közül egy szívbénulásban, egy másik epilepsiaszerű roham közben halt meg. Status tachycardiacus néven nevezi Schlesinger a rohamok gyakori visszatértét, a minek a szív kimerülése lehet a vége. Schlesinger sok betegében a neurasthenia és hysteria volt az alapbántalom és a szívdobogásrohamok az alapbaj rosszabbodásával törtek elő.

Az egyik közölt boncolásleletben a jobb n. vagus részben elfajult volt, más kutatók azonban ezt nem találták. Nevezetes, hogy ezen a betegen a kóros vagus megnyomása megszüntette a rohamokat. Ezt nehéz megmagyarázni. Miért nem volt hatása az ellenkező oldali vagus megnyomásának? Schlesinger felveszi, hogy a beteg n. vagus nyomása másképp hat, mint az egészségesé. De ez sem éríhető. Ha a n. vagus neuritise szívdobogást okoz, akkor miért hatna egy másik ugyancsak izgató ártalom ellenkező módon? Hoffmann a nyúltvelőben lefutó sympathiás rostok sérülésére is gondol.

A neurastheniás esetekben a vízkúra, sanatoriumi elkülönítés, diéta hasznos, a dohány, szesz kerülése jó. Más baj jelenlétekor is az alapbajt kell gyógyítani. (A mikor Schlesinger leírásában azt olvassuk, hogy a betegek sokszor sajátságos eljárásokat találnak fel a roham megszüntetésére, a melyek csak egy ideig használnak, pl. a láb felhúzása, hideg padozatra lépés, erőszakos hányás stb., akkor a hysteriás torticollis megszüntetésére szolgáló, szintén a betegek agyában termett műfogások jutnak eszünkbe. Vajjon a vagusnyomás nem hozható-e analógiába az ovariumtáj nyomásával? Ez perze csak a hysteriás esetekre szól. Legelső feladat volna tehát a hysteriás és szervi alapon fejlődő kórképeket egymástól elválasztani.)

Kollarits Jenő dr.



O. Kölpin: Die Störungen nach Kopftraumen. Verlag von Breitkopf u. Härtel in Leipzig. (Sammlung klinischer Vorträge.) 18 l. Ára 75 pf.

A fejre történt ütés részben agyrázkódás, részben psychés shock útján hat. Agyrázkódást inkább a nagy felületet érő, sokszor külső sérülést nem is okozó trauma hoz létre. Gyakran amnesia fejlődik ilyenkor, ezt Kölpin Möbius-szal szemben nem tartja hysteriásnak, hanem az agyvelő súlyos táplálkozászavara következményének. A baleset után szokott fejlődni néha a traumás delirium, a mely sokszor gyógyul, máskor a dementia paralytica kórképétől nehezen elhatárolható dementiába megy át. Ezenkívül homályos öntudatállapot, traumás neurosis, valóságos dementia paralytica, epilepsia, katatonias elmezavar, mániás-depressív elmezavar fejlődhetik. Mindezek közül csak a traumás gyengeelméjűség sajátosan traumás eredetű folyamat. A kórbonczolástani vizsgálat elváltozásokat talál ilyen esetekben.

Kollarits Jenő dr.

## Lapszemle.

### Általános kór- és gyógytan.

A benzidinvérpróba a vizeletvizsgálatban is megbízhatónak bizonyult Schlesinger és Holst tapasztalatai szerint. A vizsgálatot olyképen végzik, hogy körülbelül 10 cm<sup>3</sup> vizelethez először 0.5—1 cm<sup>3</sup> jégezetet, majd enyhe rázás után a folyadék egyharmad részének megfelelő mennyiségű aethert öntenek. Az oldatot jól összerázva, rövid időn át állani hagyják, majd 5—10 csepp absolut alkoholt csepegtetnek hozzá, s ismét enyhén felrázzák. Ez által lehetővé teszik, hogy az aether utóbb tisztán és pontosan elkülönüljön az alatta lévő vizelettől. A vizeletnek tiszta aetheres kivonatát ezután pipetta segítségével oly kémlőcsőbe viszik át, a melyben már előzőleg benzidinkémszert (0.5 cm<sup>3</sup> friss benzidin-jégezetkeverék és 2—3 cm<sup>3</sup> 30%-os hydrogenhyperoxyd) öntöttek. A kémlőcső tartalma erőteljes rázás után már néhány másodperctől egész egy percig terjedő idő elmultával, ha a vizelet vértartalma minimális, szép zöld színűvé válik; nagyobb vérmennyiség jelenlétekor kék színű lesz.

A benzidinpróba a szerzők vizsgálatai szerint tetemesen felülmúlja érzékenység tekintetében a többi vérpróbát. A Heller-félenél hússzor, a guajak- és aloinpróbánál ötször érzékenyebb. Schlesinger és Holst nephritisnek és pyelitisnek egy-egy esetében nem tudták a fentebb említett három próba segítségével a vizeletben lévő vért kimutatni, a benzidinpróba azonban pozitív eredményt adott. Hogy csakugyan volt vér a vizeletben, a centrifugált üledekben talált néhány vörösvérsejt igazolta. A módszer gyakorlati alkalmazását a szerzők nagy érzékenysége miatt ajánlják a vér- és haemoglobinvizelésre gyanús esetekben. (Münchener med. Wochenschrift, 1907. 10. szám.)

Ország Oszkár dr.

### Gyógyszertan.

Az újabb gyógyszereknek és titkos szereknek Zernik dr. által a „Deutsche medizinische Wochenschrift“ számára összeállított V. sorozata a következő szerekről számol be:

1. *Isn* — állítólag 0.2% vasoxydulsaccharatot tartalmaz; a vizsgálat azonban kimutatta, hogy nem más, mint oxydtartalmú közömbös ferrum citricum oxydulatum cum saccharo aromássá tett és megédesített oldata, a melynek más hasonló készítményekkel szemben semmiféle előnye nincs.

2. *Urocitral* (theobromin-natriumcitrat); a diureticummal szemben állítólag az az előnye, hogy nélkülözi a salicylsav kellemetlen mellékhatásait. Az urocitral azonban nem egységes összetételű anyag; a legkedvezőbb esetben különböző theobromin-natrium-kettőssők és natriumcitrat elegyének tekinthető. Theobromintartalmának változó volta miatt nem adagolható pontosan.

3. *A formulol* nevű közömbös és húgyfertőtlenítő szer, a mely állítólag cztromsavas hexamethylentetramin-natrium, szintén nem egységes kémiai anyag, hanem 37.5% hexamethylentetramin elegye 62.5% közömbös és savanyú natriumcitratral. 1 gramm adagokban naponként 3—5-ször adva, állítólag jó hatású a közömbösben.

4. *Aspirophen* névvel egy új antipyreticumot és analgeticumot

hoztak forgalomba, a mely állítólag „egyesíti a méregtelenített salicyl erős antirheumás hatását a phenacetinsor analgesias hatásával“. A vizsgálat azonban kimutatta, hogy az aspirophen is csak elegy, még pedig 63 rész monoacetylphenokoll elegye 37 rész salicylsavval. 1 gramm adagban naponként 5—8-szor adható.

5. *A divinal* finom szürke por, a melyet meleg borogatásokhoz vagy fürdőkhoz kell adni s állítólag kitünő hatású csúszos, közömbös stb. fájdalmak ellen. Jórészt kvarezból, agyagból, földalkálik carbonatjaiból stb. áll. Hatása legfeljebb az lehet, hogy mint rossz melegvezető a vele készült borogatást sokáig melegen tartja.

6. *Electricum* névvel különböző fenyőfaolajok elegyét hozza forgalomba mint „kitünő“ szert rheumás és más eredetű fájások, daganatok stb. ellen a berlini Reichel-czég.

7. „*Lazarus Gicht- und Rheumatismusseife*“ 70 gramm súlyú, rosszabb minőségű nátronszappan-darab, a mely kevés aetheres olajat tartalmaz. Egy márkáért adják!

8. „*Weigand's Rheumatis- und Gichtgeist*“: 55 gramm terpentinolaj, 55 gramm kámforspiritus (denaturált szeszszel készítve!) és 5 gramm velencei szappan elegye, a melynek 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> márká az ára!

9. *A rheumatikont* is ennyiért adják; a prospektus szerint ezen teljesen ártalmatlan orvosságnak következő az összetétele: „*Natr. phosphor. 0.005; Colehie. 0.05; Aconit. 0.01; Cocc. cact. 0.1%; Spir. vin. aquos.*“ A palackonként 55 cm<sup>3</sup>-nyi, gyengén színes borszeszes folyadékban kevés tejezükron kívül más anyagot nem sikerült kimutatni.

### Belorvostan.

A typhus gyógyításáról a „*Medizinische Klinik*“ 11. számában a következők nyilatkoznak:

1. *Erb* tanár a szó legtágabb értelmében vett gondos ápolásra veti a fősúlyt. A fürdőkezelést nem annyira a láz miatt, hanem inkább a bőr ereire és idegeire, a vérkeringésre és a légzésre, azután az idegrendszerre való hatása, úgyszintén a bőr tisztántartása tekintetében tartja szinte elkerülhetlennek. A langyos, 32—33 C<sup>o</sup>. hőmérsékű, 28, 24, sőt 20 C<sup>o</sup>-ig lehűtött fürdőt ajánlja 10—15 perc tartammal. A fürdőt úgy kell adni, hogy a betegnek semmiféle megerőltetésével se járjon. Könnyű esetekben 1, középsúlyosokban 2, súlyosokban 3—4 fürdőt ad naponként. Tisztán lázcsökkentés céljából csak kivételesen, nagyon magas hőfok esetén rendel hűvös vagy hideg fürdőt és utána valami antipyreticumot (antipyrin, phenacetin, laktophenin, pyramidon) a hatás tartósabbá tevésére. Súlyos bronchitis, hypostasis pneumonia, hiányos légzés és köpés, kifejezett agyi tünetek, nagyfokú status typhosus esetén a lehűtött fürdők hatását a fejnek és a tarkónak hideg vízzel leöntésével fokozza. Éjjel nem ad fürdőt. A Matthes ajánlotta mérsékelt erősségű szénsavas fürdőket haladásnak tekintti. Az orvosságokkal gyógyítást alárendelt jelentőségűnek tartja. Az első héten többnyire ad egy nagyobb adag calomelt. Antipyreticumokat csak ritkán ad, mert nem sok hasznukat látta. Chinint azonban szeret rendelni a betegségnek 11—12. napjától kezdve, még pedig minden második este, néha egy más után több este ad 1—2 gramm chininum muriaticumot két részletben. Súlyos esetekben néha nem jár a szokott kedvező eredménynyel a chinin használata; ilyenkor kísérletet lehet tenni az adag fokozásával, illetőleg a szernek rövidebb időközökben ismétlésével.

2. *Strümpell* tanár specifikus therapia híján szintén a leg-gondosabb hygienés-diaetás kezelésnek a híve. A túlságos óvatosságot a diaetában túlzottnak tartja; azt hiszi, hogy pépes ételek, áztatott kétszersült nem árthatnak. A fürdők hatása négy irányban nyilvánul: 1. Lázcsökkentő hatás; minthogy a szerző azok közé tartozik, a kik a testhőmérsék emelkedésében a szervezetnek szükséges és lényeges reakcióját látják a fertőzéssel szemben, természetesen nem helyez nagy súlyt a lázcsökkentő hatásra. De valamint pl bronchitisben is a köhögést, a mely pedig szükséges a váladék eltávolítására, néha csökkentenünk kell, ha túlságosan erős: épen úgy a huzamosan tartó magas lázat is jó néha megszakítani. A 25—20 C<sup>o</sup>. hőmérsékű fürdőknek hőcsökkentő hatása a prognosisban is felhasználható, a mennyiben ha 1/2 órával a



fürdő után mérve, nagyobb fokú hőcsökkenés állapítható meg, a láznak csekélyebb resistenciájára következtethetünk és ez kedvező jel. 2. Igen nagy jelentőségű a fürdő hatása az idegrendszerre, főleg a sensoriumra. Nincsen szer, a melylyel a kábultságot, a delíriumot stb. oly jól befolyásolhatnánk, mint a fürdővel. A sensorium javulásával együtt jár azután a táplálkozás, a nyelés javulása, a szájtisztogatás lehetősége stb. 3. Talán még nagyobb jelentőségű a légzésre és a légzőszervekre kifejtett hatás. 4. Végül tekintetbe veendő a fürdőknél jótékony hatása a bőrre is. Mindent egybevetve, a fürdőkezelést, a melynek határozottan előnyt ad az antipyretikus gyógyszerekkel orvoslással szemben, prophylaxisos kezelésnek tartja, a melynek nincsen ugyan befolyása az alapbetegsége, de megóvja a beteget sok veszedelmes szövödménytől. Alkalmazásakor mindig az egyénre kell tekintettel lenni, ez szabja meg a fürdő hőmérsékét, tartamát, gyakoriságát; nagyon helytelen az az eljárás, a mely szerint a testhőmérsék fokától teszik függővé a fürdő adását. A fürdőnek nem szabad a beteget megerőltetni, sőt inkább erősíteni kell. Éjjel csaknem sohasem fürösz. A fürdőbe tevés előtt a füleket gypattal betömni. Antipyretikus gyógyszert csak ritkán, hyperthermia esetén ad. A chinin előnyeiről nem tudott meggyőződni, kellemetlen mellékhatásai pedig sokszor nagyon az előtérbe tolnak. Az antipyrinnek ad előnyt. A calomeltől nem vár specifikus hatást; a betegség elején, ha székrekedés van, 1—2 calomelpor (0.3 gm.) jó hatású szokott lenni.

3. Romberg tanár szintén főleg a légzés és az idegrendszer élénkítése céljából használja a hydrotherapiás eljárásokat. Előnyt ad az 5—15 perc alatt 32—28 °C-ra lehűtött fürdőknél, a melyeket nagyobb fokú zavarokban rövid ideig tartó hűvös leöntésekkel köt egybe. A Matthes-féle szénsavas fürdőknél erősebb a hatása. 40—50 évesnél öregebb, továbbá gyenge, elhagyasodott, vérszegény, rossz szív működésű betegeknek egész vagy részleges begöngyöléseket vagy mosogatókat ajánl hűvösebb, vagy néha 36°-nál is melegebb vízzel. Főleg a vérkeringés veszélyeztetett volta esetén részesítendő előnyben a magasabb hőmérsékek. Többnyire elegendő 1—2 fürdő és 2—4 begöngyölés illetve mosogató naponként. Az antipyretikus gyógyszereket teljesen mellőzi, mert kedvezőtlen befolyásuk az egész szervezetre sokszor éppen nincsen arányban hőcsökkenítő hatásukkal. Legfeljebb subjectiv zavarok, pl. fejfájás ellen használ helyi-közzel kis adag phenacetint, antifebrint vagy pyramidont (0.25 pro dosi). Calomelt sem használ a betegség kezdetén. A beteg kielégítő táplálásának a szükséges voltát erősen hangsúlyozza.

4. Weintraud tanár csak akkor ad fürdőket, ha megvan győződve, hogy az ápolószemélyzet ért a füröszítéshez. A nem gyakorlott személyzet által adott fürdő inkább kínzás. Ha tehát a fürdőhasználat feltételei nincsenek meg, inkább lemosásokat, borogatásokat rendel, mint a melyekkel szintén befolyásolhatjuk az idegrendszert, a vérkeringést és a hőmérsékét, s a melyek olyankor is igénybevehetőek, a mikor a fürdők használata pl. peritoneális izgalom vagy vérzésre hajlamosság miatt ellenjavalt. Általános szabályok a fürdő tartama, hőmérséke, gyakorisága tekintetében nem adhatók. A mi a gyógyszerekkel orvoslást illeti: a calomel abortív hatásában nem hisz, noha megengedi, hogy a bél kiürítése a baj kezdetén hasznos lehet, csak hogy ez más szerrel is elérhető (rheum, ricinus-olaj). Lázellenes gyógyszereket csak ritkán vesz igénybe. A pyramidonnak néha jó hatását látta, a mennyiben 0.1—0.2 grammos adagban 1—2 óránként adva, sokszor tartósan alacsonyabb fokú maradt a láz. Nagyon fontos azonban ilyenkor a beteg pontos ellenőrzése és a szernek csak a hőmérséklet emelkedésekor adása, mert különben collapsus kíséretében nagyon rohamos hőcsökkenés és utána következő annál nagyobb fokú hőemelkedés lehet az eredmény.

#### Sebészet.

A perforált gyomorfekély sebészi kezeléséhez szolgáltat újabb adatokat Körte tanár. Ujabb 19 esetben (14 fi, 5 nő) észlelte gyomorfekély perforációját, ezek közül négy esetben hosszabb idő előtt gastro-enterostomiát is végeztek; e körülmény mérlegelése mindenesetre megingatja ama nagy bizalmat, melylyel a gastro-enterostomia gyógyító értéke iránt viseltetünk. A gyomor-átfürödés legjellegzőbb tünete a hasfali izomzat reflectorius

feszsége, a mely oly jellegző az acut féregnyújtványgyuladásra és a subcutan hasi sérülésekre is, továbbá a nyomási érzékenység az epigastriumban. A betegek úgy érzik, mintha hasukban valami megrepedt volna, collabálnak, kis pulsus, hideg verejték jelentkezik. Egyedül jogosult gyógyeljárás a lehető legkorábbi műtét. Így a perforatio utáni első 3—9 órában végzett hat műtete gyógyulással végződött, az összes 19 az első 26 órában belül operált esetéből 13 gyógyult. Nagy súlyt helyez a betegek előkészítésére, physiologiai konyhasóoldattal infúziót ad subcutan és rectális úton, analepticumokat adagol. Cézélszerűnek tartja a gummikeztyűben való műtétet, mert a fertőző csírák műtét közben is könnyebben távolíthatók el innen. A műtétnek gyors egymásutánban kell történni, a perforatio helyének megkeresése után ezt gyorsan kell zárni. Ha a fekély környéke callosus, úgy, hogy a varratok átvágnak, akkor a szélek kimetszésével sokat érhetünk el; a fekély resectioját nem ajánlja, mert a betegek e nagyobb beavatkozást ritkán bírják el. A perforatio helye eseteiben 8-szor a pyloruson, 5-ször a kis görbületen ült, a gyomor hátulsó falán ritkább az átfürödés. Tekintve, hogy a fekély gyakran körkörösen ül a pyloruson, hogy az alkalmazott varrat is még csak szűkíti a gyomorkimenetet, célszerű mindjárt gastro-enterostomiát is végezni. Kilenc esetben végzett a perforatio helyének elzárása mellett egy szakaszban gastro-enterostomia retrocolica-t, ezek közül csak kettő halt meg, úgy hogy határozottan ajánlja e két műtét primaer végzését. A perforatio helyének zárása után a hasürbe ömlött gyomortartalom eltávolítása következik. Két módszer dívik a sebészetben: a száraz kitörlés és az öblítés. Körte az öblítés híve; az öblítő folyadék 40—45 °C hőmérsékű 0.9% os konyhasóoldat. Egy másik kérdés a drainézis, erre nézve tapasztalata, hogy a drainézis csak másodrendű szereppel bír. Az utókezelésben fontos a physiologiai konyhasóoldat subcutan infúziója. Tapasztalata alapján oda concludál, hogy a korai műtét, mely a perforált hely zárásában gastro-enterostomiával kapcsolatban áll, sok eddig elvesztett esetet menthet meg. (Archiv für klin. Chir. 81. kötet, 1. füzet.)

Steiner Pál dr.

Az ajakrák és a nyelvkrák sebészetéhez közöl adatokat Arnknecht, Heidenhain tanár osztályáról. A műteti eljárásuk minden esetben abból áll, hogy mindkét nyaki tájon előbb a submaxilláris tájat tártják fel, az állalatti nyálmirigyet a környező nyirokmirigyekkel együtt egy pamatban mindig eltávolítják. Az oldalsó nyálmirigyek eltávolítása végett minden esetben a fejbiccentő izom mentén a kulcsosontig lefutó metszéssel hatolnak a mélybe, a fejbiccentő alatt s mögött fekvő mirigyekre különös tekintettel vannak, ezen metszéstől távolítják el a supraclaviculáris árok mirigyeit is. 28 esetben végeztek műtétet, egy felső, 27 alsó ajakrák esetében. Operatív halálozásuk nem volt. További sorsát illetőleg 25 eset értékesíthető. Három esetben, midőn előzetesen másutt mirigykiirtás nélkül történt a műtét, a recidiva operálása ellenére újabb recidivák támadtak, melyek halálra vezettek. Három esetben a magas korra való tekintettel csak az ajakrák kimetszésére szorítkoztak, ezek közül két beteg meghalt 3—4 év után egyéb bajban, egy pedig recidivában. A többi 19 esetben radikális beavatkozás történt; ezek közül egy meghalt két éven belül recidivában, a többi 18 recidivamentes maradt, ezek közül jelenleg is él 15, kik közül 10 a trienniumon túl van. Ezek szerint Heidenhain ajakrákoperációs statistikája a legjobb, mert 14 esetből 13 eset recidivamentes három éven túl, a mi 93% gyógyulásnak felel meg.

Egyúttal beszámol 1898 óta végzett 5 nyelvkrák-esetéről is. Két esetben teljes nyelvkimetszést a szokásos mirigykiirtással végzett; e kettő egészséges 7 illetve 5½ éve. Két esetben operatív halála (pneumonia) volt, egy esetben, midőn a tájéki mirigykiirtásba a beteg nem egyezett, recidiva volt a halál oka. Említett két gyógyult esetét a múlt évi sebészcongressuson be is mutatta Heidenhain. (Deutsche Zeitschr. für Chir. 85. kötet.)

Steiner Pál dr.

Jóindulatú pyaemia esetét közli Lejars. Egy fiatalember jelentéktelen sérülést ejtett bal mutatóujján; 10 nap múlva tályogot kap a bal hónaljban, ezt megnyitják; 3 hét múlva baloldalt tüdőtályog jelentkezik, újabb 6 hét múlva pedig a jobb csípőtányérban keletkezett tályog. Mindezen tályogok staphylococcus



aureust tartalmaztak. A tályogok bő megnyitása gyógyulásra vezetett. Az esethez fűzött megjegyzéseiben különösen kiemeli *Lejars* az ilyesféle pyaemiák gyógyíthatóságát, a mire különösen az vall, ha a különféle genyedések hosszabb, több heti időközökben támadnak. Persze localisatiojuknál fogva az ilyen enyhe infectióból származó tályogok is vészthozók lehetnek, részben helyzetüknél fogva, mint *Dogliotti* egy esetében, hol a szintén staphylococcus aureusos tályog a nyúltvelőben volt, részben a tályogképződés elhúzódásánál és folytonos ismétlődésénél fogva, mely végre is kimeríti a beteget. A serumtherapiától ez idő szerint nem sokat várhatunk s a tályogok korai megnyitása által kell igyekeznünk megmenteni betegünket, a mi elég sokszor sikerül is. (*Semaine médicale*, 1907. 2.)

*Pólya.*

Az aorta abdominalis resectiojáról és pótlásáról heteroplastiával számolt be *Carrel*. Három kísérletet tett. Először egy macskának az aorta abdominalisát az aa. renales és az aa. ovaricae közt resekálván, a esonkok közé kutyának a vena jugularisát iktatta. Az állaton az alsó végtagok máló paresise jelentkezett, egyébként teljesen összeszedte magát, csak a femoralisokon nem jelentkezett pulsus. A sectio kimutatta, hogy a beiktatott ér darab obliterált és kötőszöveti hüvelylyel van körülvéve. Egy második kísérlet alkalmával a macska aorta abdominalisát resekálta, mint előbb, s a kiirtott darabot kutya carotisával pótolta, melyet 20 napig hidegen tartott (cold storage). Műtét után az alsóvégtag functioja s a femoralis pulsatioja teljesen helyreállott és relaparotomiával (48 nappal a műtét után) meggyőződött róla, hogy a beiktatott carotis táján a pulsatio normális. A harmadik kísérletet hasonlóan végezte és ugyancsak kedvező eredményrel. A kutya arteriái tehát macskába transplántálva képesek továbbra is mint verőerek működni s a cold storage nem idéz elő rajtuk olyan változást, mely functiojukkal incompatibilis volna. (*La semaine médicale*, 1907. 84. 1.)

*Pólya.*

#### Gyermekorvostan.

A congenitális malaria kérdését tárgyalja *Pétopoulos* és *Cardamatis*. 6 esetben pontos mikroszkopi vizsgálatnak vetették alá egyrészt malariában szenvedő anyák, újszülöttjeik és a placenták véréit, másrészt mikroszkopi metszeteken vizsgálták a placentákat és két malariás anyától származó újszülött hulláját, melyek közül az egyik két nappal, a másik pedig néhány perccel a megszületése után halt el. A vizsgálatok eredménye a következő. Míg a hat anya vérében kisebb-nagyobb mennyiségben voltak jelen malariaparasiták, addig újszülöttjeik vérében, néhány órával a szülés után vizsgálva, malariaparasitákat egyáltalában nem találtak. Negatív volt továbbá a két elhalt magzat lépének és májának szöveti és az ezen szervekből vett vérnek mikroszkopi vizsgálatának eredménye; a köldökzsinórban sem sikerült malariaparasitát kimutatni. Az újszülöttek placentájának anyai felszínéről vett vérben azonban mindig találtak, még pedig nagy mennyiségben, malaria parasiták és különösen ezeknek schizogonikus formái, míg a magzati felszínről vett vérben malariaparasiták egyáltalában nem, vagy csak igen gyéren és annuláris alakban találtak. Ezen észleletek alapján a szerzők igazoltnak tekintik ama állítást, miszerint a malariaparasiták nem hatolnak át a placentán és így a terhesség alatt a magzat a placentán keresztül nem fertőzhető malariával. A vizsgálatokból kitűnt továbbá, hogy az anyák malariája a magzat egészségére egyáltalában nem bír befolyással. (*Arch. de Médecine des Enf.*, 1907. január)

*Singer G. dr.*

Menstruatio praecox érdekes esetét észlelte *Königsberg*-ben *Stein*. 3½ éves leányról van szó; 7 hónapos kora óta havonként néhány napon keresztül vér szívárgott a hüvelyéből; ilyenkor nyomottabb kedélyhangulatú, ingerlékenyebb, emlői kissé megduzzadnak s alhasi fájdalmakról panaszkodik. A gyermek 110 cm. magas és 22 kgm.-ot nyom, szellemi fejlettsége, arcvonásai korának megfelelőek, ellenben a hónalj- és faszőrök jelenléte, az emlők nagysága, mirigyek tapintata, a széles s festenyzett bimbóudvar, a hang erő- s kifejezésteljes volta 16 éves leány fejlettségi fokát mutatja. Újabban hajlamot mutat az onaniára.

E korai fejlődés okát egyesek a petefészkek elsődleges túltengésében látják. Sok esetben angolkór, hydrocephalia s pete-

fészezsarkoma mellett észlelték. Jelen esetben angolkórt talált a szerző, a melynek tünetei phosphorra és sósfürdőkre lényegesen javultak. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1907. 6. szám)

*Vas Jakab dr.*

#### Húgyszervi betegségek.

Az epitheliális prostatacarcinomának kórszövettanát és klinikai viselkedését behatóan tanulmányozták *Motz* és *Majewski* és az eddig közölt kórtörténetekből merített újabb kimerítő vizsgálatok megerősítik azt a már régen hangoztatott (*Motz* és *Albarran*) véleményt, hogy a felhámrák rendszeren elkerüli a klinikai diagnózist és csak a prostatectomia után derül ki. A szerzők továbbá még arra is figyelmeztetnek, hogy a radikális műtét az eddig észlelt esetekben mindig rossz eredményt adott, mert végleges gyógyulásra sohasem vezetett. (*Annal. des mal. des org. génito-urinaires*, 1907. 3. f.)

*Drucker Viktor dr.*

A lipuriának érdekes esetét közli *Keersmaecker*. A rendszeres nővési és 12 éves koráig egészséges leányka a fossa iliacaiban fájdalomról panaszkodott és egy idő óta éjjelenként az ágyba vizelt. A vizelete homályos, emulsiószerű, de katheteren lebocsátva kristálytiszta. A zsiradék tehát az alatt az idő alatt keverődött hozzá, a míg a vizelet a húgycsőön áthaladt. Az urethroscopia szöveti elváltozást nem mutat s így a baj keletkezés módját a szerző sehogysem tudja tisztázni. Rendszeres húgycsőátvitás úgy az enuresist, mint a lipuriát teljesen megszüntette. (*Centralbl. für die Krankh. der Harn- und Sexualorgane* 1906. 12. f.)

*Drucker Viktor dr.*

#### Venereás bántalmak.

A mergalról mint új antisymphiliticumról ír gyakorlati közleményt *L. Leistikow*. A belső kezelésre alkalmas, régóta használt hydrargyr. jodatum flavum, bijodatum rubrum és hydrargyr. tannicum mellé újabban a Riedel-féle kémiai gyárban készített mergal sorakozott. Keveréke a tanninalbuminatnak cholsavas kénesőxyddal. A mergal capsula alakban jön forgalomba; a tokocsák mindegyike 0.05 cholsavas kénesőxydot és 0.1 albumen tannicumot tartalmaz. A szerző mindössze 20 syphilitis esetben kísérletezett. Az esetek a syphilitisnek minden szakából kerültek ki. A napi adag 3—6 tokocska között mozgott, a kénesőkúra tartama átlag 3—6 hetes volt. A szerző tapasztalata alapján nagy elismeréssel szól a mergalról, a betegek igen szívesen veszik, a gyomrot nem bántja, a tüneteket pedig elég gyorsan eloszlatja. *Leistikow* a szer. dícséretével nem kívánja az erélyes kénesőkúrákat, így első sorban a kenőkúrát a gyakorlatból ki-szorítani, mert a rendszeres inunctiók kezelésnek ő maga is híve. Igen jól használható azonban a mergal oly esetekben, a melyekben bármely körülmény következtében az erélyesebb kezelési módok igénybe nem vehetők. A szerző állítása szerint az úgynevezett tertiaer syphilitis bőrtünetek kezelésében a mergallal való kezelés teljesen egyenrangú a kenőkúrával. (*Monatshefte für prakt. Dermatologie*, 1907. 44. k. 5. f.)

*Guszman.*

#### Kiseb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az epilepsia gyógyítására a mézszókat ajánlja *Silvestri* (*Gazetta degli osped.* 1907. 3. szám.) Abból indult ki, hogy epilepsziásokban csökkent a vér megalvadésképesége, a vér megalvadását pedig valamely ferment okozza, a mely lényegében szerves mézösszeköttetés. Az angolkórban gyakori görcsök szintén a mézanyagcsere hibájából származtathatók. A mézszók felraktározásának a helye a szerző szerint a máj; ez bocsát a szükségletnek megfelelő mennyiségű mézszót a szervezet rendelkezésére. A májműködés zavara tehát a mézanyagcsere zavarát okozhatja s ilyen módon szerepet játszhat az epilepsia keletkezésében. A máj-opathia tehát szintén használható az epilepsziában. A szerzőnek csakugyan sikerült a mézszó és májtherapiával olyan esetekben is eredményt elérni, a melyekben a brommal orvoslás hatástalan volt. Hasonló nézetet van *Besta* is (*Rif. med.* 1906. 138. szám), csak hogy a máj befolyását olyan módon értelmezi, hogy az epilepsia eseteiben a vérben jelenlevő, a megalvadást akadályozó anyagokat közömbösíti. (*Ref. München. med. Wochenschrift*, 1907. 13. szám.)



A puro-húsnedvet *Stern*, a san remoi „Quisisana“-sanatorium igazgatója kiterjedten használja tüdőgümőkór eseteiben. Természetesen nem gyógyítószerre ezen betegségnek, étvágyjavító és táplálkozást elősegítő hatása miatt azonban nagyon jó adjuvans, a melyet a betegek kivétel nélkül szívesen vesznek be. A gümőkórral gyakran együtt járó chlorosisra is nagyon kedvező hatású. (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1907. 4. sz.)

A benzosalin salicylsav és benzoësav összeköttetése. Mint-hogy csak a bélben hasad szét, nem gyakorol károsító hatást a gyomorra. A salicylsav okozta ingerlő hatást a benzoësav ellensúlyozza. A szívet — a mint újabban *Freund* is hangsúlyozza — nem károsítja. Mindezek alapján különösen érzékenyebb gyomrú és gyenge szívű betegeknek a többi salicylkészítmény mellőzésével inkább a benzosalint kell rendelni.  $\frac{1}{2}$ —1 gm. os adagban használandó naponként 3—4 szer. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 9. sz.)

### Magyar orvosi irodalom.

**Gyógyászat**, 1907. 12. szám. *Sztankay Ába*: Gyógyszertani megfigyelések. *Török Lajos*: Az újabb syphilis-vizsgálatok eredményei.

**Orvosok lapja**, 1907. 12. szám. *Jankura Iván*: A csecsemő- és gyermekkor emésztési zavarai.

**Budapesti orvosi ujság**, 1907. 12. szám. *Schaffer Károly* és *Illyés Géza*: Otogen agytályog esete. *Gebhardt Ferencz*: Szardínia konzervvel történt mérgezés két esete.

### Vegyes hírek.

**Kinevezés.** A belügyminister *Dóczy Imre* dr.-t fizetés nélküli segédfogalmazóvá, *Márkus Soma* dr.-t az államrendőrségi kórházhoz segédorvossá, *Schwarz Jakab* dr.-t pedig a pozsonyi állami kórházhoz alorvossá nevezte ki. — *F. Keczel Béla* dr.-t az igazságügyminister a nagyszabedényi törvényszékhez és törvényszéki fogházhoz törvényszéki illetve fogházorvossá nevezte ki. — *Schönheim Lajos* dr.-t Budapest főpolgármestere a balparti kórházhoz segédorvossá nevezte ki.

**Gámán Béla** dr.-nak a kolozsvári tudományegyetem orvosi karán a felső légutak kór- és gyógytanából egyetemi magántanárként való kinevezését a vallás- és közoktatásügyi minister jóváhagyólag tudomásul vette és a nevezettet ezen minőségében megerősítette.

**Balika Ferencz** dr.-t a földmívelésügyi minister m. kir. fürdőorvossá nevezte ki és szolgálattételre a vizaknai kincstári sógyógyfürdőhöz osztotta be.

**Választás.** *Ferényi József* dr.-t Szereden körorvossá, *Láng Lajos* dr.-t pedig Vértesacsán községi orvossá választották.

**Országos közegészségi tanács.** A belügyminister *Ártóczy József* dr. budapesti egyetemi ny. rk. tanárt, *Hetzka Károly* dr. budapesti orvost, *Kállay Rudolf* dr.-t, Szabolcs megye tb. főorvosát és *Thegze Imre* dr. gödöllői koronauradalmi orvost az országos közegészségügyi tanács tagjává hat év tartamára újból kinevezte.

**Az Orvosok és gyógyszerészek árvainak otthona** javára f. év január—márczius hónapokban 2200 korona tagdíjat fizettek be a Belvárosi Takarékpénztárnál. Budai Emil dr. titkár ezúton is ismételtlen kéri azon tisztelt tagokat, kik még hátralékosak, hogy díjaikat befizetni szíveskedjenek.

**Meghalt.** *Gad* dr. szemész-magántanár Kopenhágában, 60 éves korában. — *O. Rosenbach* tanár Berlinben 56 éves korában. Az elhunyt azelőtt Boroszlóban volt a belorvostan rendkívüli tanára, az utóbbi években pedig Berlinbe tette át lakását. Kétségtelen, hogy egyike volt a legérdekesebb orvosíróknak, noha dolgozatait nem könnyű olvasni. Legismertebb munkája a szívbetegségekről szóló kézikönyve. — *Galezowski* dr. híres pá-isi szemorvos, e hó 22.-én 73 éves korában.

**Kisebb hírek külföldről.** *Hess K.* szemész-tanár Würzburgban a német császár kívánságára s az amerikai orvosegyetel meghívására április 9.-én Észak-Amerikába utazik s a chicagói, philadelphiai és new-yorki egyetemen előadásokat fog tartani szakmájából. — Chicagóban *d'Orsay Hecht* dr.-t az idegkórtan és törvényszéki orvostan, Clevelandban *Stewart* dr.-t a kiserleti kórtan tanárává nevezték ki. — *A. Passow* rendkívüli tanárt, a berlini Charité-kórház fülbetegklinikájának igazgatóját rendes tanárrá nevezték ki. — *H. Senator* tanár e hó 23.-án ülte orvosdoktorrá felavatásának 50. évfordulóját. — *O. de la Camp* marburgi rendkívüli tanárt Erlangenbe hívták meg rendes tanárnak és a belorvosi poliklinika igazgatójának. — *A. Klein* amsterdami docens a groningeni egyetemen a higiéné, törvényszéki orvostan és gyógyszer-tan tanárává nevezték ki.

**Bergmann tanár**, a birneves berlini sebész, a kinek nem rég ünnepelték nagy fényével a 70. születésnapját, f. h. 25.-én meghalt.

A gümöbaccillus felfedezésének 25 éves jubileuma. Márczius 24.-én mult 25 éve, hogy Koch Róbert felfedezte a gümöbaccillust, illető-

leg felfedezéséről beszámolt a berlini „Physiologische Gesellschaft“ ülésén. Nevezetes évforduló ez! Az a rövid előadás, melyben Koch leírta felfedezését, valóban fordulópontot jelent az orvostudomány és közegészség-tan történetében. Koch maga teljesen felismerte felfedezésének nagy jelentőségét nemcsak a tuberculosis ellen való küzdelem szempontjából, hanem általában véve az összes fertőző betegségek felismerése tekintetében is. Előadásában a következőket mondja: „Remélhetjük, hogy azok a felvilágosítások, a melyeket most a gümőkór aetiologiájáról nyertünk, a többi fertőző betegség megítélésére is új útbaigazítást fognak nyújtani, s hogy azok a vizsgálati eljárások, a melyek a tuberculosis okának a kutatásánál beváltak, a többi fertőző betegség tanulmányozásában is haszonnal lesznek értékesíthetők.“ Koch eme reménysége, mint az elmúlt negyed század bakteriologiai felfedezései mutatják, teljes mértékben megvalósult: a gümöbaccillus felfedezésével nemcsak a gümőkór, hanem a többi fertőző betegség felismerésében új aera kezdődik; de nemcsak a lényegük felismerésében, hanem az ellenük való sikeres védekezésben is

A német gynaekologiai társulat XII. congressusát május 21.-étől 25.-éig tartja Drezdában. Előadásra a következő két fő tárgyat tűzték ki: 1. A medenezetágító műtétek javalatai, technikája és eredményei. 2. Az asepsis a gynaekologiai műtétek végzésekor.

New-York állam parlamentjében törvényjavaslatot nyújtottak be, mely szerint New-York városában ezentul csak pasteurizált tejet szabad eladni, s a ki ez ellen vét, hat hónaptól felfelé terjedő szabadságvesztéssel vagy tetemes pénzbírsággal, vagy pedig mind a kettővel büntetettik, a tej pedig elkoboztatik. A törvényjavaslat szerint a tej-felügyelők száma tetemesen szaporítandó s új városi pasteurizáló állomások szervezendők. Ez a javaslat meglehetősen ellenkezik azzal, a mit Behring mondott egy nemrég tartott előadásában. Behring azt mondja, hogy az ideál, a melyre törekednünk kell, nem a pasteurizált vagy felforralt tej, hanem a lehetőleg tiszta nyerstej, különösen a csecsemő mesterséges táplálása tekintetében, mert a csecsemő szervezete sem a pasteurizált, sem a felforralt tejet nem tűri jól.

Jelen számunkhoz Glück Rezső „Liquor hypnobrom“ című prospektusa van mellékelve.

„Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatorium. Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.

## Vizgyógyintézet

a „Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdő, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: Dr. Jakab László. 1076

## Gizella-Telep fürdő, modern vizgyógyintézet

posta Visegrád (Pest m.)  
Vizgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forróvíz-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Mérsékelt árak. Kívánatra prospektus.

**Dr. NIERDMANN-SANATORIUM** (Széchenyi-telepen, az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál) felvezet ideg- és kedélybetegeket, alkoholistákat, morphinistákat leszoktatási gyógymódról. Sürgöny: Budapest. Telephon 79—72. Posta Rákospalota. Prospectus. 3170

## Marilla

sanatorium május 1-én nyílik meg. A napi pensio: lakás, kiszolgálás, világítás, ételmezés, orvosi kezelés és az összes gyógyeszközök használatával együtt **12.50-16** koronába kerül. Az igazgatóság. 2878

**Dr. Doctor K.** v. egyetemi tanársegéd orvosi laboratoriuma IV., Kossuth Lajos-utca 3. Telefon 697. 2221

**Dr. Kopits Jenő**, kórh. rend. orvos, testgyógyintézet Budapest, VII., Kerepesi-út 18, I. em. (Bejárat Kazinczy-u. 2).

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

**ERDEY Dr.** Budapest, IX., Bakács-tér 10. 1415, 3109 SANATORIUMA. Nőbetegek és szülők részére.

## HÉVIZ

Legnagyobb kén-tartalmú, iszapos-lapos hőforrás, 10 holdas forrás. Kitűnő hatású csúsz, köszvény, zsabák (ischias), anyagcserebántalmak, izzadmányok (női bajok), csont-, ízületi- és bőrbajok ellen. Felvilágosítással szívesen szolgál. Dr. SCHULHOF VILMOS, fürdőorvos, Keszthely-Hévíz. (VI. ház és sanatorium-épület). 3705

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

## Simonyi Béla dr.

Modern Röntgen-laboratórium. Röntgen-therapia; átvilágítás; Röntgen-felvételek. 2798  
Harminczad-utca 6. (Erzsébet-tér sarok)  
Telefon 49—57. Vibrációs massage.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (X. rendes tudományos ülés 1907 márczius 16. án.) 251. l. — Erdélyi Múzeum-Egyület orvos-természettudományi szakosztálya. (Az orvostudományi szakosztály II. ülése 1907 február hó 9. én.) 252. l. — Személynevek külföldi tudományos társulatok üléseiből. 253. l.

### Budapesti kir. Orvosegyesület.

(X. rendes tudományos ülés 1907 márczius 16. án.)

Elnök: Bókay Árpád. Jegyző: Verebély Tibor.

Az elnök jelenti, hogy egy tagtársunk szóvá tette az elnökség előtt azon körülményt, hogy az „Orvosi Hetilap” 10. számában a VII. rendes tudományos ülésről közölt orvosegyesületi tudósításban az egyik felszólalás nem felel meg a stenografiás feljegyzésnek, mely a hivatalos, hitelesített jegyzőkönyvben van. Erre az a megjegyzése, hogy az egyes szaklapokban megjelent tudósítások nem tartoznak rájuk. Az egyesület évkönyvében a hivatalos jegyzőkönyv közzétetik és a mennyiben az évkönyv az Orvosi Hetilap szedéséből készül, a titkár feladata, hogy a szedést a jegyzőkönyv értelmében kijavítsa. A szóvá tett esetben is meg fog ez történni.

#### A pubiotomiáról.

Tóth István: Az újabb szülészetnek egyik legerősebb hajtása az a törekvés, hogy az anya épségének megőrzése mellett a magzat életét is feltétlenül respektáljuk, s az élő magzat perforációját kiküszöböljük, illetőleg a lehető legszűkebb határok közé szorítsuk a szülészeti műtétek sorozatában.

Ezt a törekvést szolgálja a pár év óta gyakorlott pubiotomia, a szeméremcsont átfürészése útján a medenczegyűrű meglágatása, a mely a régen ismert s újabban ismét tért nyert symphyseotomiával szemben előnyösebbnek látszik: kisebb a vérzés, jobb a sebellátás, kevesebb a lágyrészeknek, a hólyagnak, a húgycsőnek sérülése, stb. A Tauffer-iskola, a symphyseotomia nem kielégítő eredményeit olvasva, hosszú időn át tartózkodott a medenczét tágitó műtétektől, s csak az eredmények javulásával, 1903-ban végzett Tauffer tanár symphyseotomiát. De a mások által végzett pubiotomiák kedvező eredményeinek hatása alatt megkísérelendőnek tartotta e műtétet is, s 2 év leforgása alatt hét esetben végezték a pubiotomiát a 2. sz. női klinikán.

A műtét abban áll, hogy szűk medencze esetén, ha a téraránytalanúság nyilvánvaló, átfürészelik a szeméremcsontot egy erre alkalmas Gigli-sodronyfürészéssel, a melyet vagy felülről lefelé, vagy ellenkezőleg vezetnek jóformán subcutan a szeméremcsont körül s ennek átfürészése után a tátongóvá lett medenczén élve hozzák át a magzatot.

Részletesen vázolja a gyakorlatban levő különböző eljárásokat, bírálja előnyeiket s hátrányait. Majd 7 esetüket írja le röviden. Eredményük: mind a 7 anya meggyógyult, de az egyik súlyos sérüléssel, melynek következménye a ma is fennálló hólyag-sipoly. Öt anya gyermekágya zavartalan volt.

Mind a hét magzatot élve hozták a világra, egyet mély asphyxiában, a melyből nem volt életre kelthető. Egy magzat accidentális baj folytán halt el a IX. napon, s így a hét közül öt élő magzatot bocsátottak el. Közli mások eredményeit is, s az irodalomból összegezett 250 pubiotomia eredményét, a mely szerint az anyai mortalitás 5—8%, a magzati pedig 6—8%. Különösen az anyai mortalitás magas, ennek javulnia kell, ha a műtét helyt akar állani.

Vázolja a pubiotomiának a szűk medencze eseteiben már gyakorlott eljárásokhoz, műtétekhez való viszonyát és azon következtetésre jut, hogy a pubiotomia helyet talál a szülészeti műtétek között, de a régi eljárásokat nem szorítja ki.

A pubiotomia nagyobb veszély nélkül csak azon esetekben végezhető, a melyekben a szülősatorna még nem fertőzött; ez már magában kizárja, hogy általa az élő magzat perforációja kiküszöbölhető volna a szülészeti műtétek sorából. A pubiotomia ma még csak a szülőkörök, a speciális szakemberek műtéte; nem hanyagolandók el tehát a tanításban a magzat érdekében végzett azon prophylaxisos eljárások (mesterséges koraszülés, fordítás) s

szülést befejező eljárások (magas fogó), a melyek a nagy gyakorlatban is kivihetők.

A pubiotomiának a szűk medenczék therapiájára kiható jelentősége csak akkor volna, ha a medenczegyűrűnek az általa elért kitágulása a jövőre is állandósulna Erre vonatkozólag azonban még kevés s nem épen megbízható a tapasztalás.

A klinikán tovább művelik e műtétet a nélkül, hogy azon túlzók mellé sorakoznának, a kik a szűkmedenczés szülés vezetését nagy buzgalommal a sebészi irány felé terelik.

Bárony János: Mikor ezt a tárgyat elem vetik, az az érzésem van, mint mikor 3 héttel a szüret után megkínálnak a lével, a mit a szüret hozott. Már nem must, még nem bor, zavaros valami. A pubiotomiánál zavarosabb, kiforratlanabb tételét a szülészetnek nem ismerem. Már a kis metszésen kezdődik a vita, hogyan tegyük, alul vagy felül szúrjunk-e be, lepraeparáljuk-e a periostot vagy nem, melyik oldalon fürészeljünk, függélyes vagy ferde irányban-e? E közben azt sem tudjuk, mit sértünk, a crus clitoridist, a bulbust, az art. pud. internát vagy végágát, az art. dors. clitoridist, nem tudjuk, hogy a vénás, vagy az arteriás vérzés a veszedelemesebb. Azután vitatkozunk az instrumentáriumon, az egyikkel sok a hólyagsértés, a másikkal kevés. Azután van egy tömeg szövödmény, a melyeket az előadó is említett, de ezek pótlandók még egygyel, a melyet kihagyott. Ezt Winter segédje közli az első 86 pubiotomia-esetben. Nyolcz venosus thrombosis keletkezett, 10 lágyrészsérülés, 7 nő- és 6 magzathalálozás és 10 haematoma. 635 szülésre esik egy venathrombosis, pubiotomiára 50-szer annyi, a mi a prognosist súlyosbitja, mert nem tudjuk, melyik esetben fog venathrombosis jelentkezni. Reiferscheidt két esetben hólyagsérülés és venathrombosis volt. Ha a medencze át van metszve, kérdés, mennyire tágul a medencze, milyen magzatot bocsát át; azután mit csináljunk, ha elköveztük a műtétet? Épen a legaktívabb emberek, azok, a kik a művi koraszülést, prophylactikus fordítást, relativ indicatiojú császármetszést végzik, most magára kívánják hagyni a szülést, pl. Fröhlich.

Vannak, kik a magas fogót perhorreskálják; az előadó dicséri, mások durva eljárásnak mondják, mert a magzat érdekében történik. Bumm egy segédje azt mondja, blamage pubiotomia után halott magzatot a világra hozni, ezért elveti a magas fogót. A művi koraszülés Herz szerint jó eredményeket ad, Fehling szerint szintén. A pubiotomia halálozása kb. 6%, a művi koraszülésé 14%, sőt Tauffer szerint 0%. A magzatok közül a lembergi nagy statistika szerint 66% hagyja el élve az intézetet.

A prophylaxisos fordítás az előadó szerint mind jobban veszt a területéből. Veit dicséri. Pfannenstiel, Döderlein azt mondja, akkor is fordítsunk, ha pubiotomiára készülünk és mielőtt felteszik a sodronyt, megpróbálják mégegyszer és áthoztak 54 cm.-es 3800 gm. súlyú magzatot VII. P.-nál.

A stuttgarti vándorgyűlésen 1906. szeptemberben Hofmeier referálta, hogy 94 szűkmedenczést operált. Négy esetben élő magzatot perforáltak, összesen 25 magzat esett áldozatul a szűk medenczének. A relativ császármetszéssel szemben a pubiotomiánál hárommannyi esett áldozatul.

Mindenesetre olyan kérdés ez, melyet egy hétig is el lehetne tárgyalni és akkor se jutnánk eredményre, mert ma csak nagy forrásban van a dolog és alája a tüzet a legelőkelőbb klinikák és műtők rakják. Annak ellenére, hogy így van, néhány év alatt megnőtt a műtétek száma. 1894-ben kezdte Gigli theoretice, 1896—97-ben két olasz tanár kísérletezett, 1901-ben Van der Velde, 1904-ben új 3 esetet közöltek és ma már 760 eset van közölve és kiszámíthatatlan azoknak a száma, melyeket szívesen elhallgatnak. Nagyon nagy szám ilyen rövid idő alatt és azért azt kell hinnem, hogy sok műtétet követtek el docendi causa vagy pedig azért, hogy az illető intézet is csinálta legyen. Annaira megy ez a licentia, hogy a műtétet nemcsak a magán-gyakorlatban jelentik ki használhatónak, hanem medikusokkal is végeztetik. Igaz, hogy magánértesüléseim szerint sok a hólyagsérülés, sőt Benner Heidelbergből 25.5, 28.5, 19 méretű medencze mellett végzett pubiotomiát, mert húzódozó volt a szülés, a minek pedig az volt az oka, hogy a köldökzsínór a magzat nyaka körül volt csavarodva.

A dolog ma még zavaros, nem lehet vele tisztába jönni. A műtét gyorsan végezhető, Bumm 1.5 perc alatt végzi; hullán megpróbáltam, nem nehéz, de durva műtét. Mint jellemzőt, a következő esetemet említem: A hatodszor terhes nő 7 órakor jött be a klinikára. Az I. és III. szülése fogóval halott magzat, a II. spontan, a IV. iker, az V. pedig szakfériak által végzett perforatio. A medencze egyaránt szűknek látszik. Conj. diagonalis 10 cm., vera 8 cm.; tehát az a méret, mely jóformán a pubiotomiára való. A méhszáj 9 órakor eltűnt és 12 órakor 3600 gm.-os, 51 cm. hosszú, 36 fejkerületű magzat születik meg spontan.

Klinikámon 1500 szülés van évente, 3000 két év óta és még nem került sor a műtetre.

Két tételt találok a műtét felől. Előre bocsátva, hogy nagy vér-



zések lehetnek, elvérzések is (Rosthorn), nagy hólyagsérülések, hüvelybeszakadások, thrombosisok, az egyik tétel az, hogy a magzat mindenestre éljen, életc ne legyen kérdéses; a második, hogy az infectionnak semmiféle árnyéka a háttérben ne leselkedjék. Ha ezt a két tételt szem előtt tartjuk, a pubiotomia még kisebb térre fog szorítkozni.

Tehát odaconcludálok, hogy igen kivételes esetekben, csak kényszerítő helyzetben fogom végezni a pubiotomiát, és hogy kívánatos, hogy sem ma, sem a jövőben a gyakorlat mütéte ne legyen.

*Fischl Armin:* Azt hallottam, hogy a gyakorlat mütétévé sohasem fog válni a pubiotomia. És mégis, mikor Gigli elméleti czikkét közreboasztotta, nem klinikus volt az első, a ki végezte, hanem egy luganói orvos, Basilio, a ki egy hegyvidéki viskóban végezte teljes sikerrel. Sattlernek két évvel később volt a magángyakorlatában egy esete.

Az előadás szigorúan a szülész-klinikus szempontjából volt tartva, és ha Magyarországon szülészek végeznék az operatív beavatkozásokat, megállana; de vidéki városokban jól képzett sebészek vannak, kik nem szülészek és ezek végzik a mütéteket; ezekre visszariasztólag hat, ha 7 pubiotomia mellett 6 magas fogó válik szükségessé.

Szükségesnek tartom, hogy perhorreskáljuk a pubiotomia után a szülési beavatkozást, mert el lehet ugyan kerülni, hogy repedés támadjon a hüvelyben pubiotomia közben, de nem lehet elkerülni, hogy a következő mütét alatt ne támadjanak mély cervix- és hüvelyrepedések. Ezért Fehling a pubiotomia után a teljes tartózkodást ajánlja a további mütéttől.

*Taufer Vilmos:* Az asepsis sebészet nagy haladása lehetetlenség, hogy a szülészetben is nyomokat ne hagyjon; lehetetlenség, hogy a gynaekologiai operateurök más téren nyert dexteritásukat ne vigyék a szülészeti gyakorlathoz is; innen van, a mit sokan perhorreskálnak, hogy a sebészet hovatovább mind hatalmasabb tényezővé válik a szülés körül való segédkezésben is.

Kétségtelen, hogy a mai irányban vannak túlzások, de a túlzások megítélésében nem mindig vagyunk igazságosak. Ezen orvosegyesületben például nem egyszer értem meg, hogy túlzással vádoltak engemet is olyanért, a mit később mindenki elfogadott és gyakorol ma is; például hozom fel a fibromák operálásának vitáit, avagy a carcinomák méh totális extirpációjának kérdését, a relativ indicatio alapján végzett császármetszés kérdését és a magas fogó alkalmazását stb. Ezek mutatják, hogy az ily haladások megtalálják a maguk útját minálunk is, és jó hogy megtalálják, mert így nem ér bennünket a vád, hogy elmaradtunk.

A míg a symphyseotomiáról volt szó, tartózkodtunk az előretörket követni; a nagy traumát és következményeit sebészi érzékem ellenzte; tehát nem mentem bele. A mikor azonban a pubiotomia felszínre került, sebészi judiciumom azt mondta, hogy helyes eljárás, és hogy igazam volt, ezt 7 esetünk jó eredménye igazolja, különösen ha bírálatt alá vesszük az összes szűkmedenczés esetek körül követett eljárásunkat is, mert csakis így látom beigazolvva, hogy túlzásba nem estünk.

Egyetérték Bársony collegámmal, hogy a szülész tudományos világában hihetetlen túlzásokat láttunk mostanában e téren. A mi állásunk az, hogy operatioba csak akkor megyünk bele, ha előbb a medenczeszűkület minősége, a magzat fejének nagysága és a rendelkezésre álló szülőtvekenység erejének összemérése alapján meggyőződünk a szülés alatt, hogy a szülés a medence szűk volta miatt nem lehetséges.

Ezzel szemben áll sok szülész, nevezetesen azok, kiket Bársony túlzóknak nevezett, a kik nem ezen az úton járnak, hanem csak egy tényezőt, tudniillik a szűk medenczét ismerik és azt mondják, hogy ezen a szűk medenczén az ismeretlen nagyságú fej az ismeretlen minőségű szülők mellett előreláthatólag nem fog áthatolhatni, tehát az első és egyetlen ismert tényezőre építik fel az indicatiót. Ez véleményem szerint indokolatlan eljárás. Igaz, hogy ha valaki már a szülés előtt azon álláspontra helyezkedhetik, hogy a méhszáj kellő előkészítettség idején átfűrészeli, tehát megnyitja a medenczeyűrűt és akkor operál, mikor az asszony biztosan nincsen inficiálva és a gyermek is ép, úgy eredményei kétségtelenül jók lesznek, de sokszor operál feleslegesen olyan esetben is, mikor spontán szülés is bekövetkezhetett volna. Ezt nevezem én túlzásnak.

Nem mennék most bele annak tárgyalásába, hogy milyen sérülések, milyen complicatiók fordulhatnak elő a mütét kapcsán, hogy volt egy elvérzés is, még pedig kiváló operateur kezei között, mert mindez a fejlődésnek nem állhat útjában. Hisz elég sajnós, hogy minden fejlődés megköveteli a maga áldozatait, az áldozat nagysága azonban itt igazán nem exorbitans az anyák szempontjából.

Ha másrészt pedig azt halljuk, hogy a magzathalalozás minden más eljárás mellett sokkal nagyobb, akkor a mütét művelésének jogosultságát tagadni nem lehet, különösen nem, ha figyelembe vesszük, hogy az aseptikus operálás útján az anya érdekeit mily nagy mértékben tudjuk védeni, tehát kétségtelenül jogosult a magzat érdekében is jobb eredményekre törekedni. Ez a mütét pedig éppen abban csúcsosodik ki, hogy a magzat életét kiméli. Az alternáló eljárás csak a relativ indicatio alapján végzett császármetszés volna, melylyel a magzat élete biztosíthatik ugyan, de 5% anyamortalitás árán; a pubiotomiának ép az a célja, hogy a magzatot megmentve, az anya mortalitását is alászállítsa. Részemre ez adja a jogosultságot, hogy jó distinctio alapján, mérés-klettel a mütétet végezzem.

*Fischl* kartárs úr félreértette azt a kifejezést, hogy „ez nem a gyakorlat mütéte”. Ne tessék úgy venni, mintha mütéteket csinálnánk a klinika számára és nem az életnek, hisz mindenki megéssinálhatja, a

kinek ahhoz való dexteritása van, egyelőre azonban az indicatiók kidolgozásáról van szó és ez csakugyan csakis a klinika feladata lehet.

*Tóth István:* Fischlnek megjegyzi, hogy nemcsak klinikák, hanem kórházak, szülőházak és specialisták kezébe való mütét a pubiotomia, legalább mostanában.

Bársonynak igaza van, hogy a thrombosisok veszélyét nem tárgyaltam; de hiszen annyi más részletkérdés is volna tárgyalásra érdemes, a mibe nem mehettem bele.

Eseteink látszólagos gyakorisága onnan van, hogy ez nem az évi 1000 klinikai szülésünk százaléka, hanem azonkívül még évenként 1500 poliklinikai szülésnek szűk medenczéje is adta hozzá az anyagot, tehát évenként 2500 esetből került ki. Hogy mennyire a véletlentől függ az esetek gyakorisága, mutatja az is, hogy például egy hónapban végeztük a két első esetet, az 1906. évi augusztus hónapban hármat, azóta pedig egy alkalmas eset sem került észlelésünk körébe.

A mikor ilyen természetű újítások előtt állunk és azt kérdezzük, vajjon belemenyünk-e vagy sem; minden tisztességes orvosnak egy nagy ballastot kell magával vinnie, t. i. theoretikus kritikáját, eredeti tapasztalatait és bizonyos fokú sentimentalitást meg emberszeretetet is, mely visszatartja sok eljárástól. Ne próbáljon minden ballast nélkül felszállani senki, mint a papírsárkány, mert könnyen száll, de hamar lebukik; másrészt igazság az is, hogy ha a ballast túlsok, tovább nem haladunk, fel nem szállunk; csak annyit vigyünk magunkkal, a mennyire az egyensúlyozás végett szükségünk van.

## Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(Az orvostudományi szakosztály II. ülése 1907. február hó 9.-én.)

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

**I. Gaál Mihály dr.: Veeszületett golyva.** F. Gy.-né, 23 éves, első ízben terhes nőt január 22.-én vették fel a szülőklinikára. Jelenállapot: A nyak elülső részén jókora férfükölnyi struma. A megnagyobbodás mind a kőt, sőt a középső lebenyre is kiterjed. Állítása szerint már születéskor tyúktojásnyi volt a golyvája. Január 26.-án rendes szülés I. koponyatartás mechanismusával. A kiviselt, rendes fejlettségű magzat livid asphyxiában születik. A magzaton a pajzsporcznak megfelelőleg körülbelül diónyi nagyságú, éles határral bíró, puha tapintatú, alapjához rögzített terime-nagyobbodás észlelhető. *Küstner* Thüringiában, hol a golyva járványszerű, észlelt hasonló eseteket. Említésre méltó, hogy a csecsemő anyján kívül az atyjának, az anya öt testvérenek, kik közül 3 leány, 2 fiú, a nagyszülőknek, a nagyanya öt testvérenek van golyvája. Állítólag mindannyian azzal születtek. Cretin közöttük nem volt, úgyszintén Basedow-kóros sem.

*Elfer Aladár* felvilágosítást szeretne a hozzátartozók halálokáról, különös tekintettel az esetleg fennálló status thymico-lymphaticusra.

**II. Kanitz Henrik dr.: Onychia et paronychia syphilitica.** A 11 hónapos leány-gyermekek anyjával együtt február 5.-én vették fel a bőrklinikára. *Körlelmény:* Három hónap óta ujjain, három hét óta végbélnyílása körül vannak kiütések. Az anyát 1903. február havában reccs luessel klinikánkon kezelték. *Jelenállapot:* Erőteljes, jól táplált csecsemő, ép esontrendszerrel, jól fejlett izomzattal. A két kéznek valamennyi ujjá, mindkét oldalon 1—1-nek kivételével, a bal lábón 1, a jobbon 2 ujj mutat kóros elváltozásokat. A megbetegedett ujjak körömperce erősen duzzadt, a fedő bőr livid-vörös, cyanosisos, a körömszél kisebb-nagyobb mértékben beszűkült, helyenként kifekélyesedett. A körömök distális fele fénytelen, bágyadt, piszkos szürkés-sárga színű, egyenetlen felületű. Az elváltozott körömrész leemelődött a körömágyról és az ily módon keletkezett hézagot egy szarútömegekből és beszáradt genyes-savós váladékból álló anyag tölti ki, melynek eltávolítása után a körömágnak kifekélyesedett ganyed felülete látható. Az ujjak szabad végén kisebb-nagyobb fokú hyperkeratosis. Ezen elváltozások alapján gyanunk a körömök lueses megbetegedésére irányult, és azon körülmény, hogy a kis betegnek még egyéb, nyilvánvalóan lueses elváltozásokat (hypertrophias papulákat a végbél körül és a nagyajkakon, elsősorban papulákat a végtagok bőrén) is találtunk, beigazolta az onychia et paronychia syphilitica felvételét.

Mindezen elváltozásokat a szerzett lues jelenségeinek tartjuk, noha az anya syphilitis folytán az öröklött syphilitis esélyével is kell számolnunk. A syphilitis szerzett volta mellett szól, hogy a gyermek anyja a terhesség 7. hónapjában szerezte a lues, oly időben tehát, mikor a postconceptionális syphilitis átöröklődése a magzatra rendszerint nem szokott bekövetkezni. Az a körülmény, hogy a gyermek rendszerint 9. hónap végén született, hogy az első lueses elváltozások a méhen kívüli életnek 8. hónapjában mutatkoztak, hogy az öröklött lues jelei nem észlelhetők, indokolják a szerzett lues felvételét. Ezt nem utolsó sorban a gyermek feltűnően jól fejlett volta és kitűnő tápláltsága is támogatja.

*Elfer Aladár* azt a kérdést intézi a bemutatóhoz, nem gondolt-e a germinatív öröklésre apai részről?

*Kanitz Henrik:* Jogosultnak tartja e kérdés felvetését. Noha a jelen esetben pater incertus est, a paternalis germinatív infectio is kell gondolni. Bemutató is számolt e lehetőséggel, csak azért nem említette, mert azt hiszi, hogy az öröklést az apai ivarsejtek közvetítésével ki lehet zárni. A magzatnak kihordása, rendszerint való születése, a tünetek később való jelentkezése (az öröklött lues jelei rendszerint már a méhen kívüli élet első heteiben, legkésőbb az első negyedévben mutat-



koznak) és a gyermek erőteljes, jól fejlett volta, szemben a hereditaer lueses gyermekek cachexiás, satnya voltával, az apai részről való átöröklés ellen szólnak. Természetesen csak nagy valószínűséggel lehet e kérdésben nyilatkozni és nem abszolút biztonsággal.

III. Veszprémi Dezső dr.: „Agyglioma esete. Adatok a neuroglia szövettanához” czimrel tart előadást.

Elfer hozzászólásában kiemeli Veszprémi azur-festésének előnyeit.

Péterfi Tibor a bemutatott esetnek idegsvöetani jelentőségére utal. Abból a tényből, hogy a glioma mikroskopi készítményeiben a gliarostok oly önálló jelleggel bírnak és a sejttesttől oly elütő színezetűek, azt a benyomást nyeri, hogy a gliaszövetben is, mint az idegsvöetben, lehetséges lesz megkülönböztetni rostokat termelő sejteket, (melyek a neurofibrillumokat alkotó idegsejteknek felelőnek meg) és önálló, ismeretlen jelentőségű sejtelemeket (melyek a dűcsejtekkel volnaak összefüggésbe hozhatók). Ezt a benyomást támogatja a gliaszövet histogenesisének mai felfogása, mely szerint a glia az idegdűcsejtvöetnek alacsonyabb fejlődési fokon megállapodott testvérsövetete s így talán nem jogosulatlan a gliaszövet egyes alkotó elmeinek szerepére vonatkozólag az idegdűcsejtvöeten megismert jelenségekből analogiát keresni. Szerinte a rosttermelő sejteknek azokat a kis sejttestű elemeket lehetne tekinteni, melyek a gliarostokkal látszólag a legszorosabb összefüggésben állanak, s a melyek sejtteste mellett a bemutatott esetben a sejttesttől differenciálódott, ivalakban meggyömbült rostokat lehet találni. A nagyobb sejttestű és sejtmagvú elemek, melyeknek összefüggése a gliarostokkal nem mutatható ki, alkothatnák a másik sejtféleséget, a mely az alakja tekintetében is a monopolaris dűcsejtekre emlékeztet. Támogatná továbbá a gliaszövetnek eme beosztását az a fejlődéstani nézet (Reineke, Lachi), hogy a neuroglia fejlődésében szerep jut az ektodermának (neuroepithelium) és a mesodermának, illetve mesenchymának is, a mely utóbbi csiraszövet rosttermelő sejteket szolgáltat.

A mi a gliomáknak az embryonális csirákából való eredetét illeti, említi, hogy ezt a nézetet támogatja Lenhossék 1891-ben bemutatott 14 cm. hosszú ember-embryoja, melyen jól lehetett látni, hogy a canalis centralis hátulsó részletének záródásakor az ott elhelyezkedett ependymasejtek egyenesen átalakultak gliasejtekké, a nélkül, hogy helyüket elhagyták volna. Nem valószínű, hogy az agygyomrocok záródásakor lefűződő ependyma-csirák a lefűződött részlet üregének obliterálódása után gliasejtekké alakulnak, melyekből gliomák fejlődhetnek. A jelen esetben is az agygyomrocokhoz közel fejlődött a glioma.

### Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A chlorosis gyógyítására vonatkozó vizsgálódásairól számolt be *Wandel* a kieli physiologiai egyesületben. Chlorosisban szenvedő 20 beteg alkalmazott hosszabb időn keresztül rövid tartamú izzasztófürdőket, azzal az eredménnyel, hogy a vörösvérsejtek száma megszorodott, a vér haemoglobintartalma azonban csak alig vagy épen nem emelkedett. Ugyanezen betegeknek később vasat adva, vérüknek haemoglobintartalma gyorsan fokozódott. Ezen eredményekből tehát kitűnik, hogy a vérkészítő szervek izgatása nem elegendő a chlorosis gyógyítására. Másrészt talán az is következtethető belőlük, hogy a vasnak a hatása vérszegénység eseteiben nem a vérkészítő szervekre gyakorolt izgató hatásával magyarázandó.

### PÁLYÁZATOK.

A ruszkabányai társaság egy orvosi állásra pályázatot hirdet. Pályázótól megkivántatik, hogy okleveles műtő legyen. Javadalmazás: évi 2000 korona fix fizetés, természetbeni szabad lakás, fűtés és egyéb mellékeltmények. Az állás legkésőbb f. évi június hó 1-én Ruszkabányán (Krassó-Szörény-megye) elfoglalandó.

Kellőképfelkészített folyamodványok f. évi április hó 15.-éig a Kaláni bánya- és kohó-részvénytársaság igazgatóságához, Budapest, V., Báthory-utca 10. sz. nyújtandók be, a hol az állást illetőleg bővebb felvilágosítás is nyerhető.

684/907. sz.

A pécsvárosi közkórház elmeorvósati osztályán megüresedett egy másodorvosi állásra ezennel pályázatot hirdet.

Felhívom a pályázni kívánó orvosdoktor, orvosgyakornok vagy esetleg szigorló orvos urakat, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos Erreth János úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához czimezve nálam legkésőbb f. évi április hó 14.-éig nyújtsák be.

Az állás javadalmazása évi 1500 korona fizetés, természetbeni lakás és I. oszt. ételmezés.

Pécs, 1907. évi márczius hó 24.-én.

Kórházigazgatóság.

1419/907. ikt. sz.

A Szentotornya községben megüresedett községi orvosi állásra pályázatot hirdetek azzal, hogy a képesítést és eddigi alkalmaztatást igazoló okmányokkal felszerelt kérvények hozzám f. évi április hó 15.-éig bezárólag adandók be.

Az állás javadalmazása 1200 korona fizetés, 4 szoba és mellékhelyiségekkel álló szabad lakás, 300 korona fuvarátalány, 300 korona halottkémlelési díj, a melyért a halottkémlelést úgy a bel-, mint a külterületen ellátni tartozik. Gyógykezelési díj az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán 80 fillér, éjjel ezeknek kétszerese, műtétkért a bel gyimisterileg megállapított díjak.

A megválasztandó orvos kézi gyógyszerár tartására lesz jogosult.

Oroszáza, 1907. évi márczius hó 9.-én.

Berthóty István dr., főszolgabíró.

Békés vármegye közkórházának belgyógyászati és elmebeteg-osztályán egy-egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: a belgyógyászaton évi 1000 korona fizetés, az elmebeteg-osztályon évi 1600 korona fizetés és mindkét állásnál I. oszt. ételmezés, lakás, fűtés, világítás.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Fábry Sándor dr. úrhoz, Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám f. évi április hó 10.-éig nyújtsák be.

Gyula, 1907. évi márczius hó.

2-1

Békés vármegye közkórházának igazgatója.

### HIRDETÉSEK.



A Bór- és Lithion-tartalmú

## Salvator-forrás

kitűnő sikerrel használtatik

vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmánál és közsűvénynél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

**Húgyhajtó hatása!**

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

## Ulcerus ventriculi - „Styriaforrás”

200-300 gm. langymelegen éhgyomorra egy órával a reggeli előtt. Meglepo gyógyszer.

# NESTLÉ

az egészséges gyermeklisztje

és a beteg gyermek, a gyomorbetegségek régóta bevált tápláléka. Megóv a hányástól, hasmenéstől, bélhuruttól és elhárítja ezeket. A gyermekápolásról ismertető füzetet ingyen küld: NESTLÉ Wien I., Biberstrasse 11.

## EGGER EMULSIÓ

KITŰNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

## EPILEPTIKUS

intézet BALF gyógyfürdőben.

A nagym. m. kir. belügyminiszterium 1903. jun. 17-én kelt 56445/1903. sz. rendeletével engedélyezve, 200 férfi és női betegre berendezve. Apóllási díj: I. oszt. évi 1600 k., II. oszt. évi 1000 k. Ezen osztályokon kívül szegény betegek, az országos betegápolási alap terhére vehetők fel, a mely esetben a nagym. m. kir. belügyminiszteriumnak 1903. okt. 28-án kelt 97221/IVa. cz. 1903. rendelete értelmében a felvétel külön-külön kérelmezendő a betegek által. A betegek ápolásával a budai szent Ferenczrendű apácák vannak megbízva. Prospectusokkal és egyéb felvilágosítással szolgál: Dr. Wosinski István, Balf gyógyfürdő igazgató tulajdonosa. Posta, vasút, 3324 telefon helyben.

LEGTÖKELETÉSEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

# LYSOFORM

OLDATBAN SZÁGTALAN, NEM MÉRGES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT