51. évfolyam. 14. szám. *Budapest, 1907. április 7.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Balika Ferencz: Közlemény a budapesti egyetemi I. sz. női klinikáról. (Igazgató: Bársony János tanár.) Kétfejű torz születése. 254. lap.

Kentzler Gyula: Közlemény a diagnostikai tanszék laboratoriumából. (Igazgató: Korányi Sándor dr., ny. r. tanár.) Adat a sósav szerepéhez a gyomoremésztésben. 256. lap.

Szalai Jenő: A hyperaemiás kezelés az általános orvosi gyakorlatban. 257. lap.

Áldor Lajos: A functiós béldiagnostika és az idült bélhurutok diaetás gyógykezelése. 259. l.

Tárcza. Steiner Pál: † E. von Bergmann. 262. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. A. von Bardeleben:* Erfahrungen über Cholecystektomie und Cholecystenterostomie. — *Sante de Sanctis:* Die Mimik des Denkens. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Einhorn:* A kephaldol. — *Belorvostan. Rosthorn:* A féregnyújtványlob és a terhesség közötti összefüggés. — *A. Fraenkel:* A heveny szívgyengeség gyógyszeres kezelése. — *Siegel:* Az asthma kezelése. — *Idegkórtan. Leduc:* Villamos alvás. — *Sebészet. D. T. Quigley:* A helyi érzéstelenítésnek új módja. — *Krönlein:* Újabb adatok az agysebészethez. — *Hochenegg:* A sacrális úton operált végbélrákok utókezelése. — *H. F. Brownlee:* 50 éve fennálló nagy ovariális dermoidcysta eltávolítása. — *R. C. Cupler:* Gonorrhoeás osteomyelitis. — *H. Lilienthal:* End to end arteriovenosus angioraphia esete. — *Gyermekorvostan. Reyher:* Orthotikus albuminuria. — *Feer:* A szülők vérrokonságának befolyásáról a gyermekekre. — *Hutzler:* Csecsemők kanyarója. — *R. Müller:* A protargol-kenőcs hatása a hegképződésre. — *Hügyszervi betegségek. Mankiewicz:* Borovertin — *B. Müller:* Szer gonorrhoea ellen. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Bilhaut:* Fersan. — *Klose:* Vörheny szövődményeképen jelentkező haemorrhagiás diathesis. 261—266. lap.

Magyar orvosi irodalom. Klinikai füzetek. — Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 266. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 226—227. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 268—271. lap.

Melléklet. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Protylin“ prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti egyetemi I. sz. női klinikáról. (Igazgató: Bársony János tanár.)

Kétfejű torz születése.

Irta: *Balika Ferencz* dr. egyetemi tanársegéd.

A magzatok fejlődésében előforduló rendellenességek között különös figyelmet érdemelnek a torzképződések. Ezek csak igen ritkán kerülnek élve a világra, születésükkel pedig sokszor nagy veszélybe döntik az anyát. Kiváltképen így van ez a kettős képződéseknél. A torzképződéseknek a méhen belül a terhesség alatt való felismerése úgyszólván sohasem sikerül. Hogy mennyiben lesz e tekintetben segítségünkre a Röntgen-átvilágítás, még a jövő kérdése. Legfeljebb a *többes* terhességet lehet gyanítani, a torzok mindig meglepetés számba mennek. Az ikerterhesség diagnostizálásánál is csak a szülés közben és azáltal leszünk figyelmeztetve pl. az összenövések lehetőségére, ha a tágulási időszakban egyébként rendesen haladó szülés a kitolás időszakában megakad; de mivel ezt más körülmény is okozhatja, pl. a feltételezett ikrek collisioja, összeakaszkodása, diagnosisunk ezen az alapon is csak *feltételes* lesz és bizonyossá csak akkor válik, ha sikerül egész kézzel bejutni a méh üregébe és ekként tájékozódni. Addig és e nélkül minden egyéb csak combinatio marad.

Mielőtt a mi esetünket ismertetném, a monstrumképződések hosszadalmas, részletes tárgyalását elkerülve, csupán ennek az esetnek a megvilágítására szolgáló monstrumokról, a *kettős torzképződésekről* óhajtok pár szóban említést tenni, ezt is inkább csak azért, hogy a szóban forgó torzot osztályozhassam.

A legkifejezettebb és legtöbb szülési nehézséget okozó monstrumok a kettős torzok, mert ezeknek a megszületése, noha bizonyos körülmények között spontan is megtörténhet, általában véve mégis a legsúlyosabb munkát rójja a szülőnőre, de meg a szülészre is olyankor, ha müvi beavatkozásra kerül a sor. A szülés elé gördülő akadály minősége természetesen első sorban és nagy mértékben a kettős torz nagyságától, fejlettségétől függ, azután pedig a torzfejlődés alakulásától és a torzoknak a méhben elfoglalt helyzetétől. Azok, a melyek eddig spontan születtek meg, a legtöbb esetben korák, fejletlenek voltak. A jól kihordott s egyenlő nagyra fejlett tökéletesen kettős torz a rendes méretü szülőcsatornán csak müvi segítséggel jöhet keresztül. Hohl statistikájában 129 eset közül 81-ben volt szükség orvosi beavatkozásra és csak 48 született magától. Mütői beavatkozás tehát az esetek kétharmadában történt.

A kettős torzokat, különös tekintettel a szülés lefolyására, Veit felosztása szerint három csoportba sorozhatjuk. Először a szülés tekintetében legegyszerübbek azok a kettőzések, a melyeknél a különben jól fejlett ikrek vagy a fejjel, vagy a farral vannak egymással összenőve, ezek az ú. n. *kraniopagusok, pygopagusok* vagy *ischiopagusok*, így elnevezve a szerint, a mint a fej vagy a farvég felől vannak összenőve. Ezek minden különösebb akadály nélkül egymás után egyfolytonosságban megszületnek. A második csoportba tartoznak azok, a melyek a törzsükkel nőnek össze, ezek a *thoracopagusok*. Ezeknél már nehezebb a szülés, tekintve azonban a közöttük rendszerint meglevő könnyü mozgathatóságot, eltolhatóságot, nemkülönben az összenövések nyujthatóságát és nyúlékonyságát, beigazodhatnak, megszülethetnek, vagy élve extrahálhatók. A harmadik csoportba sorozzuk azokat, a melyeknél a kettős képződés a testvégekre, a fejre vagy a medenczevégre vonatkozik, a test többi része pedig közös maradt. Ilyenek a *dicephalusok, diprosopusok, a dipigusok* és hasonló alakulásai az elülső és hátulsó duplicitásoknak. Ezek szolgáltatják a szülés alkalmával a legnagyobb nehézségeket, mert ezen kettőzött részek nagy körfogata rendkivül tér-aránytalanságot okoz, egészben épen nem tudnak áthaladni a szülőcsatornán, tehát be kell avatkozni.

Az utóbbi csoportba tartozó kettős torzok születésének lefolyására vonatkozólag általánosságban véve azt mondhatjuk, hogy előnyös, ha a kettőzött rész jön utoljára, pl. ha egy dicephalus farfekvéssel indul a szülésnek, mivel ilyenkor az utoljára jövő fejek még kivételesen külön is kifejthetők, míg ugyanazon képződésnél, ha a torz fejvégü fekvésben helyezkedik a medencze fölé, az egyik fej a másikat akadályozza az áthaladásban; ez

okból, ha még kivihető, az ilyen torzot megkisérelhetjük lábra fordítani és extrahálni. A hol a fordítás már nem lehetséges, akkor az egyik, talán már letolt fejet húzzuk le fogóval annyira, hogy a másik beigazodhassék a medenczébe. Miután azonban ez is csak nagy ritkán, nehezen és legfeljebb kis fejeknél szokott megtörténni, azért legjobb és az anyára nézve legbiztosabb eljárás a megszületett fejet decapitálni s ellenőrzés mellett vagy várni a többi rész spontan megszületését, vagy pedig, ha az első fej decapitatioja után még lehetséges, lábra fordítani és extrahálni. Hogy melyik utat választjuk, vagy hogy nem szorulunk-e még más különös módjaira is a therapiának, azt természetesen a körülmények fogják meghatározni. Szigorú szabályokat felállítani nem lehet, mindenik eset egy-egy különlegesség és kivétel, a mely maga sem respektálja a szülés szabályait. Bárminő legyen is azonban a fekvése vagy helyzete ezeknek a kettős torzoknak, ha művi beavatkozásra kerül a sor, akkor szinte magától értetődik, hogy a magzat életére nem leszünk tekintettel s érette nem végzünk császármetszést vagy symphyseotomiát, hanem választjuk a műtevésnek azt a fajtáját, a mely által az anya a legkevesebb veszedelemnek és sérülésnek van kitéve és épen ez okból rendszerint a kisebbítő műtétek lesznek a helyesen választott és indikált beavatkozások.

Az élveszületett kettős torzok közül azok, a melyek számottevő ideig éltek, thoracopagusok voltak, még pedig a hires siámi ikrek, a kik 63 évig éltek, sternopagok, az ugyancsak ismert Dódika és Rádika pedig xiphopagok. A közös törzszsel birók már legtöbbnyire a szülés alatt elhalnak, de ha élve jönnek is át a szülőcsatornán, hosszú ideig meg nem élhetnek hasüri szerveik kiterjedt összenövése folytán (Ahlfeld). A placenta mindig közös s minthogy a duplicitások egy petéből származnak, a nemük is egyforma. A köldökzsinór lehet egyes vagy kettős. Ott, hol a mellkas és a has egy, a köldökzsinór is egyes lesz, benne azonban négy arteriát és két venát lehet találni. Kettős lesz a köldök azoknál, a kik a háttal vagy farral, vagy csak fejükkel vannak összenőve. A végtagok száma különböző lehet. A szülés illetve a gyermekágy prognosisára nézve pedig a műtő tisztaságán kivül az bir legnagyobb jelentőséggel, hogy szenvedett-e az anya és minő sérüléseket. Esetünkben egy kettős torzképződésnél a következő volt a szülés lefolyása.

S. F.-né 25 éves férjezett primipara asszonynál terhességének a végén, rendes időre jelentkeztek mult év szeptember hó 7.-én éjjeli 12 órakor a szülőfájások. A vize is csakhamar, egy óra multán elfolyt. Minthogy azonban a szülés másnap, 8.-án estig nem történt meg, a bába a szülészeti poliklinikánkat hivta ki a vajudó asszonyhoz. Ekkor a poliklinikus segéd a következő statust találta: medenczeméretek 25, 30, 20, a magzat feje a fundusban, háta a bal oldalon tapintható, ugyanitt jól kivehetően hallhatók a szívhangok is. Belső vizsgálatkor: kétujjnyi méhszáj, a burok nem ép, előlfekvő rész a far, a mely a bemenetben van rögzítve, farbevágás a haránt ban, keresztcsont a bal oldal felé. Diagnosis: I. egyszerű farkfekvés. Renyhe fájások. Így ezen körülmények mellett várakoztunk és ellenőriztük a szülés haladását — a statusnak számottevő változása nélkül — másnap, 9.-én d. u. 1 óráig. Ekkor az eddig rendes magzati szívhangok rosszabbodni kezdtek. Tekintettel erre, de meg az idő előtt elfolyt magzatvíz mellett a farfekvéses statusra, a szülésnek hosszas elhúzódására, a szülés befejezését, illetve gyorsítását czélzó láblehozatalt akarta eszközölni a poliklinikus orvos a böven kétujjnyi méhszáj mellett, ez azonban nem sikerült, a lábat elérni nem tudta, mire körülbelül 1 óra mulva a magzati szívhangok minden átmenet nélkül megszüntek, nem voltak többé hallhatók. Az anya hőmérséke ekkor 37·3, pulsusa 92 volt. Tekintve azokat a szükös viszonyokat, melyek között az asszony a lakásában feküdt, nem különben, hogy a nagy távolság miatt meg volt nehezítve a feltétlenül szükséges folytonos orvosi ellenőrzés, az asszonyt este 7 órakor beleegyezésével beszállítjuk szülészeti osztályunkra. Itt ugyanazt a statust találjuk a felvételkor, mint a melyet fent leirtam. Ez az állapot másnap, 10.-én déli 12 óráig igen renyhén jelentkező szülőfájások közben csak annyiban változott, hogy a méhszáj 4 ujjnyira tágult, a far azonban alig szállott lejebb. Az elhalt magzat, a három nap előtt elfolyt víz, a farfekvés mellett könnyebben fejlődhető fertőzés veszélye és a fájáshiány miatt a szülésnek művi befejezését határozzuk el. Mivel a czombhajlat az első ujjperczczel is csak alig volt elérhető, a lábak lehozására a már különben is elhalt magzatnál a Braun-féle horgot veszszük igénybe. Az előre felvezetett kezünk két ujjának védelme alatt sikerül a horgot az elülső czombhajlatba akasztani; az így gyakorolt erős húzás ellenére is csak igen keveset mozdul lejebb a far, a lábat azonban a megszakadt czombhajlat mellett lehozhattuk, ezt azonban már csak kevés lágyrész tartotta a törzszsel össze, ezzel tehát tovább húzást nem eszközölhettünk. Ez okból most a másik czombhajlatba viszszük fel a horgot, a melynek segélyével egyidejű erőteljes expressio mellett annyira lejebb húzzuk a fart, hogy ez a láb is le volt hozható. Most a két lábnál fogva kisértjük meg az extrahálást, ellenőrizve természetesen ezenközben a méhszáj viselkedését is. Mind a két láb átszakad a czombhajlásban, a far azonban nem mozdul. Így a húzás eszközlésére már nem maradt más hátra, mint hogy ismét felvive a Braun-horgot, azt a gerinczoszlop mellett a magzat csípőtányérjába akasztottuk, a mivel azután sikerült is a medenczét áthúzni s így lehozni a magzatot annyira, hogy körülbelül a köldökig megszületett. Innét azonban tovább megint csak nem mozdul semmiféle togásokra, húzásokra és nem is jön kijebb, illetve lejebb a törzs, annak a kizsigerelése után sem. Az akadályt eddig, a külső vizsgálat után, nagy fejnek, hydrocephalusnak gondoltuk, épen nem zárkózva azonban el a torzképződés lehetőségének a felvétele elől sem. Ezért is a helynyerés szempontjából, hogy lehetőleg a méh üregébe felhatolhassunk, vagy hogy legalább is hozzáférhessünk az utoljára jövő fejhez, az utunkban levő törzset derékban ollóval levágjuk s most a Braun-horgot a váll tájékába akasztva, igyekszünk vele lejebb húzni és a nyakat elérni, azonban ez nem sikerül így sem, a felső végtagok pedig vissza vannak maradva annyira, hogy nem tudjuk elérni őket. Most tehát kizsigereljük teljesen a mellkasi szerveket is és az így összeesett törzscsonknak eszközökkel, Muzeux-fogókkal húzása mellett végre a két kar kifejlődik és lehozható, ekkor ezeket is a törzscsonkhoz szorítva próbáljuk meg a húzást azon czélból, hogy a fejet annyira odahozhassuk, hogy perforálható legyen. A fej azonban olyan magasan van, hogy ez a művelet nem vihető keresztül. Folytatjuk tehát a kisebbítést, kiizeljük a kart, ezáltal sikerül annyi tért nyernünk, hogy feljuthatunk a méh üregébe, itt ismét két kart tapintunk magasan felcsapva a fej mellett, ettől oldalt kissé magasabban pedig még egy másik fejet is. Miután a két kart már sikerült lehozni, a térarányta lanság lényegesen megkisebbedett és most a karoknak a segítsége mellett le- és oldalfelé való húzás és emelés közben külső expressio segítségével áthúzzuk az egyik fejet, a melyet a vele összefüggésben levő másik fej azután könnyen követ. A lepény spontan születik meg, a méh mindjárt elég jól contrahálódik, vérzés nincsen belőle, alsó szakasza is jóformán ép, csak a méhszáj jobb szélén található egy csekély berepedés. Nagyobb sérülés van a hüvelyben, a melynek az elülső fala mintegy két-harmadában levált a hólyag felől, a jobb oldalán pedig mintegy 3 cm. hosszú berepedés található. A hólyag sértetlen, a vizelet tiszta. Izolálva a húgycsövet, a levált hüvelyfalat csomós catgutöltésekkel egyesítjük, ugyanígy az oldalsó repedést is. A gát ép. A méhüreg öblítése 33%-os alkohollal. A műtét után az asszony pulsusa 140 és gyenge, ezért egy Pravaz digalent kap subcutan és 500 gramm Locke-oldatot. A meleg bepakolásra csakhamar bő izzadás indul meg, a pulsus teltebb lesz, perczenként 128. A műtét, a mely igen fárasztó és nehéz munkát adott, közel három órát vett igénybe, a melyből 1½ órát chloroform-narcosis mellett dolgoztunk, a míg a szülést teljesen befejezhettük. A leánytorz hossza a szétdarabolás miatt nem volt lemérhető, súlya *teljesen kizsigerelve* 4200 gm. A fejek kerülete 33—33 cm. Egy lepény súlya 750 gm., egy 68 cm. hosszú köldökzsinór. Egészben: *két fej, egy törzs, négy kar és két láb.* Dicephalus tetrabrachius dipus. A gyermekágy, az első négy napi 38°-on felül nem emelkedő hőmérséktől eltekintve, teljesen simán folyt le, a hüvely varrott sebei egyesültek. Az asszony a harmadik héten kelt fel és a negyediken teljesen gyógyultan és jó erőben hagyta el a klinikát.

A magzat tehát itt is már időközben, a szülés folyamata elején elhalt. A medenczevégű szülés befejezése minden körülmények között indikált volt. Fájáshiány, halott magzat, rég elfolyt

víz, semmit előre nem haladó status. A befejezést illetőleg, miután a tervbe vett extractio semminemű kisérletre nem sikerült, a megkisebbítéshez, a kizsigereléshez kellett folyamodnunk már csak azért is, hogy a far által csak igen keveset tágított, szük, primipara hüvelyben helyet nyerve, a fennakadás okáról, a melyet ezek után egy nagy fejnek vagy valamelyes torzképződésnek tulajdonítottunk, belső vizsgálással bizonyosodhassunk meg. A kizsigerelés és a leirt darabolás után lehetett csak feljutni a méh üregébe s az elmondottak szerint világra hozni a kétfejü torzot. Sérülések csupán a hüvely falán voltak, a melyek azonban — a zúzott helyeket kivéve — varrásra primán gyógyultak.

Természetesen egészen más viszonyok mutatkoznak és más eljárást igényel egy ilyen dicephalus, ha a méh üregében fejvégü fekvésben helyezkedik el.

Közlemény a diagnostikai tanszék laboratoriumából. (Igazgató: Korányi Sándor dr., ny. r. tanár.)

Adat a sósav szerepéhez a gyomoremésztésben.

Irta: *Kentzler Gyula* dr. I. belklinikai gyakornok.

A táplálkozás útján a szervezetbe kerülő idegen fehérjeanyagok normális körülmények között már mint assimilálódott és faji jellegüket vesztett fehérjék jelennek meg a vérben, úgy hogy rendes viszonyok között faji jellegüket még az igen érzékeny specifikus praecipitinreactiók által sem lehet kimutatni. E rendes körülmények között physiologiás folyamatnak tekinthető átváltoztatást az emésztőcsatorna végzi. Erre utalnak azon vizsgálatok, melyeket a többi között *Ganghofner* és *Langer* végeztek, a kik kimutatták, hogy kinött kisérleti állatokban a szervezet eme fontos müködéseket elvégzi, míg újszülött állatok, melyeknek gyomor-bélhuzama még nem érte el teljes kifejlődését, különösen, melyekben, mint *Disse* és mások kimutatták, a gyomor epitheliális burka még nem tökéletes, ezen fehérjeátváltoztatást nem tökéletesen végzik és így ezeknek vérében kisebb nagyobb mértékben a gyomorba bevitt idegen fehérje eredeti faji jellegében kimutatható. Ganghofner és Langer ezen észlelete nem áll egyedül, sőt már előtte ismeretes volt *Römer* vizsgálata, a ki újszülött csecsemőkön észlelte, hogy ha az illetőknek a szájon át diphtheria-antitoxint adott, az antitoxin az illetők vérében kimutatható volt, a mi szintén csak úgy jöhetett létre, a mint ő maga is felveszi, hogy az antitoxin változatlanul jutott a még nem teljesen epithellel borított gyomorfalon át a vérbe.

Idősebb egyénekben, kikben a gyomorepithel borítéka teljes, ily átmenet nem észlelhető. Ezt állította Ganghofner és Langer, ezt látták kisérleteikben *Hamburger* és *Sperk*, *Moro*, sőt *Ascoli* is, a ki saját magán végzett kisérleteket. 1½ hóig evett napjában négy nyers tojást a nélkül, hogy a tojásfehérje a vérben mint olyan kimutatható lett volna.

Ezen rendes állapot mellett kivételek is előfordulnak. Nem említve azon igazán ritka kivételeket, melyet *Inouye* és *Ascoli* is észlelt, hogy oly embereknek, kik tojással nem éltek, a vérében tojásimmunsavóval csapadékot adó, szigorúan specifikusan viselkedő anyag volt kimutatható; kivételek oly egyéneken fordulnak elő, a hol túltáplálás forgott fenn, mint ezt pl. Ganghofner és Langer vizsgálatai, *Ascoli* és *Bonfanti* kisérletei bizonyítják, vagy a kiknek emésztőtractusa sérült volt és pedig akár oly módon, hogy az elválasztása zavartatott meg, a mit Ganghofner és Langer nagy mennyiségü szóda adásával értek el, vagy szorosabban vett anatomiai laesio volt jelen, mint pl. *Moro*, *Bauer* eseteiben, kik atrophiás gyermekek vérében látták a táplálásra használt tehéntejet faji jellegét megtartva megjelenni, a mely esetekben a megejtett sectiók a gyomor- és bélnyálkahártyák megbetegedését mutatták ki.

A fehérjék ezen átváltoztatását a gyomornedv végzi. Ezt mutatják a már említett vizsgálatok, de erre utal azon észlelet is, hogy a végbélen át a szervezetbe vitt fehérjék a vérben változatlan alakban kimutathatók. Erre nézve ugyanis kisérletet végeztem egy ulcus ventriculiban szenvedő betegen, kin erős vérhányása miatt több napon át tisztán a végbélen át végzett táplálás vitetett keresztül. Az illetőn az anális táplálás második napján végeztem a vizsgálatokat és pedig oly módon, hogy a vér-savóját 5, 10, 50 és 100-szorosan hígítottam, s ehhez adtam egy erősen (32,000 felül) praecipitáló savó 10%-os keverékének öt cseppjét; az eredmény minden esetben erős csapadékot mutató praecipitinreactio alakjában állott be, bizonyítékául annak, hogy a végbélen át bevitt tehéntej a vérbe eredeti alakjában vétetett fel, és így mint olyan ki is volt mutatható. E kisérletet egészséges egyéneken és egy másik ulcusos betegen is több esetben megismételtem, az eredmény mindig ugyanaz volt. Különösen bizonyító ez azon vizsgálatok alapján, melyeket ugyanazon egyéneken előzőleg végeztem, a kiken, ha a gyomrukon át kapták az illető tejmennyiséget (200 cm³), sőt azon felül való mennyiséget is, a vérben a tejnek faji jellegében való megjelenését sohasem észleltem.

E kisérlet szerint tehát a fehérjék megváltoztatása a gyomorban történik, és pedig az emésztési folyamat alatt, mert túltáplálás alkalmával, mint Ascoli kimutatta, már rövid idő, 1½—2 óra mulva meg lehetett a vérben találni a bevitt fehérjét faji alakjában; ebből az következik, hogy normális körülmények között az idegen fehérjéknek faji jellegüktől való megfosztása rövid idő alatt, tehát mindenesetre a gyomoremésztési idő alatt kell hogy megtörténjék.

Ennek megvizsgálása czéljából a következő kisérletet végeztem: Egy betegnek 400 cm³ tehéntejből álló próbareggelit adtam, melyet ½ óra mulva ismét kivettem.

A kivett gyomortartalmat vizsgálat alá vettem, és pedig oly módon, hogy ½ cm³ gyomornedvhez, melyet ½ cm³ 0·85%-os Na Cl-oldattal 1 cm³-re egészítettem ki, 5 csepp 10%-os praecipitáló immunsavót adtam. A vizsgálat eredménye az volt, hogy a gyomortartalomban levő tej faji jellegét a félórai gyomorbeli bennlétele ellenére megtartotta. Ekkor a gyomortartalmat thermostatba tettem, ott az tovább emésztődött és a negyedóránként megismételt praecipitatiós vizsgálat kiderítette, hogy a gyomornedvben a kivétel után öt óra mulva a tehéntej faji jellege még ki volt mutatható, sőt ki volt mutatható még 24 óra mulva is.

A gyomortartalom szabad sósavat nem tartalmazott, úgyszintén tejsavat sem, összaciditása 32 volt és ezért e kisérletből továbbmenő következtetést vonni már csak azért sem lehetett, mert az egyik, az emésztéshez szükséges tényező, a szabad sósav hiányzott. E miatt úgy változtattam a kisérletet, hogy az előbbi mennyiségü gyomornedvet sósav hozzáadásával 0·5% sósavtartalmúvá tettem; ha most ehhez adtam a specifikus 10%-os savó 5 cseppjét, kimaradt a praecipitinreactio, világos bizonyítékául, hogy lényeges szerep e müködésben a gyomor sósavtartalmának jutott. Egyúttal e kisérlet által meg volt jelölve az út, melyen a kérdés vizsgálatában haladnom kellett. Az a kérdés merült fel ugyanis, vajjon a fehérjék faji jellegének elvesztése egyszerüen sósavhatás-e, vagy van-e a gyomornedvben levő pepsinnek is lényeges szerepe abban, hogy a fehérjék faji jellegüket az emésztés folyamán elveszítik.

Ennek eldöntése czéljából 0·85% Na Cl-oldattal 100—10,000-szeres tehéntejhígítást állítottam elő; ha ennek 1 cm³-éhez a kisérletekhez használt 10%-os praecipitáló serum minden egyes esetben használt 5 cseppjét adtam, a praecipitinreactio beállott. Az előbbi kisérletnek megfelelően ekkor 0·5%-os sósavval készítettem a tejhígítást. Ennek 1 cm³ mennyiségéhez adva a serum ugyancsak 5 cseppjét, a reactio elmaradt, bizonyítva, hogy a sósav mint olyan akadályozta a reactio létrejöttét.

További vizsgálatkor kiderült, hogy mint az alábbi táblázat mutatja, a sósav csak bizonyos concentratioban tudta e gátló

I. Táblázat.

Sósav % tartalma	Tejmennyiség 1 : 1000 hígításban	Serummennyiség 10% hígításban	Reactio
0·05	1 cm³	5 csepp	erős csapadék
0·10	„	„	„ „
0·20	„	„	gyenge csapadék
0·30	„	„	kis zavarodás
0·40	„	„	alig látható zavarodás
0·50	„	„	semmi reactio

hatást kifejteni, még 0·40% sósav jelenléte mellett is található volt egészen minimális zavarodás, 0·5% sósavtartalom mellett azonban reactio sohasem jött létre, a mi azt mutatja, hogy a sósav ily higításban a praecipitinreactio megjelenését meg tudja akadályozni.

Ez a gátló hatás kétféle módon jöhet létre; vagy úgy, hogy a sósav a fehérjét faji jellegétől megfosztani képes, vagy azért, mert a keverék savi vegyhatása gátolja a praecipitatum kifejlődését, a minek tehát az utóbbi esetben azonnal elő kellene állani, ha a savat utólagosan közömbösítjük. Ezért az 0·5% sósavat tartalmazó tej-serum-keveréket több óra, sőt 24 óra mulva 0·1 normál natronlúggal közömbösítettem; a praecipitatumképződés annak ellenére, hogy ez idő alatt volt idő a serum és a tejrészecskék esetleges egyesülésére, elmaradt és így a reactio kimaradását csak úgy magyarázhattam, hogy a sósav csakugyan meg tudta fosztani a sejtfehérjét faji jellegétől.

A praecipitinreactio elmaradt akkor is, ha a higításhoz lúgot használtam. A hígításhoz 0·1 normál lúgot használtam, ezzel állítottam elő 1 : 1000-szeres tejhígítást. Ha ennek 1 cm³-éhez adtam ugyanazon 10%-os savó 5 cseppjét, a reactio elmaradt ugyan, de a lúgnak 0·1 normál sósavval történt közömbösítése után a praecipitatumképződés rögtön beállott, azaz a lúg a fehérjék faji jellegét megváltoztatni nem képes, csak a reactio beálltát tudja akadályozni az által, hogy úgylátszik az alkalikus vegyhatás alatt a praecipitáló savónak a fehérjére való hatását gátolja meg.

A gyomornedv, mely szabad sósavat nem tartalmaz, önmagában nem gátolja meg a praecipitatio létrejöttét. Sósavval történő fokozatos savanyítás esetén egy határhoz érünk, melynél a praecipitatio nem áll be, mint ez a II. táblázatból kitünik, a hol

II. Táblázat.

Sósav % tartalma	Gyomornedv mennyisége	Tejmennyiség 1 : 500 higításban	Savómennyiség 10% higításban	Reactio
0·05	0·5 cm³	0·5 cm³	5 csepp	erős csapadék
0·10	„	„	„	„ „
0·20	„	„	„	gyenge csapadék
0·30	„	„	„	igen gyenge zavarodás
0·40	„	„	„	alig látható zavarodás
0·50	„	„	„	semmi reactio

a határ szintén a 0·4—0·5%-os sósavtartalom mellett található. A gátlás beállott minden mesterséges savanyítás nélkül is egy esetben, midőn a kisérletet 0·45% sósavtartalmú gyomornedvvel végeztem.

Lúg gyomornedv jelenléte mellett szintén gátlólag hatott, de közömbösítésre a reactio itt is tüstént beállott; ilyenkor ugyan színbeli differentia is mutatkozott a közömbösítés után, de ez a controlkeverékben is, a melyben csak a hatóserum hiányzott, fel volt található sárgás színeződés alakjában.

A sósavgátlásnál még egy körülményre kellett gondolni, a mire a kisérleteket szintén kiterjesztettem. Lehet ugyanis, hogy a sósav a hatóserumra fejt ki oly hatást, hogy annak praecipitálóképességét teszi tönkre. Ezért a 10%-os savó hígításához 5 és 10%-os sósavoldatot használtam. Ha ebből adtam 5—5 cseppet az 1 cm³ 1000-es tejhígításhoz, a reactio kimaradt, de nem maradt ki akkor, ha a tej mellett gyomornedv is volt jelen (½ cm³ 1 : 500 tej + ½ cm³ gyomornedv), a mi azt bizonyítja, hogy a serum a sósavval való előzetes kezelés ellenére sem vesztette el hatékonyságát és úgylátszik gyomornedv jelenlétében a gyomornedvben levő fehérjékhez társult, a mi által a hatósavó a sósav hatása alól felszabadulva, változatlanul tudta a reactiót létrehozni.

Mesterséges gyomornedv jelenlétében, melyet 1%-os pepsin. germanic.-mal készítettem, a reactiók ép oly fokban és körülmények között állottak be, mint a természetes gyomornedvnél. A pepsinoldat önmagában nem volt képes gátlást előidézni; sósavval történt fokozatos savanyításnál a reactio quantitative csökkent, a teljes gátlás ép úgy, mint a természetes gyomornedvnél, itt is 0·5%-os sósavtartalom mellett állott be.

Még egy eshetőségre kellett a gyomornedvbeli sósavhatásnál tekintettel lennem. Lehetséges ugyanis, hogy a képződött praecipitatum megemésztetik és ez az oka a reactio kimaradásának. Ennek a lehetőségnek megvizsgálására ½ cm³ 1%-os pepsin jelenlétében a ½ cm³ 1000-szeres tejhígításban a kisérletekhez használt 10%-os savó segélyével praecipitatumot állítottam elő, s ennek kicsapódása után a keveréket 0·2%-os sósavtartalmúvá tettem. Ekkor kitünt, hogy a sósav utólagos hozzáadása a praecipitatum feloldását nem idézi elő.

Az összes praecipitatiós kisérleteket tojást praecipitáló serummal is megismételtem; az eredmény ugyanaz volt, mint a mely a tejet praecipitáló serumnál jelentkezett.

Összefoglalva kisérleteim eredményét, a következők mutathatók ki.

1. A sósav 0·5%, a tejsav körülbelül 1%-os oldatban, a lúg még hígabb, 0·1%-os oldatban is gátolja a praecipitatio létrejöttét. De míg a reactio a lúg közömbösítésére azonnal beáll, a sósav közömbösítésére nem következik be.

2. Gyomornedv jelenlétében a reactiók qualitativ tekintetben változatlanul állnak be.

3. A hatóserum előzetes savítása a rendes praecipitatiót gátolja, gyomornedv jelenlétében azonban a gátló hatás nem áll be.

4. Mesterséges gyomornedvnél a reactiók a rendes gyomornedv hatásának megfelelők.

5. A már képződött praecipitatum sósavas gyomornedv jelenlétében nem tünik el, azaz a praecipitatum elmaradása nem tekinthető emésztés következményének.

A vizsgálatok tehát azt bizonyították, hogy a fehérjék faji jellegének elveszése a gyomornedv sósavtartalmától függ, a mennyiben tisztán pepsint tartalmazó oldat (1% pepsin. germanic-oldat) a praecipitinreactio beálltát nem gátolja, valamint szabad sósavat nem tartalmazó természetes gyomornedv sem. Úgy kell tehát a folyamatot tekintenünk, mely a gyomorban végbe megy, mint a szervezet bizonyos fokú védekezését idegen fehérjékkel szemben és e védekező szereppel a sósav van felruházva, melynek az emésztésben különben is fontos feladata mellett e szerep is jutott. A bejutott fehérjét a gyomor sósavtartalma fosztja meg faji jellegétől, nemcsak oly alakban, hogy vele laza összeköttetést létesít, mint azt a lúggal való kisérletünk mutatta, hanem létesít oly változást is, mely a sav közömbösítése után sem tünik el. Igy áll be azután az, hogy a fehérjék faji jellegükben többé nem mutathatók ki, csak akkor, ha a bevitt fehérje túl nagy mennyiségben volt a gyomorban, a midőn talán a gyomor sósavtartalma nagyon kevés volt arra, hogy ezen változást létrehozza, mint ezt pl. Ascoli kisérletileg kimutatta, vagy ha a gyomor sósavelválasztó képessége csökkent, a mi Ganghofner és Langer-nek szóda adásával végzett kisérletében állott be.

A hyperaemiás kezelés az általános orvosi gyakorlatban.

Irta: *Szalai Jenő* dr., Erzsébetfalva.

Azon eredményekről kivánok az alábbiakban beszámolni, a melyeket az általános orvosi gyakorlat keretein belül sikerült elérnem a Bier-féle hyperaemiás módszer alkalmazásával. E téren több mint másfél év alatt szerzett tapasztalataim meggyőztek, hogy Biernek a mesterséges vérbőséggel való gyógyításmódja minden irányban könnyen felhasználható az általános orvosi gyakorlatban, s hogy nem sokára eljön az idő, a midőn általánosan elterjedve, egyik leghálásabb része lesz.

A mi első sorban ragadja meg a figyelmet, az gyors fájdalomcsillapító hatása. A hol helyén való Bier tanának az alkalmazása és a hol helyesen is használják, ez az első szembetünő jelenség, akár passiv, akár activ hyperaemiát alkalmazunk. Lehet-e megkapóbb eredményt képzelnünk e téren, mint például egy óriási fájdalommal járó mastitis esetében, a mikor a passiv hyperaemiának első háromnegyed órai alkalmazása után a beteg rendszerint teljesen megkönnyebbül, és ha a fájdalom órák mulva — bár kisebb mértékben — még visszatér is, 2—4 napi alkalmazás után rendszerint végleg megszünik és a további gyógyulás majdnem teljesen fájdalommentesen folyik le. Hogy ezzel szemben mit szenved

egy egy mastitises beteg az eddig használt gyógyításmódok mellett, felesleges ecsetelni. Ép ilyen feltünő gyorsan csillapítjuk a fájdalmat, ha az erre alkalmas esetekben forró levegővel verőeres vérbőséget idézünk elő a beteg testrészben. Alább közlendő eseteimben is az első hatás, a minek nyilvánulását tapasztalhattam, rendszerint a fájdalmasság gyors csökkenése volt. Ha más jó tulajdonsága nem volna a Bier féle gyógyításmódnak, már ez is nagy fontosságúvá tenné, tekintve, hogy milyen egyszerű és veszélytelen módon érhetünk el e téren szép eredményt. E mellett mindazon betegségekben, a melyek alkalmasnak mutatkoznak a mesterséges vérbőséggel való kezelésre, lényegesen gyorsabban és biztosabban érünk el javulást vagy gyógyulást, mint az eddig divott gyógyítóeljárásokkal. Az eredmények általában olyan szépek, hogy a ki ezen gyógyítási móddal csak kis ideig is behatóan és egy kis szeretettel foglalkozik, lehetetlen, hogy kedvet ne kapjon mind szélesebb körben való alkalmazására.

Igen fontosnak tartom azon körülményt is, hogy számos betegségben a Bier szerint való gyógyítás összehasonlíthatlanul kényelmesebb és olcsóbb, mint az eddig használt gyógyeljárások, a melyek sok esetben kevésbé jómódú embernek egyáltalában hozzáférhetetlenek. Értem ez alatt az olyan betegségeket, a melyekben eddig is verőeres vérbőséggel gyógyítottunk, t. i. gyógyfürdőkkel. A Bier szerkesztette készülékek, a melyekkel forró levegő segítségével gyógyítunk, aránylag olyan kevésbe kerülnek s olyan egyszerűen kezelhetők, hogy az általános gyakorlatban nagyobb anyagi áldozat nélkül alkalmazhatók s a velök elért eredmények a legtöbb esetben felülmulják a gyógyfürdőkben elérhető eredményeket.

Ott, a hol a betegnek nyujtott segítségünknél és tanácsunknál a gyógyítási mód pénzügyi oldaláról sem szabad megfeledkeznünk, különös fontossággal bir ezen körülmény. Óriási horderejü a kevésbé módos betegre nézve, hogy vajjon gyógyulását otthon érheti-e el aránylag csekély anyagi áldozattal, vagy pedig esetleg messze kell utaznia a betegségének megfelelő gyógyfürdőbe és ott a mellékes kiadásokra talán öt-hatszor annyit kell áldoznia, mint a tulajdonképeni kúrára. A Bier által összeállított forrólevegős készülékek olyan egyszerűek, hogy bármely értelmes falusi asztalos megcsinálhatja, ha látott mintát.[1]

A mi Bier módszerének tudományos magyarázatát és technikáját illeti, egyszerűen utalok „Hyperämie als Heilmittel“ czímü könyvére, és a mi a sebészeti részt illeti, Manninger Vilmosnak az „Orvosi Hetilap“ 1905. évfolyamában megjelent „Helyhez kötött fertőzések gyógyítása a vérbőség fokozásával“ czímü czikksorozatára.

Általános gyakorlattal foglalkozó orvos lévén, az alább közlendő esetek világos bizonyítékai annak, hogy a gyakorló orvosnak mennyire tág tere nyilik a Bier-féle gyógyításmód gyakorlati alkalmazására.

Első sorban *a sebészet körébe vágó* eseteimről kivánok szólni. E téren a következő eseteimről számolhatok be:

Tendovaginitist négy esetben kezeltem passiv hyperaemiával, mind a négy esetben teljesen jó eredménynyel. A pólyát naponta 20—22 órára alkalmaztam részint egyfolytában, részint 1—2 óráig tartott egyszeri megszakítással. Három esetben a kézen és egy esetben a lábon támadt a baj. Valamennyi esetben a fájdalom már az első napi lekötés után engedett, a láz 1—4 napi kezelés után megszünt. Bemetszést ½—2 cm. hosszúságban 3 esetben végeztem a hullámzást mutató helyen, míg a negyedik esetben, bár a lobos tünetek a lábon rendkivül nagymérvüek voltak, hullámzást sehol sem találván, bemetszést sem végeztem. Valamennyi esetem 8—20 nap alatt gyógyult a nélkül, hogy a végtag müködésképességében bármit szenvedett volna.

Furunculust 8, carbunculust 4 és panaritiumot 1 esetben kezeltem, valamennyit a nélkül, hogy a késhez kellett volna nyúlnom. A furunculusokat 2—6 napig kezeltem a Bier-féle szivókészülékkel, addig t. i., míg a váladék már csak savószerü volt. A regeneratio ezután néhány napi steril sebkezelésre teljesen befejeződött. Carbunculus-esetem 3 volt a tarkón s egy a kézfőn. A fájdalmasság 1—3 napi kezelésre megszünt, 10—14 napi kezelés után mind a négy esetben gyógyulás állott be. A megfigyelésem alá került egyetlen panaritium elég korán jutva kezelés alá, csekély genyedéssel 12 nap alatt teljesen gyógyult. Mindezen esetekben naponta átlag 1 óra hosszat alkalmaztam a megfelelő szivókészüléket.

Mastitist 7 esetben kezeltem Bier-féle szivóharanggal. Három esetben akkor fordultak az illetők hozzám, a midőn még csak kisebb-nagyobb beszürődést, pirt és fájdalmasságot találtam az emlőn. Ezen esetek 2—4 napi, naponta 1 óráig tartó kezelésre teljesen gyógyultak a nélkül, hogy genyedésbe mentek volna át és bemetszést kellett volna végeznem. Három esetben már az első vizsgálat alkalmával és egy esetben 2 napi kezelés után találtam hullámzást. Mind a négy esetben a bemetszés előtt végzett kezelésnek feltünő volt a fájdalomcsillapító hatása. Mind a négy nő, a kik a kezelés előtt rendkivül heves fájdalmakról panaszkodtak, ¾ órai kezelés után rendkivül nagy megkönnyebbedést éreztek. Ekkor végeztem a bemetszést 1—2 cm. hosszúságban és utána még 5—10 perczig alkalmaztam a szivóharangot. Ezen esetek is mutatják, hogy a Bier-féle szivóharangok első sorban nemcsak azért hatnak fájdalomcsillapitóan, mivel a váladékot a lobos részből kiszivják, hanem a mesterségesen előidézett vérbőség által is. A szivóharangot 8—16 napig alkalmaztam, ezen utóbbi 4 esetemben átlag naponta 1 óráig vagy egyfolytában, három-négyszeri 1—2 perczig tartó szünettel, vagy itt-ott, különösen bő váladék esetében, 1 óráig reggel, ½ óráig este. A teljes gyógyulás a legsúlyosabb esetben is 3 héten belül bekövetkezett.

A genyedésbe átment mastitis-esetek közül kettőnek a kórtörténetét az alábbiakban közlöm.

1. *Sz. Gy.*-né 5 hét előtt szült és 2 hete beteg a bal emlője. 1906 julius 14.-én állapota a következő. A bal emlő kétszerese a túloldalinak, belső fele élénkvörös, kemény tapintatú, a mélyben hullámzást tapintok. A szivóharang egy órai alkalmazása után a beteg, ki előbb óriási fájdalmakat szenvedett, teljesen megkönnyebbedett. Julius 15. Fájdalmai az előző napi kezelés után 4—5 óra mulva visszatértek. A hullámzást sokkal világosabban és felületesebben érzem. Aethylchloridos érzéstelenités mellett 1½ cm. hosszú bemetszést végzek, mire bő, igen sürű geny ürül; ezután 1 óra hosszat alkalmazom a szivóharangot. Ettől számitva, minthogy igen bő a váladék, három napon át naponta kétszer kezelem és pedig reggel ¾, este ½ óra hosszat. A fájdalom rohamosan csökken, úgy hogy julius 17.-én már egész nap fájdalommentes. Julius 19.-én az emlő csak alig nagyobb a túloldalinál, úgy a beszűrődés, mint a pirosság rohamosan csökken, a sebből kiszivárgó váladék már nem genyes, hanem tisztán savós. Két nap óta naponta egyszer lesz kezelve ¾ óra hosszat. Julius 25. A lobos tünetek mind visszafejlődtek, csupán jó diónyi, érintésre is alig fájdalmas kemény beszürődés tapintható. A kezelést beszüntetem, csupán az emlő felkötését rendelem el még továbbra is. A seb teljesen begyógyult. Julius 30.-án jelentkezik a beteg azon panaszszal, hogy ismét fájdalmakat érez ugyanazon emlőben. A beszürődés kissé nagyobb mint 5 nap előtt volt és ismét forró tapintatú. Ismét kezelés alá vettem és augusztus 2.-áig napi egy óra hosszat szivattam, a midőn teljesen gyógyultan bocsátottam el. Az újra kezdődött lobos tünetek teljesen visszafejlődtek.

2. *K. J.*-né 1906 szeptember utolsó hetében szült. Október 4.-én betegedett meg a bal emlőjére. Október 6.-án bal emlője igen megnagyobbodott, ¾ részében kemény tapintatú és élénkvörös színü, rendkivül fájdalmas, hullámzást azonban sehol sem tapintottam. Aznap és a következő napon 1—1 óráig kezeltem a szivóharanggal s a beteg néhány órára lényegesen megkönnyebbült. Október 8.-án két helyen találtam jól kitapintható hullámzást. Mind a két helyen 1 cm. hosszú bemetszést téve, igen sok geny ürült. 3 napon át, míg a váladék bő volt, naponta 2-szer ½—¾ óra hosszat kezeltem, később naponta egyszer 1 óra hosszat. Az emlő a különben gyenge testalkatú nőn annyira meg volt nagyobbodva, hogy a legnagyobb szivóharangomba, a melynek pedig 15 cm. az átmérője, eleinte alig fért bele. A bemetszés után állapota minden tekintetben rohamosan javult, úgy hogy október 20.-án a kezelést beszüntettem. A bemetszések teljesen begyógyultak s csupán kisgalambtojásnyi fájdalmatlan keményedés volt még tapintható a mélyben. 1907 február 5.-én volt alkalmam látni a beteget, a midőn a bemetszések helye alig látható.

Mind a két leirt eset olyan súlyos volt, hogy rendes sebészi kezelés mellett 4—6 héten belül a gyógyulásuk semmi esetre sem következett volna be. E mellett míg első esetemben 2 napig, a másodikban 3 napig tartott a fájdalom, a rendes sebészi kezelés mellett bizonyára ugyanannyi hétig tartott volna. Az első esetemben a kezelés abbahagyása után nehány napra visszatért fájdalmakból azt a tanulságot vontam le, hogy a kezelést ily súlyosabb esetekben jobb 2—4 nappal a vélt teljes gyógyulás után is folytatni, hogy a visszaesésnek biztosan elejét vehessük. Ha bemetszésre került a sor, gaze-csikot csak az első napon helyeztem a sebnyilásba, de talán még ezt is felesleges tenni. A szivóharan-

[1] Az eredetiek Bonnban kaphatók F. A. Eschbaum-nál.

gok közül mindig olyan átmérőjűt választottam, hogy benne az emlő kényelmesen elférjen egész nagyságában és a levegő kiszivattyúzásának zsinórmértékeül azt vettem, hogy az egész emlő az erős passiv hyperaemia folytán sötét kékes-vörösszinü legyen, a nélkül azonban, hogy a betegnek fájdalmat okozzon. Ez különben általában áll a Bier-féle kezelésre nézve, mert a mint a fájdalmat fokozza, helytelenül és túlerősen van alkalmazva. Ha a sebből már tisztán savós váladék jön, elég a kezelést még 1—5 napig folytatnunk. Feltünőnek találtam és megemlítendőnek tartom még azon körülményt, hogy a genyedésbe átmenő mastitis-esetekben a tályogképződés igen gyorsan jut a mélyből a felület felé. Általában végtelen hálás dolog *úgy a betegre mint az orvosra* nézve a mastitisnek Bier módszere szerint való kezelése.

Szépészeti szempontból fontos még azon körülmény, hogy a szivóharanggal kezelt genyes mastitisek után hátramaradó heg alig látható.

Tuberculosus izületlob hat esetben került kezelésem alá. Az eredmény általában nem volt kedvező. Három esetben értem el időleges javulást, két esetben teljesen hatástalannak láttam a passiv hyperaemiával való kezelést és csupán egy esetben értem el, bár nem teljes, de mégis szép eredményt. Ezen eset kórtörténete a következő:

K. J. 8 éves fiúnak bal térdizülete négy év előtt fájdalmassá vált, megdagadt. Borogatásokkal, belső szerekkel, fektetéssel, hosszabb ideig gypskötéssel stb. kezelték. 1905 julius 16.-án került kezelésem alá. A jobb térd 3 cm.-rel nagyobb térfogatú, mint a bal; egy sipolyon át, mely kissé a térdkalács alatt nyilik, genyes váladék ürül; a láb körülbelül 130°-nyira behajlitott állapotban van és úgy activ mint passiv mozgatásra igen fájdalmas. De nyugodt állapotban is erős a fájdalom, úgy hogy egész éjjelen át jajgat és nem alszik a beteg. Esténként a test hőmérséklete 37·5—38·0. Az első négy héten át naponként 3—4 órára alkalmaztam gummipólyát, erős duzzadást érve el, azontúl naponta 1—1½ órai duzzasztást végeztem. A térd 8 napi kezelés után majdnem teljesen fájdalmatlanná vált, a láz megszünt, a térd 3 heti kezelés után active és passive is elég könnyen mozgatható. Mig előbb egyáltalán nem tudott a lábára lépni, bottal kezd sántikálva járni. 8 heti kezelés után a sipoly bezáródott és a láb lassan nyúlni kezdett. ¾ évi kezelés után a fájdalmasság újra jelentkezett. Ekkor 12 forrólégkezelést alkalmaztam, mire a fájdalmasság némileg megszünt, de a térd duzzadtabb lett és a térdhajlatban hullámzó helyet tapintottam, a melyet megnyitva, belőle bő serosofibrinosus váladék ömlött. Ismét visszatértem a passiv hyperaemia alkalmazására, mire a váladék mindinkább serosus lett s a seb 16 napi kezelés után záródott. A fájdalom mindinkább csökkent és a láb rohamosan visszanyerte működésképességét. 1906 nyarán már alig lehetett a járásán észrevenni, hogy az egyik térde beteg. A pólyázást 1906 október 15.-ig folytattam, a midőn is, leszámítva, hogy a bal térde még mindig 1½ cm.-rel vastagabb mint a jobb, s hogy bal térdét kinyujtani bár teljesen, de behajlitani csak valamivel tudja 90°-on belül, teljesen gyógyultnak mondható. Fájdalmasság nincs, járni teljesen jól tud. 1907 február 5. Állapota nem változott.

Osteomyelitist egy esetben volt alkalmam kezelni Bier methodusa szerint. Az eset a következő:

Sch. Károly 6 éves fiú 1906 év junius 3.-án hintáról leesve megütötte magát és azóta nem tud járni. A bal czombja tetemesen megvastagodott, erősen beszűrődött, vörös és igen fájdalmas. A gyermeket ilyan állapotban junius végén egyik budapesti sebészeti osztályra szállitották, a honnan körülbelül 5 hét mulva hozták haza. Akkor a gyermek állapota a következő volt: A czomb belső és külső oldalán egy-egy, a csontig hatoló bemetszés volt, a melyen át drainecső volt behelyezve. A cső mindkét végén bőven ömlött genyes váladék. A czomb igen dagadt, kemény tapintatú, és már a legcsekélyebb mozditásra is igen fájdalmas volt. Napi 20 órás lekötést alkalmaztam a czombhajlatban, a mi igen eredményesnek bizonyult, mert már egy napi kezelés után a fájdalom igen lényegesen csökkent és 3—4 napi kezelés után passive minden nagyobb fájdalom nélkül lehetett a lábat mozgatni. A váladék napról napra kevesbedett és genyes jellegét veszíteni kezdte. A drainecsövet 6 nap mulva eltávolitottam és helyébe gaze-csikot helyeztem. Midőn már az egyik bemetszés helye teljesen begyógyult és a másikon csak kevés tiszta savós váladék ömlött, a beteget szeptember végén beküldtem a János-kórház sebészeti osztályára, a hol Manninger Vilmos dr. volt szives Röntgen-sugarakkal megvizsgálni a lábat és értesiteni, hogy aránylag kis sequester képződött, a melynek eltávolitása nagyobb nehézségbe nem ütközik. Egyelőre azonban a láb további kezelését ajánlotta passiv hyperaemiával. Ezt én azután még 2 hétig folytattam, ezután azonban forrólégkezelésre tértem át. Ugyanis most már a felszivódás fokozásával a láb működésképességét ilyen módon véltem gyorsabban elérhetni. A fiú 23 forrólégkezelést kapott, eleinte naponta, később háromszor hetenként, napi egy-egy órai kezelést végezve. Ezen idő alatt a láb működésképessége annyira megjavult, hogy térdét 125—130°-nyira behajlitva, járásra használni tudta, természetesen sántikálva. A seb állandóan nyitva maradt és azon át kevés savós váladék ürült. Minthogy a gyermek szülei más községbe költöztek, az anyát betanitottam a gummipólya alkalmazására és elrendeltem, hogy naponta 1 óráig legyen rajta. E mellett időnként meleg fürdőket rendeltem. 1907 február 9.-én a fiú állapota a következő: A második sebnyilás is január vége óta be van gyógyulva, a czombcsont lényeges megvastagodást mutat a túloldalihoz viszonyitva, az alsó végtag a térdizületben teljesen behajlitható és nyujtható. A végtag rövidülése alig 1 cm. A fiú járásán csak az veszi észre, hogy kissé biczeg, a kit figyelmessé tesznek rá. Ekkor ismét szives volt Manninger dr. Röntgen-felvételt végezni a fiú lábáról, melynek eredménye, hogy a Röntgen-képen sequester egyáltalában nem látható, hanem csupán az, hogy a czombcsont alsó harmada erősen megvastagodott. Megvan azonban a remény, hogy felszivódás folytán ezen megvastagodás is idővel kisebbedni fog.

Bár sajnos, ezen a téren több tapasztalattal nem rendelkezem, azonban ezen egyetlen esetben elért fényes siker is eléggé bizonyitja, hogy a mesterséges vérbőséggel osteomyelitisben is igen szép eredményt lehet elérni.

Gyakran és minden esetben eredményesen alkalmaztam a pangásos hyperaemiát praeventive piszkos sebeknél, vagy a hol a sebfertőzés kezdeti tüneteit láttam. E tekintetben érdekesnek tartom a következő eset leirását:

M. N. hentessegéd reggel sertésbélyegzővassal a jobb kezefején sérülést szenvedett, úgy hogy mintegy 20—25 tűszúrásnyi, a bélyegzővashoz tapadt, piszoktól fekete sérülés volt ugyanaznap délután látható a már erősen feldagadt kézfőn 39° láz mellett. Nyirokérlobot az alkaron ekkor még nem láttam, azonban az alkar a könyökig fájdalmas volt. A sok apró sérülést nem lehetett kellőképen kitisztitani. Steril kötés mellett 20 órára a felkarra gummipólyát helyeztem; másnapra a láz úgyszintén a fájdalmasság eltünt és két órai pihentetés után további 20 órai pólyázásra a duzzanat is teljesen eltünt.

Ilyen gyorsan kifejlődött fertőzési tünetek mellett bizonyára nem megvetendő ez a gyors gyógyulás, és számos hasonló, bár kevésbé komoly kezdetü esetemből merítem azon meggyőződésemet, hogy a passiv hyperaemia praeventiv alkalmazásával sokszor elejét veszszük kiszámithatatlan következményekkel járó gyuladásos folyamatoknak.

(Folytatása következik.)

A functiós béldiagnostika és az idült bélhurutok diaetás gyógykezelése.[1]

Irta: *Áldor Lajos* dr., Karlsbad.

(Vége.)

Bővebben foglalkoztam az achyliával és az achyliás hasmenésekkel, mint a mennyire ezen előadás proportionális viszonyai talán megengednék. Tettem ezt azért, mert az achyliás hasmenések a gastrogen eredésü bélzavaroknak legclassikusabb példája gyanánt tekinthetők és épen ezen bélzavaroknak a gyógykezelés szempontjából való megvilágitása azt hiszem kiválóan alkalmas annak a demonstrálására, hogy egyes bélzavarok genesisének felismerésére mennyire szükséges a gyomor functiojának az adott esetben való megismerése. *A. Schmidt* azzal a „practikus tanácscsal“ fejezi be a gastrogen bélzavarokat tárgyaló fejezetét idézett munkájának, hogy minden súlyos hasmenésben szenvedő betegen tegyünk legalább egyszer sósavval és egy amarummal kisérletet és súlyosabb esetekben még gyomormosásokat is alkalmazzunk. „Man wird erstaunt sein — mondja *Schmidt* — wie oft diese Therapie, an die man zunächst garnicht denkt, Erfolg hat, ein Zeichen, dass der Magen viel häufiger die Eingangspforte für Darmläsion ist, als man gemeiniglich glaubt.“

Azt hiszem, hogy idáig menni, egy huzamosabb időt igénylő therapiás beavatkozást megindítani a bélzavarok genesiseinek megállapitása czéljából, túlzás volna; de minden chronikus bélbajban a vizsgálatot a gyomorfunctiókra is kiterjeszteni elengedhetetlen követelmény nemcsak maguknak a gastrogen eredésü bélzavaroknak a szempontjából, hanem arra a bővebb fejtegetést nem igénylő tényre való tekintettel is, hogy a gyomornak csak véletlenül jelenlevő működésbeli rendellenességei az egyidejüleg a gyomortól függetlenül fennálló enterogen bélzavarok eredményes kezelése érdekében is különös therapiás tekintetbevételt igényelnek. Be kell vallanunk, hogy a belek functionális vizsgálata távol mögötte áll még annak a tökélynek, melyet a gyomorfunctiók felismerése terén elértünk.

Hiszen nincsen módunkban magát a bélnedvet minden egyes

esetben a gyakorlatban olyan könnyen kivihető módon vizsgálni, mint a hogy azt a gyomornedvvel naponta teszszük. *Boas*-nak,[1] *Kuhn*-nak[2] és kivált *Hemmeter*-nek[3] ebben az irányban végzett szellemes törekvései nem bizonyultak alkalmasnak arra, hogy egy functionális béldiagnostika alapját képezzék. Hogy a kezdet nehézségein ezen a téren is túl vagyunk, hogy ma már nemcsak beszélhetünk functionális béldiagnostikáról, de annak minél szélesebb körben való alkalmazása jogosan követelhető is, az *Schmidt* és *Strassburger* munkálatainak a gyümölcse. Ezen munkálatokban állandóan szem előtt tartják a törekvést, a bél functionális vizsgálati módszerét lehetőleg a gyomorvizsgálatok analogiájára megalkotni; ezen törekvés nyilvánul meg abban a két pontban is, melyet *Schmidt* egy bélfunctionális vizsgálat módszerének feltételeül állit fel: 1. *Ilyen vizsgálatoknak a kiindulási pontjául csak az egységes összetételü normális bélsár szolgálhat.* Ezen *normális bélsárnak* az előfeltétele az állandóan egy- és ugyanazon, teljesen egyformán összeállított táplálkozás: a *próbakoszt*. Ezen próbakosztnak helyes összeállításától és általános alkalmazhatóságától függ első sorban a módszer értéke. *Schmidt* ezen tételének helyességében senki sem fog kételkedni a ki valaha bélsárvizsgálatokkal foglalkozott és látta azt a jelentékeny befolyást, melyet a táplálkozás qualitativ és quantitativ összetétele a bélsár minőségére gyakorol. A bélsár összetétele ezen utóbbi körülménytől épen olyan mértékben függ, mint az emésztési szervek állapotától. 2. Magának a bélsárvizsgálatnak lehetőleg olyan egyszerünek kell lennie, hogy a mindennapi gyakorlatban is tért hódíthasson magának.

Schmidt-nek már egyszerüsített eljárását még mindig nem tekinthetjük egy általános értékü functionális béldiagnostika ide áljának, ő maga sem állítja ezt. De ezen módszerrel két év óta gyüjtött bőséges tapasztalataim — körülbelül 150 rendszeres bélsárvizsgálattal rendelkezem — azt mutatják, hogy *Schmidt* eljárásának legnagyobb értéke az idült bélhurutok diaetotherapiája terén van. Ez az egyedüli módszer, mely alkalmas arra, hogy az e téren eddig uralkodott sematikus eljárásnak véget vessen, mert ennek az alkalmazásával módunkban van épen úgy a catarrhális folyamat kiterjedését és localisatioját, mint a bél functionális anomaliáinak legalább egy részét az adott esetben megállapitani és igy sokkal inkább van módunkban a diaetotherapiának az individualizáló jellegét megadni, mint a hogy azt eddig tehettük.

A *Schmidt*-féle próbakosztnak összetétele a következő: 1·5 liter tej, 100 gm. kétszersült (Zwieback), 2 tojás, 50 gm. vaj, 125 gm. marhahús, 190 gm. burgonya és 80 gm. zabdarából készült nyálkás leves. Ezen táplálék körülbelül 102 gm. fehérjét, 111 gm. zsírt, 191 gm. szénhydratot tartalmaz, összesen 2234 kalória értékben. Ezen táplálékot a vizsgálandó beteg naponta ötszörre felosztva fogyasztja el és ezen a koszton három napon át él. Három nap ugyanis az esetek többségében elegendő arra, hogy olyan székletéthez jussunk, a mely már biztosan a próbakosztból ered. Ez legtöbbször a próbakoszt vételének már a második napján létrejön, renyhébb bélmüködés esetén azonban megtörténhetik, hogy hosszabb idő, 4—5 nap telik el, míg normális bélsárhoz jutunk. Ezen normális bélsár egyenletes consistentiája, világosabb színe által többnyire könnyen felismerhető, úgy hogy klinikai czélból végzett qualitativ vizsgálatoknál sohasem láttam szükségét annak, hogy a normális bélsarat a korábbi diaetától eredő bélsártól a szokásos eljárásokkal szén- vagy karminporral elhatároljam.

Általában véve vizsgálataim folyamán *Schmidt*-nek a próbakosztra vonatkozó előirásához igyekeztem ragaszkodni. Először is azért, mert csak igy alkothatunk helyes véleményt az egész eljárás értékéről, mert az összes *Schmidt* és *Strassburger*-től eredő bélsárpróbáknak ezen próbakoszt képezi az alapját és előfeltételét. De szivesen ragaszkodom hozzá azért is, mert azon ellenvetéseknek, melyek az utóbbi években ezen próbakoszt ellen több oldalról tétettek, jogosultságáról nem tudtam meggyőződni. Úgy egyszerü kivitele, mint összetétele egyaránt alkalmassá teszi arra, hogy bélbetegek huzamosabb ideig is élhessenek vele. Egy lényegesebb pont van azonban, melynek *Schmidt* elvi jelentőséget tulajdonit és melyben én az eredeti előirástól eltérően járok el. Az ebédben szereplő 125 gm. vagdalt marhahús *Schmidt* kivánsága szerint 20 gm. vajjal úgy lesz átsütve, hogy a belseje nyers marad. *Strauss*[1] és *Zweig*[2] a próbakosztból a húst teljesen eliminálják és mint önálló „húspróbát" 100 gm. nyers és vagdalt hússal pótolják, a mit tetszés szerinti koszthoz csatolnak.

Én a húsnak a próbakosztban nyers alakban való nyujtását nemcsak teljesen feleslegesnek, de a vizsgálatokat bizonyos irányban egyenesen károsan befolyásoló körülménynek tartom, azért a Schmidt által ajánlott mennyiséget megtartva, azt vagdalva, de *kisütve* (német beefsteak) rendelem. *Schmidt* a húspróbának fontosságot annyiban tulajdonit, hogy egyrészt a *kötőszöveti maradványok*, másrészt a *mikroskopikus izomrostoknak* vagy *makroskopikus izomdarabkáknak* a normál bélsárban való meg- vagy meg nem jelenése diagnostikai következtetések megtételére alkalmas és pedig mert *Schmidt* már korábban kimutatta, hogy az összes emésztő-secretumok közül egyedül a gyomornedv tudja a *nyers kötőszövetet* megemészteni, ennek következtében kötőszöveti maradványoknak a bélsárban való ismét megjelenése a gyomoremésztésnek valamely zavarára mutat. A kötőszöveti maradványoknak a bélsárban való kimutatásából azonban semmiféle bélfunctionális zavarra következtetni nem szabad, ez kizárólag a gyomor functionális anomaliájának a következménye, azon functionális anomaliáké, melyeket sokkal pontosabban és egyszerübben van módunk megállapitani a gyomorfunctiók ismert vizsgálati módszerével. A második diagnostikai szabály, melynek az alapját a húspróba képezi, az, hogy izomrészleteknek a bélsárban való megjelenése a bélemésztésnek a zavarára utal. Ebben a tekintetben a húspróba csakugyan becses diagnostikai eljárás, mely sokszor a bél functionális zavarainak és a lobos folyamatnak közelebbi localisatioját is megengedi. Ebből a szempontból azonban a húsnak nyers alakban való adása egyáltalán nem szükséges, mert a bélemésztés valamelyes zavarában — hogy egész általánosságban beszéljünk — makroskopikus izomdarabkák vagy mikroskopikus izomrostok a bélsárban megjelennek akkor is, ha a húst főtt vagy sült alakban adjuk.

Ezenkivül az sem lényegtelen körülmény, hogy ha a húspróbát sült hús alakjában adjuk — a mennyiben a continensen, sőt Angliában is szokásos húsélvezési formára vagyunk tekintettel —, közelebb járunk a természetes viszonyokhoz, mint akkor, ha nyersen adjuk a hust. S minthogy itt is, mint minden functionális próbánál, *önkényesen* választott feladat az, a mit az emésztőszervekre a vizsgálat czéljából bizunk, igyekeznünk kell a próbakoszt összeállításában ki nem kerülhető önkényességet a természetes viszonyokhoz való alkalmazkodással lehetőleg paralyzálni. Rá kell azonban még arra is mutatnom, hogy a próbakosztban szereplő *nyers* hús a vizsgálatot egy igen fontos tekintetben egyenesen meghamisítja. Ismeretes, hogy a bélsárban kimutatható *occult vérzések* az utóbbi évek folyamán milyen jelentékeny diagnostikai értékre tettek szert, nálunk legutóbb *Korányi Sándor*[3] foglalkozott diagnostikai értékükkel. Ezen latens és többnyire minimális vérzések kimutatására igen érzékeny reagensekkel rendelkezünk, ilyen a *Weber* által ajánlott *guajakpróba*, a *Rossel*-féle még érzékenyebb *aloinpróba* és a legérzékenyebb, az *O. Adler*-től származó *benzidinpróba*. Ezen próbák a *haematin* reactioi, lényegük az, hogy a haematint aetherben teljesen oldódó eczetsavas összeköttetésbe viszszük át. Főhibájuk a túlérzékenység, pár gramm nyers hús élvezése után már positiv eredményt adnak, kimutatják — a mint ebben az irányban az én nagy számmal végzett vizsgálataim is bizonyítják — az alimentáris eredetü vért. Ezen próbáknak kétségtelenül nagy klinikai értékük csak akkor van, ha a vizsgálatokat megelőző próbakosztból a nyers hust kizártuk. Az a csökkenés, a mit ily módon a normális bélsárban megjelenő morphologiai izomelemek quantitative szenvednek, oly módon ellensúlyozható, hogy a *Schmidt* által ajánlott húsmennyiségnek kétszeresét (250 gm.) veszszük fel a próbakosztba (2-szerre megosztva).

[1] *Boas*: Deutsche med. Woch., 1891. 28. sz.
[2] *Kuhn*: Arch. f. Verd.-Krankh., 1898.
[3] *Hemmeter*: Arch. f. Verd.-Krankh., 96.

[1] *Strauss*: Fortschritte der Medizin, 1901.
[2] *Zweig*: Wien. Klin. 1901.
[3] *Korányi Sándor*: Orvosi Hetilap, 1906. 50. szám.

A mi a húspróbának a diagnostikai értékét illeti, vizsgálati adataim megerősitik *Schmidt* azon állitását, hogy makroskopikus izomdarabkáknak vagy mikroskopikus izomrostoknak nagy számban való megjelenése a normál bélsárban, a vékonybél megbetegedésére utal, a nélkül azonban, hogy egy speciális functionális zavar felvételének a jogosultságát megadná. Ezen functionális zavar épen úgy lehet a pankreassecretio elégtelensége, a duodenumnak a vastagbélhurutoknál előforduló hypermotilitása, mint a hogy a resorptionak valamelyes zavara. Minél nagyobb számmal találunk a normális bélsárban mikroskopikus, de különösen makroskopikus izomelemeket, annál inkább vagyunk jogosítva a megbetegedést a vékonybélbe lokalizálni. Általános, de értékes támpontokat magukra a jelenlevő functionális zavarokra vonatkozólag a Strassburger-Schmidt-féle *erjesztési* próba (Gährungsprobe) ad, melynek igen egyszerü kivitelét illetőleg Schmidt munkájára (Die Funktionsprüfung des Darmes) utalok. Egészséges bélhuzamú egyéneken a próbakoszt után nyert normál bélsár negativ erjesztési próbát ad. Kifejezett gázképződés pathologikus viszonyokra mutat, és pedig ha ezen gázképződés mellett a bélsár reactioja alkalikus lett, fokozott fehérjerothadás, ha pedig a reactioja kifejezetten savanyú lett, szénhydraterjedés van jelen. Sajnos azonban, hogy ilyen eklatáns módon való kifejezésre jutása az egyik vagy másik processusnak egyáltalán nem mindig észlelhető, a hol pedig a kettőnek a combinatioja van jelen, ott további következtetéseket vonni a localisatiora vagy a functionális zavarra nem lehet. *Ha azonban erősen kifejezett fokozott fehérjerothadás észlelhető, a bélhuzamnak diffus megbetegedéséről beszélhetünk, a melyben az egész bélhuzam részt vesz.*

A próbakosztban szereplő szénhydratok: a kétszersült, tejczukor és burgonyapurée az előfeltétele annak, hogy a tápanyagok ezen csoportjának a bélhuzamban való sorsába bepillantást szerezhessünk. A próbakosztban szereplő 190 gm. burgonyából normális viszonyok között csak elszórtan látható a górcső alatt joddal kékre (viola) festődő kevés növényi sejt. *Schmidt* igen hü leirását adja a keményitőemésztés azon izolált zavarának, melynek székhelye a duodenum és melyet ő „Intestinale Gährungsdyspepsie“ elnevezéssel illet, s a melynek bélbetegeknél felette gyakran észlelhető, de eddig figyelemben nem nagyon részesített tünetcsoportja a következő:

Változó, de általában nem jelentékenyen csökkent étvágy, általános spontan érzékenysége a has felső részének, mely érzékenység a májtájékra is kiterjed, intensiv és gyakori korgás. A székletét gyakori, de nem kifejezetten diarrhoikus. A subjectiv tünetek közül gyakran, a mint azt nem egyszer tapasztaltam, az első a foetor ex ore, a mire sokszor a beteget környezete — házastársa — tesz figyelmessé. Úgy a has physikális, mint a gyomor functionális vizsgálata teljesen negativ. Ellenben a normális bélsár világosbarna és habos kinézésü, savanyú a reactioja, mikroskopice igen sok burgonyából eredő és joddal kékre festődő növényi sejtet tartalmaz és az erjedéses próba az eredeti savanyú reactio megmaradása mellett erősen positiv (tehát szénhydraterjedés). *Schmidt* az intestinális erjedéses dyspepsiát a duodenum secretionális, az amylolytikus functio zavarában nyilvánuló anomaliájának tartja. Tapasztalataim szerint mint önálló megbetegedés többnyire hevenyen támad és elég gyors lefolyású, de gyakran észlelhető idült diffus bélhurutok folyamán recidivákra való hajlammal.

A zsiremésztést illetőleg a functionális béldiagnostika egységes mértékkel nem rendelkezik és minthogy a legtöbb bélsár tartalmaz jelentékeny mennyiségben zsirt, igazat kell adnunk *Schmidt*-nek, hogy a bélsárban megjelenő zsírnak csak akkor van praktikus értéke, ha a bélsár zsírjának jelentékeny megszaporodásáról lehet szó. Erről pedig a nativ górcsövi készitmény (zsírsav és szappan csepp- és tüalakban) is kellő felvilágositást ad.

Fejtegetéseim folyamán szándékosan kerültem a functionális diagnostika technikai kérdéseire való kiterjeszkedést, nem ismertettem azokat a vizsgálatokat, pl. a bilirubin kimutatására szolgáló sublimat-próbát, melyeknek eddig különösebb értéket tulajdonitanom nem sikerült. Teljesen érintetlenül hagytam kisebb részletkérdéseket, melyeknek egyébként fontosságuk van, a melyek közül mégsem tudom említés nélkül hagyni, hogy a vizsgálatot mindig friss bélsáron végeztessük és a vizsgálatokat mindig a górcsővel kezdjük meg. Ez utóbbit oly fontos körülménynek tartom — már csak a sokszor egy rövid órán belül tönkremenő bélamoebákra való tekintetből is, melyeket teljesen hiába való munka nem egészen friss bélsárban keresni —, hogy kérésemre az ezen vizsgálatokban nekem segédkező Rosenstadt dr. lehetővé tette, hogy a beteg a laboratorium egy e czélra berendezett helyiségében végezi el a defaecatiót. A hol ez nem lehetséges, a bélsárt tartalmazó edényt egy második, 40° meleg vizet tartalmazó edénybe elhelyezve, rögtön küldjük a vizsgálat helyére.

Fejtegetéseimből látható, hogy a bél functionális diagnostikája ma már nem tisztán theoretikus értéket repraesentáló eljárás, hanem helye van már a mindennapi gyakorlatban is. Maga *Schmidt*, a kinek nevéhez az eljárás füződik, objective itéli meg annak értékét és nem becsüli túl, midőn azt mondja, hogy az, a mit eddig elértünk, annyi, hogy rendelkezünk egy *egységes alapon* felépült vizsgálati módszerrel, melynek segélyével módunkban van meglehetős éles elhatárolása a gyomorból és a bélből eredő emésztési zavaroknak és végül az utóbbiaknak az egyes tápszercsoportok (fehérjék, zsírok, szénhydratok) szerint való elkülönítése. Ezen utolsó pontban van kifejezve az eljárásnak, mint functionális diagnostikai módszernek, főleg a bélhurutok diaetotherapiájában érvényesülő jelentékeny gyakorlati értéke. A próbakoszt felvilágositást ad főleg arra a kérdésre, hogy a tápszerek melyik csoportja az, a mely az adott esetben megfelelő és mint ilyen alkalmas arra, hogy necsak mint próbakoszt alkalmaztassék, hanem diaetotherapiás eljárásunknak állandóbb kiindulási pontját alkossa. A normális bélsárban kimutatható anomáliák concret alapját szolgáltatják további eljárásunknak, a próbakosztot a kezelés folyamán a kimutatott anomáliáknak megfelelőleg módosithatjuk, ezen anomáliák alapján megszorítjuk a fehérjebevitelt ott, a hol a húspróba positiv, vagy a szénhydratok nyujtását ott, a hol az erjedéses próba positiv eredménye erre utasit. Ha elgondoljuk pl., hogy diffus bélhurutban szenvedő egyéneknél milyen domináló szerep jut ma a diaetában a fehérjéknek, ez az egy tény eléggé megvilágitja, hogy mennyire czéltudatosabb az ezen vizsgálati eljárásra támaszkodó diaetotherapiás eljárás, mint az, melynek kizárólagos alapja tisztán az empiria.

De kérdés, hogy hogyan pótoljuk a fehérjéket olyan bélhurutos egyéneknél, kiknél a húspróba positiv? Az ilyen betegek számára ideális tápszerrel rendelkezünk az *enyvanyagokban*, a *gelatinában*. A gelatinának nagy jelentősége a táplálkozásban nagyon régen ismeretes, de sajátságos módon ezen tény a gyakorlatban értékesitve alig van. Az enyvanyagok tudvalevőleg a fehérjeanyagok derivatumai, chemiai összetételükre ezektől nagyobb N-tartalmukban, csekélyebb C- és S-tartalmukban különböznek, a mennyiben percentualiter 50·8 C, 17·9 N és 0·6 S-t tartalmaznak. Az enyvanyagok közel állanak tehát a fehérjékhez, a nélkül azonban, hogy fehérjék volnának.[1] Az enyvanyagok az emésztőtractusban rendkivül gyorsan és igen nagy mennyiségben bontatnak szét, könnyebben mint maga a fehérje, és felette tökéletes a felszivódásuk is. Nagy jelentőségük a szervezetre fehérjekimélő hatásukban nyilvánul. *Munk* és *Ewald* szerint a fehérjekimélés tekintetében 100 gm. enyv aequivalens 200 gm. szénhydrattal. Jellemző, hogy már a XVIII. században felismerték az enyvanyagoknak nagy jelentőségét a szervezet háztartásában. Az 1780 körül a nagy philanthrop és physikus *Rumford Benjamin* gróf által Münchenben felállított népkonyhában a Rumfordról elnevezett, főleg csontból és porczból készült levesen éltek. Ezen Rumford-féle leves, melynek tápértéket a benne lévő enyvanyagok: a *glutin* és *chondrin* adnak, még azután is nagyon sokáig fő- és majdnem kizárólagos reprezentánsa volt a betegasztalnak. Eltekintve attól, hogy 30 évvel ezelőtt *Senator* az enyvanyagokat a lázas betegek táplálására ajánlotta, általában egészen a legutóbbi időkig *nem igen* gondoltak az enyvnek mint tápszernek értékére. A mult évben ugyancsak *Senator*[2] gyomorfekélyes betegeknek ajánlotta. *Senator* a glutint egyrészt jelentékeny tápértékénél, másrészt helybeli vérzéscsillapító hatásánál fogva a *Leube*-féle ulcuskúra helyett és a *Lenhartz* által az utóbbi időben ajánlott ulcustherapia módosítása gyanánt ajánlja, vaj, czukor és kevés fehérjefogyasztás mel-

[1] *Hofmeister:* Citálva: Munk und Ewald: Ernähr. des ges. u. kranken Menschen, S. 35.

[2] *Senator:* Deutsch. med. Woch., 1906. 3. sz.

lett. *Senator* ezen közleménye adta nekem az impulsust, a gelatinát idült bélhurutban szenvedő betegeknél kiterjedten alkalmazni és tapasztalataim — melyek eddig körülbelül 60 esetre vonatkoznak — a mellett szólanak, hogy a gelatina azon esetekben, a melyekben a húspróba positiv, vagy a hol a bélhurut folyamán jelentékeny legyengülése jött létre a szervezetnek, valóban ideális tápszer. Használata semmiféle kellemetlenséget nem okoz, a bélből tökéletesen resorbeálódik és mérsékelten obstipálólag hat. Mint borjúlábból készített és czitromnedvvel vagy sósavval ízjavított aspicot a kényesebb ízlésü betegek is szívesen veszik egy darabig. Később változatosságról kell gondoskodnunk, így pl. a közönséges bouillont a legtisztább gelatinával főzetjük fel (200 gm.-hoz 10—12 gm.). Izletes a Wiel-féle házilag elkészíthető gelée gyomorbetegek számára, az Ewald-féle húsgelée stb.

A glutin jelentékeny tápértékkel bir, nem izgatja a bélfalat, könnyen assimilálódik; e három tulajdonsága kiválóan alkalmassá teszi arra, hogy bélhurutos betegek asztalán helyet foglaljon.

A bélhurutok diaetotherapiájával foglalkozó közlemények nagy részében eddig ugyanaz a sematikus eljárás nyilatkozik meg, mint azok kezelésében. Többnyire tisztán empirikus alapon való csoportosítását találjuk a „megengedett“ és a „tiltott“ ételeknek. Fejtegetéseim folyamán ettől az eljárástól eltértem, mert hasznosabbnak véltem megismertetni azt a módszert, mely — bár még messze van a befejezettség stadiumától — ez idő szerint az egyedüli, mely a czéltudatos és individualizáló therapia irányítására szolgálhat.

TÁRCZA.

† E. von Bergmann.

1836—1907.

Alig három hónapja, hogy a tudományos világ *Bergmann* 70. születése napját ünnepelte s világszerte hangzottak a megemlékezések, a melyek e jeles sebész érdemeiről szóltak. De a beszédek, melyek akkor a jubileum alkalmával ezen férfiú dicsőségét hirdették, bizonyos fokú elegiás tonusban folytak, mintegy a vég kezdetét jelezték.

Mi is megemlékeztünk róla azon alkalomból s most, midőn a halál rövid betegeskedés után márczius 25.-én őt is elragadta, csak ismételhetjük, hogy Bergmannak a modern chirurgiában vezető szerep jutott osztályrészül. Azon kiváló emberek közé tartozott, a kik bármely pályán is nagyot alkottak volna; nagy tudása, éles kritikája és energiája, nagy munkabirása, kitünő szónoki tehetsége révén úgy is mint kutató, úgy is mint iró és sebész az elsők, az előörsök közé tartozott.

A hadi sebészetben a lövési sérülések kezelésében követett conservativ irányzata, a melyet az 1877.-i orosz-török háborúban kipróbált s diadalra vezetett, mutatja geniális alkotó képességét; a térdlövéseknél addig dívott magas czombamputatiót kiküszöbölte s ezen „traumás epidemiát“ legyőzte. Az újabb időben folyt háborúk is igazat adtak Bergmann tanainak s így a hadi sebészetet és a sérülések tanát új alapra fektette. Azon időben, midőn Stromeyer, a híres régi sebész, azt hirdette, hogy koponyamütétet csak az a sebész végezhet, a ki „auf den Kopf gefallen“, megjelenik Bergmann s újat teremt e téren is, komoly agysebészeti tanulmányai és merész mütétei a modern sebészet legnagyobb haladásával forrtak egybe s korszakot alkotnak. Nagy munkakedve és munkabirása kielégítést csak akkor nyert, midőn 25 év előtt Langenbeck utódja lett a berlini sebészeti kathedrán; összes erejét és energiáját a sebészet tovafejlesztésére fordította, iskolát alapított a legjavából, a mely természettudományi alapon állva, magas szinvonalra vitte a chirurgiát, a mely mesterének vezetése mellett egész sereg archivumot és kézikönyvet szerkesztett s irányt adott a továbbfejlődésre. Az általános becsülés és szeretet, mely őt úgy a tudományos világ, mint tanítványai és betegei részéről környezte, páratlanul nyilvánult meg a 70. születése napja alkalmából rendezett jubileumon is. Kiváló sebész, nagy gondolkodó, nemes lélek, jóakaratú munkatárs, jeles szakiró mult ki benne, a ki non omnis moritur!

Steiner Pál dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. von Bardeleben: Erfahrungen über Cholecystektomie und Cholecystenterostomie. Gustav Fischer, Jena, 1906. Ára 4 márka.

E monographia keretében a szerző 286 epeműtétről számol be s e téren tett tapasztalatait gyüjti egybe. A mü 3 részre oszlik: az első fejezetet az epehólyag bonczolástanának, az epekőbetegség aetiologiájának szenteli; az epekő keletkezése tekintetében a *Naunyn*-féle magyarázatot fogadja el. A második fejezet a cholecystektomiáról szól, vonzóan tárgyalja az eljárását, az ismert mütéti technikát röviden érinti; ez az egész rész inkább az eredmény bemutatása végett készült. 166 cholecystektomiát végzett 5 halálozással; hepaticus-drainaget csak 2 esetben végzett, egyáltalában nem híve az utóbbbi módszernek. A harmadik fejezetben 25 cholecystenterostomiájáról szól, a melyet 5 esetben epesipoly miatt, 5-ször rosszindulatú daganat miatt, 15 esetben jóindulatú akadály miatt végzett. Halálozása csak a rosszindulatú esetekben volt 3-szor. Egyéb mütéteket, mint cholecystendysist, cholecystostomiát stb. is végzett és összes halálozása a 286 mütett esetből 15. A mü nagy részét azon irodalom összeállítása teszi, a mely e tárgyra vonatkozólag *Langenbuch* 1897. évi nagy müve óta megjelent s itt a magyar irodalmat is felöleli. Kár, hogy a szerző müvében nem terjeszkedik ki azon kórbonczolástani elváltozásokra, a melyek eseteiben az egyes mütéti eljárásokat indokolták, mert így müvéből csak azt látjuk, hogy az egyes mütéti eljárások milyen eredménynyel járnak, de azt nem, hogy a különböző kórfolyamatok mikor és minő kilátással operálhatók.

Steiner Pál dr.

Sante de Sanctis: Die Mimik des Denkens. Uebersetzuug von **J. Bresler.** Verlag von Carl Marhold. Halle a. S. 1906. 189 l. Ára 3 márka.

A könyv szerzője egyelőre csak adatok gyüjtésére szorítkozik, azt az arczjátékot nézi, a mely a figyelmet kiséri. Leonardo da Vinci ajánlotta a festésről irt könyvében, hogy a művész az ember mozgását, nevetés, sírás, mulatás, izgatottság közepette jól figyelje meg és egy-két vonással sebtiben vázolja fel. De a művész rajza nemcsak a látottak képe, abban a művész látásmódja is visszatükröződik, ez pedig a valóságon önkéntesen változtathat. A tudós megfigyelő elkerülni igyekszik ezt a „hibaforrást“ és rajz helyett fényképezéssel és kinematografffal dolgozik.

Az affectusok és a gondolkozás arczjátékának megfigyeléséből a szerző arra az eredményre jut, hogy gondolkozás közben részben a vele összefüggő affectusok okozzák a mimikát, minthogy pedig a gondolkozás fáraszt, az előbbiekhez a fáradtságnak megfelelő arczkifejezés is járul. Az ezen munkát végző izmok és idegpályák tárgyalása után az állatok figyelméről olvasunk érdekes fejezetet. Legfontosabb ebben az, hogy az állatnak egész testtartása elárulja a figyelmet és hogy a mimika hamar emotiós lesz. A gyermek mimikája élénk a figyelem alatt, a szemkörüli és a szájizmoknak összehúzódása a közölt fényképeken igen jól látszik, az öregember arczjátéka ellenben aránylag csekély. Fényképek szemléltetik a felnőtt ember arczmozgásait a figyelmes nézés, figyelmes hallgatás és gondolkozás alatt. Nevezetes, hogy mélyebb gondolkozás alatt az arczizmokon kivül más izmok is mozgásba jutnak. Ez a tágabb értelemben vett mimikához hozzátartozik. Sokan pl. szakálukat simítják, hajukkal játszanak, mások felkelnek, fel- és alá járnak. A szerző *Ribot* felfogását követve azt hiszi, hogy ezek a mozgások megkönnyítik a gondolkozást.

A könyvnek egyik külön fejezete foglalkozik a „concentrált“ és „diffus“ gondolkozás arczjátékával és az extasissal; egy következőben részletesen találjuk tárgyalva az agy- és nyúltvelősérülésben, a neurastheniában, a vakság következtében, az elmebajokban és idiotaságban e tekintetben mutatkozó elváltozásokat.

Egynehány kép reproductioja szemlélteti azt, a mit ezen a téren a művészek alkottak.

A sok egyéb részletes adatról és az azokhoz füzött fejtegetésekről csak az eredeti munka elolvasása adhat képet.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

A kephaldol nevü újabb antipyreticummal és antineuralgicummal a bécsi Ferencz József-kórháznak III. belorvosi osztályán tett tapasztalatait irja le *Einhorn*. 0·5—1·0 grammos adagban a lázas hömérséket 1—1½ fokkal csökkenti; ez a hatása egy órán belül szokott bekövetkezni és néha erős izzadással jár. A vérkeringési szervekre nem hat károsan a kephaldol, még huzamosabb használat esetén sem. Szívizomelfajulás okozta idült szívgyengeség esetén sem mutatkozott ártalmasnak. Kellemetlen melléktünetek az érzékszervek részéről (káprázás, nagyothallás, fülzúgás), mint a melyek a chinin és salicyl használata esetén gyakoriak, nem mutatkoztak. A vese, a gyomor és a bél tekintetében egészen közömbös hatású a kephaldol; exanthemát sem láttak eddig használata után. Mint antineuralgicum jó eredménynyel használható hemicrania, ischialgia, izületcsúz eseteiben. Syringomyelia egy esetében a heves fájások, a melyeket más szerekkel nem sikerült csökkenteni, kephaldolnak nehány napi használata után tetemesen mérséklödtek. Nagyon jó eredményeket látott továbbá a szerző ezen szertől a tabesesek fájásaiban. Végül tüdövész nagyobb számú esetében mint izzadásellenes szer is jól bevált a kephaldol. (Zentralblatt für die gesammte Therapie, 1907. február.)

Belorvostan.

A féregnyújtványlob és a terhesség közötti összefüggést tárgyalja *Rosthorn* tanár. A mi először is azt a kérdést illeti, hogy nem hajlamosít-e a terhesség az appendicitisre: a szerzők csaknem kivétel nélkül kiemelik az appendicitis ritka voltát a terhességben. Az appendicitis-recidivára azonban több szerző szerint hajlamosít a terhesség. Arra a másik kérdésre, hogy a terhesség mint ilyen súlyosbíthatja-e az appendicitist, eltérök a válaszok; némelyek teljesen tagadják a terhességnek bárminö károsító hatását, mások ellenben felvesznek ilyent, a mely nézetüket arra alapítják, hogy a terhesség folyamán a féregnyújtvány rejtett helyéből fel és elöre, vagyis exponáltabb helyzetbe jut; másfelől a lobos appendix többnyire összenövén a megnagyobbodott méhvel, ez utóbbinak a szülés alkalmával megkisebbedésekor ezek a védö összenövések elszakadnak. Vannak ugyan esetek, a melyekben a terhesség, a szülés és a gyermekágy az appendicitis ellenére teljesen zavartalanul folyik le, általában mégis mondható, hogy az appendicitis-szel szövödött szülés végzetes szokott lenni. Másrészt az eseteknek 40—50%-ában vezet az appendicitis elvetélésre vagy koraszülésre. Az appendicitis felismerését a terhesség megnehezíti; ez a nehézség még fokozódik a szüléskor és a gyermekágyban; a diagnosis felállításakor a fösúly a subjective és objective pontosan lokalizált fájdalomra helyezendö, de azért ez is cserben hagyhat, a mint a szerzőnek egy esete is mutatja. A terhességben határozottan rosszabb az appendicitis prognosisa; *Vinay* szerint 31·25% a halálozás a nem a terhességben elöforduló 12·8%-kal szemben, sőt mások még nagyobbnak, 40—50%-osnak mondják. A magzatnak méhenbelüli fertözödését appendicitis esetén már többen leirták; a magzatok halálozása nagy (59—86%). A mi végül azt illeti, hogy a gyógyítás tekintetében hogyan viselkedjünk, a szerző az activ therapia híve. A tapasztalás mutatja, hogy a kellö idöben végzett féregnyújtványkiirtás után a terhesség az eseteknek többségében rendesen folyik le. Minthogy föleg elörehaladottabb terhességben nem tudhatjuk, nem csatlakozik-e a sebészi beavatkozáshoz a szülés, nem szabad megelégednünk a bemetszéssel és drainezéssel, hanem gyökeres mütétet kell végeznünk. Kedvezötlenebb a prognosis, ha a mütétet közvetlenül követi a szülés; czélszerü tehát opiumot adni a szülöfájások megelözésére. Még diffus peritonitis esetén is kell operálni, mert a nem operált esetekben Pinard szerint 100% a halálozás, az operáltakban ellenben csak 62%. (Medizinische Klinik, 1907. 13. szám.)

A heveny szívgyengeség gyógyszeres kezeléséről ir *A. Fraenkel*. Mindenekelött a heveny szívgyengeség okát kell tudnunk, hogy elháríthassuk. Így sok vér vesztése után a szív azért nem tudja fenntartani a vérkeringést, mert nincsen „munkaanyaga"; ezt pedig adhatunk neki intravenás konyhasóoldatbefecskendezéssel. Nagyjából hasonló az állapot a fertözö betegségekben beálló szívgyengeséghez, csakhogy ilyenkor nem vész el a vér kifelé, hanem a vasomotorius hüdés miatt föleg az alhas ereiben gyülik össze; ha tehát megszüntetjük a vasomotorius hüdést például coffeinnek bör alá fecskendezésével, újból elég „munkaanyag" áll majd a szív rendelkezésére s a szívgyengeség megszünik. Az angina pectorisban támadó relativ szívgyengeség megszüntetésére amylnitritet vagy nitroglycerint használunk, mint a mely szerek a verőerek részéről felmerült fokozott akadályt csökkentvén, a kisebb munkával szemben ismét munkabiróvá teszik a szívet. Az alkoholnak jótékony hatása a collapsusban nyilván szintén az értágító hatásban keresendö; hogy magára a beteg szívre kedvezö hatást gyakorolna az alkohol, még senki sem bizonyította be. Ha magában a szívizomzatban rejlik a szívgyengeség oka, legjobb szer a digitalis; csak az a baj, hogy hatása nem következik be elég gyorsan, legalább 12—24 óráig kell reá várnunk, pedig sokszor rögtönös hatásra volna szükségünk. Nagy haladásnak mondható, hogy újabban vannak olyan digitaliskészitményeink, a melyeket intravenásan használhatunk s ezért mintegy rögtönös hatást érhetünk el velük. A digitalinnal, a digitalis-leveleknek fö hatóalkotórészével teljesen azonos hatású a strophantin, a mely legfeljebb 1 milligrammos adagban a vérbe fecskendezve, már néhány percz mulva hat. Utána belsőleg adunk digitalist, hogy a hatást tartósabbá tegyük. Ha a beteg még az esetleg a szájon át adott digitalis hatása alatt áll, nem szabad strophantint befecskendezni. A strophantin befecskendezése előtt tehát meg kell győződnünk, hogy a beteg az utolsó három napon nem vett be digitalist. A strophantin különben most már a befecskendezésre teljesen kész, sterilizált állapotban kapható beforrasztott ampullákban; minden egyes ampulla 1 cm^3 1‰ oldatot tartalmaz, vagyis 1 milligramm strophantint. Végül még a kámforról emlékezik meg a szerző, a melynek empirice megállapított hatását eddig nem igen tudtuk értelmezni, a mennyiben egészséges állatokon végzett kisérletekben nem sikerült kámforral a szívmüködés fokozódását elérni. *Böhme* vizsgálódásai chloralallal mérgezett állatokon azonban most már kimutatták, hogy a mikor a szív automatasága megszünt valami okból, vagyis ingerek nem képződnek magában a szívben, a kámfor oly ingerként hat, a melynek eredményeképen újból beállanak a szívösszehúzódások. (Therapie der Gegenwart, 1907. 2. f.)

Az asthmát Sänger módszere szerint kezelte *Siegel* reichenhalli orvos. Az idült asthmában szenvedö betegek légzése kóros, a belégzés a rohammentes idöben is mélyebb, a kilégzés lassú és erőltetett. Súlyos roham idején a belégzés mély, rövid és erőltetett, a kilégzés megnyúlt. Ha tehát az asthmát gyógyítani akarjuk, a kóros kilégzés szabályozására és az izomzat görcsös, a légzést gátló müködésének megakadályozására kell első sorban törekednünk. A kilégzés szabályozását önként követi a belégzés javulása, a mely szabályos, hosszabb, lassubb és nyugodtabb lesz. Sänger olyképen éri ezt el, hogy betegével halkan, a magánhangzókat megnyújtva számoltat (pl. egy, keettő stb.), s e számolás közvetítésével nem igen mély belégzés után hosszabb ideig tartó, alig mély kilégzést létesít. A ki- és belégzésre jutó idöt olyképen határozza meg, hogy egy másodperczet szánva egy szám kiejtésére, egy bizonyos számig számoltat. A számok kiejtése közben a beteg kilégzik, a belégzést valamely szám elhallgatásakor végzi. Az ezen számnak, illetőleg többszöröseinek kiejtésére szolgáló idöben történik a belégzés. Például a kilégzés az egytől négyig való számolás közben történik, az ötös kiejtése helyett belégzik a beteg, hattól kilenczig számolva ismét kilégzik, s a tiz kiejtése helyett ismét belégzik. A számolás menete állandóan egyenletes. E számolási módszert begyakorolván, szükség esetén, a roham alkalmával 5—10 perczen át vehetik igenybe a betegek. Siegel nagyszámú asthmaesetét két csoportba osztva, külön-külön fejti ki az eljárás értékét. Az elsöben két olyan beteget említ, a kiken a rohammentes idöben semminemü elváltozás sem volt észlelhetö. A rohamok váratlanul és ismeretlen okból jelentkeztek, tartamuk s hevességük változó volt. Az egyik esetben a Sänger-féle kezelés sikerrel járt, a másikban nem vált be. A második csoportba azokat az eseteket sorolta, melyekben idült hörghurut s esetleg

többé-kevésbé kifejezett tüdőtágulás állott fenn. Az esetek azonban nem voltak mind alkalmasak az eljárás értékének megitélésére. Megnehezíté ugyanis ezt a vele egy időben alkalmazott belégzési, hidegvizes, s egyéb kezelésnek, a reichenhalli kedvezőbb egészségügyi viszonyoknak befolyása a betegre, a rohamoknak esetleg enyhébb minősége, és a betegek, illetve hozzátartozóik megfigyelésének sokszor kérdéses megbizhatósága. Sokan dicsérettel, egyesek kétkedve nyilatkoztak róla. Néhányszor a betegek csekély akaratereje miatt sem válhatott be az eljárás, a fáradt vagy türelmét vesztett beteg nem egyszer abbanhagyta a számolást. Sok esetben a siker az eljárást ismerő másik személy vagy az orvos buzdításának vagy segitségének volt tulajdonitható. Siegel három súlyos és több könnyebb esetben kétségtelenül jó eredményt látott. Véleménye szerint kedvezően befolyásolhatja az asthmás rohamot, s ezért sok esetben a morphin és atropin használatát elkerülhetővé teszi. (Wien. klin. Wochenschr. 1907. 4. sz.) *Ország Oszkár* dr.

Idegkórtan.

Villamos alvás néven nevezi *Leduc* azt az állapotot, a melyet a villamos áram bizonyos berendezés segítségével előidéz. A kisérleti állat a behatás alatt mozdulatlanul fekszik, semmi önkéntes mozgást nem végez és a legfájdalmasabb behatásokra sem hat vissza. A reflexek ezalatt változatlanok, a szivműködés és a lélekzés lényegében nincs megzavarva. A villamos áram megszüntekor ez az állapot azonnal megszünik.

Erre a czélra alacsony feszültségü intermittáló áram szolgál. Ez mindig egy irány felé halad és szabályos időközökben ismétlődik. Minden másodperczben 100 áramzárás és -nyitás történik. A behatás maga egy ezred másodperczig tart. Ez az áram az állandó áramból létesül sajátos megszakító közbeiktatásával, a melyet a *Gaiffe*-czég készit. Minthogy az áram zárása 2 kerék forgása alatt egyes fémrészek érintkezésekor történik, a zárások számát a kerék forgássebességének megváltoztatásával rheostat segítségével lehet szabályozni.

Leduc azt tapasztalta, hogy ez az áram az elektrotherapiában felette áll a farados áramnak. A farados áram egyes ütése ugyanis pillanatos és az általa okozott izomösszehúzódás heves egyes behatások következménye. Az intermittáló áram hosszabb ideig tart és kisebb feszültségü. Ugyanolyan ingert sokkal enyhébben lehet vele előállítani, mint a farados árammal. Az intermittáló áram jobban is mérhető, a mennyiben meghatározható az intensitása és feszültsége.

A régibb nézetekkel szemben *Fritsch* és *Hitzig* bebizonyította, hogy az agyvelőkéreg mozgató területei villamos árammal ingerelhetők. *Erb* pedig kimutatta, hogy a holttest agyvelejében elhelyezett galvanometerre hat a koponyán kétfelől bevezetett áram. *Leduc* szerint a vérrel és szövetnedvekkel átivódott koponyacsont 300—400 ohm ellenállást fejt ki két 10—16 cm. méretü elektrod között. A koponyacsont ellenállása 13—17 cm. méretü elektroddal szemben 150—200 ohmra tehető. Viszont már *Ziemssen* kisérletei kiderítették, hogy az agyvelő szövete jóval kisebb ellentállást ad, mint pl. az izomé. Minthogy az áram a kisebb ellenállású hely felé megy, bizonyos, hogy annak épen az agyvelőre rendkivül hatásosnak kell lennie. Már régóta ismeretes, hogy a fejre ható áram iz- és fényérzést okoz, hogy szédülés jár nyomában. Az áram zárásakor a kisérleti nyúl az anod felé esik. Ha nagy indifferens elektrodot helyezünk el az állat testén és az egyoldali fül és szem között kisebbet, az esés mindig a nem izgatott oldal felé fog történni. Minthogy ez a szédülés és az elesés emberen is létrejön hasonló körülmények között, iparkodnunk kell azt elkerülni. Ez úgy lehetséges, ha anteroposterior irányban történik az áram behatása az intensitás óvatosan lassú fokozásával.

A villamos álom előidézésekor az állat, a kutya vagy házi nyúl fejeszőrét töviben lenyirjuk. Az állat bőrét megsérteni nem szabad, vagy ha ez már megesett, lemossuk alkohollal és lezárjuk collodiumcseppel. E nélkül az egész áram a sebesült helyen átmegy, nagy fájdalmakat okozva. A nyirásnak előfelé a szemekig kell terjednie. A lenyirt helyre meleg sósvízbe mártott vattát teszünk és erre helyezünk nyúlon 3—4, kutyán 5—6 cm. átmérőjü negativ elektrodot. Ezt, hogy állandó nyomással üljön a fejen, kaucsukkötéssel megerősitjük. A másik, a positiv, 8—10 cm. átmérőjü elektrod a háton a középvonalban legyen elhelyezve. A negativ elektrod egyenesen az áramfejlesztőből jöjjön, a milliampèremérő, interruptor és áramfordító a positiv sark és a háti elektrod közé legyen iktatva. A positiv saroknak a fejre helyezése is álomokozó, de ebben a negativ épen úgy hatásosabb, mint az izomrángások előidézésében.

Ezzel a berendezéssel a kisérletkor lassan erősitjük az áramot. Eleinte izgalmi szak áll elő, a mely annál kisebb, minél lassabban fokozzuk az áram erejét. Az izgalmi szak után következik az álom. Az állat csendesen, felkiáltás nélkül, fokozatosan, ellenállás és szökés kisérlete nélkül a chloroform okozta alváshoz hasonló „cerebrálos inbibitioba“ esik. Sajátságos, hogy az ébredés mennyire hirtelen áll be. Az állat felébredéskor semmi kellemetlen érzésnek sem adja jelét, nem fél, nem fáradt, utólag sincs semmi baja és nem viselkedik ellenségesen a kisérletezővel szemben.

Az az áramerő, a mely az álmot létrehozza, nem befolyásolja a szivműködést és a lélegzést. Ha ellenben nagyobb áramerőt használunk, előbb a lélegzés marad félben, azután a szív akad meg. Ha még erősebb áramra megyünk fel, a halál minden fájdalom, és ellentétben az amerikai villamos kivégzésekkel, minden mozgató jelenség nélkül áll elő az állaton.

A leghosszabb alvásidő 8 óra volt. Ennek sem volt semmi káros következménye, valamint a kisérlet többszörös ismétlése sem látszott ártalmasnak. A vérnyomás az álom alatt jelentékenyen megnő. A hőmérsék nem változik, vagy kevéssel a rendes alá sülyed. A pupillák szükülnek. Ha az elektrod a sternum alá kerül, a felső végtagok reflexei szünnek meg, ha a hátra teszszük, az alsó végtagok vesztik el reflexeiket.

Leduc az emberen is akarta tanulmányozni ezeket a jelenségeket és e czélból magamagát vetette alá a kisérletnek. Arcza az alatt kipirult, az izmokban kis rángások támadtak, azután az ujjak vége bizseregni kezdett, később ez a bizsergés a lábujjakra is elterjedt. Végül a nyelv vesztette el mozgásképességét és egyáltalán semmi felelet sem volt lehetséges külső ingerekre, el van zárva azok elől. A kisérlet maximumán *Leduc* mintegy álomban hallotta azt, a mi körülötte történik és tudatával birt annak, hogy mozogni és beszélni nem tud. A tapintás érzése megvolt, de úgy megváltozott, mintha elaludt végtagot ért volna az érintés. A legkellemetlenebb érzés az, hogy az ember képességeinek elvesztét figyelemmel kisérheti. Hasonlít ez az érzés ahhoz, a mikor álomban veszedelem fenyegeti az embert és elmozdulni nem tud. Az öntudat elvesztéséig nem sikerült a kisérletet vinni, mert a kisérletezők minden esetben azt hitték, hogy *Leduc* öntudata elveszett, a mikor ez a körülmény még nem állott be. A reactio elveszte tévesztette meg őket. Az áramerő 35 voltig emelkedett és 20 perczig tartott a behatás. Az áram szakításakor azonnal felébred az ember, a nélkül, hogy bármi kellemetlenséget érezne. Ezt bizonyitja, hogy *Leduc* közvetlen utána egy társaságban beszédet tudott mondani.

Leduc áramával érzésteleníteni lehet az érző ideget. Ha a n. medianusra teszünk egy kis katodelektrodot, mialatt a nagy anod bárhol van a testen, és az áramot lassan fokozzuk, eleinte bizsergés támad az ujjakban, később az ideg területe érzéstelen lesz. Más helyeken az izmok beálló összehúzódása zavarólag hat.

Bizonyos berendezés segítségével epilepsiás rohamhoz hasonló rohamokat lehet némely állaton előidézni *Leduc* áramával. Ezekre a bromnak alig, a chlorhydratnak ellenben jelentékeny hatása van. (Presse médicale, 1907. 17. sz.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

A helyi érzéstelenitésnek új módját ismerteti *D. T. Quigley* dr. a „Journal of the American Medical Association“ február 23.-i számában. A módszer abban áll, hogy villamosság alkalmazásával segitjük elő az érzéstelenitő szer behatolását a mélységbe. Quigley dr. eljárását mell- és ajakrákok eltávolitásánál, sérvmetszésnél, végbélcsomók operálásánál és anyajegyek kimetszésénél alkalmazta. Eljárásának technikája a következő. Steril gaze-darabot bemártunk a következő oldatba: cocainum hydrochloricum 1½

drachma, 1 pro mille adrenalinoldat 2 drachma és steril víz 2 uncia, s azután négyszeresen összehajtva reáteszszük az operálandó részre. A tetejébe fémlemez jön s ezt összekötjük a positiv sarkkal; a negativ sarkot a betegnek vagy a kezébe adjuk, vagy pedig az operálási terület közelében a bőrhöz erősítjük kötéssel. Fontos, hogy a két polus közti területen a bőr teljesen száraz legyen, különben a villamos áram a bőr felszinén halad tova s nem a mélységben. 20—30 nedves vagy száraz elemből álló telepet alkalmazunk, s 15—20 perczig, ha kell, tovább is folytatjuk a villamozást; az áram olyan erős legyen, hogy a beteg még épen el tudja tűrni. A gaze-csikot 5 perczenként újra be kell mártani a cocain-adrenalin-oldatba. Az érzéstelenség egy óránál tovább tart. Quigley dr. módszeréről azt mondja, hogy biztosabb, tökéletesebb és ártatlanabb a Schleich-féle eljárásnál.

Az agysebészethez szolgáltat újabb adatokat *Krönlein*. A 27 éves fibeteg fejére esett a nélkül, hogy külső sérülést szenvedett volna. Az esés közvetlen következése a jobboldali mozgató regioban az agykéregre szorítkozó körülirt zúzódás, a mely mérsékelt vérzéssel járt a subdurális térben minden kiesési és izgalmi tünet nélkül. A 6. napig csak fejfájás volt az egyedüli tünet. Ekkor újabb vérzés támadt az elszakadt pia-erekből, a mi Jackson-epilepsiás rohamot váltott ki, majd agynyomási tünetek jelentkeztek. Ekkor azonnal trepanatiót s a subdurális 50—60 köbcentimeternyi haematoma kiürítését végezik. Teljes gyógyulás.

Egy másik esetben glioma malignum műtétét végezte. Ez esetet a legapróbb részletekig pontos sebészi és idegkórtani megfigyelések az agysebészet egyik értékes esetévé teszik. E beteg is meggyógyult. (Archiv für klin. Chirurgie, 81. kötet, 1. füzet.)

Steiner Pál dr.

A sacrális úton operált végbélrákok utókezeléséről ir *Hochenegg* tanár 257 műtett esete alapján. Fontos, hogy a betegek ne hanyattfekvésben legyenek, hanem *oldalfekvésbe* hozzuk. Egy esetben, midőn a beteg hanyattfekvésben volt, a bélvarrat rupturája után a bélsár s a nagymennyiségű felhalmozódott gáz nem tudott kifelé ürülni, hanem a subcutan sejtszöveten vagy a cavum ischio-rectalen át subperitoneálisan a scrotum és a lágyéktáj felé vette útját. Fontos továbbá, hogy *a medencze mélyebb helyet foglaljon el*, mint a has és a törzs. A medencze magasabbra való felpolczolásával egy esetben térdkönyökhelyzetben átkötött betegen perforatiós peritonitis, egy másik esetben légembolia az egyik tátongó varixos venán át halálra vezetett. Kivételesen helyes a medencze felpolczolása, ha gyüjtőeres utóvérzés áll be, vagy ha a megrepedt peritoneális nyiláson át bél esik elő.

Ismeretes, hogy végbélmütétek, különösen sacrális végbélkiirtás után gyakori a *vizeletretentio*. A betegek gyakran nem is érzik, hogy a hólyaguk telik, sem kopogtatással, sem tapintással nem észleljük a hólyag teltségét, mert ilyen műtét után a hólyag nem a symphysis, hanem a cavum ischio-rectale felé tágul. Ilyenkor súlyos cystitis fejlődik ki, melyhez elég gyakran csatlakozik a vesicális sepsis. Ezért ha az első 12 órában a beteg spontan nem ürített vizeletet, fontos a hólyag megcsapolása.

Az utókezelésben lényeges szerep jut *a székletétről* való gondoskodásnak. Lehetőleg igyekezzünk arra, hogy a műtét utáni napokon a betegnek széke ne legyen (háromszor napj. tíz csepp tinct. opii), mert minél korábban szennyezi bélsár a sebet s minél hígabb a bélsár, annál komolyabb jelentőségű. Ha székletét volt, a sebet nyitva kell kezelni, hogy a stercorális phlegmone keletkezését meggátoljuk.

Befejezett gyógyulás után fontos, hogy a bélrendszer alaposan kiürüljön, mert csak így érhető el, hogy a rendesen fennálló vastagbélhurut mellett az incontinentia elviselhető legyen. Fontos, hogy az így operált betegek fokozottan táplálkozzanak, hogy így szervezetük erősbödve a recidivával szemben ellenállóbb legyen. (Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, 85. kötet.)

Steiner Pál dr.

50 éve fennálló nagy ovariális dermoidcystát távolított el *H. F. Brownlee*. A 60 éves nő daganatát már 10 éves korában észrevette, ez idő óta lassan, de folyton nőtt. A cysta eltávolítását gyógyulás követte. A kiirtott cysta súlya 32 font (14½ kiló) volt. (Annals of surgery, 1907.) *Pólya.*

Gonorrhoeás osteomyelitist ir le *R. C. Cupler*. Acut gonorrhoea folyamán (15. hét) gonorrhoeás omarthritis képe támadt; mivel az izület punctioja javulást nem hozott, *Cupler* feltárta az izületet s a felkar fejecsében nekrosisos csontot tartalmazó üreget talált. Az izületi exsudatumban gonococcusokat mutattak ki, más mikroorganismus hiányzott. A csontüregből vett praeparatum intracelluláris biscuitalakú, Gram szerint nem festődő diplococcusokat mutatott. A szerző szerint a gonorrhoeás arthritisek több esetében kellene csontinfectiora gondolni. (Annals of surgery, 1907.) *Pólya.*

End to end arteriovenosus angioraphia czímen irja le *H. Lilienthal* egy esetét, melyben arteriosclerosis alapján kifejlődött gangraena miatt az arteria cruralist Carrel és Guthrie módszere szerint a vena saphenával összevarrta. Az összevarrás a Scarpa-háromszögben történt, egy réteg finom tovafutó selyemvarrattal egyesítette a cruralis centrális csonkját a saphena környéki csonkjával. A másik 2 csonkot lekötötte. Az egyesítés után 10 perczczel a lábon levő sebek vérezni kezdettek s a cyanosis, mely az art. cruralis temporaer leszorítását követte, engedni kezdett. A beteg shock folytán a mütétet követő napon meghalt. Az érvarrat kitünően tartott, a venában kis thrombust találtak, de az postmortalisnak látszott. (Annals of surgery 1907. I.)

Pólya.

Gyermekorvostan.

Az orthotikus albuminuria elterjedésére vonatkozó vizsgálatai közben érdekes megfigyelést tett *Reyher* Berlinben. Poliklinikai anyagán rendszeres vizeletvizsgálatokat folytatott és azt tapasztalta, hogy míg általában az esetek 12%-ában fordult elő orthotikus albuminuria, addig e bántalom a tuberculotikus gyermekeknek közel 60%-ában volt megállapítható. A nélkül, hogy vizsgálatai eredményéből messzemenő aetiologiai következtetéseket vonna, hangsúlyozza, hogy tuberculosus gócz jelenlétének lehetősége miatt a prognosis felállításában még óvatosabbak legyünk, mint eddig. (Verhandl. d. Ges. f. Kinderh., Stuttgart, 1906.)

Schossberger dr.

A szülők vérrokonságának befolyásáról a gyermekekre értekezik *Feer*. Saját tapasztalataiból és az idetartozó aránylag gyér irodalom tanulmányozásából azt következteti, hogy egyedül a szülők vérrokonságán alapuló káros hatás nem bizonyítható be. A vérrokon szülők utódjain észlelhető tulajdonságok és betegségek az átöröklésnek egyébként is fennálló tényéből magyarázhatók. Egyes ritkább anomaliák, köztük minden bizonynyal a retinitis pigmentosa és a veleszületett süketnémaság, más betegségnél nagyobb fokú átöröklödést mutatnak, ha mindegyik szülőben jelen vannak. Minthogy pedig rokonok házasságánál a priori valószinübb, hogy a betegségre való hajlam gyakoribb mindkét szülőnél, mint nem rokonok házasságánál, ezért a retinitis pigmentosa és a veleszületett siketnémaság vérrokonok utódjaiban gyakrabban fordul elő, mint másutt. (Verhandl. d. Ges. f. Kinderh., Stuttgart, 1906.) *Schossberger* dr.

Csecsemők kanyarójában szerzett tapasztalatairól számol be *Hutzler*. A müncheni Gizella-gyermekkórház egyik kórtermében elhelyezett csecsemők között észlelt kanyaróendemiát. Hét 4 hónál fiatalabb gyermek közül három kerülte el a betegséget, a mi, tekintve a kanyaró közismert nagyfokú ragályozó képességét, a mellett szól, hogy a kisebb csecsemők dispositioja lényegesen csökkent. *Moser* tapasztalataival ellentétben a *Koplik*-foltok minden esetben kimutathatók voltak. A diazoreactio nem volt állandó. A küteg mindenkor szétszórt, kisebb foltokból állott, melyek nem folytak össze. Az általános hurutos tünetek általában enyhék voltak, bár szövődményes tüdőbántalmakat észlelt. Hányást ritkán látott a prodromális tünetek és az eruptio szakában. Összesen 11 esete közül 4 halt el, valamennyiben ugyan szövődményesen támadt a kanyaró, de az általában súlyosabb lefolyás és a rohamos erőhanyatlás arra int, hogy a csecsemöt minden egyes esetben fokozott éberséggel kell megóvnunk a fertőzéstől. (Verhandl. d. Ges. f. Kinderh., Stuttgart, 1906.) *Schossberger* dr.

Bőrkórtan.

A protargol-kenőcs hatását a hegképződésre vizsgálta *R. Müller*. A protargol *Neisser* ajánlata óta (1897) igen kiterjedt használatnak örvend. Külső kezelésre főleg kenőcs alakjában *Floret* ajánlotta először a szert. A protargol-kenőcsök kiváló jóságát pedig *Hopmann* hangsúlyozta leginkább. Annak ellenére, hogy a protargol is ezüstkészítmény, hatás dolgában mégis különbséget kell tenni közte és a lapis között. A protargolkenőcs főleg a hámszövetre van nagy hatással, tehát a behámosodást serkenti, a lapiskenőcs ellenben első sorban kötőszövetburjánzásra vezet, tehát granulatióra. A szerző esetei, melyekben a protargolt kenőcs alakjában kiterjedten használta, nagy égett és ételett sebekre vonatkoznak. Egyik esetében 5½ éves fiúnak egyik alsó végtagja forró vízzel teljesen leforráztatott. A végtag csaknem egyetlen nagy granuláló sebszinnel volt borítva, mely behámosodásra a baleset után 6 hétre sem mutatott hajlandóságot. Rendszeres 5%-, később 10%-os protargolkenőcskötések mintegy 3 hónap alatt állítólag minden működési zavar nélkül teljes gyógyulásra vezettek. A szerző második esete munkásra vonatkozik, a ki kénsavval az egész arczát összeégette. Az ételés oly nagyfokú volt, hogy mindenütt mélyebbre terjedő nekrosisok jöttek létre. Állandó protargolkötések igen kielégítő hegesedésre vezettek, egyedül csak a szemhéjakon támadtak ectropiumok. A szerző tapasztalata alapján arra a következtetésre jut, hogy hasonló eredményeket protargolkezelés nélkül legfeljebb csak hosszú hónapok után lehet elérni. A bevált recept a következő: Rp. Protargoli 3·0 gm., solv. in Aqu. dest. frig. 5·0 gm., misce c. Lanolin. anhydr. 12·0 gm., adde Vasel. flav. 10·0. M. f. ungu. S. Kenőcs (10%-os kenőcs). Megjegyzendő, hogy a kenőcs hosszabb állásra megbarnul a lehasadó csekély mennyiségű ezüsttől, de hatása ezáltal nem szenved. (Berlin. klin. Wochenschr., 1907. 11. sz.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

Borovertin névvel új vizeletfertőtlenítő szer került a forgalomba, a melyet *Mankiewicz* közel 100 esetben végzett kisérletei alapján az urotropinnal egyenrangúnak mond. A borovertin (háromszor bórsavas hexamethylen-tetramin) egyik előnye, hogy a vizeletet nemcsak feltisztítja — még olyan esetekben is, a hol az urotropin eredménytelen maradt —, hanem savanyú vegyhatásúvá is teszi és így kiválóan hatásos azokban a húgyszervi betegségekben, a melyek bakteriuriával járnak. A másik előnye a csillapító tulajdonsága, a mely a tenesmusban és a stranguriában különösen érvényesül. Melléktüneteket nem okoz; a kényesebb beteg azonban csakhamar étvágytalanságról panaszkodik. Ne kezdjük tehát a kúrát mindjárt a legnagyobb (4 × 1 gm.) adaggal, hanem eleinte 24 órára csak 1—2 gm.-ot rendeljünk belőle. Az új szer poralakban és 0·5 gm.-os pastillákban kapható. (Berl. klin. Wochenschrift. 1906. 49. sz.) *Drucker Viktor* dr.

A parisolt ajánlja gonorrhoea ellen *B. Müller*. A hatóanyaga a formaldehyd, a mely — kiváló baktericid tulajdonsága mellett — csak a szövetekben hasad le a vegyületből és azokat nem izgatja. A 1%-os oldat hosszabb ideig visszatartva sem okoz fájdalmat az urethrában, de már 0·5—1 percz alatt elpusztítja benne a gonococcust. Az erősebb (3—5%) oldat sem izgatja a nyálkahártyát. A másik előnye a parisolnak, hogy mélyen hatol be a szövetekbe. Az *abortiv eljárásnál* a húgycsőnek azt a részét, a hol a pars bulbosa kezdődik, leszorítjuk, a 40 C°-ra felmelegített 3—5%-os oldatot enyhe nyomással és igen lassan fecskendezzük a pars anteriorba, a folyadékot 2 perczig hagyjuk az urethrában és ezt a műveletet minden nap megismételjük. Az *urethritis posteriort* 3%-os (*Ultzmann* avagy *Guyon*) instillatiókkal és öblítésekkel kezeljük. (Therap. Monatsh. 1906.)

Drucker Viktor dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A fersanról nagyon dicsérően nyilatkozik *Bilhaut*. A fersan rendkivül gyorsan megszaporítja a vörösvérsejtek számát és fokozza a vér haemoglobintartalmát, a mivel párhuzamosan a test súlya is tetemesen gyarapszik. Nagy előnye más vaskészítményekkel szemben, hogy még nagy adagokban és huzamosabban adva sem károsítja meg az emésztőszerveket, és hogy fehérjetartalma miatt egyúttal jó táplálókészítmény is. (Annales de chirurgie et d'orthopaedie, 14. kötet, 4. szám.)

A vörheny szövődményeképen jelentkező haemorrhagiás diathesisről irt czikkében *Klose* nagyon dicsérően nyilatkozik a gelatina befecskendezések használáról. Legjobb a befecskendezés helyéül a regio interaxillarist, vagyis az elülső és hátulsó hónaljvonal közti területet választani, mint a hol a bőr vékonyabb, jól eltolható, bőven van alatta kötőszövet, gyors a felszívódás. A befecskendezés után czélszerű két napra compressiós kötést alkalmazni 5%-os liqu. alumin. acet.-vel. A Merck-féle 2 és 10%-os gelatina alkalmazásakor a tetanus veszélye kizártnak mondható. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1906. 51. és 52. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1907. 3. füzet. *Lukács Hugó*: Adatok a dementia praecox kórtanához és kórboncztanához. *Lobmayer Géza*: A májechinococcus therapiája.

Gyógyászat, 1907. 13. szám. *Kiss Gyula*: A physikai chemia az orvostudományban. *Kolpaszki Dániel*: Ujabb adatok a honthinról.

Orvosok lapja, 1907. 13. szám. *Pozsonyi Jenő*: A retroflexio uteri operativ gyógyitásának technikájáról. *Jankura Iván*: A csecsemő- és gyermekkor emésztési zavarai.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 13. szám. *Áldor Lajos*: A gyomorrák korai diagnosa. „Szemészeti lapok" melléklet, 1. szám. *Vidéky Rikárd*: A vakság okairól. *Borbély László*: 1. Klinikai kisérletek az alypinnal. 2. A kolozsvári vakok intézetében elhelyezett növendékek vakságának és megvakulásának okai. *Markbreiter Irén*: Az intraoculáris sarcoma ritka alakjáról. *Simonyi Árpád*: A kolozsvári egyetem szemklinikájának betegforgalma 1906-ban.

Vegyes hirek.

Tóth Imre dr. selmeczbányai bányakerületi főorvosnak a király a közegészségy és a közügyek terén kifejtett sok évi eredményes szolgálataiért a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Kinevezés. *Herczegh József* dr.-t a belügyminister a budapest lipótmezei állami elmegyógyintézethez másodorvossá nevezte ki. — *Russay Andor* dr.-t a borsodmegyei Erzsébet-közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Rieder Vilmos* dr.-t Szakálházán körorvossá, *Jakab Lajos* dr.-t pedig Szilben községi orvossá választották.

A Kolozsvárott tartandó szünidei orvosi tanfolyam tárgyában a következő körrendeletet bocsátotta ki a belügyminister: „A kolozsvári tudomány-egyetem orvosi karának tanárai és magántanárai folyó évi május 27.-étől junius hó 8.-áig szünidei orvosi tanfolyamot tartanak. Felhivom a Czimet, hogy erről a törvényhatóság területén levő összes orvosokat értesitse s a tanfolyamon részt venni szándékozó hatósági orvosokat ezen szándékukban a lehetőségig anyagilag is támogassa. A tanfolyamról részletesebb felvilágositást Jancsó Miklós dr. egyetemi magántanár (lakása: Kolozsvár, Egyetemi belgyógyászati klinika) nyujt."

Az 1876. évi XIV. t.-cz. II. rész I. fejezetének módositásáról szóló törvénytervezet tárgyában a községi és körorvosok bizottsága e hó 1.-én Budapesten értekezletet tartott, a melyen jelen volt: *Boszkovitz Mór* (Báttaszék), *Hausner József* (Magyarmecske), *Hunwald Tóbiás* (Csömör), *Rédei Manó* (Temes-Szépfalu), *Porosz Mór* (Budapest), *Turán Bódog* (Budapest), *Walkó Rezső* (Budapest). Elmaradását kimentette, illetve a határozatokhoz való csatlakozását bejelentette: *Bródy Sándor* (Tiszasüly), *Aczél Sándor* (Nezsider), *Keller Miklós* (Stájerlak), *Grünwald Adolf* (Bocsár), *Pach Henrik* (Magyarfalu), *Nádai Lipót* (Krasznabéltek), *Rosenberg Ignácz* (Mátészalka), *Gyömörey Oszkár* (Komárom) A bizottság *egyhangúlag* az alábbi módositásokban állapodott meg: Az 5. §. szerint azon 6000-nél kevesebb lakossal biró 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 gondoskodjék. Az ilyen községekben a községi orvos fizetése *egy bizonyos kulcs szerint* állapittassék meg (pl. belügyministeri díjszabás IV. fokozata); 6. §. *a főszolgabiró köteles minden pályázót jelölni*; 7. §. *lehetőleg azt a nyelvet is értse*, a melyen az ő körében a lakosság túlnyomó része beszél; 9. §. *úgy a községi mint a körorvos fizetését* — a községi képviselőtestületek, főszolgabiró és főorvos meghallgatásával — *a vármegyei törvényhatósági bizottság állapitja meg.* 10. §. *A községi és körorvos fizetése 1600 koronánál kevesebb nem lehet* (tehát teljesen törlendő az a 2. pont, mely az ügyvezető körorvosról szól). 15. §. *200 korona a nyugdíjba beszámithatő korpótlék ötször.* Teljesen törlendő az a pont, mely arról szól, hogy korpótlékban nem részesülnek azok az orvosok, kiknek fizetése eléri

stb. 18. §. *Minden községi és körorvos megfelelő természetbeni lakást kapjon.* Ha pedig nem kap, úgy *legalább (minimum) 400 korona lakpénzt.* 20. §. Fuvarköltségek megtérítéséül a községi (kör-) orvos úti átalányban *részesítendő.* A fuvardíj *kilometerenként legalább 50 fillérben állapítandó meg.* (Állatorvos 70 fillért kap). *Távolsági díj 20 fillér.* 21. §. *b)* Ily esetekben fertőző betegségben . . . . . *vagyontalan betegeknél* más díj fel nem számítható. 22. §. 1. alatt a trachomás . . . . . *teljesen törlendő.* 3. *Himlőoltás díja 50 fillér, újraoltás díja 30 fillér.* 4. *Halottkémlés díja legalább annyi legyen, mint a látogatási díj.* 23. §. *A községi (kör-) orvos a községi adó alól felmentendő.* 25. §. *4 heti szabadságra van igénye és a község köteles helyettesről gondoskodni.* Ez esetben elesik az a sérelmes pont, mely a helyettes „személyről" (!) szól a tervezetben. 26. §. A nyugdíj létesitése előtt kérje ki a minister *az O. O. Szövetség, illetve a közvetlenül érdekelt községi körorvosok véleményét.*

Fürdőkedvezmény. *Erényi Jenő* dr. karlsbadi fürdőorvos eddig fenntartott alapítványát további két évre meghosszabitja akként, hogy továbbra is egy kétágyas szobát bocsát a belügyministerium rendelkezésére, a karlsbadi gyógyfürdő használatára szoruló állami és törvényhatósági tisztviselők, valamint ezek családja részére 4—4 heti turnusban május hó 1.-étől szeptember hó 30.-áig. A belügyministerium által kijelöltek ingyenes gyógykezelésben fognak részesülni, de a gyógy- és zenedíj, valamint a fürdőkedvezmény csupán a teljesen szegény hivatalnokok részére eszközöltetik ki. A vonatkozó kérvényeket a belügyministeriumhoz kell felterjeszteni.

Könyvajánlás. *Halász István* dr. „*Alkohol és család*" czimü művét, mint a mely az alkoholellenes mozgalmat hathatósan van hivatva szolgálni, a belügyministerium a törvényhatóságok figyelmébe ajánlja.

A „Budapesti Orvosi Kaszinó"-ban márczius 28.-án *Turán Bódog* dr. „Minő befolyással vannak az orvosok erkölcsi, anyagi és társadalmi helyzetére az orvosi rend különböző szervezkedési formái nálunk és a külföldön?" czimmel nagyszámú orvosi közönség előtt felolvasást tartott. Az orvoskérdés a kultura és a közegészségügy szempontjából nagy fontossággal bir és nem közömbös az államra nézve, minő az orvosi rend helyzete. Tapasztalati és bő statistikai adatokkal igazolta, hogy az orvosi rend helyzete egyetlen országban sem kedvező, de mégis sokkal jobb az ipari államokban, a hol ugyanis a közvagyonosodás, a kultura és a közegészségügy magasabb niveaun állanak. Az orvosi rend különböző szervezeti formái közül az állami szervezetek (kamarák) teljesen hatástalanok és értéktelenek; több eredményt mutatnak fel az önkéntes társulás alapján álló szabad szervezetek, ezek közül pedig főleg azok, a melyek nem erkölcsi testületek, hanem gazdasági alapra épitvék. A magyar orvosi rend helyzete egyenesen válságos a nép pauperismusa, a rendezetlen közegészségügy és a túlburjánzó pénztárak és betegsegélyző egyletek működése következtében és az új munkásbiztositási törvény következtében még súlyosbodni fog. Javulás az orvosi rendnek csak olyatén gazdasági szervezkedésétől várható, a mely egyúttal az összesség érdekeinek szolgálatába is szegődik.

Az orvos felelősségének határa. Érdekes esettel foglalkozott e hó 2.-án a *temesvári* büntető törvényszék vádtanácsa. *Bürger Antal* mehalai kőművesnek 8 éves fia az elmult nyáron egy négy meter magas eperfáról leesett s esésében mindkét alkarja — nyilt csonttöréssel — eltört. A szülők a sérült gyermeket nem orvoshoz, hanem a közel Szabadfalura *Dortscheller Dániel* kuruzslóhoz vitték, a ki a beteget egy saját készítésü kenőcscsel (melynek ártalmatlan voltát az országos vegyész megállapitotta) bekente és bepólyázta. Másnap a beteget megint a kuruzslóhoz hozták, a ki azonban — a nyilt törést még sem mervén kezelni — ekkor már a helybeli körorvost, *Vári Jakab* dr.-t is elhivatta; ez azonban, miután már előzőleg is a kuruzsló kezelte a sebet s a sérülés komplikált volt, a kezelést nem vállalta, hanem a szülőket utasította, hogy a gyermeket szállitsák be a közeli temesvári közkórházba. A szülők nem fogadtak szót, hanem még ezután is — 9 napon át — a kuruzslóval kezeltették gyermeküket. Tizedik napra a seb lobosodni és genyesedni kezdett, mifeletti ijedtében a kuruzsló megint áthivatta Vári dr.-t, a ki megvizsgálva a beteget, a kezelést megint elutasította és a szülőket figyelmeztette, hogy mulhatlanul vigyék a gyermeket kórházba. Ez megint nem történt meg és a gyermek másnap meghalt. Feljelentés folytán megindult a vizsgálat s a törvényszéki orvos és egyértelműen az igazságügyi orvosi tanács is a halál okául vérfertőzésből keletkezett vérmérgezést állapitott meg. Hogy azonban a fertőzés az esés pillanatában vagy a hibás kezelés folytán keletkezett-e, azt *biztosan* nem lehetett megállapitani, bár a valószinűség az utóbbi mellett szólt. Az orvosi vélemények Vári Jakab dr. felelősségét *megállapitották* abból, hogy noha szemtanúja volt, *nem akadályozta meg* a kuruzsló szakavatlan kezelését. Ez alapon az ügyészség vádiratot adott be a szülők, a kuruzsló és Vári dr. ellen a Btkv. 290. és 291. §-ai szerint *gondatlanságból okozott emberölés vétsége miatt.* Vári Jakab dr. ügyvédje által terjedelmesen indokolt kifogásokat adott be a vádirat ellen. A vádtanács kimerítő szóbeli tárgyalás után *a kir. ügyészség vádiratát elutasította* és Vári Jakab dr. ellen az eljárást büntetendő gondatlanság hiányában *megszüntette* s kimondotta, hogy az illető orvosi kötelességét semmiben meg nem szegte, a beteg kezelését visszautasitani jogositva volt s minden felelősség alul felszabadult azzal, hogy a szülőket figyelmeztette, hogy a beteget kórházba szállitsák. Hogy a kuruzsló működését tűrte s feljelentés tárgyává nem tette, nem képezhet gondatlanságból okozott bűncselekményt, legfeljebb fegyelmi vétséget. A kuruzslót és a szülőket azonban vád alá helyezték s ellenük a főtárgyalást legközelebb meg is tartják.

Meghalt. *Glockner A.* dr., a nőorvostan magántanára a lipcsei egyetemen, 38 éves korában, márczius 23.-án.

Kisebb hirek külföldről. *P. Krause* boroszlói docenst a jenai egyetemre hivták meg rendkivüli tanári minőségben a belorvostani poliklinika igazgatójává. — *G. Melle* dr.-t Messinában a bőrkórtan rendes tanárává, *C. Biondi* dr.-t Cagliariban a törvényszéki orvostan rendkivüli tanárává nevezték ki. — *F. Bottazzi* dr. Nápolyban a kisérletező élettan rendes tanára lett. — *V. Tedeschi* dr.-t Paduában a gyermekorvostan rendes tanárává léptették elő. — *Schmidt A.* dr.-t, a drezdai városi kórház belorvosi osztályának főorvosát a hallei egyetemen rendes tanárrá s a poliklinika igazgatójává nevezték ki. — A bonni egyetemen az anatomia rendes tanárává *Nussbaum M.* dr. rendkivüli tanárt nevezték ki. — A königsbergi egyetemen az üresedésben levő szemészeti tanszékre *Krückmann* dr. lipcsei rendkivüli tanárt nevezték ki. — *Bouin* dr., a nancy-i egyetem agrégéja az algieri orvosi iskolán a kórbonczolástan és szövettan tanárává neveztetett ki. — A rio de janeiro-i egyetemen a szemészet tanárává *J. A. Abren Fialho* dr.-t nevezték ki.

Bécsben legközelebb hozzáfognak három új klinika: a Noorden tanár vezetése alatt álló belorvosi, az Escherich tanár vezetése alatt álló gyermekorvosi s a Chiari tanár vezetése alatt álló gégeorvosi klinika épitéséhez, s remélik, hogy a három épület még ez évben elkészül. A két új nőorvostani klinika már készen áll s most fognak hozzá a berendezésükhöz, úgy hogy alkalmasint még a jelen év őszén, de legkésőbb a jövő év tavaszán meg lesznek nyithatók

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

Az **Iron** (hangyasavas vaselixir) feltétlenül megbizható, nem bomlékony vaskészitmény, mely javalva van mindazon esetekben, melyekben vas adagolása egyáltalán szóba jöhet, tehát anaemia, sápkór, női bajok, vérzések vagy szülések után, de minden tekintetben figyelemreméltó a reconvalescentiában mint gyorsan ható vérképző és roboráló szer. Készitője: Pray Valér gyógyszerész, Budapest, VIII., Baross-utcza 44.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS.
Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezőkkel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmai. Idült gyomorbélbajok. Gerinczelferdülések. 2507

Gizella-Telep fürdő, modern vízgyógyintézet posta Visegrád (Pest m.)
Vízgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forrólég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Mérsékelt árak. Kivánatra prospektus.

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

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

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

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

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

Budapesti Orvosi Laboratorium IV., Koronaherczeg-utcza 18, I. em. Minden nemü ép és kóros váladék (ú. m. vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, górcsöi és bakteriologiai vizsgálata. Klinikai diagnostika. 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

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XI. rendes tudományos ülés 1907 márczius 23.-án.) 268. l. — Közkórházi orvostársulat. (III. bemutató szakülés 1907 február 13.-án.) 268. l — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya. (1907. évi február hó 16.-án tartott III. szakülés.) 270. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes tudományos ülés 1907 márczius 23.-án.)

Elnök: **Prochnov József.** Jegyző: **Verebélyi Tibor.**

Az orr mellüregeinek viszonya a látóideghez.

Ónodi Adolf: Az orrbajok által okozott látózavar és vakság tana nagyon hézagos. Egy-egy szövettani és bakteriologiai vizsgálat mutatja a fertőzés útját a szövetek folytonosságában és a vérerekben. A leletek többnyire hézagosak, hiányzik a fertőzés útjának, az okozatos összefüggésnek kimutatása, a megbetegedett mellüregek és a látóideg szövettani és bakteriologiai vizsgálata, hiányzanak a finomabb adatok a látóidegnek a kóros vagy ép mellüregekhez való viszonyát illetőleg, valamint a venae ethmoidales, a vena centralis retinae és a megbetegedett mellüregek gyüjtőereinek a vizsgálata. A kórbonczolástani alapot meg kell még teremteni, a bonczolástani alapot vizsgálatainak eredményei adják meg. Aetiologiai tényezők a fertőzés, a gyuladás tovaterjedése, a csonthiányok és a vérkeringési zavarok. Vetített képekben bemutatja készítményeinek fényképfelvételeit. A látóideget a mellüregektől elválasztó csontfal különböző erőssége és vastagsága elősegítheti vagy megnehezítheti a kóros folyamat tovaterjedését; a rostasejt fala papirvékony, az iköböl fala 1 és 12 mm. között ingadozhatik. A kóros folyamat átterjedését, a látóidegnek és hüvelyének megbetegedését megmagyarázzák a bemutatott készítmények, melyek 12 főcsoportban 37 alakviszonyt ismertetnek. Közvetlen szoros viszonyban állhatnak a látóideggel a homloköböl, a rostasejtek és az iköblök, vagy az egyik, vagy mindkét oldalon, továbbá a felső kagylósejt is. A látóideget tartalmazó canalis opticus 6, 8, 10 és 12 mm. hosszúságban vagy a hátulsó rostasejtben, vagy az iköbölben magában haladhat és megmagyarázza a látóideg könnyü szerrel való megbetegedését és a mütét alkalmával előfordulható sérülését. Több készítmény mutatja a hátulsó rostasejt s az iköböl viszonyát az ellenoldali látóideghez és magyarázatát adja a contralaterális látózavar és vakság keletkezésének. Eddig 27 ilyen vakság-eset ismeretes. Szép példák mutatják a helyes s korai beavatkozás sikereit is. A kórbonczolástani és kórszövettani vizsgálatok folyamatban vannak és azok befejeztével az egész kérdés klinikumát fogja tárgyalni.

Közkórházi orvostársulat.

(III. bemutató szakülés 1907. február 13.-án.)

Elnök: **Dirner Gusztáv.** Jegyző: **Feldmann Ignácz.**

(Vége.)

Gümőkóros bélszűkület esete.

Pólya Jenő: G. A., 19 éves, földmíves leánya. 10 év óta érez görcsöket a hasában; ezek kezdetben igen gyakran, naponta is jelentkeztek s ez időben igen sokszor hányt; egy év után a rohamok száma kevesbedett, azonban daganata támadt hasának jobb felében, hasa puffadni, korogni kezdett, széke napokig elmaradt, szelek nem mentek, ezenfelül állandóan csekély étvágyú, mindig sovány és munkára képtelen volt. Ujabb időben a rohamok száma újra nő és pedig rendszerint éjszakánként jelentkeznek hasfájdalmai, melyek korgással, erős haspuffadással és feszülésérzéssel járnak; 2 év óta többször véres köpése volt, keveset köhög. Subfebrilis (37·5° C. esténként).

Felvételi állapot: Igen gyengén fejlett, halvány nő, súlya 36 kiló, az emlők fejletlenek, a fanszőrök nem nőttek, a külső genitaliák infantilis állapotban. Csúcshurut mindkét oldalt. Az ileocoecalis tájon egy kb. 2 ujj széles, hosszúdad, mozgathatlan, kemény, elmosódott határú resistentia. A has puffadt, időnként előkarvastagságú bélkacsok merevedése észlelhető, különösen a köldök és a symphysis között, a mely korgás kiséretében eltünik. A látható peristaltika különösen a hasfal ütögetésével mesterségesen is létrehozható és subjectiv fájdalomérzéssel jár.

Diagnosis: Stenosis intestini verosim. ex tuberculosi ileocoecali. Mütét 1906. deczember 28.-án. Witzel-narcosis. Behatolás a bal rectus szélén. A hasürben szalmasárga folyadék, a belek apró gümőkkel telehintve, a vékonybél utolsó kacsa előkarvastagságú, benne számos kemény test észlelhető, míg a harántvastagbél vastagsága csak hüvelykujjnyi. Lateral anastomosis a vékony- és harántvastagbél között mintegy 25 cm.-nyire a coecumtól; az anastomosis hossza 8—9 cm. (2 rétegben selyemvarrat). A belek isoperistaltikus irányban egyesíttetnek. Az ileum utolsó kacsában számos kemény testet érzünk, melyek gyümölcsmagvaknak bizonyultak, legnagyobbrészt cseresznyemagvak, azonfelül apróbb magvak, almamagházak ürülnek ki. A kiürítésre szolgáló metszést 2 réteg varrattal zárjuk. Toilette, réteges hasfalvarrat.

A sebgyógyulás teljesen zavartalan, a seb per primam egyesült. Az első 2 héten többször hasfájdalmak, görcsök, a 2 első nehéz székkel gyümölcsmagvak távoznak. Azóta fájdalmai nincsenek. Január 15.-e és 18.-a közt oldalszúrás, vérköpés, láz (38·4—39° C). Jelenleg megerősödött és minden hasi panasz nélkül hagyta el a kórházat.

Duodenum-fekély esete.

Pólya Jenő: M. Gy., 22 éves kárpitost 1903 november 4.-én egy izben már bemutattam a közkórházi orvostársulatban. Akkor subphrenikus tályog miatt operáltam, mely tályog eredetét nem birtuk megállapítani, de már akkor is duodenum-átfúródásra gyanakodtunk. 1906 márciusban jelentkezett a szt. Margit-kórházban azzal, hogy 1905 novemberéig teljesen egészségesnek érezte magát. Akkor minden evés után 2—2½ órával heves fájdalmai keletkeztek, melyek hányásingerrel kapcsolatban 3—4 óra hosszat tartottak; két hét mulva hányás jelentkezett 4—5 órával az étkezés után, a hányadék epés ételrészeket tartalmazott, a hányással a fájdalmak megszüntek. 1906 februárban vette észre, hogy székével fekete vérrészletek távoznak. A vizsgálat czéljából eszközölt gyomormosás után a beteg jobban érezte magát, s a proponált mütétbe nem egyezvén bele, elhagyta a kórházat, mire régi panaszai újból előállottak, s juliusig tartottak, a mikor újból a kórházba jött.

Felvételkor a jobboldali bordák táján levő T-alakú heg helyén köhögéskor sérvszerü előboltosulás. Az epigastrium jobb oldalán a köldök mellett és felett körülirt érzékenység. Próbareggelire erősen savanyú, sok szabad sósavat tartalmazó folyadék ürül. Diagnosis: Ulcus duodeni.

Mütét 1906 julius 17.-én. Behatolás a középvonalban. A gyomor pylorus-része és a duodenum táján erös összenövések, ezért a gyomor is nehezen húzható elő. Gastroenterostomia retrocolica posterior rövid kacsesal, varrattal. A gastroenterostomia oly mélyre kerül, hogy az utolsó sor varrat már a gyomor elülső felszinére esik; a varrat e részét csepleszszel is fedjük.

Bronchitis az első néhány napon, 38·8° C-ig menő hőemelkedéssel, azután teljesen láztalan, sima lefolyás. Gyomorpanaszai a mütét óta teljesen megszüntek, s jelenleg semmiféle nehézsége az emésztésével nincs.

Kankós mellékheregyuladás szövődményeként támadt bélelzáródás.

Feldmann Ignácz: B. J., 28 éves, kovácssegéd epididymitisének 4. hetében bélelzáródási tünetek közt betegedett meg, de csak negyednapra vétette fel magát a szt. István-kórházba mütevés czéljából. A laparotomia alkalmával Balás alorvos a medencze jobb falán a ductus deferens mentén egy odatapadt és megtört bélkacsot talált, melynek leválasztása után a bélpassage

helyreállott. A beteg azonban a már operatio közben is jelenvolt peritonitis miatt 24 órán belül meghalt.

Bonczolási lelet: A hasürben szabad folyadék nincs, a hashártya belövelt és fényevesztett; a puffadt belek rostonyásan összetapadtak. Legerősebb és legjobban tapad a rostonyás lepedék az ileumnak a vakbél felett 60 cm.-re levő gyermektenyérnyi részletén. E helyen a bél 6 cm., legjobb 7—8 cm. kerületű, míg felette 11—12 cm.-re kitágult. A vaskosabb rostonyás felrakódásnak megfelelően a bélfal tömött, halvány, a halványság nincs élesen elhatárolt öv alakjában kifejezve. A fali hashártyán közvetlenül a linea innominata alatt, a jobb ductus deferens lefutása helyén lencsényi, puha, fakósárga duzzanat, vagyis subperitoneális tályog látszik, mely az ondóvezetékkel tűszúrásnyi nyiláson át közlekedik. A jobb ductus deferens egyébként egész lefutásában megvastagodott, tömött; tágult ürében zöldessárga geny, nyálkahártyája duzzadt, palaszürke. A linea innominata alatt 4 cm.-re még egy másik borsónyi, ondóvezeték körüli tályog van. A jobb mellékhere fejében cseresznyenagyságú, a prostata jobb lebenyében babnyi, czafatos falú tályog. Ezenkivül még hólyaghurutot és a jobb ondóhólyag genyes gyuladását találták. A genyben gonococcus volt kimutatható és egy Gram szerint festődő bacillus, mely alkalmasint a bélből vándorolt ki.

A bonczolásleletből és a bakteriologiai vizsgálat eredményéből megállapítható, hogy kankós epididymitishez illetve deferenitishez az ondóvezeték átfúródása révén subperitoneális tályog csatlakozott; az utóbbiból körülirt hashártyagyuladás, ebből a bél odatapadása, majd elzáródása származott. A heveny általános peritonitist már a bélelzáródás okozta.

Balás Dezső: A beteget 1906 szeptember 29.-én tették át Janny osztályára. Kankós húgycsőfolyása volt, melyhez 4 héttel előbb epididymitis csatlakozott. Felvétele előtt 4 nappal rosszul lett, erős hasgörcsök jelentkeztek, továbbá székrekedés, hányás, csuklás. A jól fejlett beteg arcza peritonitises, pulsusa 120, könynyen elnyomható. A hő 38·8° C., a has puffadt, a köldök alatt peristaltika, mély dobos kopogtatási hang, mely a májtompulatot is fedi. A has felett fájdalom vagy resistentia nincs, csuklás, bélsárhányás, a jobb mellékhere duzzadt, fájdalmas, a hasgörcsök kisugároznak a jobb herébe. A has megnyitása után a középvonalban geny ürül, a köldök alatt gyermekfejnyi vékonybélconglomeratum, mely meg volt csavarodva, a peritoneum belövelt. A megcsavarodott bélrész nem volt összeesve; a vakbél ép volt, de az ileumkacs, mely a vakbélbe nyúlt, össze volt esve és a jobboldali linea innominatán szögletbe tört összenőtt bélkacs volt, melynek leválasztása után gyermekkanálnyi geny buggyant elő. A distalis bélrészlet is puffadt volt. A beteg pulsusnélküli; infusiók, kámfor, Mikulicz-tampon. 22 óra mulva meghalt. Már a műtét alatt kifejeztem a gyanúmat, hogy gonorrhoeás eredetű a peritonitis; a bélcsavarodás másodlagosan jött létre. Az irodalomban csak egy hasonló esetet találtam.

Struma lingualis et sublingualis.

Feldmann Ignácz: Egy a szt. István-kórházban Hültl magántanár által epekő miatt operált és a műtét utáni napon elhalt 31 éves elárúsítónő bonczolásakor számos apró cholangitises májtályog, súlyos icterus és sepsis jelenségei mellett a következő elváltozásokat találtam: A pajzsmirigy a szokott helyén hiányzik. Azonban közvetlenül a nyelv töve alatt a musc. mylohyoideus és hyoglossus által eltakarva 4—5 cm. széles, 2 illetőleg 3 cm. magas és 2—2·5 cm. vastag csomó rejtőzik, mely a nyak középvonalában 1 cm. mély barázda által jobboldali mogyorónyi és baloldali diónyi lebenyre van osztva. Mindkét lebeny gömbölyded, s néhány többé-kevésbé mély behúzódás által kisebb lebenyekre osztott; állományuk tömött, nagyobbrészt sárgaszürke, áttünő, szemcsés, itt-ott kocsonyaszerű, másutt dúsabban erezett foltokkal és csíkokkal tarkázott. A nyilván a pajzsmirigy szerkezetével biró csomó laza kötőszövettől és kevés zsírszövettől van körülvéve és csupán az os hyoideummal függ össze szorosabban. A bal art. lingualisból egy ezen verőérrel egyező tágságú, 6 mm. kerületű ág halad a nagyobbik pajzsmirigy-lebenyhez, míg a carotis externából mákszemnyi nyilással eredő art. thyreoidea sup. csak kb. 3 mm. kerületű. A nyelv hátán közvetlenül a for. coecum mögött 2 cm. hosszú és széles s 1½ cm. vastag, nagyobb felével jobbra eső pajzsmirigy domborítja elő a nyálkahártyát; e csomó a sublinguális mirigytől kb. ½ cm. vastag nyelvizomréteg által tökéletesen el van választva.

A gland. hypophysis a töröknyerget egészen kitölti, de lapos felületü. A kissé alacsony termetü nő csontjai általában gracilisak, de a koponyacsontok megvastagodottak (a bal halántéktájon 11, a homlokon a középvonalban 12, a nyakszirten 13 mm. vastagok), a juga cerebralia erősen kifejezettek, a csontbél megfogyott.

A nyelv hátán fekvő csomó szöveti szerkezete: A többrétü laphámboríték kissé megvékonyodott, a papillák elsimultak. A daganatot rostos tok veszi körül. Az utóbbiból kiinduló vastagabb sövények kisebb-nagyobb lebenyekre osztják a csomót. A lebenykék egy része normális pajzsmirigy szerkezetével bir, másutt a többé-kevésbé tágult acinusok colloiddal teltek és vastag, rostos, részben hyalin kötőszöveti falzattal vannak ellátva. Néhol feltünően tág colloid-cysták is láthatók. A mirigyhám szabályos köbalakú, a sejtek határai sokhelyt elmosódottak. A colloidot nem tartalmazó acinus-csoportokban egyesek a normálisnál 2—3-szorta nagyobb, tömör hámszigetek gyanánt mutatkoznak. A nyelvalatti csomó metszetei annyiban térnek el az előbbitől, hogy a colloid acinusok még sokkal számosabbak és nagyobbak.

A két rendellenes fekvésü pajzsmirigy nyilván fejlődési anomália. Származásuk úgy magyarázható, hogy a thyreoidea ébrényi telepének szakcsontalatti része korán tönkrement, vagy ki sem képződött, minek folytán a ductus thyreoglossus felső része — mely a for. coecumnak nevezett tasak kivételével rendszerint visszafejlődik — helyettesítőleg pajzsmirigyszövetté alakult át.

E fejlődési rendellenességgel hozható összefüggésbe egyrészt a beszédzavar: az illető ugyanis egyik kezelő orvosa, Ernyei dr. szerint mindig úgy beszélt, „mintha valami lett volna a szájában"; másrészt a nyelési nehézség, mely miatt Ónodi tnr. rendelésén is megfordult. Az utóbbi által a nyelés akadályaként megállapított és kiirtott mogyorónyi csomó a nyelv hátáról ugyanis az I. sz. kórboncztani intézetben Entz tanársegéd által végzett histologiai vizsgálat révén pajzsmirigynek bizonyult. A praeparatumot a beteggel együtt Ónodi 1902 november 22.-én az Orvosegyesületben bemutatta. A mütét után 3 hónappal a kiirtás helyén lencsényi, nyomásra fájdalmas, kemény csomó volt kitapintható. A nyelv tövén levő pajzsmirigy kiirtása után ismételten tapasztalt (Chamisso, Seldowitsch) myxoedema a jelen esetben nem fejlődött ki, mert a nyelv alatt elrejtett pajzsmirigy — melynek párját az irodalomból legutóbb Ungermann által összegyüjtött 30 eset közt nem találtam — kielégitően működött. E mellett szól, hogy a nő testi fejlődésében nem mutatkozott feltünőbb zavar és hogy szellemi fejlettsége — ha nagyon középszerü volt is — önálló keresetre képesitette. A halála előtt 3 évvel jelentkezett súlyosabb (Donath magántanár által hysteriásnak jelzett) idegesség boldogtalan családi életéből, elzüllött férje okozta keserüségéből is magyarázható, annál is inkább, mert e tünetek később visszafejlődtek.

A koponyacsontoknak fentjelzett megvastagodását és a hypophysis kisfokú túltengését illetőleg nem zárható ki, hogy a pajzsmirigy fejlődési zavarával állanak valamelyes kapcsolatban. De e nexus az idevonatkozó észleletek csekély számára és a csontelváltozásoknak nem mindig egybehangzó voltára való tekintettel csak fenntartással jelezhető.

Genersich Antal: A koponyacsont megvastagodása fontos, mert az asszony csak 31 éves volt. Első sorban rhachitisre kellett gondolni, mert a homlokdudor is vastag volt, a nyakszirt pedig vékony, de a rhachitisnek semmi nyomát sem találták. A többi csontját nem lehetett kiszedni. A koponya olyan kemény, mint öregekben, a kiknek sklerotizál a csontjuk. Ez a mellett szól, hogy a thyreoidea hiányának lehet valamelyes szerepe. A pajzsmirigy hiánya veleszületett és a meglevő csomók is colloidosak, a kettő együtt fél pajzsmirigynek is alig felel meg, tehát ennek lehetett valamilyen befolyása a csont képződésére.

Hydrorrhoea uteri gravidi amnialis torzképződésü magzattal.

Rotter Henrik: Az eset igen ritka, a 19. a világirodalomban. G. A.-né 1907 február 10.-én jelentkezik osztályunkon.

Négy rendes szülése volt, négy gyermeke él. Utolsó menstruatioja 1906 május végén volt; november elején úgy érezte, hogy a magzatvíz elfolyt, ezen idő óta állandóan nagy folyása volt, úgyannyira, hogy naponta többször kellett fehérneműt változtatnia. A magzatmozgásokat épen úgy érezte, mint előbbi terhességei alatt. Kétszer nagyobb vérzése is volt. Először az állítólagos burokrepedéskor, azután egy hónappal a bejövetele előtt. Fájásai 1907 február 10.-én reggel kezdődtek, a mikor is osztályunkra vétette fel magát. Burokrepedést nem észleltünk és még aznap déli 1 órakor megszületett a magzat egyszerű farfekvésben. A magzat megszületése után sem ömlött magzatvíz. A lepény közvetlenül a magzat után spontan hiánytalanul született meg. A magzat élő fiú, 2400 gm. súlyú, 48 cm. hosszú, 33 cm. fejkerületü. A fej asymmetriás. A jobb falcsont elődomborodó, a bal falcsont laposra nyomott, a bal arczfél behorpadt, a mandibula hegyesszögü ívet alkot, melynek bal szára hosszabb és a szöglet a középvonaltól balra van kihelyezve. A mellkas felső harmada behorpadt, alsó részlete hordószerüleg tágult. A gerinczoszlopon elgörbülés nincs. A két felső végtag laposra nyomott és elgörbült, az elgörbülés legkifejezettebb mindkét kéztőizületben. Az alkarral a kezek derékszöget alkotnak és a bal kéztőizület merev. Az alsó végtagok egyenlőtlen fejlődésüek, a jobb hitványabb, mint a bal. A jobb lábszár egészen laposra nyomott, kifejezett pes varus.

A placenta a rendesnél valamivel kisebb, a magzatburkokból igen kis részlet van meg és az általuk alkotott üreg igen kicsi, úgy hogy abban a megszületett magzat nem férhetett el. A burokrepedés szélein a chorion és amnion erősen összenőtt, felkunkorodott, jeléül annak, hogy ez a repedés régi.

Ebben az esetben tehát azon ritka kórképpel állottunk szemben, a mikor a burokrepedés a terhesség alatt történik és ennek ellenére a terhesség nem szakad meg, a magzat a burkokon kivül a méh üregében tovább fejlődik. Igy magzatvíz nem lévén, az uterus fala közvetlen érintkezett a magzat testével és nyomás folytán létrehozta a fentebb leirt elgörbüléseket.

Végül még *Rotter Henrik* dr. *köldökzsinórsérv esetét mutatta be 25 cm. hosszú halott magzaton.*

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(1907. évi február hó 16.-án tartott III. szakülés.)

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

1. **Kanitz Henrik argyrosis érdekes esetét mutatja be** egy 42 éves férfi személyében, kit f. hó 14.-én vettek fel a bőrgyógyászati klinikára. A beteg arcza és hajzatos fejbőre pala- vagy aczélszürke, erősen kékes árnyalattal. E kóros szin az egész arczbőrt illeti diffus kiterjedésben, csak elszórtan láthatók a bőrben lencsényi és nagyobb atrophiás szigetek vagy hegek, melyek piszkosfehér színükkel tarkitják a képet. A törzs és a végtagok bőre is mutatja, bár egész halványan, a kékes-szürke színárnyalatot. Azonkivül a köztakaró számos helyén látni symmetriás elrendeződésben különböző nagyságú és alakú kávébarna pigment-foltokat, melyeknek közepét legtöbbször egy finom, felületes, fehér heg alkotja, mig szélükön sok helyütt egy a sclerodermiás góczokra emlékeztető kékes-vörös szegély látható. A kóros pigmentatio a körmökön is kifejezésre jut. Nagyon kifejezett a nyálkahártyák elváltozása, a mennyiben nemcsak a kötőhártyák mutatják azt a sajátságos palaszürke, kékesbarna szint, hanem a szájüri nyálkahártya is, a melynek még vörösnek látszó helyein is áttünik — tompitva ugyan — a kóros pigmentatio. Az alsó gingiván egy majdnem fekete festenysáv vonul végig és a garatür hátulsó falán is körülbelül ötkoronás kiterjedésben egészben sötét-kék, majdnem fekete a nyálkahártya színe. A belső szervek részéről kóros elváltozások nincsenek, a vizelet normális, a szemfenéki lelet ép viszonyokat tüntet fel. A garatür hátulsó falán és a baloldali arcus palato-pharyngeuson egy-egy kis lepedékes fekély látható.

Az argyria kórismézét a jelen esetben kétségtelenné teszik a kórelőzményi adatok, melyeket a beteg intelligentiájával arányban nem álló pontossággal és elevenséggel ad elő. Hat év előtt ugyanis állítólag fekély volt a penisén és kiütések a köztakaróján, legsűrübben az arczán és a szájában. Ezeket orvosa syphilisnek kórismézte és kenő-kúrát rendelt, azonban a beteg ennek mellőzésével lapis-pálczát vásárolt, és azzal érintette az elváltozásokat. Begyógyulásuk után is állandóan lapiszolta arczát és a szájür nyálkahártyáját, folyton újabb lapis-pálczákat szerezve magának. Nem mulasztott el hat év óta egyetlen napot sem, néha naponta 3—4-szer végezte az érintéseket, sokszor éjjel, lámpafénynél is, sőt a kórházba jövetelekor az útra is magával vitte lapispálczikáját és kézitükrét, hogy „*el ne hanyagolja baját*“. E mellett az érintéseket mindig nagyon energikusan, nagy kiméletlenséggel végezte.

A bemutatott esetben tehát kétségtetenül az argentum nitricum okozta kóros pigmentatioval, argyrosissal állunk szemben. A sokszor megismételt lapisozás következtében az arczon és a hajzatos fejbőrön, valamint a szájüri nyálkahártyán kezdetben *argyria partialis ex imbibitione* jött létre, de ehhez a nyállal oldott állapotban lenyelt ezüstnitratnak, illetőleg az érintések alkalmával minden valószinüség szerint gyakrabban letört és a gyomorba jutott lapis-darabkáknak felszívódása következtében az évek folyamán az egész köztakaróra kiterjedő *universalis argyrosis* is társult. A lapisnak külső használata után keletkező universalis argyriák a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak.

A lapis okozta kóros pigmentatiót, mint ismeretes, eltüntetni nem lehet. Az argyrosissal szemben minden therapiás beavatkozás hiábavaló és az ilyen therapiás fanatismus szerencsétlen áldozatai szemára nem marad más hátra, mint a szomorú sorsukkal való kibékülés.

2. **Gyergyai Árpád** a lues második szakában támadt **kétoldali labyrinth-bántalom gyógyult esetét** mutatja be. A beteg 17 éves nő; 1906 augusztus második felében mindkét nagy szeméremajak belső oldalán sclerosis syphiliticus képződött, melylyel augusztus 27.-étől szeptember 25.-éig *Marschalkó* tanár bőrbetegklinikáján feküdt; öt sorozat higany-bedörzsölés után sclerosisa teljesen gyógyult; ambulans kezelésre utasitották, azonban nem járt el. Három hét előtt újból felvették a torokban és a nemi szerveken egy hó óta fennálló kifekélyesedett papulákkal. Pár nappal felvétele előtt már nyilalni, zúgni kezdett mindkét füle, bennléte alatt ezek a tünetek fokozódtak, erős szédülés, fejfájás jelentkezett s hallása is rosszabbodott. Egy hét előtt fülének megvizsgálása végett a sebészeti klinikára küldték.

A dobhártya mindkét oldalon teljesen ép, behúzódás nem mutatkozott, áttetsző, úgy hogy a promontoriumot, a fenestra rotunda öblöcskéjét, a stapest jól ki lehetett venni, rajtuk semmi rendellenesség sem látszott. Az Eustach-kürt jól átjárható.

A tünetekből, hogy a csontos hangvezetés erősen, a légvezetés kisebb fokban csökkent, a *Weber*-t a jobban halló fülre lokalizálja, továbbá, hogy a *Rinne* mindkét oldalt positiv, kitünik, hogy nem a hangvezető részekben van a bántalom helye, hanem magukban a hangfelfogó idegkészülékekben. Arra nézve, hogy a csigának melyik része bántalmazott, pontos vizsgálatot, az egész hangskálának nem lévén birtokában, nem végezhetett, de a rendelkezésére állott pár hangvillával végzett vizsgálatból kitünt, hogy baloldalt a közép- és mély hangok, jobboldalt főképen a középső hangok iránti érzékenység szenvedett.

A beteg szédülésről panaszkodott, járása, mozgása bizonytalan volt, lassan, a földet nézve ment. Összetett lábakkal jól tudott állani, de csak ha a szemei nyitva voltak; ha a szemeit becsukta, vagy még kifejezettebben, ha fél lábára állott, mindig következetesen balra dőlt. A szemeken jobbra tekintéskor mérsékelt, balra tekintéskor jól kifejezett nystagmust talált. Az egyensúly-érzék ingerlékenységét különböző ingerekkel szemben vizsgálta: 24 C. fokú viz pár cm^3-ének a bal külső füljáratba fecskendezésére ép dobhártya mellett két-három perczig tartó igen erős szédülés, hányás, jobb felé irányzott nystagmus támadt. Galván áram alkalmazásakor, ha a kathodot a bal, az anodot a jobb proc. mastoideusra helyezte, a beteg nyitott szemmel, még mielőtt az áramerősség az egy Ampéret elérte volna, balra dült és szédülésről, rosszullétről panaszkodott; ha a kathod a jobb oldalra, az anod a bal oldalra volt helyezve, hasonló tünetek egy és két Ampére között jelentkeztek; forgatható székre téve a beteg már az első forduló végén rosszullétről panaszkodott, nyitott szemmel is a forgatás irányában esett és ellenkező irányú, jól kifejezett nystagmusa támadt. Vizsgálataiból kitünik, hogy az egyensúly-szerv mindkét oldalt fokozott izgalomban volt, és hogy kis ingerekre nagyon erősen reagált.

Ezeket a tüneteket az előadó a bemutatás előtt 6—7 nappal észlelte, attól kezdve a beteg fokozatosan javult s a bemutatás előtti napon úgy subjective, mint objective teljesen gyógyultnak volt mondható.

Abból, hogy a középfül, az agy, az agy-idegek s a belső szervek részéről semmiféle oly elváltozást nem talált, melyekben a labyrinth vagy a n. octavus bántalma elő szokott fordulni, trauma sem érte, továbbá abból a körülményből, hogy a beteg fülbántalma akkor jelentkezett, midőn a másodlagos lues tünetei is leginkább ki voltak fejlődve, s a 3·0 gm. napi higanybedörzsölésre mutatkozó gyógyulását a papuláknak nyomon követte a labyrinth-bántalom javulása: arra következtet, hogy a bemutatott esetben a labyrinth másodlagos lueses megbetegedése volt jelen.

Ezután röviden rámutat a labyrinth másodlagos lueses megbetegedésének ritkaságára a késői vagy világrahozott labyrinth-syphilissel szemben.

Kanitz Henrik nem foglalkozik érdemileg magával az esettel, csak azt hangsúlyozza a bemutatás kapcsán, hogy a zsigereknek, a központi idegrendszernek, az érzékszerveknek lueses megbetegedései a syphilis korai szakában sokkal gyakoriabbak, mintsem gondolják. A labyrinth-luest illetőleg megjegyzi, hogy *Marschalkó* tanár nyaranta 2—3 ilyen beteget lát Lipiken, de ezek mind a késői stadiumból valók. Annál érdekesebb a bemutatott eset, melyben a belső fül bántalma a lues második szakában jelentkezett és antilueses kezelésre, mint a korai elváltozások általában, gyógyult.

Hozzászól még *Udránszky László* tanár.

3. **Gámán Béla laryngitis hypoglottica hypertrophica chronica** esetét mutatja be. A beteget $2^1/_2$ hónap óta kezelik a klinikán a

Schrötter-féle tágító csövekkel. Az eredmény kielégítő, a mennyiben az addig súlyos stenosisos tünetek jelentékenyen javultak. A beteg most már maga vezeti be a tubusokat a legnagyobb könnyűséggel, a mit az ülés előtt demonstrál is.

4. **Kenyeres Balázs** előadást tart „**A stuttgarti vándorgyülés; külföldi intézetek ismertetése**“ czímmel.

A Foncière zárszámadása. A Foncière Pesti biztositó-intézet, folyó évi április 10.-én fogja ez évi rendes közgyülését megtartani. A zárszámadásokból, melyeket ez az intézet az 1906. évre vonatkozólag nyilvánosságra hozott, a következő lényegesebb számadatokat veszszük át:

A mult évi *díjbevétel* a törlések levonása után összesen 15 023,803.84 koronát tett ki, míg a későbbi években esedékes tűz- és balesetágazatbeli díjkötelezvények és díjváltók összege 26.259,115.25 koronára rugott. A díj-, nyereség- és árfolyam-különbözeti *tartalékalapok*, valamint a díjáthozatok 27.648,208.29 koronát tesznek ki. Az intézet *összes tartalékai* a nyereségtartalék ez idei javadalmazása után 2.213,861.17 koronával szaporodtak.

Az 1906. évre kimutatott 257,966.15 korona nyereségből részvényenként 14 korona (7 százalék) osztalék kifizetése fog indítványba hozatni.

PÁLYÁZATOK.

A pécsi állami gyermekmenhelynél jelenleg üresedésben van az **intézeti másodorvosi állás**, a mely **évi 1200 koronányi** (havi 100 koronás előzetes részletekben fizetett) **tiszteletdijból**, az intézetben levő tágas bútorozott szobájú lakásból, annak fűtéséből és világitásából és első osztályú élelmezésből álló javadalmazással van egybekötve. Azonkivül pedig a hivatalos orvosi telepellenőrző vizsgálatok alkalmával külön még 18 koronányi átalányösszegű napidij is jár.

Felhivom tehát azon nőtlen orvosdoktor urakat, illetőleg orvostudor nőket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrhoz czimzett, 1 koronás okmánybélyeggel ellátott és orvosi oklevelüknek, valamint esetleges eddigi orvosi működésükről szóló bizonyitványaiknak hitelesitett másolataival felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a pécsi menhely-intézetbe legkésőbben **1907. évi április hó 30.-áig** okvetlenül beküldeni sziveskedjenek.

Pécs, 1907. évi márczius hó 27.-én.

Gobbi Gyula dr., a pécsi állami gyermekmenh. igazg.-főorvosa.

A magyar kir. vallás- és közoktatásügyi minister úr ő nagyméltósága 1906. évi október hó 5.-én 86,641. sz. alatt kelt magas rendeletével a diósgyőri gyártelepi társláda kórházát, illetőleg annak sebészeti osztályát egy **gyakornok** felvételére jogositotta fel.

Ezen gyakornoki állásra, mely f. évi április hó 1.-én megüresedett, ezennel pályázatot hirdetek.

Az állással szabad lakás, fűtés, világitás, élelmezés és havi 66 korona 66 fillér segélydij élvezete van egybekötve.

Felhivom a pályázni szándékozó orvostudor urakat, hogy pályázati kérvényeiket alulirott gyár főnökségéhez (Diósgyőr-Gyártelep) **mielőbb** nyujtsák be.

Diósgyőr, 1907. évi április hó 2.-án.

Diósgyőri m. kir. vas- és aczélgyár.

2—1 *Fleischmann*, főfelügyelő, gyárfőnök.

Winkler és Taussig czég bányatulajdonos ó-radnai érczmüveinél a **társládabeli orvosi állásra** pályázatot hirdet. Pályázni kivánók szivesked jenek ajánlataikat Vulkán Bernát mérnök úrhoz, mint a társláda választmányának elnökéhez legkésőbb f. **évi április hó 20.-áig** beküldeni. Fizetés megegyezés szerint, de megjegyeztetik, hogy az illető orvos magánpraxisa kell hogy tekintélyesebb összeget jövedelmezzen. A román nyelv tudása feltétlenül szükséges.

A ruszkabányai társpénztár egy **orvosi állásra** pályázatot hirdet.

Pályázótól megkivántatik, hogy okleveles műtő legyen.

Javadalmazás: évi 2000 korona fix fizetés, természetbeni szabad lakás, fűtés és egyéb mellékilletmények.

Az állás legkésőbb f. évi junius hó 1.-én Ruszkabányán (Krassó-Szörény-megye) elfoglalandó.

Kellőkép felszerelt folyamodványok f. **évi április hó 15.-éig** a Kaláni bánya- és kohó-részvénytársaság igazgatóságához, Budapest, V., Báthory-utcza 10. sz. nyujtandók be, a hol az állást illetőleg bővebb felvilágositás is nyerhető.

3—3

816/907. szám.

A Kispereg és Németpereg községekből álló és lemondás folytán üresedésbe jött **kisperegi körorvosi állás** választás útján leendő betöltésére határidőül f. **évi május 14.-ik napjának d. e. 9 óráját** Kispereg községházához kitüzöm.

A körorvos javadalmazása: évi fizetés 1200 korona, nappali látogatási dij 50 fillér, éjjeli látogatási dij 2 korona és Kispereg község székhelyen teljesitendő halottkémlésért esetenként 50 fillér.

A körorvos folyamodása esetén kézi gyógyszertár tartására is fel lesz jogositva.

Felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a szerint felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a választás napjáig nyujtsák be.

Pécska, 1907. évi márczius hó 29.-én.

3—1 *A főszolgabiró.*

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. élelmezés, lakás, fűtés, világitás.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésükről, 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** nyujtsák be.

Gyula, 1907. évi márczius hó.

2—2 *Békés vármegye közkórházának igazgatója.*

Az Első Leánykiházasító Egylet m. sz. Gyermek- és életbiztositó intézet Budapesten, VI., Teréz-körút 40—42. Alapittatott 1863-ban. Folyó év márczius havában 2.053,700 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 1.788,800 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki. Biztositási összegek fejében 71,646 k 22 f. fizettetett ki. 1907. január 1.-től márczius 31.-éig bezárólag 5.774,300 k. értékü biztositási ajánlat nyujtatott be és 5.070,800 k. értékü új biztositási kötvény állittatott ki.

HIRDETÉSEK.

A **Bór-** és **Lithion-tartalmú**

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

Bakteriologus kerestetik

egy orvosi laboratorium részére. Czim: a „Petőfi“ Ujság-, könyvkiadó és hirdetési vállalatnál megtudható.

„GUAJATIN JENCS“

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

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

Gyermekek is rendkivül jól türik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készitője JENCS VILMOS gyógyszerész,

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

DIGESTOL

(PULVIS DIGESTIVUS LAXANS)

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

Budapesti Központi Tejcsarnok-Szövetkezet

VII., Rottenbiller-utcza 31. 2751

Elismert kiváló minőségü palaczktejen, pasteurizált tejen és tejtermékeken kivül szállit

Székely-féle gyermektejet

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

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

Székely-féle diaetetikus tej gyomorbetegeknek,

Székely-féle diaetetikus tej czukorbetegeknek.

120 fiók saját kezelésben. Telefon 57—04.

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszívódást, mint a

Vasogen

Ichtiol-Vasogen 10%

az Ichthyol legrationalisabb és leghatékonyabb alkalmazási módja. A Vasogen elősegíti a gyors felszívódást: a gyógyszer tehát pontosan hat.

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

Lactagol

egy specifikus ható lactagogum.

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

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

Főraktár Ausztria és Magyarország részére:
Maager Vilmos, Bécs, III/3.
Heumarkt 3.

A guajacolkezeléshez!

Herbacol,

egy új guajacol-vaskészítmény.

Ez egy kellemes izű szörp, a közel 40 év óta kitünőnek bizonyult **Herbabny-féle alphosphorossavas mész-vas-szörpből 7% Kalium sulfoguajacolicum** hozzáadásával készül. A kalium sulfoguajacol., a vas- és mészhypophosphit, valamint keserű és antifermentativ 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 kitünőnek minősítve.** Irodalom: Wiener med. Presse 1906. deczember 2, 48, sz., Wiener klin. Rundschau 1906. október 28, 43. sz. Orvos uraknak kívánatra minták ingyen.

SCHUTZ-MARKE
JULIUS HERBABNY WIEN

Egyedüli készítő és főraktár:

Dr. Alois Hellmann's

Apotheke „zur Barmherzigkeit"

Wien, VII/1, Kaiserstrasse 73—75.

Farbenfabriken vorm. **FRIEDR. BAYER & Co.,** Elberfeld.

NOVASPIRIN

új, kiváló pótszere a salicylátoknak.

Ezen készítmény minden kellemetlen mellékhatástól ment és a legérzékenyebb betegek is könnyen tűrik.

Kiválóan hatásos

influenza ellen,

hülési megbetegedések, rheumatismus, neuralgia, köszvény stb. ellen.

Dos.: 1 gm., többször napjában. Rp. Tabl. Novaspirin à 0·5 gm. Nr. XX.
„Originalpackung Bayer.

Képviselő Ausztria-Magyarország részére: **FRIEDR. BAYER & Co., Wien, I., Biberstrasse 15.**

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.

Hunnia-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 felülmulja. Nagy előnye a víznek hygienikus tisztasága. Nagyon kellemes izű és könnyen emészthető.
— Főraktár: Édeskuty L., Budapest. — Kútkezelőség: Brassó. —

Fürdőorvosok rendelései és elismerő nyilatkozatai bizonyítják, hogy a

Tabl. Ferri Protoxal. Dr. Deér

3123 sine et cum arseno

készítmény — megbizható vérképző és tonicum — alkalmazása még a természetes agensek mellett is **szerencsés gondolat.** Klinikusok, **nőorvosok** előszeretettel rendelik. 100 darab tabletta üvegben 2 korona. Kapható a gyógyszertárakban.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. Dr EGGER 3040

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis.
Kapható minden gyógyszertárban.

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

Liquor hypnobromid

A gyógyszer szerencsés összetételénél fogva (paraldehyd 6 gm., natrium bromatum 4 gm., strontium bromatum 2 gm., dionin 0·10 gm., codeinum phosphoricum 0·25 gm., aqua foeniculi 200 gm., syrupus citri et oleum rosarum qu. s.) tartalmazza a legkiválóbb csillapító szereket, de elkerülte mindazokat, a melyek a szívre kártékonyan hatnak. E mellett kitünő izű, a gyomrot nem rontja, a betegek szivesen veszik és semmiféle kártékony vagy kellemetlen mellékhatással nem bir. A gyógyszer adagja naponta 3 kávéskanálnyi, a mely adag fokozható 3 evőkanálig. Ennél nagyobb adagra csak ritkán lesz szükség. A neurasthenia és hysteria súlyosabb eseteiben alkalmazható kiváló eredménynyel.

Készitő
Glück Rezső gyógyszervegyészeti laboratoriuma „Fehér galamb" gyógyszertár Budapest, VI., Hungária-körút 93. Telefon 9—32.

CALIFIG CALIFIG CALIFIG

(Név védjegyezve.)

1604

Kaliforniai fügeszörp.

Kellemes és hatásos hashajtó felnőtteknek és gyermekeknek.

A katharsis előmozditására a nélkül, hogy a legtöbb használatban levő hashajtószerrel 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 bebizonyitott therapeutikus értékű hashajtószer. Alig létezik egy második készítmény, mely a természetet oly jó eredménynyel segiti elő, mely jobban bevált volna a renyhe bélműködés szabályozására. Enyhe hatása a végbélcsatorna nyálkahártyájára és a **„CALIFIG"** adagolása után mutatkozó természetes bélmozgás ezen készitménynek, mint hashajtószernek hasonlithatlan értéket kölcsönöz; kellemes ízénél fogva különösen alkalmas a gyermek- és nőgyógyászatban. Kiváló értékkel bir oly egyéneknél, kik bajuk vagy hivatásuk következtében a szobára vagy ülő életmódra vannak utalva. **„CALIFIG" egy szóval ártalmatlan és biztosan ható** s még azon előnye van, hogy nem bir hashajtó jelleggel és mindazon esetekben, a hol a hashajtó helyén való, teljes sikert eredményez, minden kedvezőtlen mellékhatás nélkül.

Azon orvos urak, kik ezen készitményt eddig nem alkalmazták, tiszteletteljesen felkéretnek, miszerint gyakorlati kisérlet útján, kijelentésünkről meggyőződést szerezzenek. **Minták az orvos uraknak szivesen állnak rendelkezésre Török József gyógyszertárában.**

Kapható az összes gyógyszertárakban 1/1 üveg 3 K, 1/2 üveg 2 K.

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

Főraktár Magyarország részére:

Török József gyógyszertára, Budapest, Király-utcza 12.

CALIFIG CALIFIG CALIFIG

51. évfolyam. 15. szám. *Budapest, 1907. április 14.*

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Rotter Henrik: Közlemény a szt. Rókus-kórház szülészeti és nőgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Elischer Gyula dr., tanár.) A Bier-féle kezelés a gynaekologiában. 272. lap.

Gyenes Vilmos: Az egyetemi II. sz. kórbonczolástani és kórszövettani intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó, ny. r. tanár.) Vizsgálatok a typhusbacillus spontan agglutinatiojáról. 274. lap.

Menyhért Vilmos: Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tanár.) A Fehling-féle czukortitrálás befejezésének újabb, gyors és pontos meghatározása. 276. lap.

Szalai Jenő: A hyperaemiás kezelés az általános orvosi gyakorlatban. 277. lap.

Tárcza. Steiner Pál: Lister. — **Deutsch Ernő:** I. osztrák gyermekvédő congressus. 279. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Dollinger Gyula:* A budapesti kir. magyar tud.-egyetem I. számú sebészeti klinikájának évkönyve az 1905/1906. tanítási évről. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Podloucky:* Valofin. — *Belorvostan. E. Schütz:* Kórosan fokozott gyomornyálkaelválasztás. — *Rubin:* A hastyphusban jelentkező urobilin-vizelés. — *Lejars:* Appendicitis. — *Idegkórtan. Phleps:* A koponya hangvezetőképességének vizsgálata kórjelzés czéljára. — *Spielmeyer:* Szervi hemiplegia pyramispályasérülés nélkül. — *Sebészet. E. M. Corner:* Az atlasz rotatiós fiezamai. — *E. H. van Lier:* A gerinczvelő dúczsejtjeinek elváltozása gerinczvelőérzéstelenítés után. — *K. Omi:* Adatok a Talma-féle műtét kérdéséhez. — *Küster:* A nyelvrák sebészi kezelése. — *Gyermekorvostan. Uffenheimer:* A gyomor-bélcsatorna permeabilitása bakteriumokkal szemben. — *Régis:* Onania gyógyítása hypnosissal. — *Bőrkórtan. Kapp:* Acne gyógyítása. — *R. Kienböck:* Szer hajbetegségek ellen. — *Venereás bántalmak. P. Richter:* A jodkaliumnak az orvostudományba való bevezetése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Laquer:* Oxygenes fürdő. — *Gerstle:* Furunculus gyógyitása. — *Haagner:* Szer folliculáris golyva ellen. — *Gaucher:* Szer urticaria okozta viszketés ellen. 280—283. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 283. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 284. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 285—287. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. Rókus-kórház szülészeti és nőgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Elischer Gyula dr., tanár.)

A Bier-féle kezelés a gynaekologiában.[1]

Irta: *Rotter Henrik* dr. alorvos.

Nem vállalkozom arra a felesleges munkára, hogy a szakosztály előtt *Bier*-nek jelentőségében elsőrendű tanulmányát a lobról felfedezzem. Sensatio számba ment a két év előtt a német sebésztársaságban publikált munkája, melyet az orvostudomány hivatott képviselői azóta a korszak első vívmányai közé soroznak. *Bier* halomra döntötte az évtizedek és századok által hamis alapon épített hypothesis oszlopait. Érdeme azonban nem ez a negativ munka; ő nemcsak rombolt, hanem a romok helyére épített. Még pedig nagyot, hatalmasat; nemcsak új theoriát állított fel, hanem gyakorlatilag kitapasztalt és értékesíthető gyógyító eljárásokat adott az orvos kezébe.

Bier éles szeme meglátta, hogy a lobot kisérő elváltozások a szervezet védekezése. Tehát nem kell, hogy ezeket az elváltozásokat, ha nem physiologiások is, gyengítsük, megszüntessük, hanem tőlünk telhetőleg támogassuk, érvényesülésüket elősegítsük. Munkásságának veleje benne van könyvének czímében: Hyperämie als Heilmittel.

Ez a tétel az orvostudományban már hatalmas gyökeret vert; de nemcsak gyökere van *Bier* ültetvényének, hanem érett gyümölcsei és nagyon sok virága; nem hiú remény, hogy ezekből a virágokból is gyümölcs lesz.

Bier felfedezésének hasznát az orvostudomány minden szakmája igyekezett értékesíteni. A gynaekologiában is történtek kisérletek.

A helyi vérbőséggel való gyógyítás magyarázására sok theoria vállalkozik. Ezeknek fejtegetésébe nem megyek bele, hanem csak felemlítem azokat, a melyek értékesnek látszanak; az adatokat *Venus* dr. munkájából sorolom fel. *Hamburger* a passiv hyperaemiával járó szénsavfelhalmozódásban látja a gyógyító momentumot; szerinte: 1. maga a szénsav a bakteriumokat megöli; 2. a szénsav hatása alatt a vörösvérsejtek duzzadnak, a serumtól víz vonatik el, miáltal concentratioja fokozódik; 3. a serum diffusibilis alkalija szaporodik, a mi a vér antibakteriumos hatását fokozza. *Nötzel* a hyperaemiával járó transsudatum bakteriumölő tulajdonságában keresi a jó hatást; állítását állatkisérletekkel igyekezik bizonyitani. *Buchner* a leukocyták megszaporodását tartja a gyógyulás okának, a melyek alexinek kiválasztása útján pusztitják a bakteriumokat. *Stehr* Bier-féle hyperaemizálás után végzett vérvizsgálatokat és lokális leukocytosist talált, a mely a phagocytosis fokozódására mutat. *Heller* szerint a passiv hyperaemia alkalmazásakor a bakteriumok anyagcseretermékei visszatartatnak, a mi a bakteriumokra ölő hatással van. *Colley* és *Joseph* a lokális vizenyő toxindiluáló hatását és a resorptio csökkenését tartja a pangásos hyperaemia következésének. *Lexer* kétélű fegyvernek mondja a pangást; szerinte nemcsak antitoxikus és bakteriumölő anyagok felhalmozódása jön létre a pangásos területen, hanem a bakteriolysis folytán nagymennyiségű endotoxin is lesz szabaddá, a mely a szövetekre káros hatást fejt ki. Tehát a Bier-féle eljárás csak könnyebb esetekben van helyén.

Ezen általános jelentőségű megjegyzések után rátérek a Bier-féle kezelés alkalmazásának ismertetésére a női genitaliák megbetegedéseiben.

A gynaekologiában már régóta történnek kezelések és eljárások, a melyek tulajdonképen nem egyebek, mint a *Bier* felállította elvek gyakorlati értékesítése. Igy a massage, a forró hüvelyöblítések, a meleg, a sós fürdők, a villamos izzasztófürdők ugyancsak a genitaliákban előidézett vérbőség által hatnak és vannak gyógyító hatással a genitaliák lobos megbetegedéseiben. Hiszen *Bier* nem is vindikálja magának az elsőséget a hyperaemiával való gyógyítás terén; ő csupán tudományos alapot teremtett a laikusok által is jól ismert eljárások számára, azt tovább fejlesztette és az összes lobos folyamatokra vonatkozólag generalizálta.

Bier elveinek és tanításainak figyelembevételével először

[1] A gynaekologiai szakosztályban tartott előadás.

Rudolph, heilbronni orvos alkalmazta a hyperaemiát mint gyógyszert a gynaekologiában. Még pedig kétféle úton idézte elő a vérbőséget. Forró levegő és a suctiós methodus alkalmazásával igyekezett a kivánt czélt elérni. Forró levegővel t. i. sokkal nagyobb hőmennyiséget lehet a szervekre alkalmazni, mint forró vízzel. Ezért ő egy derékszögben görbült trombitaszerű készüléket szerkesztett, a melynek egyik része, a keskenyebb, a hüvelybe alkalmazható speculumban végződött; a készüléket rossz hővezetőkkel vonta be, hogy így égési sebek keletkezését a bőrrel és a hüvelyfallal érintkező műszer által kizárja. A forró levegő így minden veszedelem nélkül jutott el a portiohoz és a hüvelyboltozathoz. Egy esetében, a melyben két ujjnyi vastag kemény köteg volt a Douglasban tapintható, 10 kezelés után teljes gyógyulást tudott elérni. A szivókezelésre igen egyszerű készüléket szerkesztett. Közönséges tejüveg-speculumot dugaszszal zárt el, a mely dugasz közepén üvegcsövet vezetett keresztül. Ezen üvegcsövön át ritkította a levegőt aspirator segélyével. *Rudolph* utal arra, hogy az ilyen légritkítás után nemcsak szivó hatást érünk el, hanem a portio beleszorulván a speculumba, az egyúttal lefüzi a portiót, és így Bier harmadik methodusa, a leszorítás is érvényesül. A légritkítással inkább csak lokális vérbőséget lehet szerinte elérni. Az utóbbi eljárást alkalmasnak tartja a méhnyak és a méhtest lobos bántalmaiban. Punctiók helyett így lehet vérelvonólag hatni Esetleg művi abortus előidézésére is alkalmas lesz szerinte a suctio, és amenorrhoea egy esetében sikerrel alkalmazta a szivókészüléket. Ajánlja eljárását a belső méhszáj tágítása előtt, mert általa a szövetek nedvdúsabbak lesznek. Közleményében azt az eszméjét is közli, hogy légsürítéssel esetleg vérzéscsillapítólag lehet hatni. Két esetében alkalmazta a légsürítést, a légtamponade-ot, mint a hogy az eljárást nevezi, kielégítő eredménynyel. Mivel a suctionál a méh dislocáltatik is lefelé, a suctio megszüntével pedig előbbi helyére kerül vissza, ebben az eljárásban a méh szalagainak erősítésére alkalmas manipulatiót lát.

Eversmann a bonni női klinikán végzett kisérleteiről számol be. Kizárólag suctiós apparatussal dolgozott; Rudolph készülékét nem tartotta kielégítőnek, újat szerkesztett. Átlátszó üvegspeculum, melynek egyik vége teljesen el van zárva; a speculum alsó harmadából egy vékonyabb cső nyúlik ki, a melyen keresztül a légritkítás eszközölhető; az üvegcsőre gummicső van alkalmazva, melybe bele van iktatva egy záró készülék; ezzel a légritkítás szabályozható. Erre a modificatiora *Eversmann* azért helyez súlyt, mert Bier tanítása szerint a légritkítás szabályozása és időnként való megszüntetése a kezelésben igen fontos. *Eversmann* maga mondja, hogy esetei csekély számánál fogva végleges itéletet a kezelés hasznavehetőségéről még nem alkothatott magának. Főleg bő folyással járó endometritis eseteiben tartja helyénvalónak. Eleinte ritkábban, azután kétnaponként végre mindennap applikálta a portiora a szivókészüléket, még pedig olyanformán, hogy az 5 perczes suctiót egy perczes megszakítás követte. A secretum aspirálásától és a hyperaemia gyógyító hatásától várja a sikert. Eseteiben a kezelés elég eredményes volt; az első suctionál bőven ürült váladék, több-kevesebb vérrel keverve, a miben a nagyfokú hyperaemia jelét látja. Idővel a secretio fokozatosan csökken és a méh érzékenysége is megszünik. Mivel más gyógyeljárást a kezelések alatt nem alkalmazott, jogosan a suctioban keresi a gyógyulás okát. Douglasbeli kötegek felpuhulását és felszivódását is konstatálhatta a kezelése alatt. Ezeken kivül jó hatását látta a suctionak az emlőbimbó lobosodásaiban, sőt az emlőmirigyek renyhe secretorius működése esetén is alkalmazta kielégítő eredménynyel. Minthogy az eljárás teljesen veszélytelen, az eredmények pedig biztatók, további kisérletek végzését ajánlja.

A bécsi orvosegyesület 1905 november 10.-i ülésén a Bier-felé kezelésről szóló vita kapcsán *Frankl Oscar* és *Wechsberg* közölték tapasztalataikat a hyperaemiának a gynaekologiában való alkalmazhatóságáról. *Frankl* véleménye szerint az acut metritisek és adnextumorok egyáltalán nem alkalmasak a Bier-féle suctiós kezelésre. Csupán a méh sclerotikus elváltozásaiban használandó a vérelvonás fokozása; egy esetben amenorrhoeát kezelt suctioval és kedvező eredményt ért el. Infantilismus egy esetében a kezelés nem volt sikeres. *Wechsberg* manometer alkalmazását tartja szükségesnek, a suctio adagolhatása miatt. Egyszerű speculumot használ, a mely gummidugóval van ellátva. Amenorrhoeában és infantilismusban nem látott jó eredményt, metro-endometritisekben ellenben igen jól bevált a kezelés. Ajánlja, hogy az endometriumnak *Menge*- vagy *Saenger*-féle edzése előtt a nyálka Bier-féle suctioval szivattyúztassék ki, mi által az edző folyadék az endometriummal sokkal behatóbban érintkezik. Egy esetben konstatálta, hogy a Bier-féle suctio mélyebb szövetrétegekre is hatással van. Egy prolapsus uteriben szenvedő asszonynál decubitális fekélyt kezelt szivóharanggal és a kezelés után a hólyagban cystoskop segélyével haemorrhagiákat látott, a mi semmiféle tünetet a betegnél nem okozott és három nap alatt visszafejlődött.

Bauer fémből készült speculummal dolgozott, a melyre csavar segélyével ablakos zárókészülék volt alkalmazható és a légritkítás egy oldalt alkalmazott kis csövön keresztül volt végezhető. A kezelés tárgyát képezték erosiók, cervixhurutok, metritisek, endometritisek és amenorrhoeák. A kezelések akként történtek, hogy a suctiók háromszor öt—öt perczig tartottak, közben egy perczes szünetekkel. Erosióknál eredménytelen volt a kezelés; a régi methodusokhoz kellett visszatérni. Igen dicséri az eljárást chronikus metritisben. A fájdalmak már néhány kezelés után teljesen eltüntek; inveterált esetekben scarificatiokat is alkalmaztak, a melyek után a suctio csak rövid ideig tarthatott, mert erősebb vérzés indult meg. Cervixhurutokban és endometritisekben a folyást hamar meg lehet szüntetni, azonban Wechsberggel szemben ezeket az eseteket gyógyultaknak még nem tekinti, mert a kezelés megszüntetése után csakhamar újból folyás állott be. Endometritisekben a suctión kivül endometriális edzéseket is alkalmaz, a mely kombinált kezelés igen czélszerűnek bizonyult. Amenorrhoeában több esetben alkalmazta a Bier-féle eljárást. Eredményt azonban csak egyszer látott. *Rudolph*-fal szemben a művi elvetélés megindítására nem tartja alkalmasnak a suctiót. Egy már megindult abortusnál a pete kiürülésének siettetésére vették igénybe a szivattyúzást, de igen erős vérzés volt a következménye. Dysmenorrhoeákban, hegyesszögű anteflexio és méhszájstenosis eseteiben vár a kezeléstől jó eredményt; a suctión kivül a forrólégkezelést is alkalmazták nehány esetben. Az adnexumok és a parametriumok genyes bántalmaiban contraindicáltnak véli a suctiót; attól tart, hogy ez a kezelési mód a dislocatio által a chronikus esetek kiújulásához vezethetne. Az egész kezelés nehány esetben jó szolgálatot fog tenni, egészben véve azonban a gynaekologiában nem tulajdonit neki túlnagy fontosságot.

Krömer a giesseni klinikáról közöl a Bier-féle eljárással kezelt eseteket. Új szerkezetü szivókészüléket is szerkesztett, a mely az Eversmannéhoz hasonló, csak a distális végén van egy ballonszerü üveghenger, mely graduált és így az aspirált váladékmennyiség lemérhető. Végleges itéletet az eljárásról még nem alkotott magának eseteinek csekély száma miatt, de jó eredményt vár tőle. *Krömer* a gyermekágy acut folyamataiban is ajánlja egy esete kapcsán. A terhesség 6. hónapjában levő asszonyt szállitottak be a klinikára, a kinél az elvetélés már előrehaladottabb stadiumban volt. 38·9° C. hőmérséknél a petét az uterus üregéből eltávolitották; a vaginális nyálkából staphylococcusokat és nem specifikus diplococcusokat tenyésztettek ki. Az elvetélés befejezése után a hőmérsék normálissá vált, a gyermekágy 7. napján azonban újabb hőemelkedés, a 9. napon rázóhideg jelentkezett. A következő két napon újabb két rázóhideg 40·2° C. hőemelkedéssel. A 12. napon Bier-féle suctio a portiora, a mely azonban nem jól szív; következő nap újból alkalmazzák sikerrel, bőségesen kapnak genyes váladékot; utána rázóhideg jelentkezik; estére azonban a hőmérsék leszáll; másnap újabb suctio, mely circa 100 cm³ genyet aspirál, és ezentúl a beteg láztalanul gyógyul. A váladékból staph. pyog. albus, streptococcus pyog. és bakterium pseudodiphtheriticum tenyészett ki. *Krömer* az acut eseteken kivül chronikus lobos elváltozásokban is ajánlja a Bier-féle kezelést.

Turán Bódog két közleményben is ismerteti tapasztalatait. A Bosemann-katheter mintájára intrauterin alkalmazható készüléket szerkesztett és néhány esetében jó sikerrel alkalmazta a suctiót directe az endometriumra.

Lewith a német természetbuvárok stuttgarti gyülésén tartott előadást a Bier-féle kezelésről. Eredményeit a következőkben foglalja össze: alkalmazza erosiók ellen, méhnyakhurutokban, decubitusban, endometritisben, metritisben, parametritisben, hypoplasiában, melyek dys- és amenorrhoeát okoztak. Minden 2—3. nap

5—15 perczig tartott a kezelés. Erosio és decubitus eseteiben nem látott sikert; méhnyakhurutban, metro-endometritisekben gyors volt a javulás, de gyors a visszacsés is; parametritisben a massagenál megszokott eredményt látta; hypoplasiában hatástalan volt az eljárás.

Végül *Trancu-Rainer* 4 esetben alkalmazta a Bier-féle kezelést adnexitissel komplikált méhlobok esetén jó sikerrel.

Ezekből az irodalmi adatokból a Bier-féle kezelésről a gynaekologiában ezideig végleges itéletet még nem alkothatunk magunknak. A közlemények száma csekély; nem sok eset képezte kezelés tárgyát és a kritikai vélemények az eljárás hasznavehetőségéről is megoszlanak. Megállapítható, hogy a legtöbb szerző a pangásos hyperaemiával való gyógyítást csak a méh lokalizált chronikus lobos folyamataiban tartja helyénvalónak, és itt sem volt az eredmény kielégítő. Hogy én ezen nem nagyon biztató közlemények után mégis hozzáfogtam a kisérletezéshez, annak két oka van. Első sorban az a körülmény biztatott, hogy a sebészi megbetegedésekben sem voltak az első időben a kezelések teljesen kielégítők a technika fogyatékossága miatt; legyen szabad itt egy bécsi klinikus nyilatkozatára hivatkoznom, a mely szerint az ő intézetében csak azóta vannak jó eredmények, a mióta egyik segédét Bonnba küldte directe Bierhez és ez ott az activ és passiv hyperaemiával való gyógyítást megtanulta. A második biztató ok az volt, hogy a női genitaliáknak a méhen kivül levő lobos folyamataiban is a suctiotól sikert vártam. Ezen reményünk teljesedett is, és mai előadásomban 60 jól megfigyelt esetről referálhatok.

Bier könyvének gondos áttanulmányozása után a kezelés mikéntjére vonatkozólag megállapítani igyekeztem azokat az elveket, a melyek szerint az eljárás előreláthatólag czélhoz fog vezetni.

Bier különösen hangsúlyozza, hogy a helyes technikától, a hyperaemia adagolásától függ a siker; ezt ő sok évi adatgyüjtés után saját magán, állatokon, betegeken való kisérletezés gondos megfigyeléséből birta megállapitani.

Kizárólag a suctiós methodussal dolgoztam és az instrumentarium czélszerü megválasztása volt első feladatom. Többféle speculum-modell állott a rendelkezésünkre és ezek között a legtetszetősebb a *Krömer*-féle volt; ennek graduált tartánya is van az aspirált váladékmennyiség lemérésére. Ez azonban a használatban nem vált be, még pedig azért, mert a portio beállítása nem mindig sikerül vele. A speculum ugyan átlátszó üvegből van, azonban a hüvelybe való bevezetése után a hüvelybe belátni nem lehet; gömbszerü felülete fénytörő. Huzamosabb gyakorlat után a legtöbb esetben sikerül ugyan directe a portiora rávezetni a Krömer-féle speculumot a szem ellenőrzése nélkül is, de nem egyszer az elülső hüvelyboltozat egy részlete aspiráltatik a csőbe a légritkítás alkalmával; újból kell tehát alkalmazni a müszert és ez a betegre is, az orvosra is kellemetlen; ugyanilyen elbirálásban részesitendő az Eversmann-féle speculum is. A csavarszerkezettel ellátott üveglappal záró készülékek sem kényelmesek, noha ezekkel a portio jól beállítható; a finom csavarmenetre a zárókészülék nehézkesen illeszthető rá. Mi most egy gummidugóval ellátott átlátszó üvegből készült speculummal dolgozunk, a melynek kis üvegcsöve van az egyik oldalán és ezen át történik a légritkítás. A portiora jól rá lehet tenni, mint a Fergussontükröt, azután gummidugaszszal elzárjuk a lumenét; az aspirálás után az oldalfalakon, az átlátszó üvegen át jól ellenőrizhető a portio színbeli elváltozása.

Manometert nem használunk a légritkítás mérésére. Véleményem szerint ugyanis a légritkítás fokát teljesen a beteghez kell alkalmazni, a manometer erre vonatkozólag semmiféle felvilágositást nem ad.

(Vége következik.)

Az egyetemi II. sz. kórbonczolástani és kórszövettani intézetből. (Igazgató: Pertik Ottó, ny. r. tanár.)

Vizsgálatok a typhusbacillus spontan agglutinatiojáról.

Irta: *Gyenes Vilmos* dr., volt tanársegéd.

Spontan agglutinatio alatt értjük azon jelenséget, hogy bakteriumok minden serum hozzáadása nélkül oly csoportokba verődnek össze, melyek a Vidal-Gruber-reactionál látható agglutinatiós csoportokhoz hasonlítanak. Az elsők között Valagussa[1] észlelte, hogy a typhusbacillusok bouilloncultúrájukban, minden serum hozzáadása nélkül, agglutinatiós csoportokat alkotnak; a kiváltó okot a táptalaj chemismusának megváltozásában keresi és pedig vagy bizonyos tápanyagok elhasználásában, vagy oxygen hiányában, vagy pedig felesleges zsír felhalmozódásában.

Hamburger[2] azon czélból, hogy a bakteriumok virulentiájának fokozását in vitro tanulmányozza, choleravibriokat tenyésztett cholera ellen immunizált ló serumából készült táptalajon. Hosszabb ideig tartó folytatólagos átoltás után az immun serumon tenyésztett choleravibriók függő cseppben minden serum hozzáadása nélkül agglutinatiós csoportokat alkottak; Hamburger csak a tényt konstatálja, azonban magyarázattal nem szolgál.

Kirstein[3] azon vizsgálatai közben, hogy táptalajok változtatása befolyással van-e a bakteriumok agglutinálhatóságára, szintén észlelte a spontan agglutinatio jelenségét.

Fehérjementes táptalajt készített, melynek összetétele a következő:

Dikaliumphosphat	1 gm.
Ammonium lacticum . . .	3 gm.
Asparagin	2 gm.
Magnesiumsulfat	0·2 gm.
Glycerin	15 gm.
Na Cl	2·5 gm.
Víz.	500 gm.
Agar-agar.	7·5 gm.

Ezen asparaginagarra oltott egy typhustörzset, melyet már 5 év óta oltottak át folytatólagosan az intézetben. A nyolczadiktizedik átoltáskor a friss 24 órás cultura konyhasóoldatban és közönséges vízvezetékvízben a spontan agglutinatio jelenségét mutatta, mely agglutinatio destillált vízben nem következett be. Még 5 más typhustörzszsel végzett hasonló kisérleteket, azonban ezek nem mutatták a spontan agglutinatio jelenségét.

A spontan agglutinatio okát illetőleg Kirstein arra gondol, hogy az asparaginagaron való folytatólagos átoltás folytán a bakteriumok oly érzékenynyé válnak, hogy konyhasótartalmú folyadékban csoportokba verődnek össze egyensúlyállapotuk megváltozása miatt. De hogy miért következett be ezen állapot csak 1 törzsnél, a másik 5-nél azonban nem, arra nem ad feleletet.

Mig az eddigi vizsgálók a spontan agglutinatio okát egyrészt a táptalaj chemismusának megváltozásában, másrészt specifikus táptalajok alkalmazásában keresik, Löw és Emmerich szerint a bakteriumok culturájában enzymek képződnek és ezek vezetnek a bakteriumok agglutinatiojára.

Disznóorbáncz, pyocyaneus, coli bouillon-culturáit figyelve meg azt tapasztalták, hogy a bouillon az első napokban egyenletesen zavaros, a bakteriumoknak egyenletes elosztódása miatt. Bizonyos idő mulva a kémlöcső alján nyálkás massa rakódik le, mely agglutinált, azaz csoportokba verődött bakteriumok tömegéből áll. Löw és Emmerich szerint a bakteriumok ezen agglutinatioja a culturában termelt enzymek által idéztetik elő.

Löw és Emmerich nézetének megerősítésére szolgálnak Malvoz kisérletei. Malvoz bouillonban anthraxbacillusokat tenyésztett hosszabb ideig, a bouillont centrifugálta és az igy nyert tiszta folyadékkal képes volt virulentiájában gyengített anthraxbacillusokat agglutinálni; ezzel tehát megerősitette, hogy a bakteriumok culturájában csakugyan képződnek agglutináló enzymek.

Csakhogy későbbi vizsgálatok viszont kimutatták, hogy a virulentiájában gyengített anthraxbacillust közönséges alkalikus bouillon is agglutinálja, úgy hogy ily módon a fentebbi kisérlet értékét teljesen elvesztette.

Löw és Emmerich nézete számos ellenzőre talált. Müller[5] Löw és Emmerich vizsgálatainak azon eredményéből indulva ki, hogy pyocyaneus bouilloncultúrájában agglutininek, azaz agglutináló enzymek képződnek, pyocyaneus bouilloncultúráit (melyek 14 naposak — 3 hónaposak voltak) centrifugálta és az igy nyert bakteriummentes folyadékot használta fel agglutinatiós kisérletekre, de egyáltalában nem sikerült neki ezen folyadékkal pyocyaneust agglutinálni; ezért azon eredményre jut, hogy a pyocyaneus bouilloncultúrájában nem képződik agglutináló enzym.

Ezzel egyszersmind kimondotta, hogy a régi pyocyaneus-bouillonculturában beálló üledékképződés nem tekinthető valódi agglutinationak, annál kevésbé, mert górcső alatt tekintve meg az üledékben levő bakteriumhalmazokat, ezek morphologice is különböznek a Vidal-reactionál látható agglutinált csoportoktól, a mennyiben az üledékben látható csoportokban a bakteriumok egynemü tömeggé alakultak át, az egyes bakteriumok határa nem vehető ki, míg a Vidal-reactionál látható csoportokban a bakteriumok lazán feküsznek össze és az egyes bakteriumok határa jól kivehető.

A mint látjuk, a spontan agglutinatioról felsorolt észleletek nem képeznek egységes csoportot, a mennyiben Valagussa, Hamburger és Kirstein észleletei friss, 12—24 órás culturákra vonatkoznak, melyek függő cseppben agglutinált csoportokat képeznek, míg a Löw és Emmerich által jelzett spontan agglutinatio bakteriumok régi bouillonculturáiban képződött agglutinatiora vonatkozik.

Ezen kérdés tanulmányozására az vezetett, hogy a Vidal-Gruber-reactio végzése alkalmával *felállított controllpróbákban időnként typusos agglutinált csoportokat vettem észre*, a melyek morphologice teljesen megfeleltek a valódi agglutinált csoportoknak, ugyanis a bakteriumok lazán feküdtek össze és a bakteriumok contourjai kivehetök voltak.

A Vidal-Gruber-reactiohoz használt typhustörzset typhusban elhaltak lépéből tenyésztjük ki glycerines agaron, a kitenyészett coloniákat pontos vizsgálat alá vetjük és ha typhusnak bizonyulnak, bouillonba oltjuk át. Hogy mindig jól mozgó, friss culturánk legyen, a bouillont 24 óránként folytatólagosan átoltjuk. A Vidal-reactio végzése alkalmával mindig controll-próbákat állítunk fel a II. sz. kórbonctani intézetben.

Számos Vidal-reactio végzése közben azon meglepő megfigyelést tettem, *hogy a friss 12—24 órás bouillonculturából vett* függőcseppben agglutinált csoportok keletkeznek *minden serum hozzáadása nélkül*. Megtekintve magát a culturát: az egyenletesen zavaros bouillonban egynehány, szabad szemmel épen csak hogy látható czafat úszkált. Ezen bouillon folytatólagos átoltás alkalmával spontan agglutináló képességét megtartotta. Az agglutinált csoportok a 24 órás culturában voltak legnagyobb számmal jelen. Az esetek legnagyobb számában ezen spontan agglutinatio könnyen megkülönböztethető a Vidal-Gruber-reactiotól, mert:

1. az agglutinált csoportok legnagyobbrészt nem a függő cseppben keletkeznek, hanem magában a bouillonculturában képződnek és így már kiképződve vitetnek át a függő cseppbe és csak elvétve észleltem egy-egy agglutinált csoportnak a függő cseppben való keletkezését;

2. az agglutinált csoportok között *számos élénken mozgó agglutinatio látható.*

Egy esetben a folytatólagosan átoltott, spontan agglutinatiót mutató typhusbouillonból készített függő cseppben az egész látóteret agglutinált csoportok töltötték be és egyetlen egy mozgó bakterium sem volt látható a csoportok között, úgy hogy ha ezen culturával Vidal-reactiót végeztem volna controllpróba nélkül, a legnagyobb tévedésnek lettem volna kitéve, a mennyiben a kép prompt Vidal-reactionak felelt meg.

Ezen spontan agglutinationak okát keresve, legelőször is arra gondoltam, hogy a cultura fertözött volt, ennélfogva a culturát alapos vizsgálat alá vetettem.

Az agaron kitenyésztett Gram-negativ mozgó bakterium 1. szőlöczukros agaron gázt nem fejlesztett, 2. a tejet meg nem alvasztotta, 3. a Petruschky-féle lakmusos tejsavó színét meg nem változtatta (kék maradt), 4. Conradi-Drigalski-féle táptalajon kékes coloniákat képezett, 5. typhus ellen immunizált házinyúl seruma 1:300-szoros higításban agglutinálta; mindez tehát azt bizonyítja, hogy valódi Eberth-Gaffky typhusbakteriummal volt dolgom. A fertőzésben tehát nem lehetett a spontan agglutinatio oka.

Löw és Emmerich vizsgálatai nyomán arra gondoltam, hogy a culturában talán agglutináló enzym képződik. Ez ellen szól azonban azon tény, hogy a centrifugálás által nyert folyadékkal agglutinatiót előidézni nem sikerült, továbbá, hogy az agglutinált csoportok a friss 24 órás culturában keletkeznek legnagyobb számmal és a további napokon az agglutinált csoportok száma, nemcsak hogy nem növekedik, hanem fogy.

Majd arra gondoltam, hogy a táptalajban van az ok. Ugyanis a bouillont emberhúsból készítettük és így arra lehetett gondolni, hogy az illető egyén, kinek a húsából a bouillon készült, valamikor typhusban szenvedett és így a bouillonba immun testek juthattak át. Ezen eshetőség kizárása végett a spontan agglutinatiót mutató typhusbouillont marhahúsból készült bouillonba oltottam át és 2—3-szori átoltás után ott is jelentkeztek az agglutinált csoportok.

Minthogy az irodalomban több helyen történik említés, hogy egyes typhustörzsek a spontan agglutinatio jelenségét mutatják, úgy én is a spontan agglutinatiót az illető törzs specifikus tulajdonságának tekintettem.

Minthogy ezen törzset Vidal-reactiohoz többé nem használhattam, félretettem és egy új törzset tenyésztettem ki. Ezen friss typhustörzset szintén folytatólagosan oltottam át bouillonba. Körülbelül 14—16 átoltás után azon meglepő eredményre jutottam, hogy ezen törzs is mutatja a spontan agglutinatio jelenségét. Áttekintve az irodalomban közlött eseteket, feltünt, hogy, miként Kirstein és Hamburger eseteiben, nálam is a folytatólagos átoltás után mutatkozott a spontan agglutinatio jelensége. Az okot tehát most a folytatólagos átoltásban kerestem annál inkább, mert időközben olvastam Valagussa figyelmeztetését, hogy typhus-bouillonculturákban a folytonos átoltás alkalmával álagglutinatiós csoportokképződnek, valószinűleg a bakteriumok buja szaporodása folytán.

Most hat különböző typhustörzset tenyésztettem ki és ezeket bouillonban folytatólagosan átoltottam 24 óránként. 14—20-szori átoltás után a 24 órás culturákban agglutinált csoportok jelentkeztek. Ezzel tehát megerösítettem azt a tényt, hogy a folytatólagos átoltás és a spontan agglutinatio jelensége között oki összefüggés van. Most azt figyeltem meg, hogy milyen befolyással van a folytatólagos átoltás. Megfigyelvén a spontan agglutinatio jelenségét feltüntető typhusbouillon-culturákat, azon különös kép tárult elém, *hogy az ilyen 24 órás bouillonculturák felületén hártya képződik, mely csekély rázásra azonnal számtalan, szabad szemmel alig látható czafatra esik széjjel, melyek górcső alatt a spontan agglutinált csoportoknak felelnek meg;* ezen hártya mindazon bouillonculturákon megtalálható, melyek a spontan agglutinatio jelenségét mutatják. Kezdetben a hártya jelentkezését fertőzésnek gondoltam, de a fentebb részletezett vizsgálatok arról győztek meg, hogy a hártya szintén tiszta typhusbakteriumok halmazából áll.

Tekintve tehát hogy az agglutinált csoportok legnagyobb számmal a 24 órás culturákban találhatók és ugyanekkor találjuk a bouillon felszinén a hártyát is, az agglutinált csoportok jelentkezésének összefüggésben kell állania a folytatólagos átoltás folytán előállott buja szaporodással.

Ezen nézet megerösítésére szolgál azon tény is, hogy ha a spontan, helyesebben *pseudoagglutinatiót* mutató bouillonculturát agarra oltom át és ott 4—5 napig átoltatlanul hagyom, miáltal életképességéből és így szaporodási képességéből is veszít, s most bouillonba oltom vissza, nem képez agglutinált csoportokat, csak később 5—6-szori folytatólagos átoltás után, miután szaporodási képességét újra visszanyerte.

Hasonló eredményre jutottam a paratyphus és coli bouillon-culturáival. Vizsgálataim eredményeként következőket mondhatom:

1. A folytatólagos átoltás alkalmával észlelhető pseudoagglutinatio a buja szaporodás eredménye és semminemü összefüggésben sincs a valódi agglutinatioval.

2. Folytatólagos átoltás alkalmával a typhusbouillon felszinén hártya képződik.

3. A Vidal-reactiohoz használt typhustörzset legjobb ha glycerines agaron tartjuk, hetenként átoltjuk és szükség esetén innen oltunk bouillonba. A bouillonba való folytatólagos átoltást kerüljük el, vagy pedig az 5—6. átoltás után oltsunk át agarra és csak 4—5 nap után oltsunk róla tovább.

4. A végzett vizsgálatok mutatják a controllpróbák felállításának rendkivüli fontosságát; mint fentebb már említettem, bár a pseudoagglutinatio többnyire könnyen megkülönböztethető a valódi agglutinatiotól, mégis előfordul, hogy szemünk előtt keletkeznek ilyen pseudoagglutinatiós csoportok a függő cseppben és ebből azon következtetést vonhatjuk, hogy a controllpróbát is hosszabb időn át kell megfigyelnünk.

* * *

Látjuk tehát, hogy ezen pseudoagglutinationak semmi köze sincs a Löw és Emerich által említett spontan agglutinatiohoz. Míg a pseudoagglutinationál az agglutinált csoportok a folytatólagosan átoltott friss culturákban jelentkeznek az élénk szaporodás eredményeként, a Löw által említett spontan agglutinatio bakteriumoknak régi culturáiban képződik, állítólag egy agglutináló enzym hatása eredményeként.

Müller pyocyaneus bouilloncultúráját több hónapig hagyta állani, míg teljesen elhalt, és az üledéket vizsgálván azt találta, hogy bár itt bakteriumok összeverődéséből keletkezett csoportok láthatók, de ezek nem felelnek meg a Vidal-reactionál látható agglutinatiós csoportoknak, mert a bakteriumok egynemü tömeggé verődtek össze és az egyes bakteriumok contourjai nem vehetök ki; épen ezért a bakteriumoknak ily módon való csoportokba verődését nem is tartotta agglutinationak.

Typhus, paratyphus és coli bouilloncultúráit több hónapig hagytam állani és időközben a teljes elhalásig számos függő cseppet vizsgáltam az üledékekből. A culturák teljes elhalása előtt vizsgálván az üledéket, azt látjuk, hogy az üledék jó részét csoportokba verődött bakteriumok alkotják, a csoportok között pedig egyes szabadon álló bakteriumok is láthatók még. A bakteriumok conglomeratumából álló csoportok egymástól elütő képet mutatnak; vannak csoportok, a hol a bakteriumok lazán feküsznek össze, a bakteriumok contourjai jól kivehetök, tehát megfelelnek a Vidal-reactionál látható agglutinatiós csoportoknak; ezzel szemben, átmenetek után, láthatók oly csoportok, a hol a bakteriumok egynemü tömeggé alakultak át és az egyes bakteriumhatárok már nem vehetők ki, azaz itt már bakterolysis következett be. Hogy Müller csak az utóbbi csoportokat látta, annak oka abban rejlik, hogy ő már teljesen elhalt culturák üledékét vizsgálta, a hol már teljes bakterolysis következett be.

Ezek után felvethetjük azt a kérdést, vajjon bakteriumok culturáiban, miként a szervezetben, képződik-e egy külön agglutináló és egy külön bakterolytikus enzym?

Hogy a szervezetben egy külön agglutináló és egy külön bakterolytikus enzym képződik, annak teljes bizonyítására szolgál a következő két tény:

1. Kolle és Pfeifer cholera ellen immunizált egyén serumából absorbeáltatták az agglutinineket choleravibriók által és ennek ellenére a bakterolytikus hatás fennmaradt.

2. Cholerát kiállott ember serumából az agglutináló hatás eltünik, ellenben a baktericid hatás megmarad. Hogy a bakteriumok culturáiban képződik-e a bakterolytikus enzymen kivül egy külön agglutináló enzym is, ez ideig még nyilt kérdés.

1. *Valagussa:* Annales d. Igiene speriment. — 2. *Hamburger:* Wiener klin. Wochenschr., 1903. 4. szám. — 3. *Kirstein:* Zeitschrift f. Hygiene u. Infectionskrankh.., 46. k. 255. l. — 4. *Löw* és *Emmerich:* Zeitschrift f. Hygiene etc., 36. k. 9. l. — 5. *Müller:* Centralblatt für Bacteriologie, 30. k. 65. l.

Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.)

A Fehling-féle czukortitrálás befejezésének egy újabb, gyors és pontos meghatározása.

Irta: *Menyhért Vilmos* dr. v. klinikai gyakornok.

A Fehling-oldatnak lényegéről, alkalmazásáról és a gyakorlatban való elterjedtségéről feleslegesnek tartom a bővebb megemlékezést, mert amúgy is mindenki eléggé ismeri. De igenis szólani akarok a Fehling-oldattal történt czukortitrálás végreactiojáról.

A Fehling-eljárásnál fontos a reactio befejeződésének a kellő időben való felismerése. Ezen czélra sokféle módszer van alkalmazásban. Használják pl. a kiemelt cseppel porczellánlemezen végzett ferrocyanréz-reactio eltünését, vagy csak egyszerüen az oldott réz által feltételezett kék színnek eltünését, vagy az ecetsavas ferrocyankálira való reászürést stb.[1]

[1] A Fehling-oldattal folytatott végreactio javitására irányuló törekvéseket az 1903. évig bezárólag körülményesen ismerteti a „Chemie der Zuckerarten von Prof. Dr. Edmund O. von Lippmann, erster Halbband"-ja. 1903-tól az 1906. év végéig a következők foglalkoztak vele:

Chem. Centralblatt, 1904 I. 223. l. Goldmann, I. 840. l. Hegland, I. 211. Rosenthaler, II. 1433. l. Berti, II. 155. l. Rosenthaler, II. 673. l. Rudeck, II. 855. l. Oerum, II. 370. l. Riegler, II. 1258. l. Schoorl, II. 1438. l. Buchner u. Mitscherlich.

1905. I. 110. l. Flüger, Schöndorf, Menzel, I. 302. l. Helch, I. 776. l. Bilinszky, II. 552. l. Gregor, II. 274. l. Lavelle, II. 1833. l. Sidersky, II. 275. l. Ling és Rendle.

1906. I. 93. l. Wolf I. 599. l. Lavale, I. 792. l. Pellet, I. 785. l. Kickton, I. 1189. l. Kehlhofer, 1906. II. 915. l. Blaise, II. 1852. l. Salkowsky.

A klinikai és kórházi vizsgálatok egyszerű és gyors, de a mellett pontos eljárást igényelnek. Ezen törekvéstől irányítva, kerestem és találtam egy újabb módszert, a melylyel a titrálás minden *szürés, lehülés és ülepedés bevárása nélkül pontosan befejezhető.*

Ezeknek előrebocsátása után rátérek az új módszer ismertetésére.

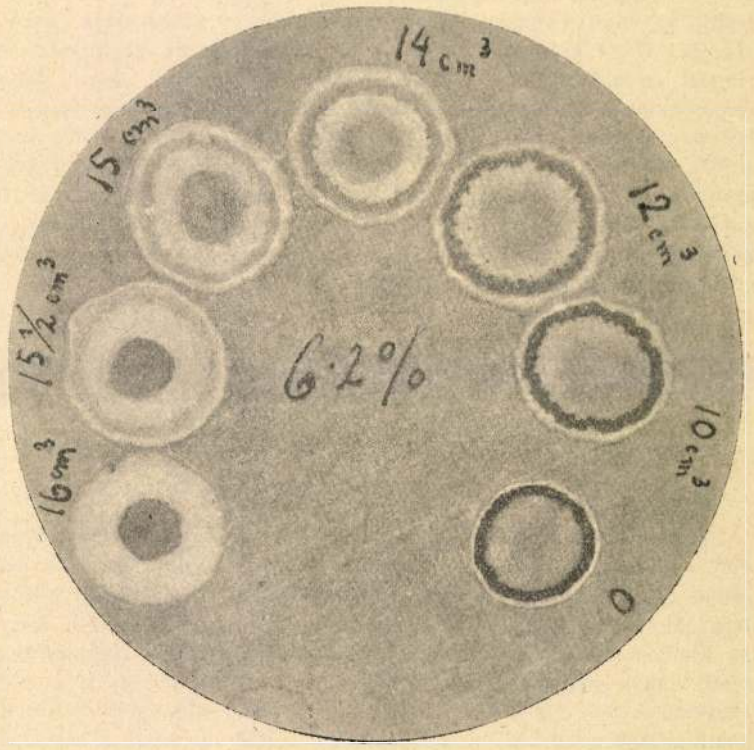
Finom Schleicher-féle szürőpapirost eczetsavval elegyített ferrocyankáli-oldatba mártva megszárítunk. Az igy kapott sárgászöldes papiros az új kémlőpapir, a melylyel következőképen járunk el.

A forrásban lévő tiszta Fehling-folyadékból a keverő üvegpálczikával juttassunk egy cseppet az említett kémlőpapirosra és ekkor a ferrocyanréz-reactio színes gyürü alakjában fog előállani.

E színreactionak később felsorolandó typusos különfélesége szerint lesz megállapitható, hogy a folyamatban lévő czukortitrálás folytatandó-e még, avagy a reactio befejeződött-e már.

A reactiót jellemző színárnyalatokat magyarázva, czélszerünek tartom a kémlő és kémlendő folyadékoknak a titrálás előtti, a titrálás alatti, és végül a titrálás utáni viszonyáról szólani.

Titrálás előtt a Fehling-folyadékban az összes cuprum még oldott állapotban van, a titrálás alatt azonban az oldott cuprum oly



arányban fog kevesbedni, a mely arányban a kémlendő folyadéknak czukortartalma azt redukálta; a titrálás befejeztével, illetőleg a végreactio beálltával, a Fehling-folyadékban oldott cuprum már nincs, hanem ennek egész mennyisége mint lecsapódott cuprooxid lesz feltalálható.

Mindebből már most mintegy magától értetődik, hogy a titrálás előrehaladásával a kémlő folyadéknak egyetlen cseppjében is hasonlóképen fog az oldott cuprum-mennyiség csökkenni és végre eltünni.

Az általam ismertetett új kémlőpapiroson a különféle phasisokat typusos színgyürük jelzik és pedig a következő módon.

A tiszta Fehling-oldat színreactiója a kémlőpapirosra helyezett cseppnek megfelelő ibolyaszínü kör, a melynek színintensitása a peripherián a legkifejezettebb sötét ibolyaszínü, míg a kör belső tere valamivel halványabb. (Lásd az ábrán ◯ jelzésü gyürüt.)

Minél több redukálódik a Fehling folyadékban oldott cuprumból, ennek arányában mindinkább halványul a peripheriás ferrocyanréz gyürü színe, míg végre a titrálás, illetőleg a reactio befejeztével a gyürü teljesen eltünik. (Az ábrán feltüntetett számok jelzik egy a titrálás közben elhasznált czukrot tartalmazó folyadéknak mennyiségét, de egyúttal látjuk a peripheriás reactiogyürünek fokozatos elhalványulását, végül annak eltünését is.) Nem hagyhatom említés nélkül, hogy a kémlőpapiroson a legkisebb mennyiségü oldott cuprum is már peripheriás színgyürüt okoz és így érzékenysége alkalmas arra, hogy vele az oldott réz eltünését, azaz a titrálás befejezését a lehető legpontosabban megállapitsuk.

Egy másik körülményt is szóvá kell tennem.

A ferrocyanréz-gyürü elhalványodása arányában a kör bel területén mindinkább sötétedő pont, azaz mag fejlődik ki.

E csapadékmag csak akkor lesz látható, ha a cseppet a Fehling-oldat forrása közben emeljük ki, mert ilyenkor az oldott cuprum és a csapadékcuprumszemecsék együttesen keringenek. A kivett cseppnek cuprumcsapadéka egy helyen a központban leülepedik, az oldott cuprum pedig szétszivárogva a peripheriás gyürüt alkotja. Ha a cseppet nem a forrás alatt veszszük ki, hanem a lehülés és a képződött csapadék leülepedése után, akkor ezen csapadékmag nem látható és ilyenkor a kör közepe színehagyott, halvány marad. Ezekből tisztán látható, hogy a magképződés nem egyéb, mint a chemiai folyamatot kisérő physikai jelenség, melynek azonban a kémlési eljárásra befolyása nincsen, és csak azért említem, nehogy megjelenése zavarólag hasson az eljárásomat követőkre. Ismétlem tehát, *fójelenség a szingyürü eltünése*, mert csak ez jelzi a befejezett reactiót.

A hyperaemiás kezelés az általános orvosi gyakorlatban.

Irta: *Szalai Jenő* dr., Erzsébetfalva.

(Folytatás.)

Meningitisek. 1906 január hava óta meningitis 15 esetében volt alkalmam a pangásos vérbőséget megkisérelni. Az első két esetet a „Budapesti Orvosi Ujság“ 1906 évi 5. számában közöltem. A 15 eset közül 4 gyógyult és pedig mind a nélkül, hogy az illetőre nézve, a betegségből kifolyólag bármiféle kellemetlen testi vagy szellemi fogyatkozás maradt volna vissza. Meg kell jegyeznem, hogy a kétségtelenül tuberculosus alapon keletkezett meningitisek mind halálos kimenetelüek voltak, de azért a betegség még ezekben az esetekben is hasonlíthatatlanul enyhébben, illetőleg kevesebb szenvedéssel folyt le, mint azon esetekben, a melyeket előbb az eddig divott eljárások szerint kezeltem. A pangásos vérbőség előidézése azon intensiv fájdalommegnyilatkozásokat, a melyeket az izgalmi szakban észlelünk, vagy sokkal lényegesebben csökkenti, mint bármely eddig használt belső szer, vagy néha teljesen meg is szünteti. A betegség utolsó szakában legtöbbnyire észlelt és a környezetre nézve oly kínos látványt nyujtó göresöket vagy alig, vagy csak igen rövid időre látam jelentkezni. Tehát még a tuberculosus eredetü meningitisekben is, a hol pedig ez a módszer sem igen nyujt eddigi tapasztalásaim szerint reményt a felgyógyuláshoz, igen hálás dolog a Bier-féle pólya alkalmazása a szenvedés csökkentésére. A mult év kezdetén közölt két esetem után hét egymás után kezelésem alá jutott meningitis végződött halállal, s hogy mégsem vesztettem el kedvemet a pangásos vérbőségnek további alkalmazásától, épen abban leli magyarázatát, hogy valamennyi esetben legalább kevesebbet szenvedett a beteg.

Első gyógyult esetem után 11 hó mult el, míg ismét sikerült egy 6½ éves gyermeket kigyógyitani meningitiséből, tisztán a pangásos hyperaemia alkalmazásával. Hogy a diagnosisban lehetőleg ne tévedjek, minden esetben egy másik kartárs véleményét is kikértem.

M. I.-n, a ki életének első és második évében nagyon sokszor szenvedett eklampsiás görcsökben, a meningitis minden tünete megvolt, de nem lehetett határozottan megállapitani, hogy gümőkóros alapon-e, vagy nem. Cerebrospinális folyadékot vizsgálni elfoglaltságom és körülményeim miatt nincsen módomban, tehát ez úton sem szerezhettem biztos támpontot a baj minéműségére nézve. A beteg tiz napi kezelés után túl volt az életveszélyen és ma is minden érzékének és szellemi tehetségének épségében életben van.

11. és 12. esetem kifejezetten basiláris meningitis volt. Mind a kettő typusosan folyt le és halálos kimenetelü volt, csupán a szenvedés tetemes csökkenését tudtam a nyakpólyázással elérni.

13. esetem *B. J.* 16 éves, jól fejlett, egészséges szülőktől származott leány volt. 1907 január 2.-án hivtak hozzá először. A betegen gyomortünetek, hányás, fejfájás és székrekedés állottak fenn, lassanként azonban meningeális tünetek mutatkoztak 38·5—39° láz mellett, mire 7.-én egy helybeli kartárssal együtt a meningitis cerebrospinalis diagnosisát biztosan megállapithatónak véltük. 9 napig alkalmaztam, naponta 20—22 órára a Bier-féle gummipólyát a nyakra. Nagyfokú lesoványodáson és gyengeségen kivül a beteg teljesen felépült e rövid idő alatt. Azóta rohamosan nyeri vissza előbbi egészségét és az eleinte fennállott nagyfokú szédülése is elmult.

14. esetem lefolyása a következő. *Sz. J.* 24 éves gyári munkás 1907 január 23.-án erős ütést szenvedett a fejére és másnap nagyfokú fejfájással, hányással és tarkótáji fájdalmakkal ágyba dőlt. Január 26.-án hivtak hozzá, a midőn nagyfokú tarkómerevséget, perczenként 48 érverést, 37° testhőmérséket, székrekedést, igen heves fejfájást, s folytonos sóhajtozást találtam. Erős hashajtót kapott és a nyakra 20 órára alkalmaztam a pólyát. Január 27.-én 48 érverés, 37·1° hő. A tarkómerevség javult, többször volt széke, közérzete jobb. Január 28. A tegnap délelőtt felvett pólyát délután levette. Éjjele nyugtalan volt és heves fejfájásról panaszkodott. 60 érverés, 36·9 hő. Január 29. 56 érverés, 37·2° hő. Éjjele nyugodt volt, csak reggel mutatkozott 1—2 órára hevesebb fejfájás. A pólyát naponként 20 órára teszem fel. Január 30.-án 72 érverés, 37·0° hő. Étvágya jó. Széke két nap óta nem volt. Ricinust kap. Január 31.-én 58 érverés 36·8° hő. A tarkómerevség lényegesen csökkent, a közérzet elég jó. A fejfájás csekély, de ha felül, erősen szédül. Széke volt. Étvágya erősen jelentkezik.

A betegség állapota napról napra gyorsan javult. Február 2.-án alkalmaztam utoljára a gummipólyát és február 5.-én már rövid sétát tett a szabadban. Azóta teljesen jól van.

15. esetem meningitis purulenta volt, a midőn a halál előtt 5 nappal hivtak; csak két napig alkalmaztam a pólyát, de eredményt nem láttam.

A fentiek alapján azt hiszem bátran kifejezhetem azon meggyőződésemet, hogy a meningitisek therapiájában a pangásos hyperaemia előkelő helyre tarthat számot Alkalmaztam a pangásos hyperaemiát tüdőlobbal párosult, erős meningeális tünetek jelenléte esetén is gyermeken és szintén igen jótékony és gyors hatását tapasztaltam. Az, hogy 15 eset közül 4 betegnek sikerült az egészségét teljes mértékben helyreállítanom, feltétlenül megerősit abbeli hitemben, hogy a pangásos hyperaemia alkalmazása sokkal biztosabb gyógyitási mód meningitisben, mint bármely eddig használatban levő. Feltünőnek találtam, hogy gyógyult betegeim átlag 9—10 nap alatt épültek fel súlyos bajukból, a mit más gyógyitás mód mellett nem igen tapasztalunk. Talán épen a gyors gyógyulásnak köszönhető, hogy egyetlen esetben sem maradt vissza semmi kellemetlen következmény, mert romboló hatását az egyes központokra ilyen rövid idő alatt nem fejtheti ki a képződő izzadmány.

A mi a technikát illeti, a legenyhébb alkalmazást ajánlom. A nyakon oly erősen alkalmazom a pólyát, hogy a gyüjtőerekre nyomást gyakoroljon, de sem a légzést, sem a nyelést ne akadályozza és a beteg türhetőnek jelentse ki. Persze ez utóbbi feltétel csak az értelmesebb és 5—6 évesnél idősebb betegre nézve áll, de ha a megszorítás kellő mértékét idősebb betegen megtanultuk, kisebb betegen is tudjuk alkalmazni. Az arcz kissé duzzadt és vörös lesz.

1½—2 éves korig, míg a nyak igen rövid és kövér, igen nehéz a kellő mértéket eltalálni és mindenesetre bizonytalanabb a pólya alkalmazása, mint a későbbi korban. Megkiséreltem ugyan a Bier utasítása szerint a nyak számára készült különféle készülékeket is, de legczélszerübbnek mégis csak az eredeti vékony és igen ruganyos Bier-féle közönséges gummipólyát találtam.

Alkalmaztam a nyakra a gummipólyát egy izben kezdődő *otitis media* és 4 izben *erysipelas* esetében. Az otitis media teljesen kezdeti állapotában volt, a midőn az erős fül- és fejfájáson kivül csupán a dobhártya szövetének fellazulását és fénytelenségét, szélein erős vörösséget láttam. Az egész folyamat naponként 20 órai pólyázásra öt nap alatt visszafejlődött, és a fültükri lelet ismét rendes viszonyokat mutatott. Ezen egy esetemből persze nem vonhatok következtetést az otitisek gyógyulására nézve.

A fejen előforduló orbánczot 4 esetben volt alkalmam pangásos hyperaemiával gyógyítani. Mind a 4 esetem gyógyult és pedig sokkal szebben és gyorsabban, mint a hogyan máskülönben történni szokott. Három esetem 5—6 nap alatt gyógyult.

J. A.-né 30 éves nőhöz 1906 május 2.-án este hivatva, jobb arczfelén igen erős fejfájással és 40·5° lázzal járó orbánczot találtam. A nyakra alkalmazva a gummipólyát, másnap reggel úgy a láz, mint a fájdalmasság teljesen megszünt s csak az erős megduzzadás és a vörösség maradt meg. A pólyát naponta 20 óráig alkalmaztam. Május 7.-én az arcz teljesen normális, csupán a bőrhámlás volt meg, a mi további két nap alatt egyszerű vaselines kezelésre szintén befejeződött.

Többi esetemben is ily gyors volt a gyógyulás, kivéve a negyediket, a melyben súlyos delirálás mellett 12 napig kellett a passiv hyperaemiát alkalmaznom. Azonban ezen esetben is feltünő volt úgy a láznak, mint a fájdalomnak gyors csökkenése. Ezen betegemen az orbáncz gyógyulása után a fej különféle helyén, így a szemhéjon, a fejtetőn és a jobb áll alatt tályogok fejlődtek, a melyeket meg kellett nyitnom, mire zavartalanul gyógyultak. Ezen beteg 20 nap alatt gyógyult teljesen. Itt említem, hogy egy 135 kg. súlyú nőn a lábszáron kezeltem orbánczot mesterséges vérbőséggel, szintén jó eredménynyel, bár a gyógyulás csak 3 heti kezelés után következett be. A pólyát a térd felett helyeztem el napi 20—22 órára. A hőmérsék 39·5 fokról 4 nap alatt esett le fokozatosan a rendesre, azonban az orbáncz, mely eleinte csak a bokák táján volt meg, a pólyázás ellenére felfelé terjedt, de a pólyázás helyén túl nem hatolt. A beteg végtag pár hétig még duzzadt volt, különösen este, ezen duzzadtság azonban minden kezelés nélkül három-négy hét alatt eloszlott, noha az elhízott nő ezen idő alatt már rendes foglalkozását mint elárúsítónő akadálytalanul folytatta.

Összesen tehát orbáncz 5 esetében alkalmaztam a pangásos vérbőséget, a nélkül, hogy akár borogatást, akár bármiféle kenőcsöt alkalmaztam volna és minden esetben gyorsabb gyógyulást és enyhébb lefolyást láttam, mint a milyent a szokásos gyógymóddal előreláthatólag elértem volna. Közölve ezen a téren elért eredményeimet Barabás A. dr. helybeli kartársammal, ő is több esetben alkalmazta és az eredmény őt is minden esetben rendkivül kielégítette. Valamennyi esetében a fejen székelt az orbáncz s tapasztalatai szerint átlagosan 5—6 nap alatt gyógyult. Kartársam is, épen úgy mint én, feltünőnek találta a láz és fájdalom gyors csökkenését. Míg gyakran tapasztaljuk, hogy a fejen székelő orbáncznál a heves fejfájásokat az első néhány napon borogatásokkal és belső szerekkel alig, vagy épen nem sikerül csillapitani, addig a pólya alkalmazása eseteimben mint fájdalomcsillapító kitünőnek bizonyult. Kellemetlen szövődmény sem az én, sem Barabás kartársam eseteiben egyszer sem volt a pangásos vérbőség alkalmazásából kifolyólag. Az arcz sokszor erősen megduzzadt a pólya alkalmazása folytán, ebbe azonban úgy a beteg, mint a környezet mindig könnyen belenyugodott, látva egyrészt gyors gyógyító hatását, másrészt, hogy a képződött oedema a pólya eltávolítása után mindig elég gyorsan eloszlott.

Idült endometritis és ezzel járó *fluor albus* 4 esetében volt alkalmam használni szivókészüléket, három esetben teljes gyógyulást, egy esetben bizonyos irányban javulást érve el. A szivókészülék hengeralakú üvegméhtükör, a melynek külső nyilását üvegfedő zárja el légmentesen. Ezen készülékben az oldalán alkalmazott gummicsövön át ritkítjuk meg szivattyú segélyével a levegőt olyan mértékben, hogy a készülék belső nyilásába beilleszkedő méhnyak megduzzad és kékesvörös színü lesz; kifejezett fájdalmat azonban épen úgy nem szabad okoznunk, mint a többi Bier-féle eljárással sem.

Gyógyító hatását két körülményben látom, és pedig először abban, hogy a méhben lévő váladékot enyhe módon kiszívjuk s így a méhet mintegy kitisztítjuk, és másodszor abban, hogy pangásos vérbőséget okozunk a méhben. Az eljárást 2—3 szor hetenként $^1/_2$—$^3/_4$ óra hosszat alkalmazom, 10—15 perczenként 1—2 perczig pihenőt tartva.

K. K.-né, 28 éves, ötször szült. 4 év előtt elvetélt, azóta beteg. Néha heteken át tartó rendetlen vérzései voltak, továbbá erős fájdalmai a hasban, különösen a középen és jobboldalt. E mellett azóta állandóan bő, sárgás, genyes folyása van a méhéből. A méhnyak erősen megvastagodott, a méh megnagyobbodott és kemény tapintatú volt, továbbá jobboldali idült petefészeklob állott fenn. A rendetlen vérzések miatt 1906 február 17.-én méhkaparást végeztem, a mire azok rendesebbé váltak, azonban a többi tünet továbbra is megmaradt. 1906 május 16.-án forrólégkezelést kezdettem, a mire a fájdalmak tekintetében csakhamar javulás állott be, azonban a fluor állandó maradt. Május 21.-én alkalmaztam a szivókészüléket először a méhre és már 4 kezelés után május 31.-én a folyás sokkal kevesebb, genyes charakterét veszti és higgá, nyálkássá lesz. Junius 8.-án 7 szivókezelés után folyást, noha irrigatiót az utóbbi időben egyáltalában nem használ, nem érez, legfeljebb itt-ott csekély nedvességet. A méhből szivásra kevés üvegszerű váladék ürül. Ezen időponttól kezdve julius 19.-éig még két szivókezelést és a még időnként különösen erősebb házi teendői közben érzett fájdalmai miatt 4—5 forrólégkezelést kap, mire minden tekintetben jól érzi magát és így a kezelést beszüntetem. 1907 február 15.-én volt alkalmam a beteget újra megvizsgálni. A nyár óta testében megerősödött nő a kúra óta sem fájdalmat, sem folyást nem érez, noha irrigatiót sem használ. A méh függelékei nem fájdalmasak, csupán a jobb petefészek tája érzékeny kis mértékben. Fluor nincs. Itt tehát ezen igazán igen enyhe eljárással állandó gyógyulást értem el.

M. A.-né, 42 éves nő, 8 gyermek anyja, 1906 szeptember 4.-én fordult hozzám azon panaszszal, hogy 4—5 év óta erős folyása van, továbbá gyakori vizelési ingere és csekély fájdalmai a hasban. A húgycsőből nyomásra sűrű fehér váladék ömlött, régi gátrepedés folytán az elülső hüvelyfal előesett és e mellett colpitis állott fenn. A méhből bő sárgás, genyes váladék ömlött. A húgycsőhurut 2%-os lapisoldattal való kezelésre teljesen megszünt. A méhre hetenként háromszor alkalmaztam $^3/_4$—1 óra hosszat a szivókészüléket, szintén 10 perczenként 1—2 percznyi szünetet tartva, mire 8 kezelés után üvegszerű és igen kevés váladék ürült. A colpitis ellen chlorzink-irrigatiokat és a régi gátrepedés reparálását ajánlottam. Hogy ezen tanácsomat megfogadta-e, nem tudom, mert a beteget azóta, hogy a szivókezelést beszüntettem, nem láttam.

A harmadik esetben csak bizonyos javulást tudtam elérni. *S. S.*-né, 24 éves, kétszer szült. 5 év előtti szülése óta fluor albusban szenved, a melyet azóta semmiféle kezelésre nem tud elveszíteni, 2 év óta érez erősebb fájdalmakat a hasában. Étvágya rossz, általában véve igen elgyengült állapotban van. A portio megvastagodott, a méh megnagyobbodott, kemény tapintatú és fájdalmas; mindkét petefészek vizsgálatkor fájdalmas, a jobb petefészek jó galambtojásnyi. A méhből rendkivül bő zöldessárga, igen sűrű váladék ürül. 1906 május 16.-án vettem kezelés alá. 3 forrólégkezelés után május 21.-én használtam először a szivókészüléket. Ezentúl felváltva vettem igénybe a forrólég- és szivókezelést, hetenként két pihenőnapot tartva. Május 31.-éig 6 forrólég- és 5 szivókezelést kapott és erre a következő eredményt találtam. Míg a has 3 napig már teljesen fájdalmatlan volt, ma ismét érzékeny. A folyás, mely az első 3 szivókezelés után még igen bő volt, kevesbedik, genyes jellegét elveszté és áttetszővé, higan nyálkássá vált. A beteget október haváig kezeltem, azonban több eredményt nem tudtam elérni. Állapota hol jobb, hol rosszabb, állandó csak az volt, hogy a folyás nem lett többé genyes és kevesebb is volt mint előbb. 1906 őszén egyik budapesti női klinikára vétette fel magát, a hol 9 hétig kezelték 3—4 héttel kibocsátása után 1907 február 18.-án jelentkezett újra. A klinikáról lényegesen javult állapotban bocsátották ki. Fájdalmai ugyan nem multak el egészen és folyást is csak akkor nem érzett, ha naponta kétszer irrigálta magát, azonban általában véve jobban érezte magát. Vizsgáláskor úgy a méh, mint különösen a jobb petefészek erősen érzékeny, a méhből elég bő, azonban tiszta, üvegszerű váladék ürül. Ezen esetben tehát a formalin- és alkoholinjectiók a méhbe, a melyeket a beteg állitása szerint a klinikán kapott, jobb szolgálatot tettek, mint a Bier-féle szivókészülékkel való kezelés.

H. R.-né, 28 éves, négyszer szült; három év óta beteg, azóta panaszkodik fehérfolyásról, gyakori vizelésingerről és genyes székelésről, ezek mellett gyakran erős fájdalmai vannak a hasában. 1906 november 28.-án vizsgáltam először, s akkor a méhet rendes fekvésűnek, kissé nagyobbnak és a rendesnél keményebb tapintatúnak találtam, a portio megvastagodott és a méhszájból sűrű genyes váladék ömlött. A húgycsőből nyomásra szintén genyes váladék volt nyerhető. Az urethrába eleinte 1, később 2—3%-os lapisoldatot csepegtettem, a fehérfolyást Bier-féle szivókészülékkel kezeltem és a végbélbe 5%-os arhovin-kúpokat rendeltem. A méhből eredő genyes folyás tiz kezelés után teljesen üvegszerűvé változott és a váladék oly kevés lett, hogy a beteg minden irrigatio használata nélkül is teljesen tisztának érezte magát. Hetenként 3—4 kezelést használtam, közben itt-ott forrólégkezelést, minthogy az utóbbi az alhasban érzett fájdalmaira igen jótékony hatású volt. Forrólégkezelést összesen négyet kapott. A húgycsőből a genyes váladék deczember közepén szintén elmaradt; minthogy azonban a gyakori vizelési inger még fennállott, hetenként kétszer egész február 10.-éig folytattam a lapis-kezelést, mire e tekintetben is teljesen gyógyultnak érezte magát. Legmakacsabbul tartotta magát a baj a végbélben, a honnan néha még 1907 február közepén is kissé genyes székelés ürült. 1907 február 21.-én vizsgáltam utoljára a fehérfolyásra nézve és ekkor is csak igen kevés üvegszerű váladék ürült a méhből.

Ezen négy eset ahhoz, hogy ez eljárásról dicsérőleg nyilatkozhassam, kevés; de hogy a szivókészülékkel a méhből eredő folyást kedvezően befolyásolhatjuk, állithatom. Mindenesetre ott, a hol tágabb tér nyilik ilyen irányú kisérletek tevésére, érdemes volna vele behatóan foglalkozni, természetesen súlyt fektetve a bakteriologiai vizsgálatra is. Az eljárás nem fájdalmas és semmi esetre sem jár annyi kellemetlenséggel, mint az intrauterin kezelés.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Lister.

— 80. születésnapjára. —

A tizenkilenczedik század nagy haladást jelent a természettudományok és az orvostudomány fejlődésében; a sebészet túlszárnyalja testvérágait s a narcosis és az antisepsises sebkezelés új utat nyit. Abban az időben, midőn az orvosok és természettudósok nem az élet megnyilvánulásait és folyamatait figyelték meg, hanem a látható és észlelhető tünetek okául láthatatlan hajtóerőt kerestek, elvont gondolataiknak testet adtak, okoskodásukkal elméleteket építettek fel, a melyek nem a tüneteknek, hanem a fogalmaknak elemzésén alapultak: a sebészetben óriási polypragmasia kapott lábra. Flastrom, kenőcs, por, sebmosóvíz, balzsam, füvek, különböző edzőszerek diadalmasan járták be útjukat, mert az akkori speculativ theoriákkal megegyeztek. Ekkor megjelenik *Lister* klinikai empiriás irányzatával, a sebkezelés problemájának megoldásáért küzd, dolgozik és szenved, s vizsgálatai során megalapítja az antisepsises kezelést, a mely a sebészet történelmében fordulópont. Most, hogy Lister '80. születése napját ünnepli az egész világ, méltó, hogy mi is egy ággal járuljunk ama babérkoszorúhoz, a mely méltán övezi.

Lister 1827 április 5.-én született Uptonban (Essex); apja borkereskedő volt, a ki szabad idejében az achromatikus mikroskoppal foglalkozott s chemiai-physikai vizsgálatokat végzett. Az ifjú magasabb kiképzését a londoni University Collegeben nyerte, a hol intensive foglalkozott mikroskopiás tanulmányokkal. Már 1854-ben Lister house-surgeon lett Syme mellett, 1856-ban előadásokat tartott a sebészet köréből s 1860-ban a glasgowi egyetemen a sebészet tanárává nevezték ki. Ebben a minőségben jelent meg 1867-ben a Lancet márczius 17.-i számában ama tanulmánya, a melylyel az emberiség legnagyobb jótevői közé küzdötte fel magát. „On a new method of treating compound fractures and abscess with observations in the condition of suppuration“ dolgozatában megdönti azon tant, hogy a genyedés a természetes gyógyuláshoz tartozik s megállapítja, hogy a seb a porta malorum.

Ekkor jelennek meg *Pasteur* tanulmányai a rothadásról és az erjedésről s Lister ezen új tant mindenben megerősíti. Utal arra, hogy mily simán gyógyulnak a fedett törések s mily szánalmas képet nyujtanak a nyilt törések, a melyek a levegővel érintkezésbe jutnak. Nem a levegő oxygenjében rejlik az ok a fertőzés létrejöttére, hanem a lebegő mikroorganismusokhoz kötött pathologiás folyamat a genyedés szülője. Ekkor látva, hogy a csatornák elvezetését szolgáló mezőöntözési rendszer a carbolsavat használja czéljaira s ezzel szagtalanít, azon ideára jut Lister, hogy a carbolsavat a sebészetben meghonosítja. Nem a carbolsav alkalmazásában kulminál az ő érdeme, ezt már előtte mások is használták, hanem az antisepsises sebkezelés teljes egészében; ez az, a mi a pyaemia és a gangraena legyőzésére vezetett. Abban az arányban, a melyben Lister a carbolsav concentratioját csökkentette, erösbödött hite és meggyőződése, hogy ezen kezeléssel a rettegett fertőzéseket kiküszöböli, s ugyanazon kórház, mely eddig siralomház volt, a melybe belépés előtt a betegeknek resignatioval mondhatták, hogy „lasciate ogni speranza“, egyszerre átalakult gyógyulást remélő s gyógyulást találó betegekkel. A napirenden levő amputatiók, a melyek kétes kimeneteleikkel megtompították a sebészek munkakedvét, kiszorultak, tért foglal az antisepsis, a mely a sérülések sorsát már a sebész kezébe teszi le. Így volt ez a glasgowi kórházban; de mily küzdelembe került, míg ezen új tudományos haladást mások is elfogadták.

Csodálatos és elszomorító, hogy az antisepsises kezelés legnagyobb ellenzői épen saját hazájában támadtak; úgy látszik, ez a reformatorok közös sorsa! Az új tudományos igazságok hirdetőinek egész kálváriáját kellett végigjárnia, míg elvei hazájában érvényesülhettek s ez is csak akkor következett be, midőn a külföld (Volkmann, Bardeleben stb.) emelt szót mellette. A magból, melyet elhintett, akkor már terebélyes fa lőn, melynek virágait és gyümölcseit a sebész és a beteg egyaránt élvezte, a mely „aeque pauperibus prodest, locupletibus aeque“.

Másik jelentős újítása 1869-ben az asepsises ligaturák, a catgut alkalmazása s ezzel a vészes utóvérzések számának csökkentése.

Ha ma már az antisepsises kezelés helyébe az asepsis lépett is, nem tagadható, hogy az asepsis az antisepsisen, Lister tanain épült fel.

A római „Policlinico Umberto“ kupoláján Listert látjuk ábrázolva, a mint egy gyermeket kötöz, körülötte segédei, mögötte a tanulók serege, a kik a mesterre tekintenek. A humanitás ezen templomán Listert úgy ábrázolják, miként a régi rómaiak csak hőseiket és isteneiket tisztelték meg s a herosok halhatatlanságát jelképezték. Lister halhatatlansága nem szorul a jelképekre, érznél maradandóbb emléket állított ő magának sebkezelésével, a melylyel az emberiség legnagyobb jótevőinek sorába küzdötte fel magát! *Steiner Pál* dr.

I. osztrák gyermekvédő congressus.

Márczius 18.-ától 21.-éig tartotta üléseit az I. osztrák gyermekvédő congressus. Úgy minőség, mint mennyiség tekintetében valóban megfelelő munkát végezett a congressus, a melynek tárgyalásait a következőkben foglalhatjuk össze:

A) Az idegen egyéneknél elhelyezett gyermekek védelméről érdekes vita folyt. A szónokok kevés kivétellel hatósági orvosok által támogatott ellenőrzést követeltek. A feladatának megfelelő tápszülő jutalmazásban, a gyermeket elhanyagoló megrovásban részesüljön. A szülői jogok átruházhatósága a tápanyára vonatkozólag törvényileg szabályozandó s e czélból az osztrák polgári törvénykönyv 177., 178. és 174. szakaszai megfelelően kibővítendők. A dajkák gyermekeinek érdekében a dajkát-tartó megadóztatása jött javaslatba. A csecsemők külön megbirálás alá esnek, ezek érdekében megfelelő intézmények szervezendők („Säuglingsschutz“ *Escherich*, a budapesti „ingyentej“-egyesület mintájára berendezve). E tárgygyal kapcsolatban a *gyámsági törvény* is beható vita tárgyát képezte; két nézőpont állott egymással szemben, az egyik párt a „Generalvormundschaft“-nak, a másik pedig az „Einzel- oder Individualvormundschaft“-nak kelt védelmére; az első nézetet vallók azt állították, hogy törvénytelen gyermek részére igen nehéz gyámot kapni, a második nézőpont védői a „Generalvormundschaft“-ban a családra nézve veszélyes intézkedést látnak. Általános lelkesedéssel fogadták el a női gyámok állásának rendszeresítését. A gyámi hivatalt el nem fogadó jómódú polgárok megadóztatása is szóba került. *Casper*, *Riether* és *Escherich* vettek élénk részt e vitában.

B) A gyermekvédelem egészségügyi oldaláról aránylag kevesen emlékeztek meg; a jövő congressus behatóbban fog e kérdéssel foglalkozni. Nagy horderőt tulajdonítottak az előadók a szünidei gyermektelepeknek, napközi otthonoknak, tengerparti és hegyes vidékeken szervezett hospice-oknak, erdei iskoláknak. A csecsemő védelmét czélzó tejkiosztó és rendelőintézetek megfelelő méltatásban részesültek. Behatóan tárgyalták az iskolaorvosi intézmény szervezését. A gümőkór elleni küzdelem módozatait is megfelelő keretben tárgyalták. Hibáztatták, hogy a hatóság a négy éven alóliak kórházi ápolási díját nem téríti meg. Kellő önbirálattal hangsúlyozták, hogy míg 1784-ben *II. József* gyermekvédelmi intézkedései Európában páratlanok voltak, addig manapság Ausztria e téren hazánktól sokat tanulhat. E tárgyalás fénypontját *Sternberg* felszólalása képezte.

C) A kiskorúakra vonatkozó büntetőjogi intézkedések tárgyalása volt a legélénkebb. Kiskorú gonosztevők el- és megitélésénél a gyermekpsyche a felnőttekétől teljesen eltérő megbirálás alá esik. A gyermekek, valamint a fanosodás idejében lévő kiskorúak tetteiknek horderejével nincsenek tisztában, cselekedetük impulsiv, a tett és a létrehozó ok közt feltünő az incongruentia. Büntetéssel javulást kivételesen fogunk elérni, de rendesen a végleges romlás örvényébe fogjuk a gyermeket sodorni. Ez okoknál fogva 16 éven alul büntetlenség, e koron felül relativ büntethetőség javaslandó; de ez időszakban is halálos, élethossziglani elzárást czélzó, dehonestáló büntetések és rendőri felügyelet alá helyezés kizárandók. A tárgyalást külön képesítéssel felruházott biró vezesse a nyilvánosság kizárásával. Mint praeventiv intézkedés az állam által foganatosított *kényszernevelés* jö tekintetbe. A nevelés e formája az állam beavatkozása a család jogkörébe s foganatosítandó a szülők avagy gyermekeik züllöttsége esetében. Ezen intézetek szakemberek vezetése alatt álljanak, nehogy oly szellem kerekedjék ez internatusok lakóiban felül, mely antisociális vagy a nevelteket a létért való küzdelemre nem teszi alkalmassá. A züllött gyermek „locus minoris resistentiae“ a bünnel szemben; ha a züllés útján meg nem akasztjuk, gonosztevővé válva keserü boszút áll a társadalmon s így a kényszerneveldékre fordított anyagi áldozatok busásan meghozzák kamatjaikat, mert szervezésük elhanyagolása esetében toloncz-, fegyházak és tébolydák alakjában fokozott mértékűek a kiadások. *Reicher*, *Pick* és *Schauer* e tárgyra vonatkozó fejtegetései általános tetszésben részesültek.

D) A gyermekvédelmi büntetőjogi intézkedésekről különösen *Gleispach*, *Wolfring* és *Haberda* emlékezett meg. A gyermeksanyargatás és kínzás szomorú fejezete beható megbeszélés tárgyát képezte. A törvénytelen vagy mostoha gyermekeket gyülöletből tervszerüen kínozzák szüleik, sanyargatást avagy halálos kimenetelt czélozva. A nagyközönség nem szeret magánügyekbe avatkozni, fél a feljelentett boszújától s így a gyermekkínzás esetei csak kivételesen kerülnek a törvényszék elé. Nagy nehézségekkel jár a kínzás és a halálos kimenetel közti összefüggés megállapítása, mert gyermekeknél akárhányszor észlelünk oly kóros hajlamot, melynek következtében csonttörések és bőrvérzések kínzás és mértéktelen fenyítés nélkül is létrejöhetnek. Az elvetemedett szülők szigorú büntetése szükséges, természetszerüen a sanyargatás tárgyát képező gyermek eltávolítása után. Megfelelő méltatásban részesült az ipari és családi gyermekmunka kérdése, nemkülönben a 18 éven aluli leányok csábítás elleni védelme és a kiskorúak részére alkoholt kiméröknek büntethetősége.

A congressust megnyitó és záró ünnepélyeket az osztrák kormány felhasználta azon kijelentés ismételt megtételére, hogy a congressus határozatait nemcsak erkölcsileg, de anyagilag is támogatni fogja. *Deutsch Ernő* dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A budapesti kir. magyar tud.-egyetem I. számú sebészeti klinikájának évkönyve az 1905/1906. tanítási évről. Szerkesztette **Dollinger Gyula** egyet. nyilv. r. tanár, az I. számú sebészeti klinika igazgatója. Mesterük vezetésével és közremüködésével irták: **Zimmermann** és **Holzwarth** dr.-ok, tanársegédek és **Navratil**, **Gergő**, **Steiner**, **Bakay**, **Gellért**, **Lobmayer**, **Bauer**, **Dollinger**, **Grossich**, **Sándor**, **Záborszky** dr.-ok, mütönövendékek. V. kötet. Budapest, 1906.

Rendkivüli szorgalommal összegyüjtve, 534 oldalra terjedő tekintélyes kötetben terjeszti a magyar orvosközönség elé Dollinger Gyula tanár a vezetése alatt álló I. sebészeti klinika 1905/1906. tanévi müködési anyagát. Nagyforgalmü sebészeti kórodák müködéséről tájékozódni rövid ott tartózkodás, néhány látogatás révén lehetetlen, az így nyert impressiók csak töredékek, elenyésző részletei azon nagy munkának, melyet egy nagy klinika — a minő a szóban forgó — egy év alatt lebonyolít. Betekintést, áttekintést a feldolgozott anyag, az elért eredmények stb. felől még e munka forgatagában résztvevők számára is csak feldolgozott, összegyüjtött állapotában nyujthat, annál kevésbé tájékozódhatnak azon érdeklődők, kik az élet viszonyai folytán távolabb állanak és direct, közvetlen betekintésük nincs. Épen ezért értékes, mert két czélt szolgál az ilyen kimutatás: 1. összegezi a felölelt anyagot az észlelőnek a további tudományos feldolgozás és deductiók számára; 2. hozzáférhetövé teszi nyiltan és őszintén, széles körben olyanok számára is, kik hasonló nagy anyag felett nem rendelkezve, szívesen merítenek mások tapasztalatainak tárházából.

Az évkönyv nagy terjedelme mellett lehetetlen annak behatóbb ismertetése. A klinika rendes előadásai, valamint a szünidei orvosi cursus hallgatóinak névsora mellett, az általános rész felöleli az utolsó tanév ideje alatt a klinikáról közzétett tudományos dolgozatokat, és pedig:

Dollinger Gyula: Agitatio a rákbetegség korai sebészeti gyógykezelése érdekében. *Zimmermann Károly:* 1. A gátor légdaganatainak és a légmellnek keletkezéséről. 2. A rák keletkezéséről; többszörös arczrákok szövetfejlödéstana. *Gergő Imre:* 1. A czombcsont veleszületett hiányáról. 2. Tendinitis achillea traumatica. *Steiner Pál:* Lumbális analgesia stovainnal. *Lobmayer Géza:* A májechinococcus-mütétek végeredményei 38 eset kapcsán. *Bakay Lajos:* 1. A gáttáj sérveiről. 2. A járulékos csontok jelentősége a kéz- és lábtőcsontok törésénél. 3. Csontos összeköttetés a sarok- és köbcsont között.

Ezen már megjelent nagyobb közlemények mellett tartalmaz még az általános rész egyes rövidebb diagnostikai és therapeutikus ismertetéseket, úgymint: a *rectoromanoscop*, a *Bier-féle pangásos vérbőség* és a *Röntgen-therapia* értékére vonatkozólag.

A részletes rész a tájboncztani beosztás, majd a szervek szerint haladva öleli fel a klinika nagy és változatos anyagát oly módon, hogy minden egyes eset kórtörténetének vázlatos ismertetése mellett az egyes fejezetek elejéhez vagy végéhez tanulságos kritikai összegezések vannak csatolva, melyek az áttekintést megkönnyítik. Az évkönyv nagy anyagával és leplezetlen őszinteségével rendkivül tanulságos nemcsak a specialista sebész, de a gyakorló orvos szempontjából is, a ki a tömör csoportosításban felvonuló kóresetek analogiáiból és differentiáiból kórtani és diagnostikai tudását illetőleg igen sokat meríthet.

Végül még azt óhajtjuk megjegyezni, hogy kár, miszerint az elfogadott tudományos kifejezések tekintetében nem egyöntetü az orthographia, a mennyiben sem a phonetikus, sem az elfogadott classikus irásmód egységesen alkalmazva nincs, hanem ugyanazon szerzők fejezeteiben is ugyanazon szavak hol az egyik, hol a másik irásmódot követőleg használtatnak, a mi különösen a tanuló-ifjúság szemponjából kétségtelenül zavarólag hat. Nézetünk szerint helyesebb a tudományos irodalomban az idegen szavakat illetőleg az elfogadott régi irásmód mellett maradni. *Winternitz* dr.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Valofin. A valerianát már az ősidőktől előszeretettel használják különböző ideges zavarokban. Csak az a baj, hogy maga a radix valerianae többé-kevésbé gyorsan megváltozik, a minek következtében egyrészt hatástalanná válik, másrészt pedig kellemetlen melléktüneteket okozhat. Ezért olyan készítményeket iparkodtak előállítani, a melyek a hatóanyagot változatlan állapotban tartalmazzák. Ezen készítményeknek egy része csak a valeriana-

savat tartalmazza; ilyen a valyl, a validol. Minthogy azonban kiderült, hogy a valeriana hatásában a valerianasavon kivül lényeges a borneol is, olyan készítményeket is előállítottak, a melyek valerianasavat és borneolt tartalmaznak. Ilyen a már meglehetősen elterjedt bornyval, továbbá a nemrég forgalomba hozott valofin. Ez utóbbi teljesen átlátszó, világossárga, könnyen mozgó, aromás szagú és ízü folyadék, a mely borsosmenthát is tartalmaz. Adagja 15—25 csepp egy csésze forró czukros vízben. *Podloucky* nagyobb számú esetben használta és hatását föleg functionális neurosisok ban nagyon dicséri. Kellemetlen mellékhatásai nincsenek; legfeljebb használatának első napjaiban észlelhető némi felböfögés, a mi azonban később megszünik. (Medizinische Blätter, 1907. 12. szám.)

Belorvostan.

A kórosan fokozott gyomornyálkaelválasztást mondja *E. Schütz* az idült gyomorhurut egyedül biztos és positiv diagnostikai jelének. A fokozott gyomornyálkaelválasztás kimutatható a gyomortartalom vizsgálata alapján oly módon, hogy a próbareggeli után nyert gyomortartalomból gondosan eltávolítjuk a lenyelt nyálkát, a mely tömöttebb állománya s az ételpéppel nem keveredése miatt könnyen felismerhető; ezután a nyálkafogót mélyen belesülyesztve az ételpépbe, különböző helyeken felemelni igyekszünk. Normális nyálkatartalom esetén alig tapad valami a dróton, míg fokozott nyálkatartalom esetén az összeállóbb, nyúlósabb tömeg nagy darabokban emelhető az ételpép szintje fölé. A szerző az utolsó két évben a „Wiener allgemeines Krankenhaus“ ambulatoriumán 694 beteget vizsgált s 87 esetben talált fokozott gyomornyálkaelválasztást; ennek alapján s mivel a bántalom már 6 hétnél hosszabb idő óta állott fenn, kimondhatta az idült gyomorhurut kórismèjét. A baj férfiakban sokkal gyakoribb, a mi nyilván összefüggésben van az alkohol és dohány élvezetével. Kórok csak az esetek felében volt kimutatható, legtöbbször alkohollal vagy nikotinnal való visszaélés, sokkal ritkábban ólommérgezés, lues tüdötuberculosis, diaetahiba vagy struma. A tünetek nem typusosak, azonban majdnem mindig megvan a hányásinger, a gyomorfájás vagy -nyomás, a nyomási érzékenység, az obstipatio A gyomortartalom a sok nyálkán kivül nem mutat typusos viselkedést. Az aciditási viszonyok nagyjában olyanok mint a legtöbb más gyomorbajban, a nagyobb összaciditás gyakori, a subaciditás ritka. Tehát épenséggel nem mondható — a mint eddig általában felvették —, hogy gyomorhurutokban az aciditás csökken, a miből következik, hogy e megbetegedés csak igen ritkán jár a nyálkahártya mélyebb részleteinek, tehát a mirigykészüléknek roncsolásával, sőt a gyakran előforduló nagyobb aciditási értékek a mellett szólnak, hogy e részleteknek a hurut által fenntartott fokozott működése van jelen. Hogy maga a hyperaciditás okozná a gyomorhurutot, nagyon valószinütlen, mert hyperaciditás eseteiben ritkábban észlelhető gyomorhurut, mint egyéb viszonyok között, s azon állítás, hogy a nagyobbmennyiségü nyálka a nagyobb savtartalom által előidézett nagyobbmérvü emésztés következtében nem mutatható ki, egyáltalában nem felel meg a valóságnak.

Minthogy a gyomorhurut kórképe nagyon változatos, kezelése még kevésbé történhetik séma szerint, mint más gyomorbántalmaké. Tekintetbe veendők az aetiologia, a tünetek, az egyéni viselkedés s különösen a gyomortartalom vizsgálatának az eredménye. Az aetiologiai gyógyítás az idült izgalmi állapotot fenntartó ingerek (alkohol, dohány, erős füszerek, hiányos rágás) távoltartásában fog állani. A tünetek, azok függése az ételfelvételtől, a gyomortartalom physikai és chemiai tulajdonságai, mennyisége, az ételpép chymificatioja fogja meghatározni a diaetás therapiát s az alkaliák, stomachikus és narcotikus szerek alkalmazását. Az utóbbiak elkerülésével is csökkenthető a fájdalom száraz vagy nedves melegnek a gyomorra alkalmazásával vagy alkaliák adásával. Gyomoröblítés csak erjedés esetén szükséges. A gyomornyálkahártyának amúgy is fokozott izgalmi állapotát még jobban növeli a gyakran jelenlevő reggeli hányásinger vagy hányás, a melynek oka egyszer az, hogy a nyálkahártyát szívós nyálka borítja, máskor meg egy gyakori complicatio, a pharyngitis által termelt, a garat nyálkahártyáját borító nyálka. A gyomornyálkahártyának a gyógyulásához szükséges nyugalmát legjobban meleg alkaliás vizekkel (karlsbadi víz) biztosithatjuk, melyek tudvalevőleg oldólag hatnak a nyálkára. A szerző még akkor is itat alkaliás vizeket, a mikor az ivókúra különben ellenjavalt (pangás s erjedés). Külön beavatkozást igényel a majdnem mindig fennálló obstipatio. (Wiener klin. Wochenschrift, 1907. 9. szám.)

A hastyphusban jelentkező urobilin-vizelésről ir *Rubin*. Míg a continua-continens láz tart s a betegnek gyakori híg széke van, a vizeletben urobilin nem mutatható ki; az alábbhagyó láz szakában, nemkülönben az üdülési szakban is, kifejezett az urobilinuria; érdekes, hogy ha az amphibol szakot visszaesés zavarja meg, az urobilin-vizelés elmarad. A szerző az urobilin-vizelés hiányát a typhus első és második szakában, megjelenését a harmadik szakban és esetleges újból való kimaradását recidiva esetén a diagnosis és kórjóslat szempontjából is fontosnak és az orvosi gyakorlatban is értékesíthetőnek tartja. Az urobilin kimutatására a Hildebrand-Schlesinger-féle alkoholos zinkacetatoldatot ajánlja. (München. med. Wochenschrift, 1907. 11. szám.)

Halász Aladár dr.

Az appendicitis néha a typhus tüneteivel jár és fordítva. Olyan esetek is vannak, a melyekben együtt van jelen a két betegség, de az egyik betegségnek a tünetei túlsúlyban lévén, elfödik a másik betegséget. Ismertettek már eseteket, a melyekben appendicitis fennforgását tételezve fel, műtétet végeztek, noha typhus volt a megbetegedés; a műtétet a betegek többnyire jól türték, a beavatkozás nem módosította a betegségnek további lefolyását. Kedvezőtlenebb következéssel járhat, ha typhust veszünk fel, noha appendicitis áll fenn, mert a kedvező időpontot a műtéti beavatkozásra elmulaszthatjuk. *Lejars* szerint a typhus és az appendicitis megkülönböztetésére a klinikai tünetek többnyire nem elégségesek, mert például hasmenés, fejfájás, prostratio az appendicitisben is előfordul, a jobboldali fossa iliacában lokalizált fájdalmasság pedig a typhusban is észlelhető. Typhusban gyakoribb és nagyobbfokú a fehérjevizelés, jókor való jelentkezése határozottan a typhus mellett szól. Nagy jelentőségü a vérvizsgálat: a typhus rendszerint hypoleukocytosissal, az appendicitis, főleg pedig a genyedésre hajló alakja ellenben hyperleukocytosissal jár; sepsises appendicitisben azonban hiányozhatik a hyperleukocytosis, másfelől pedig lobos szövődmények jelenléte esetén typhusban is lehet hyperleukocytosis. Az appendicitis és typhus együttes előfordulását főleg a gyermekkorban észlelték. A betegség a heveny appendicitis képében szokott jelentkezni; ezeket a tüneteket néhány nap után hasmenés, prostratio és roseola jelentkezése váltja fel. Nagyon érdekesek azok az esetek, a melyekben a heveny szakban operálva, typhusos fekélyeket találtak a féregnyújtványban. Máskor a kétségtelen typhus lefolyásában átfúródásra utaló tünetek jelentkeznek s a műtét alkalmával appendicitist találunk, akárhányszor átfúródás nélkül is (La semaine médicale, 1906. 44. szám.)

Idegkórtan.

A koponya hangvezetőképességének vizsgálata kórjelzés czéljára szolgálatot tehet *Phleps* (Halle a. S.) előadása szerint. A szerző legelőbb is sok egészséges embert vizsgált meg. A hallgatásra amerikai gummicsöves stetoskopot használt, a melyet átalakított. Két hangfelfogó tölcsért kell a koponya két teljesen symmetriás helyére illeszteni. A hallgatás a vizsgáló mindkét fülébe helyezett, a hangfelfogóval összekötött gummihallgatócsövel történik. A készülék olyan, hogy a koponyára illesztett tölcsérből a hang mind a két fülbe jut. A megütött hangvillát a középvonalon kell a koponyára helyezni. A hangvillát nyugodtan egy helyen kell tartani és a tölcséreket a koponya különféle helyein kell ismételten elhelyezni és a hallott hang különféle intensitására figyelemmel lenni, összehasonlítva a két oldalt. Rendszeresen végig kell így haladni az egész koponyacsontozaton.

A tovább vezetett hang erősbödik, ha a koponyacsont megvékonyodott, pl. a mikor a daganat usurálja vagy lazitja, vagy ha a dura összekapaszkodik a koponyával, vagy ha a dura az alatta levő haematoma, esetleg meningitis következtében átivódik. A tovább vezetett hang ereje csökken, ha a koponyacsont megvastagodott, vagy ha az agyvelőben akár közel a felszinhez,

akár annak mélyében daganat székel, feltéve, hogy a csontot nem usurálja és hogy a dura a csonttal összenöve nincs. Összenyomott agygyomor szintén csökkenti a hang erejét. Phleps azt kívánja, hogy minden agyműtétet vagy agypunctiót előzzön meg ez a vizsgálásmód. (Archiv f. Psych. und Nervenkrank. 42. k. 289. l.)

Szervi hemiplegia pyramispályasérülés nélkül eddig nem igen volt ismeretes. *Spielmeyer* (Freiburg i. B.) azt állítja, hogy ez kivételesen előfordul. Az ő esete valóságos epilepsia volt, a mely már több éven át állott fenn. Két évvel a beteg halála előtt status epilepticus fejlődött, a melynek elmultával typusos baloldali hemiplegia maradt vissza, a mely javulása után is magán hordotta a szervi hemiplegia bélyegét. Valószinünek látszott, hogy a capsula interna sérült. A bonczoláskor semmiféle gócztünet sem volt található és a pyramispálya egész lefutásában a híd-tól a gerinczvelöig sehol sem volt nyoma elváltozásnak. Ellenben az egész agyfélteke meglehetősen sorvadt volt. Nissl- és Weigert féle neurogliafestéssel kezelt metszeten a neuroglia szaporodása és egész sejtrétegek pusztulása volt látható. Csak az óriás-pyramissejtek maradtak épen; ebben a tekintetben a jobb és bal oldal között semmi lényeges különbség sem volt található. Minthogy épen ezek a pyramispálya kiindulópontjai és ezek épek voltak, valamint a pyramispályák is, a szerző szerint arra a következtetésre kell jutni, hogy a hemiplegia oka a mozgató projectiós rendszeren kivül állott. Spielmeyer azt hiszi, hogy talán a pyramissejtek és az agykéreg között levő összeköttetés játszik itt valami szerepet. (Archiv f. Psych. u. Nervenkrank. 42. k., 276. l.)

Kollarits Jenő dr.

Sebészet.

Az atlas rotatiós ficzamairól ir *E. M. Corner* 2 saját észlelete és az irodalomból összeállított 18 eset kapcsán. E 20 eset közül 8-ban a diagnosist a bonczolás állapította meg; ezek közül 6-ban a processus odontoideus törése, 1-ben az atlas, 1-ben az epistropheus oldaltömegeinek, 1-ben pedig az 5—7. nyakcsigolyának a törése komplikálta a kórképet; csak 1 eset volt, melyben az atlasficzam volt az egyetlen elváltozás. Ezen esetek közül 3 röviddel a sérülés után, 6 később, 23 nap-több év mulva halt meg. Bénulás tünetei csak későn jelentkeztek a sérülés után (10 hét, 71 nap, 1 év mulva), ha egyáltalán támadtak. 10 esetben klinikailag volt megdiagnostizálva az atlasficzam s az egyének meggyógyultak; ezek közül gerinczvelői bénulás csak egyben volt jelen, 3 esetben nyelési nehézség, 1-ben hypoglossus-bénulás jelentkezett. A diagnosist a fej tartásából (flexio, rotatio egyik oldal felé, néha annyira, hogy az áll a váll felé néz), az atlas harántnyújtványának helyzetéből, a pharynx vizsgálatából (mely 2 rendellenes dudort mutat, az egyik oldalon az előrecsúszott atlasnak, a másik oldalon az epistropheus szabaddá vált oldaltömegének megfelelőleg) s az oldalról felvett Röntgen-képből lehet megállapitani. A repositiós kisérletektől chronikus esetekben s acut esetekben is akkor, ha gyanú van processus odontoideus törésre, tartózkodnunk kell. E gyanút különösen az keltheti fel, ha az epistropheus tövisnyújtványa feltünően kiáll. Egyébként narcosisban enyhe tractióval és rotatióval repositiós kisérlet történhetik. Véres műtétnek csak gerinczvelőnyomás esetén van helye. Különösen fontos a kezelésben az absolut nyugalom, melyet homokzsákokkal s több héttel az accidens után gypskötéssel biztosithatunk. A prognosis a repositio elmaradása esetén is annyiban jó, hogy a bénulástól nem igen kell tartanunk és a fej mozgékonysága, habár korlátolt mértékben, helyreáll.

Végül esetet közöl, melyben praehistorikus csontvázon találták az atlast ilyen ficzamodott helyzetben, valószinü azonban, hogy postmortális elváltozásról van szó. (Annals of surgery, 1907.)

Pólya.

A gerinczvelő dúczsejtjeinek elváltozásáról gerinczvelőérzéstelenítés után ir *E. H. van Lier*. Kisérleteit 18 házinyúlon végezte, melyeknek durális zsákjába $^1/_2$ cm^3 Billon féle stovaint fecskendett be, miután egy processus spinosus eltávolítása által a durát megközelíthetővé tette. A direct punctio majdnem kivihetetlen. A gerinczvelöt az injectio helyén és e felett 2 és 15 cm.-rel vizsgálta. Vizsgáltattak továbbá a nyúltagy, a csigolyaközti dúczok és egyes környéki idegek. A vizsgálat közvetlenül a befecskendés után történt, továbbá 6, 12 és 24 órával később, conservált anyagon. Technika: absolut alkohol, Nissl, a peripherikus idegeknél Marchi. Azt találta, hogy a stovain a gerinczvelőben könnyen konstatálható elváltozásokat okoz, melyek azonban csakhamar visszafejlődnek. Azon állatoknál, melyek légzési hüdés folytán pusztultak el, a nyúltvelő ganglionsejtjeiben azonos elváltozások voltak észlelhetök. Ábrákat is közöl a szerző, melyek a Nissl-testecskék szétesését, a mag eltolódását, felfúvódását, a sejt alakváltozását szépen mutatják. (Bruns Beitr. f. klin. Chir. 53. k., 2. f.) *Li.*

A Talma-féle műtét kérdéséhez szolgáltat adatokat *K. Omi* (Formosa, Japan) a boroszlói sebészeti klinikáról. A kisérletek eredményeit a következő pontokban foglalja össze:

1. Steril gazenak a hasfal belső felületére való felvarrása által a hasfalnak a belekkel való széles összenövése hozható létre.

2. Kutyák, melyeknek mindkétoldali vesegyüjtőerét egyidejüleg alákötik, 1—3 nap alatt uraemiás tünetek között pusztulnak el.

3. Ha ellenben a veséket a csepleszszel vagy bélfodorral összevarrjuk, akkor:

a) egyes állatok eltürik a vena portae lekötését, mások elpusztulnak a lekötés után;

b) egyes állatok kétoldali vesegyüjtőérlekötés után is életben maradnak;

c) ha berlinikék oldatát fecskendezzük a vena portae rendszerébe, a befecskendés nyomát megtaláljuk a vese szövetében.

4. A cseplesznek nephrotomia útján való beültetése a vesébe kitünő anastomosisokat eredményez. Mellékes, hogy a vesét dekapsuláljuk-e vagy nem.

Az egyszerü omentifixatiót a szerző sok esetben nem tartja elégségesnek a hasvízkór sebészi gyógykezelésében és ajánlja a splenopexiát és a nephropexiát a hasüregbe mint kisegítő eljárásokat. (Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie, 53. k., 2. f.) *Li.*

A nyelvrák sebészi kezeléséről értekezik *Küster* marburgi tanár s tapasztalatai alapján a következő conclusiora jut:

1. az alsó állkapocs temporaer resectioja, általában a csontmütét lehetőleg kerülendő, mert sokkal súlyosabb lefolyással jár, mint a lágyrészekre szorítkozó operatio;

2. a nyelvverőér lekötése az egyik vagy mindkét oldalon a nyelv elülső részében ülő gócz eltávolítására kielégítő; egyéb esetekben a carotis externa egyoldali vagy kétoldali lekötése jobban megfelel a czélnak;

3. vajjon a carotis lekötését azonnal kövesse-e a nyelvrák műtéte, vagy egy második szakaszban végezzük azt, még nincs eldöntve;

4. inoperabilis nyelvrák eseteiben mindkét carotis externa lekötése egy szakaszban, ezt követő Röntgen-kezeléssel, a rákos daganat növekedését lassítja, a fekély behámosodását elősegíti, a környező szövetek lobos infiltratioját kisebbíti, a beteg erőbeli állapotát növeli oly annyira, hogy az eset operabilissá válik. (Archiv f. klin. Chir., 81 k. 1. f.) *Steiner Pál* dr.

Gyermekorvostan.

A gyomorbélcsatorna permeabilitásáról bakteriumokkal szemben folytatólagos vizsgálatokat végzett *Uffenheimer*. Házinyulakon kisérletezett prodigiosus-kulturákkal. Akár per os, akár per rectum vitte be az összes kautelák szemmeltartása mellett a prodigiosust, rövid idő mulva mindkét tüdőben kimutatható volt. Feltünő volt, hogy per rectum végzett kisérleteiben a bacillus már 4 óra mulva a gyomorig mindenütt követhető volt, a mi *Uffenheimert* arra indította, hogy kutassa, vajjon nem jut-e a prodigiosus a gyomorból tovább a garatürbe és innen a légutakba. E végből per rectum végzett kisérleteit az oesophagus előzetes lekötése és átmetszése mellett hajtotta végre. És ezen állatokon a tüdőben csakugyan negativ volt a bakt. vizsgálat eredménye. Kisérleteivel analogiában vannak *Kast*-nak lycopodium-vizsgálatai, a miért is hangsúlyozza, hogy *Schlossmann* és *Engel* ismert vizsgálatai e hibaforrás miatt nem bizonyítók. Igaz, hogy kisérleteiben a prodigiosust használta és nem a tuberculosisbacillust, de ez technikai okokból történt. A tbc.-ra fogékony tengerimalaczon

tudniillik az oesophagus kettős lekötése és átmetszése igen nagy nehézségekbe ütközik. (Verhandl. d. Ges. f. Kinderh., Stuttgart, 1906.) *Schossberger* dr.

Az onania gyógyítása hypnosissal. *Régis* a bordeauxi orvostársaságban két gyermeket mutatott be, a kiknek makacs önfertőzését hypnotikus úton gyógyította meg. Az egyik 6½ éves leány, ki 4 éves kora óta naponta 4—5 izben masturbált, az eddigi tanácsok és eszközök sikertelenek voltak. Néhány ülésben alkalmazott hypnosisos suggestio végleges eredményre vezetett. A másik 9 éves fiú, 3 éves kora óta üzi az önfertőzést; ez a gyermek a suggestioval szemben nagyobb ellenállást tanusított, de a siker itt sem maradt el. (Annales de médecine et chirurgie infantiles, 1907. 2. sz.) *Faludi Géza* dr.

Bőrkórtan.

Az acne gyógyításáról szóló czikkében *Kapp* kisérletekről számol be, a melyek azt mutatták, hogy acne eseteiben fokozott a bélbeli fehérjerothadás. Megpróbálta tehát az antifermentativ és a bél müködését fokozó medicatiót és erre a czélra a mentholt és a praecipitált ként választotta. Az előbbiből 0·25, az utóbbiból pedig 1·0 grammot adott naponként 2—3-szor. Juvenilis acne különböző alakjainak (acne simplex, pustulosa, indurata) 33 esetében használta ezt az orvoslást, és 3—4 hónap alatt tetemes javulást, sőt teljes gyógyulást ért el. Egyúttal azonban a helyi gyógyítást sem hanyagolta el teljesen, igy bemetszéseket végzett, higanycarboltapaszmullt használt, desinficiens szerekkel iparkodott meggátolni a csomók felmetszésekor a szomszédos tüszők fertőződését. Ez utóbbi czélra nagyon ajánlja a berlini Laboschin-czég által készített formalinszappanborszeszt. (Therapeutische Monatshefte, 1907. 3. füzet.)

Hajbetegségek ellen használta a radiotherapiát *R. Kienböck*, a ki e közleményében a hypertrichosis, alopecia areata és favus kezelésére tér ki. A nők arczán székelő hypertrichosis Röntgenkezelése felette nehéz. A szerző 33%-ban kielégitő kosmetikai eredményt kapott. A nehézség abban rejlik, hogy enyhe dosisra kihullanak ugyan a szőrök, de rövid idő mulva ismét megnőnek, erélyes sugarazásra pedig, mikor a szőrzet véglegesen elpusztul, a bőr másodlagos elváltozásai sokszor oly súlyosak, hogy az eredmény sokkalta rosszabb, mint maga a hypertrichosis. Erosiók, ulceratiók, főleg pedig atrophiák és teleangiectasiák azon kellemetlen szövődmények, melyek itt szóba jönnek. Ezért a szerző is pl. a szőke nők hypertrichosisának kezelésében, a kiknek ez a baj aránylag igen csekély kellemetlenséget okoz, a radioepilatiót elveti. A betegek kérésének meggyőződésünk ellenére sohase engedjünk. A radioepilatio megkezdése előtt mindig figyelmeztetendő a kezelendő nő az esetleges, sőt valószinü complicatiokra. A szerző az alopecia areatát is kezelte Röntgen-fénynyel s néha igen szép eredményeket ért el. Főleg hosszú ideig, évekig fennálló eseteken próbálható ez ki. Igy a szerző egy esetében éveken át csaknem teljesen kopasz volt a beteg fejbőre. Többszörös erélyes Röntgen-kezelés a hajzat teljes regeneratiojára vezetett. Legjobb azonban a Röntgen-epilatio a favus ellenében. A favusos fejbört a szerző 5—6 állásban teljesen megvilágitja. A gyógyulás úgy jön létre, hogy az összes hajszálak kihullanak, velük együtt a favusgombák is. A teljesen kopasz fej egy időre még kezelhető az esetleg ott maradt gombák ellen. A gyógyitóhatás ilyenkor egyedül az epilatioban rejlik, a Röntgen-dosis csekély volta miatt a baktericid hatás nem jön szóba. (Archiv f. Derm. u. Syphilis, 83. k., 1. f.) *Guszman.*

Venereás bántalmak.

A jodkaliumnak az orvostudományba való bevezetéséről irt érdekes történeti tanulmányt *P. Richter* (Berlin). Kétségtelen, hogy a XIX. században feltatált és tisztán előállított vegyi anyagok egyik legfontosabbika orvosi szempontból a jod. A szerző kimutatja, hogy a jodot már századok óta használták különböző alakban, de öntudatlanul, különböző, főleg tengeri növényekkel együtt. A jodnak felismerésére és előállítására *Courtois* vizsgálatai vezettek, melyeket ő *Désormes* és *Clément* segitségével *Gay-Lussac* laboratoriumában végzett. A vizsgálatok a különböző fucusfajokból álló tengerifü hamujára és az abból készült lúgra vonatkoztak, a melyből a jodot tisztán sikerült előállitani. A jod nevet Gay-Lussac adta az elemnek. A jodnak mai nap is még a fő érvényesülési tere a syphilis. Első használói is ezen betegség ellen alkalmazták. Igy főleg *Coindet* (1820), a ki hol kénesővel együtt, hol külön rendelte syphilis és scrophulosis ellen. Főleg spiritusos oldatát használta. A jodkalium használata a syphilis ellen *William Wallace* ajánlata óta terjedt el, a kinek erre vonatkozó nézeteit a Lancet hozta 1836-ban. *Wallace* oly oldatot használt, melyben a jodkaliumból 2 drachma volt 8 uncia vízben oldva. Ebből a beteg naponta 4 evőkanálnyit vett be. Később *Wallace* a jodnak főleg azon syphilis-esetekben tulajdonitott kimagasló hatást, a melyek nodosus, pustulosus és fekélyesedő alakokat mutattak. Németországban főleg *Ebers* volt az (1836), a ki a jodot a syphilis ellen nagyon ajánlotta. Francziaországban *Ricord* több munkájában (1838—1839 és 1842) hangoztatta a jodkalinak jó hatását a syphilis kezelésében, első sorban pedig tertiaer esetekben. (Medizinische Klinik, 1907. 10. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Az oxygenes fürdőnek a Sarason-féle ozet-fürdő alakjában használatáról kedvezően nyilatkozik *Laquer*. Az ilyen fürdőben a bőséges oxygenfejlődés 15—20 perczig tart és nagyon erős mechanikai hatást gyakorol a bőrre. Az érverés száma néha tetemesen csökken, a vérnyomás ellenben nem változik lényegesen. A bőr megvörösödése nem olyan nagyfokú, mint a szénsavas fürdőben. Az oxygenes fürdő megnyugtató hatása miatt nagyon ajánlható a neurastheniában, továbbá főleg tabeses paraesthesiák ellen. Tachycardiában, akár ideges eredetü, akár pedig idült szivbaj okozza, szintén jó eredménynyel használható. (Deutsche med. Wochenschrift, 1907. 1. sz.)

Furunculusok gyógyítására nagyon ajánlja *Gerstle* a jodofangaze használatát. Ha a metszés az ép részekig hatolt, szárazon alkalmazza a kötést; kisebb bemetszés esetén ellenben nedvesen (1‰ salicylsav oldattal). A mikor a sebek már közel vannak a meggyógyulásukhoz, a jodofan-kötés folytatása mellett meleg helyi fürdöket használtat. A jodofan erősen fertőtlenitő, a sarjadzást tetemesen előmozditó, teljesen szagtalan szer, a melylyel igen jól megakadályozható újabb furunculusok képződése. E czélból úgy kell eljárni, hogy a furunculus környékét nagy kiterjedésben megnedvesitjük valami közömbös folyadékkal (liqu. alum. acet., 1‰ salicylsav vagy physiologiai konyhasó-oldat) és bőven behintjük jodofannal. 28 esete közül egyetlen egyben sem támadtak újabb furunculusok. A furunculus kezelésekor különben úgy is lehet eljárni, hogy magát a sebet behintjük vékony rétegben jodofan-porral. Kiemelendő végül, hogy a jodofan sohasem okoz izgalmat és hogy nem mérgező hatású. (Medizinische Klinik, 1907. 9. sz.)

Folliculáris golyva eseteiben nagyon jó eredménynyel használja *Haagner* a jothiont külsőleg a következő kenőcs alakjában: Rp. Jothioni 10·0; Lanolini 6·0; Vaselini 4·0. (Wiener med. Presse, 1906. 46. sz.)

A narcosis utáni hányás megelőzésére *Wanietschek* az alypint ajánlja, a melynek 5%-os oldatából többször vesz be a beteg 5—6 cseppet. Már a narcosis előtt is lehet adni 5—6 cseppet. (Prager mediz. Wochenschrift, 1906. 50. szám.)

Az urticaria okozta viszketés ellen *Gaucher* a következő oldatot ajánlja: Rp. Mentholi 10·0; Chloroformii, Aether., Spir. camphor. aa 30·0. (Bull. thérap. 1906. 16. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Orvosok lapja, 1907. 14. szám. *Pozsonyi Jenő*: A retroflexio uteri operativ gyógyításának technikájáról.

Gyógyászat, 1907. 14. szám. *Török Lajos*: Az újabb syphilis-vizsgálatok eredményei. *Kiss Gyula*: A physikai chemia az orvostudományban.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 14. szám. *Sellei József*: Nagyitó urethroskopok. „Gyermekorvos“ melléklet, 1. szám. *Alapy Henrik*: Vesekólika. Nephrotomia után gyógyulás. *Bán Ilona*: Keratangioma Thierschféle transplantatioval gyógyitva.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. Az orosz czárné annak a támogatásnak az elismeréseül, melyet a magyar szent korona országainak vöröskereszt-egyesülete az orosz-japán háború alkalmával az orosz vöröskereszt-társulatnak nyujtott, *Babarczi-Schwartzer Ottó*, *Farkas László* és *Janny Gyula* dr.-oknak a II. Miklós orosz czár által alapított vöröskereszt-emlékérmet adományozta.

Kinevezés. *Rednik János* dr.-t Vaskohon helyettes körorvossá nevezték ki.

Áldor Lajos dr., a m. kir. államvasutak orvosi tanácsadója gyakorlatát Karlsbadban újból megkezdette.

Jubileum. Február 8.-án mult 50 esztendeje, hogy *Vargha Zsigmond* dr. fejérmegyei tiszti főorvos orvosdoktorrá avattatott. A budapesti egyetem arany díszoklevelet állított ki a nagyérdemű jubilánsnak. A székesfehérvári és fejérmegyei orvosi fiókszövetség ez alkalommal ünnepies díszközgyülést tartott. A közgyülést, a melyen nagyszámú közönség volt jelen, Fanta Adolf dr. nyitotta meg. Pataki Ármin dr. az orvosok nevében üdvözölte a jubilánst és átnyujtotta az orvosi kar díszalbumát és az egyetem doktori díszoklevelét. Majd Szüts alispán üdvözölte a vármegyei tisztviselő kar nevében és méltatta a főorvos érdemeit. Végül Nékám Lajos egyetemi tanár tolmácsolta az országos orvosszövetség és az egyetemi tanács üdvözletét. A gyógyszerészek nevében Kováts Sándor mondott üdvözlő beszédet. A díszközgyülés után lakoma volt, melyen több felköszöntőben ünnepelték az érdemes főorvost.

A budapesti orvosok szövetsége e hó 18.-án, csütörtökön d. u. 6 órakor az orvosegyesület üléstermében rendkivüli közgyülést tart, a melynek tárgya: állásfoglalás egy újonnan alakulandó országos tisztviselői betegsegélyző egylet ellen.

A budapesti poliklinikán márczius hóban 4198 új beteg jelentkezett; a rendelések száma 12,715 volt.

Az egyetemi II. sz. nőbeteg-klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum márczius hóban 119 esetben nyujtott segélyt; a műtétek száma 82 volt.

A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület márczius hóban 186 esetben nyujtott első segélyt; ezenkivül 29 betegszállítást végzett, 41 esetben mint mozgóőrség szerepelt és 5 esetben téves jelentés miatt vonult ki. A márczius havi működési főösszeg tehát 261.

A szabadkai önkéntes tűzoltó-testület mentő-osztálya márczius hóban 91 esetben működött.

Meghaltak. *Tóthy János* dr. nagyrőczei járásorvos 48 éves korában. — *Labéda* dr., valaha a sebészet tanára Toulouseban. — *Szustschinski* dr., a gyógyszertan tanára a szt.-pétervári orvosi akademián. — *Brinten H.*, a philadelphiai Jefferson Medical College-on a sebészet tanára, 75 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. *Hess K.*-t, a szemészet tanárát Würzburgban, meghivták Strassburgba a nyugalomba vonuló Laqueur L. tanár helyébe, Hess tanár azonban nem fogadta el a meghivást. — *J. G. Mc Kendrick* tanár, a glasgowi egyetemen az élettan tanára, nyugalomba vonul. Tisztelői gyüjtést rendeznek azon czélra, hogy a nyugalomba vonuló tanár tudományos kutatásainak czéljára psycho-physikai laboratorium rendeztessék be. — *A. Tamburini* dr.-t Rómában a psychiatria rendes, *V. Remedi* dr.-t Cagliariban a sebészet rendkivüli, *D. Mirto* dr.-t pedig Sienában a törvényszéki orvostan rendkivüli tanárává nevezték ki. — *Villar* dr. Bordeaux-ban az operativ sebészet tanára lett.

A XIV. nemzetközi hygiene-congressus szervező-bizottsága elhatározta, hogy a tudományos ülések naponként csak délután 2 óráig tartsanak s igy a tagoknak kellő idő álljon rendelkezésükre Berlin közegészségügyi intézményeinek tanulmányozására. Már a congressus előtt megkapják a tagok a „Hygienés Kalauz“ czímű munkát, a mely három nyelven fogja ismertetni a városnak fontosabb közegészségügyi intézményeit, a melyek közül azután ezen kalauz segélyével mindenki már előre kiválaszthatja azokat, a melyek leginkább érdeklik. Egyébként a fontosabb intézményeknek csoportokban való megtekintése szakemberek vezetésével is tervbe van véve. A congressust, a mint ismeretes, szeptember 23.-ától 29.-éig tartják Berlinben.

A német sebészek XXVI. congressusát április 3.-ától 6.-áig tartották meg Berlinben, Riedel tanár (Jena) elnöklete alatt. A megnyitó beszédben az elnök elsőben is arról a nagy veszteségről emlékezett meg, a mely a német sebészetet Bergmann halálával érte. Előadta röviden Bergmann halálának az okát is. A bonczolás pankreasnekrosist derített ki s e mellett a bal vastagbélhajlat odanövését és megtöretését. Bergmannt kétszer operálták meg, mindkétszer volt assistense, Schlange dr. Hannoverából végezte a műtétet. Az elnök azután örvendetesebb tárgyra tért át: Lister lordnak, a sebészet nagy reformatorának 80. születésnapjára: a congressus az agg tudósnak tabula gratulatoriát küldött. Az elnöki megnyitó s a könyvtáros jelentése után áttértek a napirendre, melynek első tárgya Rehn dr. (Frankfurt a. M.) előadása volt a szív és szivburok sebészetéről. A congressus lefolyásáról különben legközelebb bővebb tudósítást hozunk.

Az orvostanhallgatók száma a németországi egyetemeken az elmult téli félévben a következő volt: Berlin 1400, München 1250, Lipcse 530, Strassburg 530, Würzburg 510, Freiburg 350, Giessen 350, Erlangen 320, Jena 315, Heidelberg 250, Bonn 240, Boroszló 204, Königsberg 200, Halle 190, Tübingen 180, Greifswald 180, Marburg 170, Göttingen 150, Rostock 130.

A német otologiai társaság Brémában tartja ez évi összejövetelét május 17.-én és 18.-án. A heveny középfülgyuladások bakteriologiájáról Kümmel tanár fog referálni.

A meningitis cerebrospinalis kezd ismét járványosan jelentkezni a legkülönbözőbb helyeken: Németországban, Franeziaországban és Angliában.

Vigécz-fürdőorvosok czímen a Münchener medizinische Wochenschrift ez évi 13. számában a következő anonym levelet közli. München, 1907 márczius 12.-én. Igen tisztelt szerkesztőség! Minden évben, a mint kitavaszodik, számos fürdőorvos el nem mulaszthatja, hogy fel ne keresse bemutatkozás czéljából, rendesen épen a rendelőóra idején, az előttük személyesen teljesen ismeretlen városbeli orvosokat. Néha két-három ilyen vendég jelenik meg egy napon. Engem s azt hiszem velem együtt a legtöbb ily enféle látogatással megtisztelt orvost ilyenkor orvosi rendünk tekintélye érdekében szinte a szégyen érzete fog el. A napokban a rendelőórám alatt Sch. Hugó dr. marienbadi orvos küldötte be rendelőszobámba a névjegyét. Mivel épen egy női patiensemmel voltam elfoglalva, udvariasan azt izentem ki neki, hogy dolgom lévén, látogatását köszönettel megtörténtnek veszem. Ma a nevezett úr, a kit személyesen nem ismerek, a következő levelezőlappal tisztelt meg a müncheni Rathskellerből: „Tisztelt Collega Úr! A Rathskellerben egészségére iszom s őszinte köszönetemet küldöm a szives collegiális fogadtatásért! Üdvözlettel Sch. dr. Marienbad. Bizton számitok becses viszontlátogatására Marienbadban!“ Ideje volna már, hogy a fürdőhelyeken praktizáló orvosok komolyan foglalkozzanak azzal a kérdéssel, mikép lehetne véget vetni annak a különös, a fürdőorvosok s általában az orvosi rend tekintélyét mélyen sértő szokásnak, hogy közülök egyesek vigéczek módjára végigházalják a városokat.“

Mittewald Villach mellett.
Ballmann dr. junius 1.-én veszi át **a vizgyógyintézet orvosi vezetését** Mittewaldban Villach mellett.

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

Vizgyógyintézet a „Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.** 2513

Gizella-Telep fürdő, Saison megnyitás május 1.-én. **modern vizgyógyintézet posta Visegrád (Pest m.)**
Vizgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forrólég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Mérsékelt árak. Kivánatra prospektus. 3719

Dr. NIEDERMANN-SANATORIUM (Széchenyi-telepen, az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál) felvesz ideg- és kedélybetegeket, alkoholistákat, morphinistákat leszoktatást gyógymódra. Sürgöny: Budapest. Telephon 79—72. Posta Rákospalota. Prospectus. 3170

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

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

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

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

HÉVIZ Legnagyobb kéntartalmú, iszapos-lápos hőforrás, 10 holdas forrástó. Kitünő hatású **csúz, köszvény, zsábák** (ischias), **anyagcserebántalmak, izzadmányok** (női bajok), **csont-, izületi-** és **bőrbajok** ellen. Felvilágositással szivesen szolgál **Dr. SCHULHOF VILMOS,** fürdőorvos, **Keszthely-Héviz** (VI. ház és sanatorium-épület).
Keszthely mellett (Zala m.). Idény: máj. 1-től szept. 30-ig. 3705

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XII. rendes tudományos ülés 1907 április 6.-án.) 285. l. — Budapesti orvosi kör. (Ülés 1907 márczius 5.-én.) 285. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 286. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XII. rendes tudományos ülés 1907 április 6.-án.)

Elnök: **Erőss Gyula.** Jegyző: **Verebély Tibor.**

Scleroma-esetek.

Láng Kornél: Az egyik betegen scleromás elváltozások vannak az orrban és orrgaratban, a bal szem belső zugában a könyzacskó helyén, azonkivül a bal fülben is. Egy másik betegen rhino-pharyngo-laryngo-scleroma van, a mely az orr teljes eldugulását, azonkivül teljes hangtalanságot okoz. Az előbbin három év előtt rhinofissiót végzett s a szemzugi góczot paquelinnal irtotta ki. Az utóbbin szintén csak rhinofissioval fogja a scleromás részeket eltávolítani, tracheotomiát csak abban az esetben végez, ha a gégeszükület nehézlégzést okoz.

A tanúzási képességről.

Moravcsik Ernő Emil: Hangsúlyozza a tárgynak fontosságát az orvosra nézve is, a ki mint szakértő az igazságszolgáltatás folyamán gyakran jut azon helyzetbe, hogy véleményének megalkotásánál a tanuk által szolgáltatott adatokra is kénytelen támaszkodni. Vázolja a tanúvallomások hűségének, szavahihetőségének feltételeit és physiologiai, valamint pathologiai akadályait. Ismertetvén azon mozgalmat, melyet *Stern William* idevonatkozó kisérletei alapján megindított s melyet számos búvár kutatása követett, áttér az ép és beteg elméjű egyéneken végzett saját észleleteinek tárgyalására, hangsúlyozván, hogy kisérleteiben azon módszerek szerint járt el, a melyek a gyakorlati életben, az igazságszolgáltatás menetében alkalmazott eljárásokhoz legközelebb állanak. Igyekezett meggyőződni arról, hogy valamely egyén azon benyomásokról, a melyeket főleg a látó- és hallószerv útján szerzett, bizonyos időben miként tud beszámolni. E czélból alkalmazta a vizsgálatra használt egyének spontan bemondását és kérdések feltevése által való kihallgatását.

Eredményeiről a következőkben számol be. A megfigyelésekről és észleletekről bemondott adatok átlag sokkal több tévedést tüntetnek fel, mint hinnők. Ezen tévedések az egyéniség, a kor, a társadalmi állás, a nem, a műveltség és a szakképzettség szerint különbözők. Az elmebetegség egyes formáiban szenvedők (különösen, hol a szellemi hanyatlás és zavartság nem nagy) gyakran kifogástalan felvilágosítással szolgálnak, reprodukáló képességük elég jó.

De az elmebetegek teljesen megbizható tanukként való kihallgatásra azért nem ajánlhatók, mert nem vonható meg teljes biztossággal ama határ, melyen belül az egyén az itéletet meghamisítható kóros érzetek, hallucinatiók, illusiók, téves eszmék befolyásától mentes. Eltekintve a speciális jó emlékezőtehetségtől, az ép és kóros elméjű egyének átlagában az idők folyamán a visszaemlékezés csökken, és pedig az utóbbiaknál fokozottabb mérvben. A kihallgatások alkalmával feltett kérdések módja és alakja nagy befolyást gyakorol a feleletek nagy részének minőségére.

Néha vezeti, irányítja, máskor módosítja vagy meghamisítja a vallomást. Az előadó eseteiben legtöbb tévedés történt a térbeli viszonyok, a nagyság, az irány és a személyazonosság meghatározása tekintetében.

Legtöbb észlelésbeli és emlékezetbeli tévedés található a véletlenül, futólag keletkező benyomásoknál. Javul a hibás eredmény a figyelemnek valami erősebb inger által való felkeltése következtében. Legjobb az eredmény, ha a bekövetkezendő észlelésre a figyelmet előre felhivták. Kedvezőtlen továbbá az esetben, ha erős kedélyi emotio kiséri a nyert benyomásokat. A nőkben nagyobb a hajlam a tényeknek mesterséges kiszínezésére.

Ranschburg Pál: Erdeklődik a nagy horderejű vizsgálatok részletei, nevezetesen az iránt, vajjon mutatkozott-e az elmebetegeken végzett vizsgálatokban valami az egyes kórformákra jellegzetes viselkedés is?

A mi a saját, az előadó által is említett vizsgálatait illeti, azokat a gyengetehetség könnyebb fokaiban szenvedő oly fiatalkorúakon végezte, kiken a korlátolt elmeállapot egykönnyen fel nem ismerhető. S mégis, bár a gyermekek már physiologiásan is gyengeelméjűek a befolyásoló tanúkihallgatásokkal szemben, az abnormisoknál a normális gyermekekkel szemben még igen jelentékeny elmaradás észlelhető, vagyis az átlag 13 éves kis fokban tompaelméjű gyermekek jórészt hiányosabban és befolyásolhatóbban vallottak, mint az átlag 7 éves normális gyermekek. Ép ezért azt véli, hogy a tanú megesketési kora a 14. évről felemelendő, s figyelem fordítandó főleg fiatalokban a gyengeelméjűség könnyebb fokaira is, melyek a helyes tanúzást egyáltalán kizárják.

Moravcsik Ernő Emil: Hogy bizonyos elmekórformákra vonatkozó speciális jelleg mutatható-e ki, annak eldöntésére óriási számú vizsgálat kellene. Eddigi vizsgálataim csak arra vonatkoznak, hogy a különbség az elmebeteg és az épelméjű szavahihetősége között milyen fokú. Hangsúlyoznom kell, hogy a betegek között nem annyira kórformák, mint intelligentia szerint van e tekintetben különbség: milyen mértékben butult el, mennyiben zavart vagy nem zavart az illető. Egyes elmekórformákra jellegző speciális tüneteket nem találtunk. Olyasvalamit azonban találtunk, mit nem vártunk volna: megőrzőképességet; igaz, hogy csak rövid ideig, egy hétig tartott. Csak kisebb fokú kóros elváltozásoknál lehet positiv eredményt találni.

Budapesti orvosi kör.

(Ülés 1907. márczius 5.-én.)

Elnök: **Papp Samu.** Jegyző: **Mohr Mihály.**

A húgycső-gonorrhoea és következményei.

Feleki Hugó: A húgycsőnek gonorrhoeás gyuladása a legrégebben ismert betegségek közé tartozik.

Aetiologiáját azonban csak két évtized előtt sikerült positivitással megállapítani, a mikor Bumm (1887) a Neisser által felfedezett (1879) gonococcus specifikus pathogen jellegét tenyésztés és oltás által megdönthetetlen módon bebizonyította.

Ezóta a gonococcus biologiája gyakorlati szempontból fontos klinikai és histologiai vizsgálatok útján kellőkép tisztázódott és kiderült, hogy e gomba nem azon ártatlan, csak a nyálkahártya felületén élő parasita, a melynek azelőtt tartották, hanem hogy egyrészt a szövetek mélyébe hatolva, az urogenitális rendszer valamennyi szervében okozhat gyuladást, másrészt közvetlen vagy közvetett úton általános infectio, metastasisok létrejöttére szolgáltathat okot.

A therapiára jelentékenyen módosító hatással volt a gonococcus felfedezése. A kezelés iránya és módszerei változtak. Két irányító körülmény lépett előtérbe: az egyik a gonococcusnak parasiticid szerekkel való mielőbbi elemésztése, a másik megfelelő mechanikai beavatkozások által a szövetek mélyében fészkelő bakteriumoknak felszinre hozatala és az e bakteriumok által okozott szöveti elváltozásoknak lehető megszüntetése. Az antiparasitás eljárás főképviselője a Neisser-féle iskola, mely az újabb ezüstkészítményeket (argentamin, argonin, albargin, largin, itrol, ichtargan, argentum eosolicum), első sorban a protargolt ajánlja gonococcusölő szerként, még pedig úgy prophylaxisos czél ból, mint abortiv és rendszeres kezelésre.

Azok a nagy remények, melyek eme antiparasiticumokhoz fűződtek, csak felette csekély mértékben teljesültek. Ha Neisser hívei még ma is szilárdul ragaszkodnak a protargolnak mint főantigonorrhoicumnak alkalmazásához, ez az elfogulatlan szakférfit nem fogja ama tapasztalatok által megérlelt meggyőződésében megingatni, hogy eme szer, melynek gyuladást csillapító hatása nincsen és a gonococcust ölő hatását is csak a nyálkahártya felületén tudja kifejteni, jelentékeny gyuladás és mélyreható szöveti elváltozás esetén a heveny esetekben sem fejthet ki gyógyító hatást.

Egy másik nagy elterjedést nyert eljárás a Janet által 1892 ben ajánlt módszer, mely a gonorrhoeás húgycsőnek tömeges öblögetések útján való kezelésében áll. Ez sem elégítette ki ama várakozásokat, melyeket hozzáfüztek. Sem mint abortiv eljárás, sem mint rendszeres kezelés nem vált be abban a mértékben, a minőben Janet és követői remélték. Egyes esetekben kétségkivül eme eljárás is bevonható a therapia körébe, de csak megfelelő viszonyok és javalatok fennforgásakor, semmiképen sem heves jelenségek fennállása esetén.

A régtől fogva használatos összehúzó szerek mint a gyuladást csillapító és a váladékot csökkentő gyógyszerek az esetek nagy többségében ma sem mellőzhetők és a legutóbbi években megjelent közlésekben ezt úgy Neisser, mint Janet hívei is kénytelenek bevallani. Néha subacut esetekben is, de chronikus esetekben csaknem mindenkor kombinálnunk kell a gyógyszeres beavatkozást mechanikai eljárásokkal. Az utóbbiakat nagy tökéletességre emelték Oberländer, Kollmann és ezek követői czélszerű dilatatoriumok szerkesztése által, melyek úgy a beszűrődések felszívódásának, valamint a mélyben fészkelő gonococcusok felszinre jutásának elérésére igen jól használhatók.

Eme tágító eljárás, kombinálva a kóros helyeknek a húgycső-tükrön át ecsetelésével, kétségkivül a legészszerűbb és legeredményesebb kezelési módszer. Csakhogy a mindennapos gyakorlatban eme nagy jártasságot, szakavatottságot és drága instrumentáriumot igénylő eljárásokat a legtöbb esetben a szokásos befecskendezések, a húgycsööblítések, a becseppentések (Ultzmann- vagy Guyon-cseppentővel) és a nagy kaliberü szondák bevezetése kell hogy helyettesitsék.

Ezekkel czélozzuk a mirigyek kisajtolását, a beszürődések felszívódását, a gyuladás csökkentését és a kóros szövetek regenerálódását.

A gonorrhoea fertőzőképességének tartama szintén egyik sokat vitatott pontja a szóban levő betegség kórtanának. A legtöbb szakférfi egyetért abban, hogy az infectiositás kizárására sokszor ismételt bakteriologiai, kétes esetekben tenyésztési vizsgálat és a húgycső állapotának tükörrel való ellenőrzése szükséges.

Az esetleg a mélyben fészkelő gonococcusoknak mobilissá tételére különböző vegyi és mechanikai (dilatatorium) beavatkozások, provokáló eljárások szükségesek, hogy az igy előidézett váladék megfelelő bakteriologiai vizsgálatnak legyen alávethető. Szövődményekkel járó húgycső-gonorrhoeában speciális próbák szükségesek.

Prostatitisben és ondóhólyaggyuladásban a megfelelő végbél-massage által nyert váladék, mellékheregyuladásban a coitus után vett váladéknak illetőleg vizeletnek a vizsgálata szükséges.

Mondhatjuk, hogy az infectiositás kérdésének eldöntése egyike az orvosi hivatás legfontosabb, legtöbb felelősséggel járó és legtöbb szakavatottságot igénylő feladatainak, a mi mellett legtöbbször még a beteg könnyelműsége és tudatlansága is megnehezíti a kényes helyzetet.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A pseudoanaemiákról tartott előadást *Strauss* tanár az imént lefolyt 28. balneologiai congressuson. Kiemelte, hogy mily gyakran tévesztik össze a bőr halványságát a valódi vérszegénységgel és hogy mily gyakori e miatt a hiábavaló vastherapia. A pseudoanaemia főleg vesebajokban, ólommérgezésben stb. fordul elő és angiospasmusos állapotoknak a következménye. Még gyakoriabbak azok az esetek, melyekben tisztán ideges alapon áll fenn a halványság és gyomor-bélbajokkal függ össze. Mindezen esetben a vas hatástalan; fődolog ilyenkor a táplálkozás és az általános erőbeli állapot javitása physikai és diaetás eljárásokkal, a melyek közül a balneotherapia és a hússzegény diaeta nagyon fontos. A gyógyszerek közül az arsen ajánlható. Az előadó végül hangsúlyozza, hogy a chlorosis és anaemia diagnosisát csak a vérvizsgálat végzése után szabad felállitani.

Gyógyszer okozta erythema scarlatiniforme esetét mutatta be *Bergé* a párisi „Société médicale des hopitaux“ február 22.-én tartott ülésén. Az illető férfibetegen syrupus thebaicust és aqua laurocerasit tartalmazó orvosságnak már az első adagja után általános scarlatiniform erythema támadt, a melyet néhány nap mulva nagylemezü hámlás követett. A véletlen szerepe kizárható, a mennyiben a gyógyszerek újból való adása után ismét jelentkezett az erythema. Érdekes volt az esetben az is, hogy az erythema megjelenésével az idült bronchitis tünetei megszüntek.

Az újszülöttek sárgaságának okáról értekezve, *Knöpfelmacher* elveti a Quincke-féle *meconium-felszivódási theoriát* s 43 újszülött máján végzett górcsövi vizsgálatai alapján kizártnak tartja a régi Eppinger-féle elméletet is: az epeutak tölcséres berepedését ugyanis ő sohasem észlelte. Knöpfelmacher szerint az *icterus neonatorum* igen egyszerű mechanikai okból ered: a szülés után fokozott mértékben jelentkező epeelválasztás a lehetőségig kitágítja a finomabb epeutakat, de az epe még igy sem tud mind lefolyni, következésképen bejut a vérpályába és a nyirokrendszerbe. (Bécsi belorvosok társasága.) *Halász Aladár.*

A typhus lefolyása több tekintetben volt eltérő a Bécsben az utóbbi esztendőkben észlelt esetekben. E téren tett tapasztalatairól számolt be *Schlesinger* 155 esete kapcsán a bécsi orvosegyesületnek márczius 22.-én tartott ülésén. Az eseteknek körülbelül egy harmadában hirtelen kezdődött a baj magas lázzal és rázóhideggel. Az ilyen hirtelen kezdet súlyos diagnostikai tévedéseknek lehet az oka, a mennyiben ha a féregnyújtvány táján fájdalmasság is van jelen, appendicitis felvételére és a műtét ajánlására vezethet. A roseola rendszerint nagyon későn, a beteg 3—4. hetében jelentkezett, sőt néha csak a reconvalescentiában; ez utóbbi esetekben gyakori volt a recidiva. A legjobb ápolás ellenére is gyakoriak voltak a genyedő folyamatok a bőrön. Az eseteknek mintegy harmadrészében láttak tachycardiát. Néha a betegségnek egész tartama alatt bradycardiát (70 sőt 60 érverés perczenként) találtak. Egy negyedében az eseteknek székszorulás volt jelen, egy másik negyedében pedig hasmenés; a többi esetben rendes volt a bélürülés. Bélvérzés az eseteknek 17%-ában mutatkozott; ezen eseteknek túlnyomó többsége gyógyulással végződött, a mit az előadó az adrenalin használatának hajlandó tulajdonitani. Hányás 21 esetben volt; egy izben vérhányással kezdődött a typhus. Bélátfuródást következményes hashártyalobbal 3 esetben észlelt, ezek közül 2 gyermekekre vonatkozott. A lép megnagyobbodása nagyon korán volt kimutatható. A szövődmények közül elég gyakran találkozott pneumoniával. A halál csaknem mindig pneumonia folytán következett be. Recidiva 13 esetben volt. A halálozás 14%-ra rugott.

Az előadáshoz füződött vitában *Moszkowicz* szintén hangsúlyozza, hogy a hirtelen kezdődő typhus-esetekben nagyon gyakran nehéz az appendicitistől való megkülönböztetés. E tekintetben nagyon fontos a hasfalak feszültsége a hashártya lobos folyamataiban. Minthogy azonban némelyik ember egyszerűen a vizsgálat okozta ingerre is megfeszíti a hasfalait, Moszkowicz a hasfalreflexek viselkedésére hivja fel a figyelmet. Diffus peritonitis esetén ugyanis teljesen hiányzanak a hasfalreflexek, körülirt hashártyalob esetén pedig csak az illető helyre szoritkozik a reflex hiánya. Ez a tünet csak nagyon ritkán hagy cserben. Egyébként csak a legsúlyosabb appendicitis-esetek adják azt a súlyos betegségbenyomást, a melyet typhusban rendesen látunk; ezek a nagyon súlyos esetek azonban könnyen megkülönböztethetők a typhustól.

Schnitzler a typhus és az appendicitis megkülönböztetése tekintetében nagyon fontosnak tartja a fehérvérsejtek számának viselkedését. Typhusban ugyanis a fehérvérsejtek száma megkevesbedett (leukopenia), a heveny, sürgős műtétet igénylő appendicitisekben ellenben a fehérvérsejtek száma megszaporodott (leukocytosis). Ezzel szemben azonban *Moszkowicz* hangsúlyozza, hogy épen a legsúlyosabb, a sepsises perityphlitis-esetekben többnyire nem találjuk a fehérvérsejtek megszaporodását.

PÁLYÁZATOK.

A pécsi állami gyermekmenhelynél megüresedett **másodorvosi állásra** (1200 korona fizetés, lakás, fütés, világitás és élelmezés) a pályázat **április hó 30.-án** jár le. A kérvények az igazgató-főorvoshoz nyujtandók be.

1152/907. sz.

A nagykállói m. kir. állami elmegyógyintézetben a **másodorvosi állás** megüresedvén, ezen ideiglenes jellegü 2 évi időtartamra szóló, évi 1200 korona fizetéssel, 400 kor. helyi pótlékkal, I-sö osztályú élelmezéssel, természetbeni lakás, fütés és világitással díjazott II-od orvosi állásra a nagymélt. m. kir. B. ü. ministernek f. évi április hó 4.-én 39,131. sz. a. kelt magas rendelete folytán pályázatot hirdetek.

Felhivom azon orvostudor urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. § ában körülirt minősitést igazoló okmányokkal felszerelt s a nagyméltóságú magyar kir. Belügyminister úrhoz intézett folyamodványokat a nagykállói magy. kir. állami elmegyógyintézet igazgatóságához **1907. évi április hó 30.-áig** nyujtsák be.

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

Nagykálló, 1907. április hó 10.-én.

Borosnyói L. Béla dr., igazgató.

Temes-Kutas (Kudricz) hetivásárral biró nagyközségben (Temesmegye) a **körorvosi állás** a volt orvosunk máshol történt megválasztása folytán üresedésbe jövén, választás útján be fog töltetni.

A körorvosnak lakhelye Temes-Kutas német ajkú község. Ezen orvosi

körhöz még három és pedig német, román és szerb ajkú (Nagy-Szredistye, Kis-Szredistye, Markovecz) a lakhelytől 2—3 kilométernyi távolságra fekvő község tartozik. A körnek összes lélekszáma körülbelől 6500. A temes-kutasi községi pénztár által rendesen kiszolgáltatandó évi rendes fizetése 1600 kor., lakbére 400 kor., úti átalánya 400 kor., hússzemle 200 kor., mely szintén 1/4 éves utólagos részletekben a községi pénztárból rendesen fizettetik ki, halottkémlés, oltás, látleletből stb. mintegy 400 kor., mely mellékjövedelemhez a kiterjedt orvosi gyakorlat utáni látogatási dijakat hozzászámítva, összes évi jövedelme körülbelül 5000 kor.-ra rug. A mellékjárandóságok és látogatási dijak esetenként a felek által lesznek fizetve. Látogatási dij az összes községekben nappal 1 kor., éjjel kétszeres, a körén kivül tetszése szerint. Az orvos köteles hetenként egyszer községeiben hivatalosan megjelenni. Nem hivatalos napon a fél maga köteles őt a községbe szállitani, a látogatási dijak azonban mindig csak a fent kitettek. Ezen körben más orvos nincs. Megfelelő lakás kapható. A legközelebbi vasúti állomás Nagy-Szredistye, az orvos lakhelyétől 7 kilométer és Versecz város 14 kilométer távolságra van. A választók kivánják a magyar, német és lehetőleg a román, esetleg szerb nyelv megközelitő ismeretét.

A hivatalos pályázat f. évi április hó 11.-én a „Délmagyarországi Közlöny"-ben Temesvár 1685/907. kig. szám alatt már is közzététetett, mely szerint a szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények **f évi április hó 20.-áig** Csapó Géza verseczi járási főszolgabiró úrhoz nyujtandók be. A választás napja később lesz általa meghatározva.

A pályázó orvos urak kiválóképen felkéretnek, kérvényük beadása vagy ebbeli szándékukról, valamint nyelvismeretük és eddigi gyakorlatukról **alulirottat, esetleg Temes-Kutas község elöljáróságát levéli eg is** értesiteni, kik a helyi viszonyok felől bővebb tájékozást szivesen adnak, az idő rövidsége miatt esetleg táviratilag is.

A választmányi bizottság megbizásából

Török József, Temes-Kutas.

1192/907. sz.

Nyitra vármegye miavai járásához tartozó Krajna, Podkilava, Kosztolna, Hrachovistye, Vagyócz és Visnyó községekből álló Krajna székhelylyel rendszeresitett **körorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Az ezen állásra pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám **f. évi április hó 30.-áig** beterjeszszék.

A körorvos javadalmazása:

1. előzetes havi részletekben fizetendő 1600 korona évi fizetés,
2. negyedévi részletekben fizetendő 224 korona 80 fillér lakbér, s szabályrendeletileg megállapitott látogatási és hullavizsgálati dijak.

A megválasztandó körorvos igényt tarthat kézi gyógyszertárra.

A választás napját a pályázókkal annak idején fogom közölni.

M i a v a, 1907 évi április hó 8.-án.

Filberger Gyula dr., főszolgabiró.

1651/907. sz.

A pozsonyi kerületi betegsegélyző pénztár dévényujfalusi körzetében lemondás folytán **pénztárorvosi állás** jött üresedésbe.

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

A javadalmazás évi 2000 korona kezdő fizetés és 400 korona fuvarátalány. Ezen javadalmazás előleges havi részletekben fizettetik. Felmondási idő kölcsönösen három hónap.

Folyamodások **f. évi április hó 25.-éig** bezárólag terjesztendők be a pénztár elnökségénél (Pozsonyban, Rakovszky-utcza).

A megválasztott az állást legkésőbb f. évi május hó 15.-éig köteles elfoglalni és Dévényujfaluban lakni.

Bővebb felvilágositást Glaser Károly dr. főorvos ad. 2—1

P o z s o n y, 1907. évi április hó 9. én.

Somlyay Lajos, titkár. *Dvorak Károly*, igazgatósági elnök.

A pesti izr. hitközség kórháza **sebészeti osztályán** az al- esetleg a **segédorvosi állás, a szemészeti osztályon az alorvosi állás** megüresedvén, felhivatnak mindazon nőtlen orvostudorok, kik a jelzett állásokra pályázni kivánnak, hogy oklevelükkel és születési bizonyitványukkal felszerelt kérvényüket a pesti izr. hitközség titkári hivatalában (VII., Sip-utcza 12) f. évi **április hó 20.-áig** nyujtsák be.

Az alorvosi állás 800 korona évi fizetés és teljes ellátással, a segédorvosi állás 600 korona évi fizetés és teljes ellátással jár.

B u d a p e s t, 1907. évi április hó 3.-án.

A pesti izr. hitközség elöljársága.

1117/907. sz.

Körmöczbánya szab kir. r.-t. főbányaváros tanácsa ezennel közhirré teszi, hogy a város tulajdonát képező **stubnyafürdői fürdőorvos** a város képviselőtestületének 58/907. számu közgyülési végh határozatával megállapitott, illetve jóváhagyott szerződés alapján egyelőre egy évre megválasztandó és illetve alkalmazandó.

A megválasztandó fürdőorvos 1907. évi május hó 1.-étől szeptember hó 30.-áig feltétlenül Stubnyafürdőben lakni köteles.

A fürdőorvos minden évben, illetve fürdőévadban utólagos havi részletekben folyósitandó 1000 (egyezer) korona tiszteletdijat élvez.

A fürdőorvos ezenkivül mig Stubnyafürdőben lakik, a városi tanács által kijelölendő két bútorozott szoba ingyenes átengedésére tarthat igényt.

A megválasztott fürdőorvos állomását legkésőbb 1907 évi május hó 15.-én elfoglalni köteles.

Egyebekben a fenthivatolt szerződés rendelkezései irányadók.

Pályázóktól megkivántatik, hogy Magyarországon érvényes orvostudori oklevéllel birjanak, a fürdőismében és fürdőgyógyászatban jártasak legyenek és a magyar és német nyelvet szóval és irásban teljesen birják.

A kellően felszerelt és a pályázóknak eddigi alkalmaztatását, nemkülönben nyelvismereteit is kitüntető folyamodványok a város tanácsához **f. évi április hó 30.-áig** annál inkább benyujtandók, mert elkésetten beérkezett, vagy kellően fel nem szerelt kérvények tekintetbe nem vétetnek.

K ö r m ö c z b á n y a, 1907. évi április hó 5.-én.

Palkovics, polgármester.

A magyar kir. vallás- és közoktatásügyi minister úr ő nagyméltósága 1906. évi október hó 5.-én 86,641. sz. alatt kelt magas rendeletével a diósgyőri gyártelepi társláda kórházát, illetőleg annak sebészeti osztályát egy **gyakornok** felvételére jogositotta fel.

Ezen gyakornoki állásra, mely f. évi április hó 1.-én megüresedett, ezennel pályázatot hirdetek.

Az állással szabad lakás, fütés, világitás, élelmezés és havi 66 korona 66 fillér segélydij élvezete van egybekötve.

Felhivom a pályázni szándékozó orvostudor urakat, hogy pályázati kérvényeiket alulirott gyár főnökségéhez (Diósgyőr-Gyártelep) **mielőbb** nyujtsák be.

D i ó s g y ő r, 1907. évi április hó 2.-án.

Diósgyőri m. kir. vas- és acélgyár.

2—1 *Fleischmann*, főfelügyelő, gyárfőnök.

816/907. szám.

A Kispereg és Németpereg községekből álló és lemondás folytán üresedésbe jött **kisperegi körorvosi állás** választás útján leendő betöltésére határidőül **f. évi május 14.-ik napjának d. e. 9 óráját** Kispereg községházához kitüzöm.

A körorvos javadalmazása: évi fizetés 1200 korona, nappali látogatási dij 50 fillér, éjjeli látogatási dij 2 korona és Kispereg község székhelyen teljesitendő halottkémlésért esetenként 50 fillér.

A körorvos folyamodása esetén kézi gyógyszertár tartására is fel lesz jogositva.

Felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a szerint felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a választás napjáig nyujtsák be.

P é c s k a, 1907. évi márczius hó 29.-én.

3—1 *A főszolgabiró.*

HIRDETÉSEK.

A **Bór- és Lithion-tartalmú**

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

NESTLÉ

GYERMEKLISZTJE

csecsemők, lábbadozók, gyomorbajosok részére.

A legjobb alpesi tejet tartalmazza.

Gyermekápolásról ismertető iratokat ingyen küld: NESTLÉ

Bécs, I., Biberstrasse 11.

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország.

Vasút, posta és távíró. Prospektus ingyen a fürdőigazgatóság útján.

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

TELJESEN ÁTALAKITVA.

Új hydro - elektro - mechano - therapeutikai gyógyintézet nagy és modern stilusban: hidegvízgyógymód, villamos fény- és kádfürdők, forró lég- és gőzfürdők, inhalatorium, villamos masszás, napfürdők, gyógytornászat. Világhirű gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, idült székrekedés, aranyér, epekő, elhizás, czukorbetegség, köszvény, torok-, gége- és légcsőhurut ellen. Legerélyesebb gyógyforrások, Karlsbad és Marienbadhoz hasonló. **Uj szálloda** diaetetikus vendéglővel és uj ivóvizvezeték kitünő édesvizzel.

3750

51. évfolyam. 16. szám. *Budapest, 1907. április 21.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Gergő Imre: Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. sz sebészeti klinikájáról. (Igazgató Dollinger Gyula dr. egyetemi ny r. tanár.) A plastikus x-sugaras képek tudományos és gyakorlati értéke. 288. l.

Kentzler Gyula: Közlemény az I. sz. belorvostani klinika laboratoriumából. (Igazgató: Korányi Frigyes dr., ny. r. tanár.) További vizsgálatok az idegen fehérjék faji jellegének elveszéséről. 291. l.

Rotter Henrik: Közlemény a szt. Rókus-kórház szülészeti és nőgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Elischer Gyula dr., tanár.) A Bier-féle kezelés a gynaekologiában. 292. lap.

Szalai Jenő: A hyperaemiás kezelés az általános orvosi gyakorlatban. 294. lap.

Tárcza. Grósz Emil: Az orvosi ethika néhány problemája. 296. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Jancsó Miklós:* Tanulmány a váltóláz parasitáiról. — *P. J. Möbius:* Ueber Robert Schumanns Krankheit. — *Lapszemle. Gyógyszertan. Breteau* és *Woog:* Egyszerű próba a chloroform tisztaságának meghatározására. — *Belorvostan. Blumenthal:* Az atoxyl használatáról. — *Litten:* A contusiós pneumoniáról. — *Gulland:* Anaemia perniciosa. — *Teschemacher:* Polyuria a diabetesben. — *Idegkórtan. Lévi* és *Rotschild:* Pajzsmirigybeli eredetű neurasthenia. — *Babinski:* Chorea gyógyitása. — *Guillain* és *Laroche:* A kénesős reszketésről. — *Sebészet. Sonnenburg:* Enteritis és appendicitis. — *Hoffa:* Az inátültetés értéke. — *Gyermekorvostan. Finkelstein:* Az alimentáris intoxicatioról a csecsemőkorban. — *Húgyszervi betegségek. B. Ullmann:* A juvenilis physiologiás albuminuria. — *Remete J.:* A Freudenberg-féle combinatiós cystoskop. — *Venerás bántalmak. Neisser:* A gonorrhoeának helyi és belső kezelése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Eulenburg:* Vas-arsentherapia. — Az euscopol. — *Keil:* Szer a syphilis gyógyitására. 298—301. l.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 301. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 302. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 303—305. lap.

Melléklet. F. Hoffmann-La Roche et Cie czég „Sirolin“

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.)

A plastikus x-sugaras képek tudományos és gyakorlati értéke.

Irta: *Gergő Imre* dr., műtőorvos.

I. Történelmi rész.

A budapesti kir. Orvosegyesület 1906. évi márczius hó 10.-én tartott IX. rendes tudományos ülésén *Alexander Béla* levelező tag Késmárkról az x-sugaras képeknek olyan sorozatával lepte meg először a tudományos világot, a milyen képek eddigelé még a szakemberek előtt is ismeretlenek voltak a röntgenographia terén. Láttunk akkor a végtagoknak közel minden tájáról (kéz, könyök, váll, láb, térd), de még a mellkasról és koponyáról is készített oly x-sugaras képeket, melyek a csontokat látszólag teljes plastikában tüntették fel, de egyszermind a lágyrészeknek oly detaillirozottságát nyujtották, hogy ennek következtében a legtöbb képen a bőrt, a zsírszövetet, az izmokat és az inakat, a ligamentumokat, sőt helyenként a vérereket is egymástól megkülönböztethettük. De nem pusztán ezt! A lágyrészek detaillirozottságán kivül jól voltak még láthatók a börránczok is, míg a csontok plastikus rajzán kivül a bemutatott képek még a csontok szöveti szerkezetét, a csontok belsejében levő gerendázatot, sőt helyenként még ennek plastikáját is teljes tüzetességgel mutatták. E képek szépsége felett egyöntetű volt a birálat: csodáltuk mindannyian ezen x sugaras képeknek gyönyörű plastikáját; kétely eme képeknek reális, igaz volta felett, avagy tudományos értéküket illetőleg még a szakemberek ajkáról sem hangzott el.

Alexander képeinek bemutatásával két új igazságot óhajtott az x-sugaras tudományok terén megismertetni: 1. hogy helytelen az „árnykép“ elnevezés az x sugaras képekre, minthogy ezek — mint a bemutatott képek igazolják — plastikát is rejtenek magukban s művi eljárással az eredeti x-sugaras felvétel plastikája csak még jobban hámozható ki; és 2. hogy a csontplastika ezen kihámozása kapcsán a lágy szövetek is élesebben különíthetők el egymástól.

Egyéb tudományos következtetést képeiből nem vont; módszerét *Alexander* nem ismertette, mivel akkor, saját szavait idézve, „vizsgálatainak még csak az elején“ volt.

* * *

1906 április 1.-én és 2.-án tartotta a német Röntgentársaság Berlinben II. congressusát. A gyülés második napján *Alexander* szintén bemutatta plastikus x-sugaras képeit. Ismét általános volt a bámulat a képek szépsége felett. *R. Grashey* (München) a képeket igy jellemzi:

„Aufsehen erregten die von Herrn *Alexander* (Késmárk) vorgezeigten plastischen Röntgenbilder. Die Bilder sehen aus, als hätte ein Künstler Schlagschatten der Knochen in die Kopien eingezeichnet, wodurch dieselben plastisch hervortreten würden. Verf. erreicht dies jedoch angeblich ohne Retouche. Das Geheimniss liess er sich leider noch nicht entlocken“. Másutt meg: „Die Bilder bestechen durch ihren hohen künstlerischen Effekt“. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1906. 16. szám.)

H. Wohlgemuth (Berlin), a Zentralblatt f. Chirurgie referense Alexander képeiről a következőkép nyilatkozott: „Unter den Vorträgen war höchst interessant eine Demonstration von plastischen Röntgenbildern des Herrn *Alexander* (Késmárk), auf denen im einzelnen Bilde Knochen und Fremdkörper plastisch und mit Schlagschatten bei deutlichster Struktur sichtbar waren. Der Vortragende war jedoch nicht bereit, seine Methode zu verraten“. (Zentralblatt f. Chirurgie, 1906. 18. szám.)

Folytatnám tovább a kritikák sorozatát, de azt hiszem felesleges. Az tény, és ez az összes tudósítók referatumában kifejezést is nyert, hogy a congressuson bemutatott képeknek plasticitását és művészi szépségét a *congressus elismerte*, azt kétségbe nem vonta senki.

* * *

És most megindult a német röntgenologusok között a mozgalom az *Alexander* féle képek titkának felderítésére és ezzel kapcsolatban felmerült a kérdés a plastikus képek tudományos és gyakorlati értékét illetöleg.

Mint első *G. Schellenberg* (Beelitz i. M.) próbálkozik a titok felderítésével a Deutsche med. Wochenschrift 1906. évi 19. számában (megjelent 1906 május 10.-én). *Schellenberg* fényképészi tapasztalatokból kiindulva óhajtotta e kérdést megfejteni, és ezen czélból a következöleg járt el. Az első, szóval a felvételi lemezről (negativ lemez) diapositiv lemezt készített és ez utóbbiról ismét egy negativ lemezt állított elő. A diapositiv és 2. negativ lemezt Schellenberg azután vízfürdőben a *gelatinás oldallal* légbuborékok kizárásával egymáshoz illesztette, azután egymás felett kisebb-nagyobb fokban az elérendő plastikus hatás (effectus) czéljának megfelőleg harántul eltolta, majd megszárította és bromezüstpapirosra kopirozta. Minthogy azonban kópiái így elég élesek nem voltak — hisz vastag üvegréteg feküdt a lemezek gelatinás rétege és a bromezüstpapirosok fényérzékeny rétege között —, megkisérlette az üveglemezek hátrányait filmek használatával kiiktatni. Az eredmény valamivel jobb volt, de a filmek megerősítése a felvételi lemezeken több nehézségbe ütközött. Így azután *Schellenberg* levonható lemezeket ajánlott

Végleges itéletet Schellenberg az eljárásról nem mondott, csak kiemelte, hogy az eljárást durvább csontelváltozások kimutatására czélszerűnek tartja. („Die nach diesem Verfahren hergestellten, plastisch wirkenden Aufnahmen, haben sich uns bisher bei Knochenaufnahmen, soweit gröbere Veränderungen vorlagen, durchaus zweckmässig gezeigt. Über feinere Veränderungen an den Knochen, kleine Fissuren etc. haben wir uns bisher noch kein Urteil bilden können, da uns keine diesbezüglichen Fälle zur Verfügung standen. . . . Jedoch müssen erst noch weitere Versuche angestellt werden, ehe ein endgültiges Urteil abgegeben werden kann.“)

Schellenberg említett czikkéhez egy kézfelvétel kópiáját is mellékelte, mely módszere szerint készült. (L. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1906. 16. sz.-nak 765. oldalán.) Ezen reproductio elég rossz, minden, csak nem plastikus, csontstructurát pedig — jóllehet csak az ujjakat reprodukálja a kéztő nélkül — sehol sem mutat.

És daczára ennek a rossz plastikai példánynak és jóllehet *Schellenberg* maga is beismerte, hogy eljárásában nem *Alexander* módszerét nyujtja, hanem csak *próbálkozik* plastikusnak látszó x-sugaras képeket létrehozni: a *Schellenberg* czikke alapján megejtett kutatás és az ezen közlemény után megjelent irodalom a legújabb időkig is ezen ismertetés hatása alatt áll. A következőkben szereplő szerzők mind, kivétel nélkül, *Schellenberg* módszere szerint, csak lényegtelen eltérésekkel és módosításokkal igyekeztek plastikus x-sugaras képeket előállítani, azon végzetes hibával, hogy nem ismerve még *Alexander* módszerét, ezt minden kritika nélkül *Schellenberg* módszerével azonosították és így vice versa *Schellenberg* módszerének minden hibáját a nem is ismert *Alexander*-féle módszer hibájaként rótták fel. Szinte páratlan és a maga nemében classikus példa az irodalomban, mint szülemlenek meg a legferdébb vélemények egy-egy tudományos igazságról, ha hiányzik ennek az elbirálásához a minden tudományos kritika sarkkövét tevő legteljesebb objectivitás. De lássuk tovább az irodalmi közleményeket!

Schellenberg után, néhány héttel később, *Albers-Schönberg* (Hamburg) nyilatkozott az Alexander-féle plastikus képekről ugyancsak a Deutsche medizin. Wochenschriftben, ennek junius 7.-én kiadott 23. számában. Közleményében *Albers-Schönberg* mint első kezdte a tévedések kolportálását: *Schellenberg* eljárását fentartás nélkül *Alexander* eljárásával azonosította, annak ellenére, hogy még nem is ismerte *Alexander* módszerét, illetőleg ezen módszer kivitelét. („Es ist *Schellenberg* gelungen, das sorgfältig gehütete Geheimniss der Herstellung dieser Art von Röntgenbildern aufzudecken . . . .“ sőt a kettőt egyenértékünek is mondta „ . . . . Metode . . . ., mittels welcher man den Alexander'schen Bildern gleichwertige Röntgenogramme mit plastischer Wirkung herstellen kann.“) *Albers-Schönberg*-nek, a kiváló röntgenologusnak tévedése annál feltünőbb, mivel ellenére annak, hogy láthatta *Alexander* képeinek mesteri structur-rajzait, a *Schellenberg*-féle elmosódott structur-rajzolat nyomán még ilyen téves állításra is ragadtatta el magát: „Alle Aufnahmen, bei welchen es auf *exakte Structurzeichnung* ankommt, sind für die Methode der plastischen Darstellung ungeeignet, da die Structurschärfe auf den plastischen Bildern vollständig verschwindet.“ Azoknak, kik ismerik az *Alexander*-féle képek exact, remek strukturrajzát, ezen idézet helytelenségét bizonyítanom nem kell; egy igazi *Alexander*-féle kép egyszerű megtekintése is meggyőz *Albers Schönberg* nagy tévedéséről. *Albers-Schönberg* kiindult a *Schellenberg*-féle képekből és ezeknek fogyatékosságát egyszerüen reáruházta *Alexander*-nek, vagyis a plastikus x-sugaras ábrázolásnak módszerére.

Nem akarok azonban *Albers Schönberg*-hez, helyesebben *Schellenberg*-hez igazságtalan lenni és megemlítek egy mondatot azon dicséretből is, melylyel *Albers Schönberg* a *Schellenberg*-féle eljárást elhalmozta. „Das Verfahren eignet sich besonders gut für die Darstellung von Fremdkörpern, ferner von solchen Knochenbildern, welche starke Kontraste zeigen.“ És ha az iménti fogyatékosságot egészen *Schellenberg* módszerének tulajdonítottam, úgy ezen dicséretből is *Alexander* számára nem fogadhatok el semmit, hisz nem illeti. De így is kérdéses marad a fenti dicséret igazsága!

Czikkében *Albers-Schönberg* még megemlítette, hogy kisérletet tett a *Schellenberg*-féle eljárás tökéletesítésére. Ezen czélból a negativ és diapositiv lemezt némi eltolással összeillesztette, a lemezeket vetítő-készülékbe helyezte és az így keletkezett, plastikusnak nevezett képet nagyítva fényérzékeny papirosra vetítette. Hasonló módon *Albers-Schönberg* plastikusan ható x-sugaras képeket projectiós czélokra is állított elő, egyszerüen úgy, hogy az eltolt lemezek képét fényérzékeny papiros helyett diapositiv lemezekre vetítette. Ily diapositiveknek egy sorozatát *Albers-Schönberg* a hamburgi orvosegyesület május 29.-i gyülésén be is mutatta. *Albers-Schönberg* ezen alkalommal is kiemelte, hogy a módszer technikája folytán a structura élessége elvész, így tehát az eljárás finom structur-detaillirozásra alkalmatlan; de bizonyos értéket az eljárásnak már akkor is tulajdonított, tanítási czélból, valamint a reproductiós technika szempontjából. („Für Lehrzwecke, sowie für die Reproductionstechnik dürfte der Methode ein gewisser Wert nicht abzusprechen sein.“ (Lásd Münch. med. Wochenschrift 1906. 24. szám, 1186. oldalon, Bericht über die Sitzung des Ärztlichen Vereines in Hamburg, am 29. Mai, 1906. Von Jaffé, Hamburg.)

A következő szerző, ki ez irányú kisérleteiről beszámolt, *R. Lewisohn* (Heidelberg), a *Czerny*-klinikának assistense. *Lewisohn* czikke ugyancsak a Deutsche mediz. Wochenschriftben jelent meg, ennek junius 28.-án kiadott 26. számában. Ezen szerző már nem mulaszthatja el, hogy figyelmünket magára ne irányítsa, mint a ki *Albers-Schönberg* módszerét már *Albers-Schönberg* előtt is próbálgatta; de minthogy ezen képek kontrast-gazdagságával meg nem elégedett, időközben egy lépéssel tovább haladt és így oda a prioritása! Módszere különben a következő: a projectiós-készülékbe helyezett negativot + eltolt diapositivot (azaz a *Schellenberg* találta plastikus képet) egy újabb diapositiv lemezre vetítette; erről ismét egy negativot készített és csak ezt használta kopirozásra. Szóval: ismét jóval komplikálták *Schellenberg*-nek eredetileg egyszerű módszerét!

Itéletében az eljárás értéke felett *Lewisohn* tartózkodóbb az elődeinél. Kiemeli, hogy *Alexander* módszere felett itéletet csak bizonyos fenntartással mondhat, mivel nem tudja, azonos-e *Alexander* módszere *Schellenberg* eljárásával. Ha igen, úgy az ilyenfajta plastikus képek (értsd *Schellenberg*-félék), mivel ezek absolute subjectiv módszer szüleményei („Die Methode wird *deswegen* kaum Bürgerrecht in der Röntgenographie erhalten, weil sie eine absolut subjektive Methode ist, die man in gewissem Sinne wohl als eine hübsche Selbsttäuschung bezeichnen kann . . . .“), haladást jelenthetnek a Röntgen-technika szempontjából, de semmi esetre sem a Röntgen-diagnostika terén. („Dass die Bilder, die man bekommt, sehr hübsch sind, ist ja nicht zu leugnen, und es bleibt *Alexander*'s Verdienst, solche Bilder (? szerző) zuerst angefertigt zu haben. Dass unsere Diagnostik dadurch gefördert werden wird, erscheint mehr als zweifelhaft“ Másutt meg: „ Trotzdem glaube ich mein Urteil dahin zusammenfassen zu dürfen, dass die plastischen Röntgenbilder zwar ein auf den ersten Blick frappierendes

technisches Kunststück darstellen, dass sie aber vorläufig keinen wirklichen Fortschritt für die Röntgendiagnostik bedeuten".)

Lewisohn is, épen úgy mint *Schellenberg*, compressiós blendével felvett csonka kézképet mellékelt czikkéhez, mely ugyan jobb *Schellenberg* képénél, némi plastikus benyomást is kelt, structurát is mutat; azonban plastikája, mint a szerző maga is beismeri, hamis, a csontképek, főleg a carpuson, nem elég élesek, a lágyrészek differenciáltsága teljesen hiányzik, s mi több, a kép hüvelykujji oldalán még a bőrkontur sem látszik.

Szóval a mellékelt kép minden egyéb, csak nem *Alexander*-féle x sugaras kép!

Az *Alexander*-képek körül kifejlődött irodalmi vitában — a chronologikus sorrend szem előtt tartásával most — *M. Cohn* (Berlin) egy közleménye jelent meg, 1906. julius 12.-én, a Deutsche med. Wochenschrift 28. számában.

Cohn megemlíti, hogy a Berliner Röntgen-Vereinigung 1906 junius 15.-i ülésén *Horn*, a *Reiniger, Gebbert* és *Schall* czég alkalmazottja, *saját* módszerét ajánlotta plastikus x-sugaras képek gyártására, mint legegyszerűbbet. Ezen *Horn*-féle módszer pedig nem áll másból, mint hogy *Schellenberg*-hez hasonlóan a negativról *Horn* is diapositivot készített, de a negativ és diapositiv lemezt nem gelatina-rétegükkel, hanem üveglapjukkal fekteti egymásra és így tolja el a lemezeket. A plastikus hatás így szebb, másolórámában most könnyen készíthető egy a negativ lemez gelatina-rétegére fektetett III. lemezről az ú. n. plastikus lemez, a melyről azután egyszerű módon és tetszésszerinti számban állíthatók elő a plastikus kópiák.

Horn eljárásának mi tehát a lényege? Az, hogy a *Schellenberg*-féle eljárás módosításával (a negativ és diapositiv lemezek nem gelatinrétegükkel, hanem üveglapjukkal fekszenek egymáson és így tolatnak el) egy harmadik lemezt úgy állít elő, hogy az eltolt diapositiv lemezzel a negativ lemezre árnyékot (Schlagschatten) vetít. Ennek folytán plastikus hatása annál erősebb, minél kifejezettebbek az eltolt képek csontkonturjai.

Kisérletet tettem magam is úgy a *Schellenberg*-, mint a *Horn*-féle eljárással; az ilyen *Horn*-féle képek plastikája, minden hamisságuk ellenére, valóban sokkal feltünőbb, mint a *Schellenberg* féle képeké és értem teljesen azon lelkesedést, melylyel az *Alexander*-képek titkát kutató és imént említett szerző, *Max Cohn*, ezen képeket, nem törődve plastikájuk hamis voltával, azonnal felkarolta. „Jeder, der die *Alexander*'schen und die *Horn*'schen Bilder sah, wird zugeben, dass diese plastischen Röntgenphotographien das ästhetisch empfindende Auge entzücken müssen". Ilyen és hasonló kijelentéseket tesz *Cohn* czikkében.

Cohn beszámol még arról, hogy a *Horn*-féle eljárást diagnostikai téren próbálta értékesíteni; látta is hasznát kéztőtuberculosisban, mivel tapasztalatai szerint azon csont, mely éles konturt nem mutat, a plastikusan ható Röntgen-fényképen ezt jobban árulja el. „Die Kontraste verstärken sich", mondja a szerző. Végül még némi szemrehányással illeti *Lewisohn*-t, hogy czikkében nem emelte ki a plastikus képeknek előnyét még egy más téren is, t. i. a Röntgen-képek reproductioja terén.

„Es wundert mich aber, dass *Lewisohn* ein anderer Vorteil, der nicht auf diagnotischem Gebiete liegt, entgangen ist. Er möge die Wiedergabe seiner Röntgenphotographie mit früheren in der Deutschen medizin. Wochenschrift vergleichen. Mit Ausnahme der allen Ansprüchen genügenden Tafeln der Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, die durch die Neue Photografische Gesellschaft besorgt werden, war die Wiedergabe einer Röntgenplatte in allen medizinischen Fachblättern bisher eine sehr problematische Erläuterung des Textes. Ich erinnere mich häufiger Fälle, wo nichts weiter als ein schwarzer Fleck zu sehen war". Továbbá: „Die plastische Röntgenphotographie ist ohne Zweifel berufen, die bildliche Wiedergabe von Röntgenogrammen ganz erheblich zu verbessern".

A plastikus képeknek egy másik hasznát a didaktikai téren ismerte fel *Cohn*. A demonstratiók legjobb segédeszközének nevezte („Für den Beschauer das beste Demonstrationsmittel") és nem kételkedik, hogy az újabb tájboncztani atlaszok nagy előnynyel fogják ezen plastikus x-sugaras képeket értékesíteni. („Ich zweifle auch nicht, dass man bei einer neuen Herausgabe eines Atlas der normalen Topographie sich vorteilhafterweise der plastischen Photographie bedienen wird".)

Az imént említett szerzőnek, *Cohn*-nak czikkével majdnem egy időben: a Münchener medizin. Wochenschrift-nek 1906 julius 31.-én kiadott 31. számában, ugyancsak egy közlemény jelent meg a plastikus x-sugaras képekről, a melynek szerzője *Albert E. Stein*, wiesbadeni orthopaed sebész volt. *Stein* ezen közleményében áttekintést nyujt *Schellenberg, Albers-Schönberg, Lewisohn* módszereiről és miután azt találja, hogy a két utóbbi szerzőnek eljárása csak felesleges complicatioja *Schellenberg* eljárásának, ez utóbbit fogadja el kiindulópontul és kisérletezik a *Schellenberg*-féle módszer technikájának egyszerűsítésén. Ajánlja saját módosítását: az eredeti negativról diapositivot (kontaktkópiát) készít (lehetőleg *Schäuffellen*-féle negativbromezüstpapiroson, de szükség esetén egyéb papirosok — aristo, celloidin stb. — is jók, csak túlvastagok ne legyenek!); a papirdiapositivot szárítás után hátlapján ricinusolaj és alkohol keverékével (arány 1 : 2) bekeni, a mire az átlátszóvá lesz: ha diapositivja újból megszáradt, összefekteti az eredeti negativval (a réteges oldalakkal egymás felé) a szükséges eltolás mellett a másoló rámában, és befedi fényérzékeny papirossal. A kópia, melyet nyer, már a kész plastikus x-sugaras kép.

Stein szerint ily eljárás mellett sem lemezek, sem nagyítás, sem kicsinyítés nem kellenek és az eredmény mégis a legjobb. Czikkéhez egy lábszártörés plastikus képét mellékelte: a képen kellő fedés, kellő kontrast nincsen, structura sincs sehol, lágyrészdifferenciálásnak semmi nyoma, mégis egészben véve ezen kópia (l. Münchener mediz. Wochenschrift, 1906 31. szám, 1530. l.) a legjobb az összes reprodukált *Schellenberg*-féle plastikus képek közül.

Stein is ezen, alapjában *Schellenberg* módszere szerint készült képeket azonosította *Alexander* képeivel: „hat nun *Schellenberg* den Schleier des Geheimnisses gelüftet . . . ." Elnevezi „hübsche und interessante Neuerung"-nak, melynek praktikus jelentőségét azonban túlbecsülnünk nem szabad; főleg a diagnostikában óvakodjunk durva tévedésektől a módszer alkalmazása mellett.

De találkozott más szerző is, ki a *Schellenberg*-féle eljárást egyszerűsíteni óhajtotta. *W. Hesekiel* (Berlin, l. Münchener med. Wochenschrift, 1906 augusztus 28. 35. szám) helyesnek találta *Stein* módosítását, és még egyszerűbbé tette az által, hogy diapositivok előállítására ú. n. levonható bromezüstpapirost használt. Itt a papirost külön transparenssé tennünk nem kell, miután a papiros megszáradása után a teljesen transparens képfelület könnyen lehúzható a papirosról. Eljárásának többi szaka egyezik *Stein* eljárásával. Képet közleményéhez nem mellékelt.

Eddig a német szerzők.

Röviddel az első német közleménynek, *Schellenberg* czikkének megjelenése után, nálunk is folytak kisérletek plastikus x-sugaras képek előállítására.

A budapesti kir. Orvosegyesület 1906. évi május hó 19.-én tartott XVII. rendes tud. ülésén *Elischer* és *Kelen* adták közre tapasztalataikat a plastikus x-sugaras képekről. *Schellenberg* módszere szerint jártak el, azaz a diapositivot és negativot eltolás mellett egymásra kopirozták, hasonlóan a fentebb említett német szerzőkhöz. Ily eljárás mellett készített képeiket be is mutatták (l. a budapesti kir. Orvosegyesület 1906. évi évkönyvének 99. lapján), és azokat „tisztán photographiai műtermékek"-nek nevezték, nagyon helyesen, mivel eljárásuk, melynek *Alexander* plastikus eljárásához, mint látni fogjuk, semmi köze sincsen, a röntgenographiával semmiképen össze nem függ, egyáltalában semmi egyéb, mint hamis eredményt adó fényképezési művelet. Az általános felfogás azonban ezen bemutatott képek és *Alexander* képei között nem distingvált, minek folytán az e képekről mondott súlyos ítéletet *Alexander*-nek plastikus képeire is átvitte.

* * *

A plastikus x-sugarak képek történetében most új szakhoz értünk. Eddigelé *Alexander* plastikus képeinek titkát még nem ismerték, csak igyekeztek azt valamiképen megfejteni — eredménytelenül. A német *Schellenberg* pseudoplastikus képei kisértettek mindenfelé, ezen szerzőnek eljárását hol komplikálni *(Albers-Schön-*

berg, Lewisohn), hol egyszerűsíteni *(Cohn, Stein, Hesekiel)* igyekeztek, a nélkül, hogy a módszer folytonos javításával, a mi még prioritási vitatkozásra is adott alkalmat, czélt értek volna.

Ekkor jelent meg *Alexander* közleménye a Gyógyászat mult évi 25.—28. számaiban (junius 24.-étől julius 15.-éig), melyben először fedi fel plastikus x-sugaras képeinek titkát, röviddel reá pedig a Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen X. kötetének 1. füzetében (kiadatott 1906 julius 24.-én) németül is ismertette eljárását. A módszer részletes ismertetésére alább térek vissza.

Alexander közlése nyomán mintha egyszeriben elvágták volna a kérdés irodalmi fonalát. Német közlemény a tárgyról többé nem jelent meg, mivel *R. Stegmann* (Wien) czikkét a Fortschritte auf dem Gebiete d. Röntgenstrahlen X. kötet 2. füzetében (kiadatott 1906 szeptember 13.-án) egy újabb prioritási vitánál egyébnek nem tekinthetjük; *Stegmann* ugyanis az említett közleményben kifejti, hogy *Schellenberg* módszerét ezen szerzőtől függetlenül már 2 év előtt gyakorolta a bécsi Rudolfinerhausban, de azután elhagyta, a mint azt a berlini Röntgen-congressuson *Alexander* bemutatása után is néhány szóval jelezte. És így *Stegmann* szerint helytelen *Albers-Schönberg*-nek azon állítása, „dass es *Schellenberg* gelungen sei, das Geheimnis Alexander's aufzudecken"; *Schellenberg* eljárásának *Stegmann* az atyja, igaz hogy nem kopirozta a negativot + diapositivot, hanem eltolás mellett csak szemlélgette a lemezeket a demonstráló szekrényben.

Alexander eljárásának ismertetése után az egyedüli nagyobb közlemény e tárgyról magyar nyelven jelent meg, az Orvosi Hetilap mult évi szeptember 30.-án kiadott 39. számában. Czíme: A plastikus x-sugaras képekről, szerzői *ifj. Elischer Gyula* dr. és *Kelen Béla* dr.

Ezen közlemény lényegében *Elischer* és *Kelen* azon nézeteit adja vissza, melyeket bemutatásuk alkalmával hangoztattak és a melyekről fentebb már említést tettem.

(Folytatása következik.)

Közlemény az I. sz. belorvostani klinika laboratoriumából. (Igazgató: Korányi Frigyes dr., ny. r. tanár.)

További vizsgálatok az idegen fehérjék faji jellegének elveszéséről.

Irta: *Kentzler Gyula* dr., I. belklinikai gyakornok.

Vizsgálataimmal, melyeket a sósavnak a gyomoremésztésbeli szereplése megvilágítása czéljából végeztem, kimutattam, hogy a sósav azonfelül, hogy az emésztésben a pepsin működését hatásossá teszi, fontos szerepet játszik, azért is, mert a gyomorba bejutott idegen fehérjeanyagokat faji jellegüktől megfosztja, és így egyike azon tényezőknek, a melyek a szervezetet bizonyos tekintetben az idegen fehérjék káros hatásától megvédik.

A sósavnak ez a szerepe a szervezetre rendkivül fontos, és pedig azért, mert az idegen fehérjék bizonyos körülmények között sejtméregképen hathatnak a szervezetre. Hogy ez csakugyan így van, az idegen vérre magam mutattam ki, a mikor a szervezetbe faji jellegükben (subcutan injectio alakjában) bejutott idegen vérsejtek feloldatásuk után a gerinczvelő motoricus sejtjeit támadták meg és tették tönkre; ezt bizonyítják Salli kisérleti adatai is, melyek szerint idegen vérsavó befecskendezése után a vese parenchymája ment tönkre épen úgy, mint a hogy a vese parenchymájának bántalmazottsága állott be akkor is, ha mint Bierry és Pettit vizsgálatai bizonyítják, szöveti sejtekből származó nucleoproteidek vitettek be a kisérleti állatok szervezetébe. Ezenkivül egy egész sereg vizsgálat szól a mellett, hogy a befecskendezett idegen fehérjék lokális nekrosisokat hoznak létre (H. Pfeiffer, R. M. Pearce) és így érthető Hamburger és mások, így I. Bauer állásfoglalása, a kik az idegen fehérjéket az elfogadó szervezetre méreg gyanánt tüntetik fel.

A mint a kémlőcsőben végzett vizsgálataimmal kimutattam, a sósav ezen méregmegkötő képessége oly alakban nyilvánul meg, hogy a táplálékkal felvett idegen fehérjéknek faji jellegét még az igen érzékeny specifikus praecipitinreactioval sem lehet többé kimutatni.

Hogy a szervezeten belül milyen a jelentősége a sósav ezen szerepének, arról embereken végzett kisérletekkel igyekeztem tájékozódni. A vizsgált egyének különböző mennyiségű tejet ittak. Ezután serumukban praecipitinreactioval kerestem a tehéntej faji jellegét. A betegek legnagyobb részében semmiféle gyomorzavar sem állott fenn; egyes kivételekben azonban részben functionális, részben organikus gyomorbetegség is volt jelen. A betegek a megfelelő tejmennyiséget rendesen több napon át rendszeresen vették egyéb táplálék mellett és csak néhány nap mulva, rendesen nagyobb mennyiségű tejfelvétel után (0·3—0·5 liter) 2—3 órával, a délelőtti órákban, midőn a vizsgálat napján a betegek a tejen kivül más táplálékot még nem vettek, végeztem a vérvizsgálatokat olyan czélból, hogy a vérben a tejet, ha lehet, faji jellegét megtartva, kimutathassam.

Vizsgálati eljárásom ugyanolyan volt, mint a milyet előbbi vizsgálataimban használtam; azaz a tejnek a vérsavóban való kimutatására erősen ható (1 : 32,000 higításban is kifejezett praecipitinreactiót feltüntető) specifikus, tehéntejet praecipitáló nyúlsavót használtam fel. A beteg vérsavóját rendesen 1 : 20, 1 : 50, 1 : 100 higításban tettem ki a serum hatásának és így, ha csak minimális mennyiségű tej jutott volna is be faji jellegét megtartva a keringésbe, ezen vizsgálati berendezés által okvetlenül kimutathattam volna. Így tehát vizsgálati eljárásom abból állott, hogy a vizsgálandó savóból 20—50—100-szoros higítást készítettem. Ennek 1 cm^3-nyi mennyiségéhez, épen úgy mint előbbi kisérletemben, 10%-os hatósavónak 5—5 cseppjét adtam, mely mennyiség tej jelenlétében, még ha igen minimális mennyiségben volt is jelen, erős csapadékot birt létrehozni.

A vizsgált vérsavókban erős reactiót — mely nagyobb csapadék képződésében nyilvánult volna meg — egy esetben sem találtam. Kis zavarodást feltüntető reactio összesen 6 esetben mutatkozott, és pedig egy chronikus gyomorhurut, egy influenza, egy hysteriás dyspepsia és 3 tuberculosis-esetben. Ezek közül a gyomorhurutos napjában 1·5, az influenzás 0·5, a hysteriás 1·25, az egyik tuberculosus 2·5, a másik kettő napjában 2·0 liter tejet vett magához. A többinél a kisérletek negativ eredménynyel végződtek, praecipitinreactio nem állott be.

Könnyebb áttekinthetőség kedvéért táblázatba állítottam össze a vizsgált eseteket. (Lásd a túloldali táblázatot.)

A vizsgálatokból tehát első sorban az derült ki, hogy a szervezetbe felvett idegen fehérje a gyomron át már nem eredeti faji jellegében, hanem megváltozott alakban vétetik fel és így faji jellegében a vérsavóban már nem is mutatható ki, oly időben sem, midőn — a felszívódási időben — különben, ha jelen volna, okvetlenül ki volna mutatható.

A betegek közül 32 egy liternél több tejet fogyasztott naponta és ezek közül 4 esetben volt a savónak kisfokú megzavarodása észlelhető. A többi 29 esetből 2 beteg vérsavójában volt kisfokban a tej faji jellegében kimutatható, ezek 0·50 liter tejet fogyasztottak naponta; és így annak, hogy a beteg több vagy kevesebb tejet vett fel, a reactio beállására alig mutatható ki nagyobb hatása. Legfeljebb az látható, hogy azoknál, kik több tejet fogyasztottak, a reactio valamivel gyakrabban jött létre, de nem olyan gyakran, hogy abból a tejfogyasztásnak ily határok közt való ingadozása mellett továbbmenő következtetéseket vonhatnánk.

A reactiót mutató esetek közül egyben chronikus gyomorhurut, a hysteriásnál nervosus dyspepsia és hányás, az influenzásnál és 2 tuberculosisos betegnél szintén dyspepsiás zavarok voltak jelen, a mely esetekben tehát a gyomor secretorius viszonyainak bizonyos megváltozását kellett feltételeznünk és így lehet, hogy ez utóbbi körülmény játszott szerepet abban, hogy a felvett tejnek mindenesetre csak igen kis mennyisége faji jellegét megtartva jutott a vérkeringésbe. Csekély fokú dyspepsiás zavarok azonban több betegen voltak észlelhetők, így 4 vitium cordis, egy ectasia ventriculi, egy pancreatitis interstitialis, egy nephritis esetében, a melyekben ennek ellenére semmi reactio sem jött létre. Az igaz, hogy ezek a betegek kevés tejet vettek fel, de a negativ reactio azt mutatta, hogy ezen tejmennyiség a gyomorzavarok ellenére a gyomorbélhuzamban faji jellegét tökéletesen elveszítette, a mi az említett előbbi kisérleteim szerint csak úgy képzelhető, hogy a gyomorban elválasztott, bár csökkent mennyiségű sósav képes volt a felvett tejet faji jellegétől megfosztani.

A betegség neme	Felvett tej mennyisége	Vizsgálati eredmény
Tuberculosis pulmonis	1·50	semmi reactio
„ „	1·50	„ „
„ „	1·50	„ „
„ „	2·0	kis zavarodás
„ „	0·50	semmi reactio
„ „	2·0	kis zavarodás
„ „	1·50	semmi reactio
„ „	3·50	„ „
„ „	3·50	„ „
„ „	1·50	„ „
„ „	2·50	kis zavarodás
Influenza	0·50	„ „
Typhus abdominalis	1·0	semmi reactio
Tonsillitis follicularis	1·50	„ „
Lymphomata colli	1·0	„ „
Asthma bronchiale	0·50	„ „
Insufficientia bicuspidalis	0·50	„ „
„ „	1·0	„ „
„ „	0·50	„ „
„ „	1·0	„ „
„ „ incompens.	0·50	„ „
„ „ „	0·50	„ „
„ „ „	1·20	„ „
Stenos. ost.-ven. sin.	0·75	„ „
Aneurysma aortae	0·25	„ „
Hepatitis chronica	2·0	„ „
„ „	1·50	„ „
„ „	1·0	„ „
Cholangitis	1·50	„ „
Cholelithiasis	1·0	„ „
Carc. cyst. felleae	0·50	„ „
Hernia epigastrica	1·25	„ „
Tumor lienis malar. chron.	0·75	„ „
Cat. ventriculi chron.	1·50	kis zavarodás
Ectasia ventriculi	1·0	semmi reactio
Ulcus ventriculi	0 50	„ „
„ „	0·70	„ „
„ „	1·0	„ „
„ „	1·0	„ „
Colitis chronica	0·50	„ „
Diabetes mellitus	0·50	„ „
Pancreatitis, diabetes mellitus	0·25	„ „
Tuberculosis renis	0 80	„ „
Nephritis chronica	0·25	„ „
„ „	1·20	„ „
Hydronephrosis	0·25	„ „
Cystitis tuberculosa	0·50	„ „
Cysta ovarii	0·50	„ „
„ „	2·0	„ „
Thrombophlebitis	1·0	„ „
Hysteria	1·25	kis zavarodás
„	0·50	semmi reactio
„	1·0	„ „
„	0·50	„ „
Morbus Basedowi	0 80	„ „
Myxoedema	0·50	„ „
Hemiathetosis	1·0	„ „
Acromegalia	0·75	„ „
Hemiplegia	0·50	„ „
Tabes dorsalis	0·75	„ „
Polycythaemia	0·50	„ „

Kiemelendő a vizsgált esetek közül az említett pancreatitis interstitialis eset, a melyet Bencze dr. dolgozott fel és fog legközelebb részletesen ismertetni. Ebben a pankreasműködés mindennemü és látszólag teljes felfüggesztése volt megállapítható és a pankreasemésztés kiesésének ellenére a felszívódott tej faji jellegétől megfosztva jutott a keringésbe.

Közlemény a szt. Rókus-kórház szülészeti és nőgyógyászati osztályáról. (Főorvos: Elischer Gyula dr., tanár.)

A Bier-féle kezelés a gynaekologiában.

Irta: *Rotter Henrik* dr. alorvos.

(Vége.)

Kezelés tárgyai voltak: metritisek, endometritisek, erosiók, adnextumorok, dysmenorrhoeák, hyperanteflexiók, műtét utáni csonkexsudatumok, parametranexsudatumok.

Minden egyes csoportról külön-külön fogok referálni. Általánosságban csak annyit jegyzek meg, hogy a Bier-féle hyperaemiás kezelés alatt semmi más therapiás beavatkozás, forró vagy antiseptikus irrigatiók, tamponade, fürdők, fektetések igénybe nem vétettek, a betegek legnagyobb része ambulanter kezeltetett, úgy hogy az elért eredmény véleményem szerint egyedül a Bier-kezelés javára irandó.

Metritisek, endometritisek, erosiók egy csoportban tárgyalandók, mert együttesen fordulnak elő. 21 ilyen esetet kezeltem. Volt köztük acut, chronikus és sclerotikus forma. A betegek panaszát fájdalmak, folyás, anteponáló mensesek képezték. Erre a megbetegedési csoportra vonatkozólag nagyjában megerősíthetem az előbbi közlemények tapasztalatait. A folyás az esetek túlnyomó részében már 5—6 kezelés után csökkent, genyes charakteréből vesztett, üvegszerü lett, további 5—6 kezelés után teljesen megszünt. Épen igy multak a fájdalmak is. Egy-két heti szünet után azonban a berendelt betegeken a folyás ismét konstatálható volt, sőt a fájdalmaik is visszatértek; az erosiók pedig határozottan rossz gyógyulási tendentiát mutattak a kezelés alatt. A folyásra vonatkozólag bátor vagyok arra utalni, hogy milyen nehéz ennek újból való jelentkezési okát biztosan megitélni; hiszen a kezelés után újabb infectiót kizárni nem lehet; nem bizonyos, hogy a régi folyamat kiújulásával van-e dolgunk, vagy pedig az újabb infectionak az eredménye-e a folyás. Mikor tapasztalataink szaporodtak, nem elégedtünk meg 10—12-szeri kezeléssel, hanem 3—4 héten át, lehetőleg a két menstruatio közé eső időben mindennap, összesen 20—25 ülésben alkalmaztuk a suctiót. Ilyen hosszabb kezelés után minden esetünkben konstatálhattuk, hogy a folyás teljesen megszünt és bimanuális vizsgálatkor az előbb megnagyobbodott és érzékeny méh rendes nagyságot és resistentiát mutatott. Vagyis objective is, subjective is az ilyen beteg teljesen gyógyultnak volt minősítendő. Az erosiokra vonatkozólag az a tapasztalatom, hogy huzamosabb kezelés után ezek is gyógyulnak, csak arra kell ügyelni, hogy *igen kisfokú légritkítást végezzünk, olyant, a melynek következtében az erosio nem vérzik.*

Legnagyobb contingensét eseteinknek az adnextumorok alkották. Erre a csoportra különösen legyen szabad a szakosztály figyelmét felhivnom, mert ez már komoly jellegü megbetegedés, a melynek kezelésére vonatkozólag a nézetek eltérők. Némely esetben nagy operativ beavatkozás válik szükségessé és ezeknek conservativ kezelése, ha sikerrel jár, igen nagy eredménynek tekintendő. A mint az irodalmi adatok felsorolásából látható, az adnexumok lobos megbetegedéseiben csak igen kevés esetben történt még kisérlet a Bier-féle kezeléssel. A legtöbb szerző abból indulván ki, hogy az ilyen lobos természetü adnexumok vongálása, a mely a kezelésnél el nem kerülhető, a folyamat kiújulására vezethet, a priori kizárandóknak véli a kezelésre alkalmas esetek köréből. A hol mégis történt kisérlet (Trancu-Rainer), ott jó sikerrel járt.

Mi kellő figyelmességgel választottuk ki az eseteket a kezelésre és eredményeink kielégítők. A suctiós kezelés óvatos alkalmazása chronikus esetekben, a hol már lázas mozgalom régóta nem jelentkezett, alkalmasnak látszott. Hiszen a megterhelési therapia (Belastungstherapie) szintén a kismedenczebeli szervek kisebb fokú dislocatiojával jár, és mégis igen sok híve van. Az acut vagy subacut esetekben mi sem tartottuk helyénvalónak, mert az már régi, sok esetben kitapasztalt megfigyelés, hogy itt a nyugalom legszükségesebb feltétele a gyógyulásnak. Egy esetben, kisérleteink elején, két heti láztalan állapot után alkalmaztuk már a suctiót, és itt csakugyan lázas reactio volt a beavatkozás következménye; baj azonban nem történt, a tünetek csakhamar visszafejlődtek.

Az a kérdés merülhet fel, hogy a portiora alkalmazott suctio van-e hatással a kismedenczének a méhen kivül elhelyezett szerveire is, és ha van, hogyan hat. Mielőtt kisérleteinkhez hozzáfogtunk, foglalkoztunk már ezzel a kérdéssel, és ha nem is volt kétségen kivül való, egy bizonyos valószinüséggel feltételeztük. Támogatott ebben a feltevésünkben Wechsberg már előbb említett megfigyelése, a ki a portio egy decubitális fekélyének suctioja után a hólyagban cystoskop segélyével haemorrhagiákat látott, vagyis a suctio mélyre való hatását konstatálta. Magam részéről

úgy képzelem a dolgot, hogy suctio alkalmával, a mikor a portio igen mélyen a hüvelyboltozattal együtt beleszívatik a speculumba, a műszer circuláris szorító hatása a belső méhszájon felül érvényesül; ilyeténképen az arteria és különösen a vena uterina compressio alá kerül. Az uterina és spermatica érrendszere között nagyobb fokú anastomosis állván fenn, a tubákban, az ovariumokban a vena uterina leszorítása folytán pangás, passiv hyperaemia jöhet létre. Belátom magam is, hogy ez csak hypothesis, a melyet bizonyítani ez idő szerint nem tudok, de a mely hypothesistől a valószinüség bizonyos mértékét elvitatni nem lehet. De akárhogy van is a dolog, most nagyszámú megfigyelésünk után a portiora alkalmazott suctio jó hatását az adnexumok lobos bántalmaiban minden kétségen felül állónak mondhatjuk. Az orvostudományban az empiria a legmegbizhatóbb basis.

32 adnextumort kezeltünk passiv hyperaemiával. Az esetek legnagyobb részében természetesen metro-endometritis is volt jelen; endosalpingitistől kezdve ökölnyi tumorokig mind megfordult a kezünk alatt, és az esetek egy részében teljes restitutiót ad integrum, csaknem minden esetben teljes munkaképességet tudtunk elérni, pedig betegeink legnagyobb része a cselédsorból került ki, a kiknek nehéz munkát kell végezniök. Három-négy igen torpid esetben nem értük el a kivánt sikert.

A kezelések hosszabb időt, 4—12 hetet vettek igénybe; rendszerint ambulanter történtek és csak nehány vidéki beteget vettünk fel osztályunkra, de ezek is nappal ágyon kivül voltak.

A betegek panaszai a megszokottak voltak: fájdalmak a hasban, derékban, anteponáló, erős vérzéssel, görcsökkel járó és sokáig tartó menstruatiók, folyás. Már nehány, 8—10 kezelés után a betegek subjective lényegesen jobban érezték magukat, arczszínük megjavult, kedélyük felvidult, úgy vették észre, hogy gyógyulnak; pedig nem egy esetünk volt, a hol éveken keresztül sok mindenféle gyógykezelés bizonyult eredménytelennek. A lobos adnexbántalmak javulásának azt hiszem igen megbizható kritériuma a menstruatiók viselkedése. És tapasztaltuk, hogy a kezelések közben már rendesen az első, legkésőbb a második, harmadik menstruatio egészen normális typust vett fel; sőt megesett, hogy a kezelések alatt a menstruatio hat hétig is szünetelt. Objective a tumorok fokozatos kisebbedését lehetett konstatálni, a nyomásra való érzékenység csökkenésével. Eleinte csak kisebb tumorokat vettünk kezelésbe, utóbb azonban nagyobbakat is, sőt volt olyan is, a hol az uterustól jobbra is, balra is egy-egy ökölnyi tumort lehetett tapintani. Az ilyen nagy adnextumoroknál, a hol hosszú ideig tartó conservativ kezelés nem hozta meg a kivánt sikert, laparotomia útján szoktuk ezelőtt a genyzsákokat eltávolítani. Volt három olyan esetünk, a melyben felajánlottuk a betegeknek a laparotomiát; ezek azonban a műtétbe beleegyezni nem akartak, úgy hogy kisérletképen a Bier-féle kezeléshez folyamodtunk. És épen ezeknél a nagy tumoroknál meglepő jó eredményt tudtunk elérni. 3 hónapi ilyen kezelés után az adnextumorok helyén kisujjvastag, érzéketlen resistentiát lehetett csak tapintani, a mely semmiféle tünetet sem okozott. Egy esetünkben a kezelés után rövidesen az asszony gravid is lett.

Mutatóba legyen szabad nehány kórtörténetet ismertetnem:

I. *F. L.*-né 19 éves asszony; OP. Fél év óta van férjnél, azóta beteg. Menstruatio 3 hónap óta, 3 hetenként, fájdalmakkal, erős vérzéssel. Status praesens: kétakkora méh, a méhszáj körül erosio; mindkét tuba hüvelykujjvastag érzékeny zsákká alakult át; genyes folyás. Bier-féle suctio naponként 5—10 perczig; 10. kezelésnél üvegszerű folyás, fájdalmai szünnek; hat heti kezelés közben 5 napig tartó fájdalommentes menstruatio; hat heti kezelés után a méh rendes nagyságú, az erosio begyógyult, a tubák a rendesnél kissé vastagabbak, nem érzékenyek. A kezelésből elbocsátjuk. 2 hónappal később ismét jelentkezik azzal, hogy menstruatioja nem jött meg. Diagnosis: Graviditas mens. I—II. A terhesség III. havában az asszony abortált ugyan, de a Bier-féle kezelés jó hatása ebben az esetben mégis kétségtelen.

II. *P. L.*-né, dohánygyári munkásnő; 4 rendes partus, az utolsó 2 év előtt lázas gyermekágygyal, mely óta folyton beteges, dolgozni nem tud. Fájdalmak a hasban, erős folyás. 4 hetenként jelentkező 10 napig tartó fájdalmas menstruatio. Status pr.: Régi gátrepedés, kétakkora méh retro-versio-flexioban fixálva, tőle jobbra is, balra is egy-egy kisökölnyi érzékeny, cystosus, nem mozgatható tumor. Bő genyes folyás. Hat heti kórházi fekvőkezelés után állapota csak annyiban javul, hogy fájdalmai csökkentek. A tumorok nem változtak. A betegnek felajánljuk a laparotomiát, a melybe nem akar beleegyezni. Bier-féle kezelés 1906 augusztus 6.-ától október 27.-éig, ambulanter 46 ülésben, mely után folyása teljesen megszünt, a mensesek rendesek; a méh jól mozgatható, a tubák a rendesnél valamivel vastagabb, nem érzékeny kötegek. Teljesen munkaképes. 1907 január 4.-én jelentkezett újból; dolgozik, egészséges.

III. *Gy. A.* 26 éves tánczosnő két év óta beteg, foglalkozását nem tudja folytatni. *Diagnosis*: Metritis, endometritis, kétoldali ökölnyi adnextumor, melyek igen érzékenyek; 22 napi kórházi fekvőkezelés után a tumorok alig kisebbedtek, de a nagy érzékenység csökkent. Bier-féle kezelés ambulanter 1906 szeptember 7.-étől október 12.-éig 23 ülésben; a tumorok teljesen felszívódtak; restitutio ad integrum. Külföldre utazott; levélben értesit, hogy jól van, régi foglalkozásához visszatért.

Ezekből az esetekből látható, hogy nagy tumoroknál is kitartó kezeléssel igen jó eredmények érhetők el. A mióta a Bier-féle kezelés osztályunkon alkalmazásban van, csak igen kivételes esetekben kell adnextumorok miatt műtétet végeznünk. Nem állítom, hogy más kezeléssel, hónapokon keresztül forcirozott ágybanfekvéssel nem lehetne az adnexumok lobos bántalmaiban szintén lényeges eredményt elérni. A Bier-féle therapia azonban ezzel szemben lényeges haladást jelent. A betegek nincsenek szobához, ágyhoz kötve, apró munkákat a kezelés alatt is végezhetnek, a gyógyulás nem tart túlhosszú ideig. Megjegyzem, hogy adnextumoros eseteinkben is a suctión kivül semmi más therapeutikus beavatkozás nem történt. Két okom is van, hogy ezt különösen kiemeljem. Először bizonyíték a mellett, hogy csupán a Bier-féle kezelésnek tulajdonitandó a gyógyulás; szándékosan jártunk el így, hogy kisérleteink bizonyító erejéhez szó ne férjen. Másodszor pedig fontosnak tartom azért is hangsúlyozni, mert a régebbi, szintén hasznos kezelési methodusok combinatiójával a gyógyulás sokkal gyorsabban és talán még tökéletesebben fog bekövetkezni. A hol külső okoknál fogva alkalmazható, a fektetés, a forró hüvelyöblítések, a sós fürdők jól fogják támogatni a Bier-féle kezelést.

Hogy most, nagyobb számú esetek megfigyelése után, menynyire bizunk a Bier-féle kezelésben, annak illustrálására legyen szabad egy esetet elmondanom, a melyben differentiális diagnostikai szempontból volt értékesithető a suctiós therapia sikertelensége.

Egy 26 éves, 8 év óta steril házasságban élő asszonyról van szó, a ki már évek óta betegeskedik. A vizsgálatnál nagyobb méhet, balra gyermekökölnyi, jobbra tyúktojásnyi érzékeny, fixált resistentiát találunk. Diagnosis: Tumores adnexorum lateris utriusque. A Bier-féle kezelést alkalmazzuk; fájdalmai csökkentek; a 4 heti kezelés után azonban a baloldali tumor megnagyobbodását konstatáljuk; a jobb olyan mint volt; ebből azt következtetjük, hogy a tumor nem lobos természetű és az újabb vizsgálatnál ovariumcystára teszszük a diagnosist. A laparotomia ezen utóbbi diagnosisunkat megerősitette: baloldalt kisökölnyi ovariumcystát, a bal tubában egy régi extrauterin graviditás maradványát találtuk, jobboldalt a tuba hüvelyknyi zárt hydrosalpinx.

Az emlitetteken kivül felhasználtuk a suctiós therapiát dysmenorrhoea egy esetében, a hol semmi anatomiai elváltozást kimutatni nem lehetett, teljesen eredménytelenül, noha a kezelés 2 hónapon keresztül történt. Ugyancsak hiába alkalmaztuk egy hyperanteflexionál, a hol a menstratiók fájdalmasak maradtak. Egy myomaműtét után (supravaginális amputatio) keletkezett csonkexsudatumnál azonban jól bevált; hat heti kezelés után az exsudatum teljesen felszívódott. Két esetben exsudatum parametricumnál is jó hasznát láttuk. Két nagy Douglas-tályog megnyitása után is alkalmaztuk a Bier-féle kezelést, a hüvelyboltozat sipolyának a gyógyitására. Egyik esetünkben a sipoly záródott, az exsudatum is felszívódott, a másik még kezelés alatt van.

Eseteinknek ilyen sommás ismertetése után rátérek a kezelés technikájának leirására.

Bier könyvében különösen hangsúlyozza, hogy a kezelések körül nagy figyelemmel és gonddal kell eljárni, mert ettől függ a siker. Két körülményre fekteti a fősúlyt, a melyek a kezelésnél irányadók kell hogy legyenek: 1. a légritkitást nem szabad olyan fokban alkalmazni, hogy a betegnek fájdalmat okozzon; 2. a légritkitásnak nem szabad olyan fokúnak lenni, hogy vérzések, extravasatumok jöjjenek létre. Ezt a két szempontot szigorúan szem előtt tartottam. A szerzők, a kik gynaekologiai esetekben alkalmazták a Bier-féle kezelést, megemlítik, hogy a secretum gyakran volt vérrel kevert, sőt néha az erosiók erősebben véreztek. Ezt mindig elkerülni igyekeztem, különösen nagyobb számú megfigyeléseim után; mert arról győződtem meg, hogy

erélyesebb aspiratio után, a mikor a secretum véres volt, a folyás mindig fokozódott.

A kezelés naponként történt és csak a menstruatio ideje alatt szünetelt. Az átlátszó speculum bevezetése úgy történt, mint a Fergusson-tüköré; a portiora pontosan ráillesztve, a gummidugóval elzártam a speculumot és az oldalt alkalmazott vékony üvegcsövön keresztül, a melyre gummicső volt ráillesztve, egy körülbelül 100 cm^3-es aspirator segélyével ritkítottam a levegőt. Egyszer teljesen kihasználtam az aspirator munkaerejét és a gummicsövet elzártam Péan-nal. A speculum oldalfalán át figyeltem a portiót. Ha a beteg fájdalmat jelzett, kevés levegőt bocsátottam be mindaddig, míg a fájdalom teljesen megszünt. A portio rendesen mélyen belekerült a speculumba és kékesen, kis idő mulva sötétkékesen elszínesedett. Ha az aspirált váladék véres volt, vagy a portio erosioja vérezni kezdett, még akkor is, ha a beteg nem érzett fájdalmat, mindig bocsátottam a csőbe levegőt, a míg a vérzés megszünt. A suctio rendesen 5—10 perczig tartott és ha a betegek közben fájdalmat éreztek, mindig csökkentettem a légritkítás fokát.

Legyen szabad az elmondottakat összefoglalnom. A Bier-féle kezelés a női genitaliák chronikus lobos folyamatai ellen jó sikerrel alkalmazható. Előnye a többi eljárás felett, hogy veszélytelen, gyakorló orvosok által is foganatosítható, intrauterin beavatkozást feleslegessé tesz. Adnextumoroknál kellő gonddal kell kiválogatni az eseteket, illetőleg alkalmas időben kell a kezelést megkezdeni.

A kisérleteket befejezettnek nem tartjuk és előadásomnak csak az volt a czélja, hogy eddigi jó eredményeinkkel a szakkörök figyelmét az eljárásra ráterelejm.

Irodalom. *Rudolph:* Zentralblatt f. Gynäk., 1905. 39. szám. — *Eversmann:* Zentralblatt f. Gynäk., 1905. 48. szám. — *Bauer:* Wiener klinische Wochenschrift, 1905. 7. szám. — *Krömer:* Zentralblatt für Gynäk., 1906. 4. szám. — *Turán:* Zentralblatt für Gynäk., 1906. 28. sz. — *Lewith:* Münchener med. Wochenschrift, 1906. — *Trauen-Rainer:* Münchener med. Wochenschrift, 1906.

A hyperaemiás kezelés az általános orvosi gyakorlatban.

Irta: *Szalai Jenő* dr., Erzsébetfalva.

(Folytatás.)

Most pedig rátérek azon eseteimre, a melyeket *activ hyperaemiával* kezeltem. Ezekben majdnem kizárólag a Bier útmutatása alapján készült Eschbaum-féle (Bonn) forrólevegő-készülékeket használtam. Ezen készülékek az egyes testrészek alakja szerint fából készült, egyszerű ládák, a melyek igen egyszerű szerkezetűek és rendkivül könnyen kezelhetők. Nagy előnyük, hogy bármely értelmes asztalos könnyen elkészítheti, és így az általános gyakorlatban nagyobb költség nélkül alkalmazhatók. Ezen készülékekben borszesz- vagy gázláng segélyével a levegőt 110—130°-ra felmelegítjük és ezáltal érjük el a belé zárt testrészben a verőeres vérbőséget, a mi külsőleg a bőr élénk pirosságában és igen bő izzadásban szokott megnyilvánulni. 110 C°-ot rendszerint már az első kezelés alkalmával könnyen eltűr a beteg, s minden további kezeléskor 5 fokkal szoktam fokozni a levegő hőfokát. A legtöbb beteg a 115—120°-ot kellemesnek jelzi a későbbi kezelés alatt. 120 C°-on felül már sok beteg panaszkodott égető érzésről és így nem minden esetben mehetünk fel a megengedett 130°-ig. Volt azonban betegem, a ki 140 C°-ot sem talált tűrhetetlen melegnek. Mint a hyperaemiás gyógyítás minden fajában, itt is irányadó, hogy nem szabad a betegnek terhére lennie. Mindig csak addig szabad fokoznunk a vérbőséget, míg a betegnek inkább kellemes, mint kellemetlen. A forró lég alkalmazásának tartamára nézve úgy tapasztaltam, hogy legjobb hatású a napi egy, néha azonban csak ½ órai kezelés Hetenként 1—2 pihenő napot okvetlenül kell tartanunk és egyfolytában 3—4 hétnél tovább nem tanácsos a kezelést folytatni, mert neurastheniás tünetek, étvágytalanság stb. mutatkoznak, mint azt talán minden melegkezelés alkalmával tapasztaljuk. Ha az egyes kezelések között 1—2 napi időközt hagyunk, természetesen tovább birja a beteg a kezelést minden káros mellékkövetkezmény nélkül. Ha azonban hetenként csak 1—2 napi pihenőt tarthatunk és 3—4 hét alatt a beteg nem gyógyult meg, tanácsos a kezelést 4—8 heti tartamra felfüggeszteni és csak azután folytatni.

A forró fürdőkkel, iszapfürdőkkel stb. szemben feltétlenül megvan ezen eljárásnak azon előnye, hogy a testnek csak a beteg részét érvén a magas hő, általános gyengitő hatása lényegesen kisebb, mint a fürdőké, noha gyógyító hatása a betegségre rendszerint sokkal erőteljesebb. Ezen gyógyítási módot első sorban ott használhatjuk igen szép eredménynyel, a hol a felszívódás fokozását akarjuk elérni, tehát mindenféle izzadmánynál. Általában kitünőnek bizonyul lumbago, neuralgia és mindenféle csúzos eredetű bántalom eseteiben. Egy esetben 70 éves nőnek régi lábszárfekélye ellen használtam és pedig szintén igen kielégítő eredménynyel. Használtam epekő folytán előállott fájdalmasságnál, erős gastrikus fájdalmaknál mint fájdalomcsillapítót és sokkal hatásosabbnak találtam, mint bármilyen más száraz- vagy nedvesmeleg-alkalmazást. Egy izben idült léptumor esetében alkalmaztam olyan egyénen, a ki éveken át malariában szenvedett és ennek folytán a lépe annyira meg volt nagyobbodva, hogy munkaképességében lényegesen akadályozta, a mennyiben folytonos fájdalmai voltak, különösen hajláskor. A léptumor 8 forrólégkezelésre kisebb lett, a fájdalmak teljesen megszüntek, úgy hogy az illető munkaképességét teljes mértékben visszanyerte.

Mellhártyaizzadmányok. Minthogy már számos esetben láttam hasbeli izzadmány eseteiben szép eredményt a forrólégkezeléstől, azon gondolattal kezdtem foglalkozni, hogy a mellhártya megbetegedéseiben is megkisérlem. Tekintettel azonban arra, hogy ha a mellkast teszem ki 100 C° on felüli hőnek, a tüdő és a szív részéről esetleg kellemetlen, sőt vészes következmények támadhatnak, nem akartam ez irányú kisérleteimhez hozzáfogni addig, míg veszélytelen voltukról kellőképen meg nem győződtem. 1906 márczius havában Bonnban való időzésemkor Bier klinikáján tudakozódtam, hogy használják-e a forrólégkúrát a mellhártya bántalmaiban és nemleges választ kaptam. Azonban a mellizmok csúzos bántalmaiban használtak egy készüléket, a mely alatt a szív és a tüdő is ki volt téve a 100 C°-on belüli hőnek, és sem a szív, sem a tüdő részéről kellemetlen tünetek nem mutatkoztak. Ezen okulva, a mint hazajöttem, bátran hozzáfogtam, természetesen a szívműködés folytonos ellenőrzése mellett, mellhártyabántalmakban a forró levegő gyógyító hatását tanulmányozni. Mult év április hava óta 10 esetben volt módomban alkalmazni a pleura megbetegedéseiben a forró levegőt és az eredmény sokszor meglepő, de mindig kielégítő volt.

Pleuritis sicca két esetében alkalmaztam; az egyik 6, a másik 7 kezelésre gyógyult. Az utolsó eset kórtörténete a következő:

Sz. F.-né 50 éves nőhöz 1906 november 2.-án hivatva, igen erős száraz köhögést, a jobb oldalon hátul-alul jó tenyérnyi tompulatot és erős pleurális zörejeket találtam 38·8° láz mellett. A beteg előadta, hogy köhögése már 3—4 hete áll fenn olyan erős mértékben, hogy köhögés közben naponta gyakran kell hánynia. A beteget különben eddig szamárhurut ellen kezelték. Priessnitz-borogatások mellett aspirint rendeltem erős narcoticummal, azonban erre csak a láz engedett és a jobb oldalon érzett szúrás, de sem a köhögés, sem a dörzszörej nem mérséklődött. November 6.-án kezdtem el a forrólégkezelést és 17.-én 7 kezelés után a beteg teljesen meggyógyult.

Két esetben értem el igen gyorsan teljes eredményt olyankor pleuritis exsudativa után, a midőn próbapunctioval kimutatható izzadmány már nem volt, azonban a dörzszörej és ezzel együtt a szúrás és erős köhögés még fennállott.

Az egyik esetben 1906 márczius elején tiszta savós exsudatumot kaptam próbapunctiora és a szokásos eljárást rendeltem. Május közepén, midőn a beteget újra láttam, a próbapunctio eredménye negativ volt, de a jobb oldalon az exsudatum helyén dörzszörejt hallottam s úgy a köhögés, mint mély légvételkor a szúrás még fennállott. 11 forrólégkezelésre minden kóros tünet elmult. A második, hasonló esetben *B. A.* 23 éves czipész előadta, hogy 11 hónap óta beteg. Ungváron kezelték; próbapunctiora valami folyadékot vettek ki a mellkasából. Jelentkezésekor a próbapunctio eredménye negativ, de a jobb oldalon hátul a 7. hátcsigolyáig tompult kopogtatási hangot, gyengült légzést és itt ott dörzszörejt hallottam. Köhögése mérsékelt volt. Főpanasza, hogy a jobb mellkasfélen érzett fájdalmai és nehézlégzése miatt nem tud dolgozni. 10 forrólégkezelés után a subjectiv tünetek teljesen megjavultak, a pleuralemezek összenövése azonban tompult kopogtatási hang és gyengült légzés alakjában kimutatható volt. A beteget teljesen munkaképes állapotban bocsájtottam el.

Savós exsudatumot két betegen gyógyítottam forró léggel.

Az első eset *K. I.* 6. éves fiúra vonatkozik, a kin próbapunctioval tiszta savós izzadmányt nyertem; az exsudatum a jobb oldalon oly nagy volt, hogy a jobb tüdő alig működhetett, minek folytán igen nehéz volt a légzése. Az izzadmány hátul a 4. háti csigolyáig terjedt. E betegen láttam a leggyorsabb felszivódást a forrólevegős kezelés következtében. Már 6 kezelés után a próbapunctio negativ eredménynyel járt és a gyermek, ki akkor 4 hete volt beteg, igen gyorsan összeszedte magát. Sokkal érdekesebb a másik beteg kórtörténete.

S. F. 10 éves fiú 1906 junius 26.-án rázóhideg, nyögés és köhögés tünetei között megbetegedett. A jobb oldalon hátul a gerinczoszlop mellett a 6. hátcsigolyáig terjedő exsudatum volt kimutatható, a mely próbapunctiora tisztán savósnak bizonyult. Hőmérséke állandóan 37·8 és 39·0° között ingadozott, mig végre julius 6.-án először szállt le a hőmérsék 37° alá. Julius 8.-án kezdtem meg a forrólégkezelést. Első alkalommal közvetlen a kezelés után 39° lázat találtam, a mely azonban a következő napon ismét leszállt a normális hő magasságára. Az első 5 kezelés után mindig láttam a testhőmérsék emelkedését, azonban mindig kisebb mértékben, mig végre a 6. kezelés után már csak 37·4° volt a hőmérséke. A kezelést eleinte naponta, később másodnaponként végeztem. Julius 30.-án 13 kezelés után próbapunctiora nem kaptam exsudatumot, minthogy azonban légzése kisfokban még nehezített volt, még 2 kezelést végeztem, a mire a gyermek augusztus 2.-án teljesen egészségesnek érezte magát. Innen kezdve egészséges volt november elejéig. 1906 november 7.-én hivtak a gyermekhez, a kinek ismét erős köhögése és szúrása volt, de nem a jobb, hanem a bal oldalon. Betegsége ismét rázóhideggel kezdődött és már az első vizsgálás alkalmával 39° C láz mellett a bal oldalon erős tompulatot és gyengült légzést találtam. Borogatást és codeint aspirinnal rendeltem, azonban a beteg állapota napról napra súlyosabb lett, mert az exsudatum, a mely az időközben megejtett próbapunctio alapján tisztán savósnak bizonyult, folyton nött. November 13.-án kénytelen voltam mellkascsapolást végezni, a midőn 750 gm. kissé véres, savós exsudatumot bocsátottam ki, mire a beteg lényegesen megkönnyebbedett. Ekkor az exsudatum a gerinczoszlop mellett a 7. háti csigolya magasságában állott. Két nap mulva, november 15.-én kezdtem meg a forrólégkezelést, a mely ezúttal is fényesen bevált, a menynyiben deczember 12.-étől kezdve már ismét bejárhatott Budapestre a gymnasiumba, miután az izzadmány teljesen felszivódott, a mit punctioval ellenőriztem.

Ezen esetben nemcsak a mindkét alkalommal beállott gyors gyógyulást tartom figyelemre méltónak, hanem különösen azt, hogy az az oldal, a mely alig három hónap előtt volt beteg s a hol inkább lehetett volna várni a betegség kiújulását, másodizben teljesen ép maradt, biztos jeleként annak, hogy a forrólégkezeléssel mennyire lehetett teljes gyógyulást elérni az első megbetegedésben.

Három esetben használtam forrólégkezelést seroso-fibrinosus exsudatum pleuriticum ellen.

Egy esetben a kúrát félbe kellett szakitanom, mert a betegnek régi vitium cordisa is volt és e miatt nem tűrte jól a forrólégkezelést. Ennél mellkascsapolás útján 1000 gm. véres seroso-fibrinosus izzadmányt távolitottam el és utána, tekintve a vitium cordist, igen óvatosan megkezdtem a forrólégkezelést. A megmaradt exsudatum 10 kezelésre le is apadt egy harmadára, ekkor azonban, miután a kezelés alatt a pulsus kezdett kihagyó lenni, abbahagytam a forrólégkezelést. Később az exsudatum ismét szaporodott és a beteg 6 hét mulva elhalt.

Szerencsésebb voltam a másik két esetben.

Sz. M., gyári munkásnő, május 9.-én került kezelésem alá. 2 hét óta volt beteg, hidegrázással, szúrással és köhögéssel betegedett meg. A gerinczoszlop mellett a bal oldalon az 5. hátcsigolya magasságáig teljesen tompa kopogtatási hangot, légzést alig és mellrezgést egyáltalában nem találtam. A hő 37·5, az érverés 104, gyenge. Május 9.-én kapta az első forrólégkezelést 20 perczig, azután eleinte naponta, később másodnaponként ½, utóbb 1 óráig. Az első vizsgáláskor próbapunctiora seroso-fibrinosus és kissé véres izzadmányt kaptam. Május 22.-én étvágya egészen megjavult, légzése sokkal könnyebb, kinézése lényegesen jobb, sokkal erősebbnek érzi magát. Ekkor a 10 kezelés után az absolut tompulat a 8. hátcsigolya magasságáig terjed. Junius 9.-én kapott utolsó forrólégkezelést. Próbapunctiora ugyanolyan exsudatumot kapok, mint először. Az absolut tompulat a 9. hátcsigolya magasságában kezdődik. Minthogy a beteg minden rábeszélés ellenére munkába akar állani, továbbra csak Priessnitz-borogatást rendeltem. 1906 október elején volt alkalmam a beteget, ki azóta állandóan dolgozik a gyárban, újra megvizsgálni. Próbapunctiora izzadmányt nem kaptam, azonban erős összenövések képződtek a pleuralemezek között. Testsúlya mintegy 15 kgm.-ot gyarapodott és teljesen jól érzi magát, csak néha érez az oldalában némi fájdalmat. 1907 február 25.-én láttam újra. Teljesen egészséges.

Özv. *P. F.*-nét 1906 junius 30.-án vizsgáltam először. 2 év óta beteg és köhög. 1905 deczemberében körülbelül 1 liter izzadmányt távolitottak el tőle egy vidéki kórházban mellkascsapolással. Azóta is folyton kezelés alatt állott, folyton köhög, nehézlégzésről panaszkodik és jobb oldalán szúrást érez. Próbapunctiora serosofibrinosus váladékot kaptam. Első vizsgáláskor 39·4°-os volt a láza. Néhány napig borogatásokat és aspirint kapott narcoticumokkal. Julius 3.-án első forrólégkezelés. Reggel láztalan, délután a kezelés előtt 37·5°, a ½ órai forrólégkezelés után 38·6° volt a hőmérséke. Tekintve igen elgyengült állapotát, másodnaponként kezeltem. Augusztus 7.-én már teljesen láztalan és kezelés után is csak 37·6° a hőmérséke. Míg eleinte teljesen száraz köhögése volt, igen bő köpés indult meg. Úgy a kedélye, mint az étvágya napról napra javul. Naponta 1½ liter tejet fogyaszt és egyébként is igen tápláló étrendet irok elő. A beteg augusztus 1.-éig volt a kezelésem alatt, a midőn a próbapunctio eredménye negativ s bár a köhögés és csekély szúrás még fennáll, a kezelést beszüntettem, minthogy neurastheniás tünetek mutatkoztak a melegkezelés folytán. Ekkor hazautazott és október közepén jelentkezett újra megvizsgálás végett. Eltávozása óta egészen megerősödött, teljesen jól érzi magát, leszámítva, hogy némi csekély köhögése és fájdalma a beteg oldalon még van. A beteg oldalon a gerinczoszlop mellett két ujjnyi tompulat kopogtatható ki, a hol még jól hallható a crepitatio.

A tizedik beteg, a kit mellhártyabántalma ellen kezeltem forró léggel, genyes exsudatumban szenvedett.

F. J. 3½ éves leánygyermek szülei bemondása szerint 1906 julius elején betegedett meg tüdőlobbal. 1906 julius 14.-én láttam először. Az erősen lesoványodott gyermek igen nehezen légzett, gyakran köhögött szárazon és igen röviden. Az egész jobboldali tüdő felett tompa és a felső részek felett erősen tompult volt a kopogtatási hang, igen gyengült légzéssel. A gyermek hőmérséke első vizsgáláskor 39·1°. A próbapunctio segélyével zöldes-sárga genyet nyertem, a mely nem volt bűzös. A szülőknek azt ajánlottam, hogy a gyermeket kórházba vigyék operatio végett, de ebbe semmi szin alatt nem egyeztek. Ekkor kisérletképen a forrólégkezelésre fogtam a gyermeket. Eleinte naponta, később másodnaponként kezeltem ½ óráig egész augusztus végéig és a gyermek megjavult annyira, hogy az izzadmány a gerinczoszlop mellett már csak a 8. hátcsigolya magasságáig terjedt, a gyermek jókedvű volt, étvágya megjött, légzése lényegesen megjavult, köhögése erősen csökkent és testsúlyban gyarapodott. Hőmérséke az első 4 heti kezelés alatt ingadozó volt és időnként 39·5°-ra is felszökött, de most már állandóan 37—37·5 volt. Ekkor azonban a szülei, a látható javulás ellenére, megunták a kezelést. Később a gyermeket még két izben láttam és pedig először 1906. október havában, a midőn az állapota változatlan volt a mi az izzadmányt illeti, csak az erőbeli állapota javult; másodszor 1907 február 9.-én, a midőn a kis leány a köhögést már teljesen elveszité. A beteg oldalon, hátul lent, kétujjnyira tompult a kopogtatási hang, gyengébb a légzés, crepitatio nem hallható. Újabb próbapunctioba a szülők nem adván beleegyezésüket, nem végezhettem. Augusztus vége óta a gyermek semmiféle kezelésben nem részesült s ennek ellenére úgy látszik teljesen felépül nehéz betegségéből.

A leirt 10 eset kapcsán bátran merem állítani, hogy a forrólégkezeléssel minden esetben lényegesen gyorsabban jóval jobb eredményt értem el, mint a milyent a szokásos therapiával elértem volna és kivéve azon esetet, a hol a mellhártyaizzadmánynyal egyidejüleg régi vitium cordis is állott fenn, a beteg nemcsak minden esetben jól türte a kezelést, hanem már a kezelés alatt, a mint a hőmérő 80—90°-ot mutatott, könyebbülést érzett. A mint a hőmérő a 100 fokot elérte, rendszerint úgy a nehézlégzés, mint a köhögésinger majdnem teljesen megszünt. A gyermeken az euphoriát mutatta az is, hogy a fekvőhelyzetben előbb nehézlégzéssel küzdő gyermek a kezelés első ¼ órája után, de még a kezelés alatt is igen gyakran édes álomba merült. Eleinte azon apparatust használtam, a melyet Bier a mellkas izmainak czúzos megbetegedéseiben használ, a hol a beteg válla és nyaka is benn van a készülékben, s csak épen a feje és két karja van künn, később azonban egy sokkal kényelmesebb, a betegre nézve kellemesebb készüléket csináltattam, a melyben a mellkas a köldöktől csak a hónaljig van benne s úgy a vállak, mint a nyak is szabadon maradnak.

Nőgyógyászati esetek. Leghálásabb eseteim a forrólevegős kezelést illetőleg nőgyógyászati eseteim voltak. 27 esetben alkalmaztam eddig igen kielégítő eredménynyel. Mint minden új gyógymódnak, úgy ennek is igen sokszor idült esetekben kellett remekelni s ritkán hagyott cserben. Általában kiváló sikerrel alkalmazhatjuk minden oly esetben, a hol eddig sós fürdőt, vagy más fürdőt ajánlottunk, tehát első sorban izzadmány eseteiben. A 27 beteg közül számosan 4—18 éves izzadmánynyal jelentkeztek és majdnem valamennyinél szebb eredményt értem el, mint elértek az addig alkalmazott különféle kezelésekkel. Acut parametritis eseteiben, a melyekben izzadmány képződött, az első 6—8 hónapban a gyógymód ellenőrzése végett betegeimet, a mint szállíthatók voltak, mind nőgyógyászhoz utasítottam a prognosis megállapítása végett és mindig azt tapasztaltam, hogy a hol a szokásos forró irrigatiók, Priessnitz-borogatások, sós fürdők, esetleg massage tanácsolása mellett hosszú idő, 4—6—8 hónap mulva helyezték kilátásba a gyógyulást és a munkaképességet, 4—8 hét alatt még a durvább házi munkákra is képessé tehettem a beteg nőt a Bier-

féle forrólevegös készülék alkalmazásával. Ha elég korán kaptam az izzadmányt kezelés alá, 6—15 kezelés rendszerint elegendő volt az izzadmány felszívódásához. A forrólégkezelést rendszerint akkor kezdtem, a mikor az illető már egy hete nem volt lázas. A kezelés fájdalomcsillapító hatása majdnem kivétel nélkül meglepő. A beteg, a kinek a fájdalma a hasában igen heves, miatta még felülni sem tud, rendszerint már a mint ½ óra hosszat rajta van a Bier-féle készülék, alig érez fájdalmat s ha ez a kezelés beszüntetése után néhány órára vissza is tér, nap-nap mellett rohamosan kisebbedik, míg végre vagy teljesen megszünik, vagy csak érzékenység marad hátra, néha időnkénti szúrással, a mi azonban idők multán éjjeli Priessnitz-borogatásokra megszünik.

K. F.-né 1906 julius 28.-án betegedett meg. Rázóhideggel, erős alhasi fájdalmakkal, 40°-os lázzal kezdődött a betegsége. A méh körül különösen a bal oldalon igen nagyfokú fájdalmasság mellett erős beszűrődés tapintható, úgy hogy a méhet külön, már az erős fájdalom miatt is, tapintani nem lehetett. 8—10 napi jeges borogatások és morphium-suppositoriumok mellett úgy a fájdalom, mint a láz lényegesen csökkent. A 37·5—38 fokos, néha 39°-ig felszökő láz augusztus 20.-án maradt el végleg. Ekkor a méh jobbra eltolva tapintható, töle balra egész a medenczéig terjedőleg nagy resistens izzadmányt találtam, a mely miatt a beteg még felülni sem tud. Augusztus 27.-éig Priessnitz-borogatásokat kapott. Ekkor alkalmaztam először a forrólégkezelést, még pedig csak 105 fokig melegítve a levegőt. Az első három kezelést naponta, a továbbiakat háromszor hetenként végeztem, lassan 130 fokig emelkedve. Már a 7. kezelés után annyira javult, hogy a nyolczadik kezelést már nem a lakásán végeztem, hanem szeptember 9.-én már a lakásától mintegy fél kilometernyire fekvő gyógyintézetembe gyalog tudott eljönni. További 11 kezelés, tehát összesen 18 kezelés után szeptember 30.-án, a betegség következtében fennálló gyengeséget leszámítva, a beteget teljesen egészségesnek jelenthettem ki. A bal parametrális izzadmány teljesen megszünt. Azóta mint vendéglősné erős fáradtsággal és testi munkával járó teendőit akadálytalanul végzi, meghízott és teljesen jól érzi magát.

Hasonló 7 esetemben az eredmény mindig az volt, hogy a betegség kezdetétől számítva 6—9 hét alatt az illető rendes házkörüli teendőit már végezni tudta és az izzadmány vagy egészen, vagy nagyrészt felszívódott. Ha a gyógyulás az első 3—4 heti kezelés után nem teljes, akkor langyos sós fürdőket ajánlok, esetleg 1—2 hónapi szünet után újabb 6—12 forrólégkezelést, a mi azután a kivánt teljes eredményt rendszerint meghozza.

A régi izzadmányok is igen szépen gyógyulnak. Például szolgáljon a következő eset, a mely teljes gyógyulással végződött.

M. I.-né, 35 éves férjes nő, 1903 őszén szülés után lázas betegségbe esett, sokáig fekvő beteg volt, folyton orvosoltatta magát. Nőgyógyászok hosszabb ideig kezelték, mig végre azt a tanácsot kapta a klinikán, hogy okvetlen operáltassa meg magát, különben nem igen gyógyul meg. 1905 év augusztus havában fordult hozzám, a midőn kis gyermekfejnyi nagyságú adnextumort találtam a bal parametriumban. Fekvő beteg volt, mert a járás igen nehezére esett. 8 forrólégkezelést alkalmaztam, a mire az adnextumor jó tyúktojásnyira zsugorodott össze és igen kemény tapintatú lett. Fájdalmai, ha nem is szüntek meg teljesen, de tűrhetők voltak. Minthogy a beteg igen gyenge volt és szédülésről és hányásingerről panaszkodott, különben is erősen vérszegény lévén, a kezelést beszüntettem és csak éjjeli Priessnitz-borogatásokat ajánlottam. A beteg lényegesen megerősödve, 1906 julius 12.-én jelentkezett azon panaszszal, hogy a bal parametrium táján és a keresztjén még mindig érez fájdalmakat. Ekkor tyúktojásnyi adnextumort találtam a bal parametriumban, a mely azonban nem volt annyira kemény, mint az utolsó vizsgáláskor. Ekkor 12 újabb kezelést kapott és ezután a hasában és a keresztjén érzett csekély érzékenységgel, s egy kis galambtojásnagyságú elég kemény adnextumorral bocsátottam el. 1907 február 5.-én vizsgáltam újra és akkor már sem érzékenységet, sem adnextumort nem találtam, tehát teljesen gyógyultnak jelenthettem ki.

E beteg tehát, a ki pedig előbb a legmodernebb szabályok szerint lett kezelve és ennek ellenére csak műtét útján szabadulhatott volna meg a bajától, teljesen kigyógyult a forrólevegös kezelésre.

F. M.-né, 3 éve hasbeteg. Akkor valami „kelevény“ volt a méhében, a mi igen nagy fájdalmakat okozott. Azidőben 5 hétig, azóta többször hosszabb-rövidebb ideig volt fekvőbeteg. Azóta a menstruatio fájdalmas és utána 5 napig véres, vizes folyása van, majd mérsékelt fehérfolyás jelentkezik. 1906 május 16.-án felvételkor a jobb parametrium szabad, a méh anteflectált, keményebb és nagyobb a rendesnél, a bal parametriumban férfiököInyi adnextumor tapintható. A járás igen nehezére esik, a vizelet zavaros, üledékes. Erős fájdalmai vannak a has bal felében és a keresztjén. E napon kapja az első forrólégkezelést. Május 21. Eddig naponta ½ órát kezelték forró léggel azzal az eredménynyel, hogy a bal oldalon levő adnextumor felényire zsugorodott, alig fájdalmas. A beteg kijelenti, hogy máris sokkal könnyebben érzi magát, étvágya és közérzete megjavult, járni könnyen tud. Ezután másodnaponként fél órát kezelem. Junius 12.-én 18 kezelés után teljesen jól érzi magát, az adnextumor kis diónyi. Julius 13.-án levélben tudatja, hogy egészen jól van, a dohánygyárban dolgozik. A sok üléstől csekély hátfájást és a has bal oldalán itt-ott szúrást érez, a mi ellen továbbra sós fürdőket és éjjeli Priessnitz-borogatásokat ajánlottam neki.

Több hasonló esetem volt, a melyekben az eredmény minden esetben kielégítő és minden esetben jobb volt, mint a milyent eddig akár sós fürdőkkel és forró irrigatiókkal, akár massage-zsal elérni tudtam. Egy izben olyan genyes exsudatum esetében tettem e módszerrel kisérletet, a melyben a geny már előzőleg egyrészt a végbélen át tört utat magának, másrészt pedig a hátulsó hüvelyboltozaton operatio útján lett megnyitva. Ezen esetben 4 heti kezelés után az eredmény azonban csak a fájdalmak csillapodása volt.

A forrólégkezelést eleinte mindig csak ½ óráig alkalmaztam, de 1906 julius hava óta rendszerint egy órai időre hosszabbítottam meg, miután láttam, hogy ennyi ideig igen jól türik a betegek minden káros következmény nélkül. 18—20 kezelésnél többet rendszerint nem igen jól türnek a betegek, a mennyiben akkor már étvágytalanság és neurastheniás tünetek kezdenek mutatkozni. Ha addig nem értünk el kellő eredményt, hanem csak könnyebbülést, jobb a kezelést abbahagyni és csak 2—3 hónapi szünet után folytatni.

Tapasztalásom szerint, különösen óvatosan kell bánni a forrólégkezeléssel ideges, hysteriára hajlamos nöknél. Ilyen betegeknél minden kezelés között tanácsos 2—3 napi szünetet tartani, különben a javulás mellett az ideges tünetekkel gyülik meg hamar a bajunk. Kellő óvatosság mellett azonban a forrólégkezelés messze felülmúl szerény nézetem szerint minden más eddig dívott módszert a hasbeli izzadmányok therapiájában.

(Vége következik.)

TÁRCZA.

Az orvosi ethika nehány problemája.[1]

Ma is azon meggyőződésben vagyok, a mint azt székfoglalóm ban kifejtettem, hogy nincs külön orvosi ethika. Az erkölcs szabályai, törvényei mindenkire egyaránt és egyformán kötelezők. Épen ezért sohasem voltam barátja, hogy egyetemi polgároknak, orvostanhallgatóknak az orvosi ethikáról külön előadások tartassanak. Az ethikai érzés erősítésére egyetlen mód a *példaadás*. A midőn ma mégis az orvosi ethika nehány kérdésével óhajtok röviden foglalkozni, annak oka az, hogy a magam betegsége első benyomásainak meleg szineivel óhajtom érthetövé tenni azon álláspontot, a melyet elfoglalok.

1. Egy nagyon controvers kérdés arra vonatkozik, hogy vajjon *szabad e az orvosnak a beteg előtt a valót eltitkolni, másszóval, jogosult e, megengedett-e az orvosi hazugság?*

Önök tudják, miről van szó. A beteg gyógyíthatatlan bajban szenved. Szabad-e őt baja felől tévedésbe ejteni? Egészen más categoriába tartozik a suggestiv therapia. Ez tulajdonképen nem hazugság, mert a mikor az amblyopia hystericában szenvedő betegnek azt mondom, hogy a homlokkenőcs használata mellett látása visszatér, ezt tényleg hiszem s az esetek jelentékeny számában a siker nem is marad el, sőt még az sem hazugság, a midőn a gyógyíthatatlan bajban szenvedő azon kérdésére, van-e még reménysége enyhülésre, javulásra, azt válaszoljuk, hogy a remény jogosult, mert valóban azon betegség, a melyet ma gyógyíthatatlannak tartunk, holnap talán gyógyíthatóvá lesz. De igenis hazugság a következő: a beteg bizalommal az orvoshoz fordul s azt kérdi: „Uram, családos ember vagyok, vagyonom üzletemben van, látásom hónapról hónapra fogy, vajjon képes leszek-e lebonyolítani évekre terjedő üzleti összeköttetéseimet, avagy jobb lenne vagyonomat az üzletből visszavonni s kevesebbet jövedelmező, de biztosabb értékpapirosokba elhelyezni s ez által a magam s családom megélhetését biztosítani?“ A betegnek látóidegsorvadása van; nos, hazugság, ha az orvos álhumanizmus-

[1] A budapesti egyetem orvosi fakultásán tartott előadás azon alkalomból, a midőn súlyos betegség után első izben jelent meg a hallgatóság előtt.

ból titkolja a bajt! Lehet, hogy a való feltárása egy-két esetben öngyilkosságba kergeti a beteget, de *Fichte*-nek igaza van, a mikor azt mondja, hogy azon, a ki az igazságot nem tudja elviselni, nem lehet segíteni. S mennél kevésbé jogosult a hazugság olyan esetben, a midőn arról van szó, hogy az orvos ez úton mütéti beavatkozásokra, gyógymódokra birja rá a betegét, még ha annak hatékonyságáról meg is van győződve. Hazugság, ha az orvos azt mondja, az operálás veszélytelen, fájdalmatlan, pedig tudja, hogy nem az. Arról nem is szólok, ha akad olyan orvos, a ki csak anyagi haszonból vagy más érdekből alkalmazna olyan gyógyításmódokat, melyek értéktelenek. A „solationis causa" csak olyan eljárásoknál megengedett, melyek semmiféle terhet a a betegre nem rónak s a melyek legalább némi enyhülést engednek meg.

Néhány concret példa legjobban megvilágítja a kérdést. Súlyos Basedow-ban szenvedő beteg egyik corneáján gyorsan haladó fekély keletkezik, mely nehány nap alatt annak teljes elpusztulására vezet. A hiányos anyagcseréjü, rosszul táplált beteg teljes szivárványhártyaelöesésének elhegesedése két hónapot vett igénybe. Ez idő alatt a beteg egyszer sem kérdezte, hogy fog-e e beteg szemén valaha látni és bár egy Basedow-betegnél talán épen kedvező lett volna a remény keltése, mégsem tudtam magamat rászánni, hogy a beteget jövő sorsa felől csalódásba ejtsem. Végül a gyuladás befejeződött. A beteg azután sem hozta szóba látását, bár a kötés elhagyásakor azonnal tudatára ébredt veszteségének.

A 30 éves férfi teljes látóidegsorvadásban szenvedett. Ennek ellenére azt állítja, hogy fényt lát; bízik gyógyulásában, különösen a villamozástól vár eredményt. Kéri, követeli annak alkalmazását. Nem tépem szét képzeletének fátyolát, de a villamozásra nem vállalkozom, ám használjon mérsékelt vízkúrát, ám mossa szemeit bóroldattal, élvezze az előbbinek erősítő hatását, az utóbbinak üdítését, de ne csaljuk meg azzal, hogy eredményt igérünk oly eljárástól, mely feltétlenül értéktelen.

Szemizombénulásban szenvedő beteg, kinek pupilláin kifejezett Argyl-Robertson tünet konstatálható, azt kérdi, hogy megnősülhet-e. Baja nem fogja-e őt keresetképességében érzékenyen gátolni? Meg kell mondanunk, hogy e jelenségek idegbántalom előjelei, mely ugyan igen chronikus lehet, de tagadhatlanul alkalmatlanná teszik családalapításra.

Azt nem is kell mondanom, hogy bün volna a beteg előtt, ki egy év előtt syphilist szerzett, eltitkolni, hogy baja még nem gyógyult meg, s úgy feleségére mint gyermekeire veszélyes.

Szót is alig érdemelnek ezen nagy problemák mellett azok a nevetséges apró kis füllentések, a melyekkel sokan a betegség lefolyását, időtartamát, körülményeit meghamisítani igyekeznek. Ezek valóban csak arra jók, hogy a beteg bizalmát elvegyék, mert nem sok intelligentia kell ahhoz, hogy a beteg, a ki orvosa minden szavát latolja, átlásson a szitán.

Mindezen példák eléggé igazolják azon álláspontomat, a melylyel fejtegetéseimet bevezettem, a melynek lényege az, hogy az *orvosnak az igazmondás kötelessége.*

2. *A „primum non nocere"* az orvosi ethika egyik elemi parancsolata. Első pillanatra azt hiszszük, hogy sohasem vétünk ellene, pedig nem egyszer nem is olyan könnyü e követelésnek eleget tenni. Már újabb gyógyszerek alkalmazása esetén is megtörténhetik, hogy súlyosan vétünk az élő szervezet ellen. Elég egyik legértékesebb szerünknek, a cocainnak első alkalmazásaira utalnom, a midőn súlyos mérgezések, sőt halál követte a cocainnak bőr alá fecskendezését. Az idiosyncrasia pedig még a legóvatosabb orvost is megcsufolhatja. A morphium, chloroform, salicyl még mindig megkövetelik a maguk áldozataikat. Ezeket teljesen elkerülni nem áll módunkban, viszont jótékony, áldásos hatásukat megvonni a szenvedő emberiségtől kegyetlenség volna. Nem tehetünk egyebet, mint hogy szigorú kritikával, nagy óvatossággal és körültekintéssel mérlegeljünk minden egyes esetet, a midőn erösen ható szert alkalmazunk. Néhány példa szolgáljon megvilágositásul. A szemteke enucleálását sokan csak narcosisban engedik meg. Vitális indicatio esetén, vagy a midőn a másik szem megmentése érdekében történik az operálás, nincs jogunk megtagadni az altatást. Ha azonban a mütétet csak cosmetikus czél indokolja, nem vagyok hajlandó a beteget az általános narcosis veszélyeinek kitenni.

A vegyi gyárak minduntalan újabb és újabb helybeli érzéstelenitő szereket vetnek a piaczra, melyek állitólag hatékonyabbak és veszélytelenebbek a cocainnál. Állatkisérletekkel igyekeznek már eleve megnyerni az orvosok bizalmát. E kiinduló pont helyes is, de végzetes hiba közvetlenül az emberi szervezetre átvinni a következtetéseket. Becsületes klinikusok közléseiből csakhamar értesülünk a súlyos mérgezésekről, de még sokkal több azon esetek száma, melyek nem jutnak tudomásunkra.

Ha már gyógyszerek alkalmazásakor is nehéz dolog a „ne ártsunk" elvet szigorúan keresztülvinni, annál nehezebb operálások alkalmával. Hála *Semmelweis, Pasteur* és *Lister* lángeszének, az operálások koczkázatossága jelentékenyen csökkent. Ma már nem olyan jellemző *Ambrois Paré* 400 év előtt tett azon kijelentése: „l'opération est faite — Dieu vous guérisse", mint egykor, de azért vakmerőség volna állítani, hogy az operálások az antisepsis és asepsis védelme alatt teljesen veszélytelenek. A legegyszerübb beavatkozás is súlyos következményekkel járhat. Hogy csak a szemészet köréből említsek példát, a rövidlátás operálása számos látó szem elveszésére vezethet. Az oly áldásos glaucomaellenes iridectomia az úgynevezett rosszindulatú esetekben a helyett, hogy megtartaná, tönkreteheti a még meglévő látást. A szemizmokon végzett tenotomia ezer és ezer esetben reactio nélkül gyógyul s azután jön egy, a melyben genyedés, sőt panophthalmitis követi az operálást. A ki mindezt tudja, az nem fogja válaszolni a beteg kérdésére, hogy ez vagy az a mütét *teljesen* veszélytelen. Ezen őszinteségemnek az eredménye, hogy a myopiaellenes operálások annyira megritkultak a klinikán, viszont a szigorú indicatiók alapján végzett operálások száma mégsem csökken, sőt ellenkezőleg, azt tapasztalhatják, hogy a klinikára való tódulás mindinkább nagyobb, az operálások száma emelkedik s további szaporodásnak csak a hely hiánya állja útját. Betegeink nagyon jól tudják, hogy a klinika traditioja az indicatiók gondos mérlegelése; s fájdalom, még igy is előfordulnak olyan esetek, a midőn számon kell kérnünk önmagunktól, vajjon nem sértettük-e meg a „non nocere" alaptörvényét?!

3. De az ethika törvényeivel szemben még nehezebb helyzetben van az az orvos, a kinek hivatása a tudomány előbbrevitele és az oktatás: t. i. az egyetemi tanár. Csak emlékezzenek *Spencer Wells* első hasmetszéseire, emlékezzenek vissza azon vallomásokra, melyekben *Pasteur* leirja lelki állapotát, a midőn első izben végzett egy elzászi ebmarott gyermeken veszettségellenes oltást. S mit szóljak arról, a midőn a tanár bevezeti operálásokba a kezdőt. Milyen idegromboló figyelem és óvatosság szükséges arra, hogy a beteg ártalma nélkül a kezdővel operáltassunk. Pedig ennek meg kell történnie, hiszen az orvosnak joga, hivatása, sőt kötelessége, hogy önállóan is segélyt nyujtson, de az operálást épen úgy nem lehet próbálás nélkül megtanulnia, a mint nem lehet a hegedülést vagy zongorázást sem.

Egyik oldalon áll a beteg egyéni érdeke, ki a klinikára jön, hogy szerinte a legelső operateur kezébe kerüljön, a másik oldalon áll az emberiség érdeke, hogy szakavatott vezetés mellett a fiatal orvos is elsajátítsa az operálás müvészetét. Önök tudják, hogy igyekezem e nehéz problemát tőlem telhetőleg lelkiismeretesen és becsületesen megoldani. Concret esetben nem tévesztem meg a beteget, de igyekezem megnyugtatni s ha ez nem sikerül, magam operálom, s ennek ellenére évente mégis 30—40 százalékot operálhat a segédszemélyzet.

Mennyire eltörpülnek az ethika ezen nagy problemái mellett azon kicsinyes kérdések, melyeket manapság orvosi ethika, helyesebben etiquette neve alatt annyira hánytorgatnak.

Kérve kérem Önöket, hogy a megélhetésért való küzdelemben ne az apró-cseprő viszálykodásokkal törődjenek, hanem mindig az orvosi hivatás magasztosságát tartsák szem előtt. Ezzel nem azt akarom mondani, hogy az orvos a levegőből is megélhet s hogy ne törődjék a honoráriummal. Nagyon jól tudom, hogy az orvosi pálya kenyérkereset is, hiszen én sem vagyonomból, hanem keresetemből élek s ugyanerre volt utalva atyám és nagyatyám is, tehát jussom van, hogy a kérdéshez hozzászóljak; de az a hang, mely a számlaküldést s más ilyest ethikai kötelesség-

nek akar proklamálni — idegen, érthetetlen nyelven szól hozzám. Hitem s meggyőződésem, hogy a megélhetésnek ma s mindenkor legerősebb eszköze a tudás s becsületes munka. Talán ma, midőn azt mondhatom Önöknek: éreztem a halál leheletét, elhiszik ezt nekem, s ha e szerint cselekesznek, higyjék el — nem fogják megbánni. *Grósz Emil.*

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Jancsó Miklós: Tanulmány a váltóláz parasitáiról. 14 részben színes táblával és számos rajzzal és lázgörbével. Budapest. Kiadja a magy. tud. akademia. 1906. Ára 12 korona.

Jancsó Miklós malariatanulmányai már régóta ismertek a magyar orvos előtt. Hiszen az utolsó évek jóformán mindegyike hozott Jancsó tollából egy-egy érdekes dolgozatot, melyek a malaria tanának egy-egy fejezetét világosították meg okosan és nagyon értelmesen, mint a hogy Jancsó egyáltalában irni szokott. Ezeket a tanulmányokat különösen a *klinikai* részükben megbővítve adta közre most a szerző az akademia támogatásával. Így most már összegyüjtve olvashatunk mindent, a mi a malaria klinikai lefolyására, a plasmodiumokra és a fertőzést közvetítő anophelesekre vonatkozik. E munkálatok áttanulmányozása nemcsak a malaria tanával ismertet meg bennünket, de igen jó vezérfonal lehet az önálló kutatásokban is. Hála Istennek, hogy erre már alig van alkalmunk. A malaria ez idő szerint kialuvóban van Magyarországon, épen úgy mint más culturállamokban, és remélhetőleg sohasem lesz többé a régihez hasonló pusztító ereje. A könyvhöz mellékelt ábrák és rajzok mintaszerüek (kár, hogy a tartalomjegyzék elmaradt) és méltó kisérői a jeles munkának, melynek közrebocsátásával bizonyára nagy öröme van a szerzőnek és mindenkinek, kit ezen kérdések érdekelnek. *Körmöczi Emil* dr.

P. J. Möbius: Ueber Robert Schumanns Krankheit. Verlag von C. Marhold. Halle a. d. S. 52 l. Ára 1 márka.

Schumann szülei idegesek voltak, egy nővére dementia praecoxban szenvedett, a család férfitagjai általában rövid ideig éltek. Ennyi az ideges terheltség. Nevezetes, hogy a szülőknek nem volt zenei tehetségük. Ennek a magyarázatára nem szolgálhat az atavismus, mert a családban emlékeztek volna, ha a nagyszülőkben rejlett volna valami képesség. Ezért *Möbius* Schumann lángeszét gyöngynek tartja a kagylóban, azaz rendellenes fejlődés jelének, mely az egész rovására esett. Schumannon 23 éves korban félelmi jelenségek támadtak, melyek nyomása alatt öngyilkos kisérletet is követett el. Ehhez melancholiás és hypochondriás képzetek társultak. A tünetek rohamszerüen jöttek, közben kedvetlenség, hallgatagság állott fenn, a szellemi képesség csökkent, a beszéd zavart lett, hallucinatiók támadtak. Schumann az endenichi sanatoriumban fejezte be életét. A kórjelzés *Möbius* szerint dementia praecox, a melynek enyhe alakjáról van szó. *Möbius* igen részletesen foglalkozik azokkal a jelenségekkel, a melyek e mellett és a dementia paralytica ellen szólnak. A kortársak melancholiát láttak Schumann bajában. A túlfeszített munka hozzájárulhatott a betegség előhaladásához. *Kollarits Jenő* dr.

Új könyvek: *H. Oppenheim:* Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Geschwülste im Bereich des zentralen Nervensystems. Berlin, S. Karger. — *C. Garré* und *O. Ehrhardt:* Nierenchirurgie. Berlin, S. Karger. — *E. Neusser:* Dyspnoë und Cyanose. Wien, W. Braumüller. 3.60. k. — *A. Goldscheider:* Über die physiologischen Grundlagen der physikalischen Therapie. Leipzig, G. Thieme. 1 m. — *H. Schulz:* Vorlesungen über Wirkung und Anwendung der unorganischen Präparate. Leipzig, G. Thieme. 8 m. — *H. v. Hayek:* Die Unverträglichkeit der Arzneimittel. Wien, Manz. — *Löhlein:* Über die entzündlichen Veränderungen der Glomeruli der menschlichen Nieren und ihre Bedeutung für die Nephritis. Leipzig, Hirzel. 4 m. — *Sommer:* Eine neue Art der physikalischen Nachbehandlung von Verletzungen auf Grund einer röntgenologischen Studie über die Kallusbildung. Leipzig, Nemnich. 4 m. — *Dungern* und *Werner:* Das Wesen der bösartigen Geschwülste. Leipzig, Akad. Verlagsgesellschaft. — *Pietrzikowski:* Die Begutachtung der Unfallverletzungen. b) Besonderer Theil. Berlin, Fischer. 13 m. — *Berger:* Über die körperliche Äusserung psychischer Zustände. 2. Teil. Jena, G. Fischer. 20 m. — *Fischer:* Kinematik organischer Gelenke. Braunschweig, Vieweg. 8 m. — *Bulkley:* Über die Beziehungen von Krankheiten der Haut zu inneren Störungen, mit Bemerkungen über Diät, Hygiene und allgemeine Therapie. Wien, Urban u. Schwarzenberg. 4.80 k. — *Stern:* Über traumatische Entstehung innerer Krankheiten. 2. Aufl. 1. Heft. Jena, G. Fischer. 3.50 m. — *A. Adler:* Studie über Minderwertigkeit von Organen. Wien, Urban u. Schwarzenberg. 3.60 k. — *Liebreich* und *Langgaard:* Kompendium der Arzneiverordnung. 6. Aufl. Berlin, Kornfeld. 15 m. — *Lomer:* Liebe und Psychose. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1.60 m. — *Dubois:* Die Einbildung als Krankheitsursache. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1 m. — *Clar:* Vorlesungen über Balneologie. Wien, F. Deuticke. 6 k. — *Neumann:* Der otitische Kleinhirnabscess. Wien, F. Deuticke. 4 k. — *Rubner:* Lehrbuch der Hygiene. 8. Aufl. Wien, F. Deuticke. 30 k. — *A. Laveran:* Traité du paludisme. Paris, Masson et comp. 12 fr. — *A. Perretière:* Traité des maladies de la voix chantée. Paris, A. Poinat. 8 fr.

Lapszemle.

Gyógyszertan.

Egyszerű próba a chloroform tisztaságának meghatározására. Ismeretes, hogy a chloroform igen könnyen felbomlik a levegő, a fény és különösen a világító gáz hatására s ilyen felbomlott állapotban mérgező hatású lehet. A bomlás mindig HCl képződésével jár, de eleinte ebből olyan kevés van jelen, hogy a közönséges Ag NO_3-próbával nem mutatható ki. A Comptes rendus egyik utóbbi számában *Breteau* és *Woog* igen egyszerű módszert ir le a chloroform romlatlanságának a megállapítására. A módszer a következő: Kis bodzabéldarabot tömény absolut alkoholos congovörösoldatba áztatunk. Ha a chloroform felbomlása már megindult, a beléhelyezett vörös bodzabéldarab színe csakhamar kékre változik a sósav hatására, bármily csekély mennyiségben van is jelen. Legczélszerübb úgy eljárni, hogy a chloroformos üvegbe mindjárt, a mint megérkezik, beteszünk egy darabka megfestett bodzabelet s azt állandóan benne hagyjuk; a mig rajta színváltozás nem áll be, addig a chloroform használható. (The Lancet, 1907 április 13.)

Belorvostan.

Az atoxyl használatáról ir *Blumenthal* tanár, a ki először ajánlotta volt 6 évvel ezelőtt kiterjedt állatkisérletei alapján ezt az arsenkészitményt, a melynek nagy előnye, hogy aránytalanul kevésbé mérgező hatású, mint az arsenessav, és hogy bőr alá is fecskendezhető, a nélkül, hogy kellemetlen helyi tünetek támadnának. Ugy elsődleges, mint másodlagos vérszegénységnek 50 esetében használta a szájon át adva az atoxylt és csak 3 esetben mutatkoztak utána gyomorpanaszok. Nincs tehát igazuk azoknak, a kik állitják, hogy az atoxylt a szájon át adva nem türik a betegek. Két alakban használta a szert; egyrészt tisztán, tablettákban, egyenként 5 centigramm atoxyltartalommal; másrészt a Blaud-labdacsoknak alkotórészeivel együtt tokokban, szintén 5 centigramm atoxyl-tartalommal. Ugy a tablettákból, mint a tokokból, naponként 3-at kell bevenni 8 napon át, azután ugyanennyi ideig szünetelünk. A jó hatás már 8 napi használat után kifejezett szokott lenni. Tekintettel az arsennek kedvező hatására némelyik rosszindulatú daganatra, a szerző főleg inoperabilis emlőrák több esetében próbálta meg az atoxylt. Azt tapasztalta, hogy a daganat növekedése némely esetben megállapodott, máskor meg csak nagyon lassan terjedt tovább a baj. Ujabban az atoxylt novocainnal együtt fecskendezi be a daganatba, mint a mely utóbbi szerről *Spiess* állitja, hogy az egerekben mesterségesen okozott rákféle daganatokat kedvezően befolyásolja. 1 gm. atoxylt és 0·1 gm. novocaint felold 10 gm. vízben és ebből az oldatból 2—3 naponként fecskendez be 1—2 cm^3-t a daganatba. (Medizinische Klinik, 1907. 12. szám.)

A contusiós pneumoniáról tartott előadást *Litten* tanár a berlini „Verein für innere Medizin“ február 18.-i ülésén. Nagyon érdekes esetekkel megvilágított előadásában mindenekelőtt kiemeli, hogy a contusiós, vagyis tompa erőszak behatása folytán támadó pneumonia-esetekben csaknem kivétel nélkül hiányzanak a jelenségek a mellkas bőrén; másfelől akárhányszor kiterjedt sugillatiokat találunk ott, a nélkül, hogy a tüdőnek legkisebb baja esett volna. A mi az aetiologiát illeti, fontosságot tulajdonit a súlyos tárgyak emelésének is; ilyenkor ugyanis rögzített mellkas mellett erősen összenyomatik a tüdő szövete, a mi néha megrepedésére,

máskor meg lobosodására vezet. Contusiós pneumonia akkor vehető fel, ha 1. bizonyos fajta trauma előzte meg a baj keletkezését; 2. a trauma idején nem állott fenn pneumonia és 3. nem telt el nagyon hosszú idő a pneumonia megjelenése és a trauma között. Ez utóbbi tekintetben a trauma után 6 nappal fejlődött pneumoniáról még felvehetőnek tartja, hogy a traumával oki összefüggésben áll. Természetesen az ilyen későn jelentkező pneumoniáról sohasem fogjuk biztosan megmondhatni, vajjon contusiós pneumonia-e, mert a klinikai tünetek a közönséges és a contusiós pneumoniában azonosak, a mit *Demuth*-tal szemben, a ki a contusiós pneumoniára jellegzőnek mondja a rázóhideg, a magas láz, a herpes és a hirtelen hőcsökkenés hiányát, hangsúlyoz. Talán csak a véres köpet mondható jellegzőnek; ez néha nagyon bőséges és ilyenkor kevésbé tapadós, másrészt pedig azonnal a betegség elején mutatkozik; vannak azonban contusiós pneumoniák, a melyekben typusosan rozsdaszínű a köpet. De ha sok esetben nem is tudjuk biztosan megmondani, hogy a pneumonia oki összefüggésben van-e a szenvedett traumával, a balesetbiztosítási esetekben adandó véleményben ki kell fejteni, hogy a traumás shock mindenesetre elősegíthette és gyorsíthatta az esetleg más okból keletkezett pneumoniának halálos végződését. Végül még kifejti a szerző, hogy a contusiós pneumoniában sokkal korábban szokott beállani a halál, mint a közönséges pneumoniában, és hogy a contusiós pneumonia sokkal súlyosabb baj, mint a milyennek ő maga is régebben gondolta. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 13. szám.)

Az anaemia perniciosa-esetek száma *Gulland* szerint az utolsó 20 évben szaporodott. Az utolsó esztendőben magángyakorlatában 21, a kórházban pedig 16 esetet látott. Tapasztalatai szerint sok eset nagyon hosszú ideig tart, némely esetben pedig az anaemia nagyon a háttérbe szorul. A betegséget toxaemiának tartja, a mely különböző okokból eredhet. Vannak esetek, melyek az amaurosis, a környéki neuritis vagy a tabes képében folynak le. Nagyon gyakran a gyomor- és béltünetek vannak az előtérben; sokszor összetévesztik a bajt gyomorrákkal, mert anaemia perniciosában többnyire szintén nem találunk szabad sósavat. Más esetekben az ideges tünetek lépnek az előtérbe; némelyik ilyen eset tébolydába is kerül. Nagyon fontosnak tartja a vörösvérsejteknek nagyobb haemoglobintartalmát. Megaloblastok is mindig találhatók a vérben. Az anaemia perniciosa a szerző véleménye szerint úgyszólván sohasem támad hevenyen, hanem lappangva. Azt hiszi, hogy a legtöbb esetben a gyomorból és a bélből indul ki. Czáfolja Hunter nézetét, mely szerint a betegség többnyire pyorrhoea alveolarisban szenvedő egyéneken támad (streptococcus-fertőzés). A gyógyításban legnagyobb jelentősége az ágynyugalomnak és a jó levegőnek van (szabadban fekvés). Eleinte csak tejet és tésztaféléket engedünk enni; a hús határozottan ártalmas. Belsőleg salolt vagy calomelt ad; súlyos esetekben rendszeres végbélöblítéseket végez konyhasóoldattal. A gyógyszerek közül legjobb az arsen; kis adagokon kezdve emelkedik a tolerantia határáig és ezen hosszú ideig megmarad. Ha a vérlelet normálissá lett, beszünteti az arsenkezelést. A vérvizsgálatot ezután is hónaponként legalább egyszer kell végezni, s ha a vérlelet ismét rendellenessé válik, tüstént újból meg kell kezdeni az arsen használatát. A vasat méregnek tartja ezen betegségben, a melyben szerinte a máj túlságosan sok vasat tartalmaz, a mi megakadályozza a májsejteket a toxinok elleni hatásukban. A friss vagy szárított csontvelőtől, valamint az antistreptococcus-serumtól sohasem látott eredményt. Fiatal egyéneken rosszabb a prognosis; tartós, habár csak csekély hőemelkedések szintén rosszabbítják a prognosist. (Brit. med. journ., 1907 január 12.)

Diabetesben a polyuria nagyon sokszor tovább tart, mint a czukorvizelés. Az ilyen esetekben továbbra is gondos megfigyelésre szorul az illető, annyival is inkább, mert a jó közérzés és a czukor hiánya miatt nagyon hajlandó túlkapásokra, a melyek eredményeképen újból beáll a czukorvizelés. A diabetes után megmaradó polyuria ellen *Teschemacher* megkisérelte a diabetes inspidus ellen használatos szereket (ergotin, valeriana, amylenhydrat, strychnin), de eredményt nem látott. Szerinte az említett „postglykosuriás polyuriától“ megkülönböztetendők azok a ritka esetek, a melyekben a diabetes mellitus diabetes insipidus-szá változik át. Három ilyen esetet észlelt, a melyek közül különösen az egyik érdekes. Ebben az illető kora gyermekéveiben agyhártyalob után diabetes mellitusban betegedett meg, a mely egy év után diabetes insipidus-szá alakult át; ennek 13 évig tartása után 8 hónapig tartott glykosuria jelentkezett, s utána ismét diabetes insipidus. Ezek az esetek abban különböznek a postglykosuriás polyuriától, hogy a diaeta semmiféle befolyást sem gyakorol rájuk, míg ellenben a postglykosuriás polyuriában a diabetes ellenes diaeta megszegése után rövidebb-hosszabb idő mulva glykosuria áll elő. (Münch. med. Wochenschr., 1907. 12. sz.)

Idegkórtan.

Pajzsmirigybeli eredetű neurasthenia néven vélik jelölhetni *Lévi* és *Rotschild* esetüket. A 21 éves leánynak 5 év óta fejfájása volt, izmai gyengék voltak, fáradékonyság mutatkozott. A beteg szédült, rosszul látott, étvágytalan és feledékeny volt, 10 év óta állandóan komor gondolatokkal foglalkozott és egy izben öngyilkossági kisérletet követett el. E mellett hajai hullottak és gingivitise is volt. A pajzsmirigykezelés alatt az összes tünetek javultak, a kezelés abbanmaradásakor újból előállottak. A beteg 0·5 centimetert nőtt. Nevezetes, hogy az eleinte megkisérlett 2 hónapi elkülönítés és psychotherapia sikertelen maradt. (Revue neurol. 1907. 2. sz.) *Kollarits Jenő* dr.

A chorea gyógyítása tekintetében jó szolgálatot tett *Babinski* kisérletében a scopolaminum hydrobromicum. Ebből 2—5 tized milligramm a napi adat. A heves mozgások igen gyorsan enyhültek. Az egyik betegnek sem az arsen, sem a chloral, sem az antipyrin nem vált hasznára és mégis hamar gyógyult a scopolaminumra. *Dufour* felemliti, hogy egy choreás betegének heves mozgásait semmiféle szerrel sem tudta megszüntetni, hatástalan volt a hyoscinum is. A beteg meghalt. (Revue neurol. 1907. 2. sz.) *Kollarits Jenő* dr.

A kénesős reszketésről *Guillain* és *Laroche* közölnek megfigyeléseket. *Charcot*-nak és követőinek az volt a nézete, hogy a kéneső hysteriát vált ki és ez okozza a reszketést. E szerint a kénesős reszketés tulajdonkép hysteriás reszketés volna *Raymond* és *Sicard* egy ilyen beteg cerebrospinális folyadékában lymphocytosist és kénesőt mutatott ki. Ehhez azt a megjegyzést füzik, hogy a klinikai észlelés szerint a kénesős reszketés mindig nagyon egyenlő módon jelentkezik. Többnyire lassan támad és lassan fokozódik, az egészségi viszonyok javulásával arányban javul és eltünik, ha a beteg foglalkozását megváltoztatja. Ez a lefolyás egyáltalán nem hasonlít a hysteriához. *Guillain* és *Laroche* betegei reszketnek, daczára hogy az egyik 30, a másik 45 éve hagyta abba bajthozó mesterségét. Egyik sem volt hysteriás. Tekintettel arra, hogy az egyik betegen csekély nystagmus és kisagyvelői ataxia is volt, a szerzők azt hiszik, hogy a kéneső a kisagyvelőben okozott kárt. Szerintük a sclerosis polyinsularis reszketésének hasonlatossága a kénesős reszketéssel ugyanezt bizonyítja. (Revue neurol. 1907. 4. sz.) *Kollarits Jenő* dr.

Sebészet.

Enteritis és appendicitis a czíme *Sonnenburg* érdekes czikkének, melyben e két betegség megkülönböztető kórjelzését tárgyalja. Nagyon nehéz a megkülönböztetés még a leggyakorlottabbnak is. A fertőző betegségek, főleg influenza után néha megjelenő enteritis meglepően hasonlít a hevenyen kezdődő appendicitisrohamhoz. A fájdalmak általános rosszullét közepette részben csikaró, részben katarrhális jellegüek, hirtelen kezdődnek, lassan fokozódnak. Noha gyakran a bélcsatornának csak kis részére szorítkoznak a helyi tünetek, a fájdalom az egész hasra kisugárzik. A nyomási érzékenység a csikaró érzés tartamát túlhaladja. A belekben levő pangó tartalom folytán toxikus és sepsises jelenségek mutatkoznak, a betegek kábultak, fejfájásról panaszkodnak, nyugtalanok. A tetemes láz (39° és azon felül) igen gyakran rázóhideggel kezdődik, az érlökés ennek megfelelően szapora, 100-on felüli. Csupán a fehérvérsejtek száma marad meg közel a rendeshez és ezen körülmény az elkülönítő diagnosis szempontjából igen fontos. A féregnyúlvány tudvalevően a bél-

csatorna egyes részeinek megbetegedéseiben kisebb nagyobb részt vesz (typhus, cholera stb.); így ezen bélhurutokban is többékevésbé érzékeny az ileocoecális tájék.

Igen természetes tehát, hogy az appendicitishez megtévesztésig hasonló ezen kórkép jelenléte esetén a „legkoraibb korai műtők“ nagy része operálni fog és ép féregnyúlványt talál.

Az orvosok és a nagyközönség napjainkban állandóan fél az appendicitistől, s minden hirtelen keletkező s heves hasüri fájdalmat első sorban appendicitisnek tart. A rettegéssel egyetem ben terjed az idegenkedés a hashajtó szerek alkalmazásától a fájdalmak kezdetén; s így megesik, hogy a heveny infectiosus enteritis-esetekben a bél alapos kiürítése elmarad, pedig gyógyító hatású volna.

Sonnenburg szerint teljesen indokolatlan a félelem a ricinusolajtól az enyhén kezdődő appendicitisrohamokban; ezt bizonyítandó, eseteinek egy részében (9 eset) a műtét előtt a betegnek ricinusolajat adott, s a műtéthez mindent előkészítve várakozott. A legtöbb esetben a ricinus hatása alatt a roham elmult s műtétre csak 3 eset került. Természetesen igen sok esetben a korai műtét feltétlenül szükséges, s a szerző is a hashajtó alkalmazását csakis könnyebb katarrhális folyamatokban tartja helyénvalónak és akkor is csak a műtő állandó felügyelete mellett. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1907. 14. szám.) *Lobmayer Géza.*

Az ínátültetés értékéről számol be *Hoffa* (Berlin). Ugyane tárgyról csak nemrégiben irt az orthopaediai sebészet egyik vezetője, *Vulpius*, kinek tanulmányát az Orvosi Hetilap 1906. évi 44. számában ismertettük. *Hoffa* 200 különböző ínplastikát végzett, s a távolabbi eredmény elbirálása végett utóvizsgálatot eszközölt 173 esetben. Két csoportban ismerteti eseteit; az elsőben a spinalis gyermekbénulásokat, a másodikban a spastikus bántalmakat tárgyalja. Épen úgy, mint Vulpius, beszámol a műtét balsikereiről is, a melyek kezdetben nagyon gyakoriak voltak. 4 tényezőnek tudja be őket, úgymint az esetek hiányos előkészítésének, a hibás műtéti tervnek, a hibás műtéti technikának és a hiányos utókezelésnek.

1. *Az esetek helyes előkészítése*, a helyes bevezető kezelés feltétlen követelmény, ha jó eredményt akarunk elérni. A jelenlevő deformitás vagy contractura az ínplastika előtt okvetlenül corrigálandó, mert csak így tudjuk az átültetett izomnak a megfelelő feszültségi fokot megadni, a mely pedig eredmény elérése czéljából oly fontos szereppel bir.

2. *A hibás műtéti terv* gyakran volt az oka az eredménytelenségnek, mert sokat várva magától az ínátültetéstől, gyakran alkalmatlan izmok helytelen módon vétettek igénybe. Ezért fontos annak előzetes megállapítása, hogy mely izmok müködnek, melyek hüdöttek, melyek paresisesek. Ha a megtekintés, a tapintás, az activ mozgási képesség és a villamos ingerlékenység vizsgálata nem nyujt kielégítő felvilágosítást, akkor a műtét végzésekor nemcsak az ín, hanem az izom is feltárandó s annak színe tekintetbe veendő. Az erős, müködésképes izom húsvörös; a hüdött, zsírosan elfajult izom sárgásfehér; a paretikus izom rózsaszínü.

3. *Az operatiós technikában* különösen ügyeljünk az asepsisre, mert ha a seb elgenyed, akkor az eredmény mindig kétes az invarratok ellöködése következtében. A varrathoz 1‰ sublimatban közvetlenül a műtét előtt 10 perczig főzött selymet használ, a műtétet Esmarch-féle vértelenítésben végzi. Az asepsises kötést csak akkor teszi már a sebre, ha a varratok feszülése folytán beálló anaemia teljesen eltünt, mert így kerülhetjük el, hogy bőrgangraena támadjon. A kötés fölé jön a gypskötés, melyet kétoldalt felvág, hogy az inak ne legyenek nyomásnak kitéve. Fontos a műtétnél, hogy az átültetett izomnak a megfelelő feszültséget megadjuk. Úgy az ínnak ínra való transplantálását, mint a periosteális plastikát helyesli, az utóbbit alkalmasabbnak tartja.

4. *Az utókezelés* igen fontos. A műtét után czélszerü a deform tagot túlcorrectioba hozni és ezen helyzetben fixálni. 6—8 hét után engedi csak meg, hogy a beteg újból a lábára álljon, mert előbb könnyen létrejöhet az átültetett inaknak megnyúlása s így a balsiker. Legalább 6 hóig hordjon még a beteg megfelelő szerkesztésü gépet, a mely eltávolítható legyen, hogy a massage, villamozás, mozgási gyakorlatok végezhetők legyenek.

Az ínátültetéssel csak azon esetekben lehet functionális eredményt elérni, a melyekben a hüdés az izmok nagyobb részét megkimélte, mert ha számos izom hüdése forog fenn, be kell érnünk azzal, hogy a hüdött tagnak megfelelő helyzetet és formát teremtünk.

Nehezebb a feladat a spastikus bajokban. Gyakran sikerül egy-egy izom tapadásának átültetésével az izmot használhatóvá tenni, így pl. a m. pronator terest cerebralis hemiplegiában azzal, hogy a felkar belső bütykéről átültetjük a külső bütyökre. De igen óvatosnak kell lenni, mert megesik spastikus diplegiában, hogy a pes equinusból a még alkalmatlanabb pes calcaneus származik.

Progressiv izomatrophia esetében megengedhetőnek tartja az ínplastikát, mert a baj lassan halad előre és így átmenetileg legalább a járási képességen lényegesen javíthatunk. Főleg az ínplastikára áll, hogy „sunt certi denique fines! (Archiv f. klin. Chir. 81 k. 1. f.) *Steiner Pál* dr.

Gyermekorvostan.

Az alimentáris intoxicatioról a csecsemőkorban értekezik *Finkelstein*. Évekre terjedő rendszeres vizsgálatok és klinikai észleletek eredményéről számol be és e themáról további részletes fejtegetéseket fenntart magának. Egyéb hasonló kóros állapotoktól szigorúan elkülöníti az intoxicatiót a következő kilencz tünet alapján: 1. az eszmélet zavara; 2. a légzési typus sajátos megváltozása; 3. az alimentáris glycosuria; 4. láz; 5. collapsus; 6. hasmenés; 7. albuminuria és cylindruria; 8. súlycsökkenés; 9. leukocytosis. E tünetek egyike sem hiányozhatik az intoxicatio typusos képében, de az egyes tünetek intensitásának fokai és ezek változatai szerint többféle alak állhat elő (*a choleriform*, nagyvízveszteséggel és collapsussal; a *hydrocephaloid*, az előtérben álló agyi tünetekkel; a *soporosus* alak állandó aluszékonysággal; *az asthma dyspepticum* dominálló „nagy“ légzéssel). Az intoxicatiós légzés „nagy“, mély, szünet nélküli és szaporább; az alimentáris glycosuria tejczukornak és galactosenek, esetleg a tápanyagtól függőleg más czukorfajnak is a kiválasztásából áll. A leukocytosis ugyancsak állandó jelenség, értéke rendszerint 30,000 alatt marad. A lefolyás valamennyi alakban heveny vagy idült lehet.

Az „intoxicatio“ *Finkelstein* tapasztalatai szerint keletkezhetik heveny táplálkozási zavarok, infectiosus gastroenteritisek, atrophia bármely alakjának lefolyásában, de nemcsak bélbántalmakkal kapcsolatban, hanem az egész szervezetet befolyásoló mindennemü egyéb megbetegedésben is kifejlődhetik, ha ezen befolyásolás súlyossága bizonyos magas fokot ért el. Ily értelemben tehát a szervezet törvényszerü reactiojának tartja az intoxicatiót, mely mindenkor bekövetkezik, ha a különböző betegségek által okozott ártalom bizonyos súlyossági fokot elért. Az intoxicatio nem jelenti azonban egyszerüen az addig is fennállott tünetek súlyosbodását, hanem specifikus katastrophát, mely az anyagcsere mélyreható elváltozásában nyilvánul. Ez anyagcserezavar a czukoremésztés elégtelenségében, a zsírhasadás hiányában és toxikus fehérjeszétesében, az oxydationak általános zavarában áll (Jahrb. f. Kinderheilk., 1907. január).

Folytatólagos czikkében *az intoxicatioról a táplálkozási zavarok lefolyása alatt* foglalkozik *Finkelstein*; fejtegetéséből ezúttal kizárja a bél fertőzéses megbetegedéseit, melyeket szerinte a táplálkozástól független láz és a bélfal gyuladásos elváltozása jellemez. Az intoxicatio mindig alimentáris eredetü, a táplálék mennyiségétől és minőségétől függő. Első sorban a zsír és a czukor hozhatja létre, a fehérjének egyáltalában nincsen szerepe, míg a sók befolyása kérdéses. Az *infectionak* semmi köze az „intoxicatiohoz“. Teljes jólét közepette sohasem következik be az intoxicatio. Mindig már beteg, táplálkozási zavarokban szenvedő csecsemőkön fejlődik ki abban a pillanatban, midőn a betegség elérte azt a fokot, hogy a táplálék összmennyiségét, avagy egyes alkotórészeit (zsír, czukor, sók?) kellőképen felhasználni nem tudja. E nézetében megerősítik táplálkozási és különösen therapeutikai kisérletei. Az intoxicatio fenyegető jelenségeit a táplálék összmennyiségének jelentékeny leszállításával, legjobban és legtökéletesebben a tiszta vízdiaetával egyszerre elvághatjuk. Nem érünk czélt czukrozott víz (tea) adagolásával, sőt azzal sem, ha az intoxicatioban szenvedő gyermeket szoptatjuk (zsírintolerantia). Ellenben teljesen közömbös, ha a víz mellett akár nagyobb mennyiségü *tiszta*

caseint vagy albumint adunk az intoxicatioban szenvedő csecsemőnek. Beható tanulmányához *Finkelstein* érdekes táplálkozási, súly- és lázgörbéket csatol. (Jahrb. f. Kinderheilk., 1907. márczius.) *Schossberger* dr.

Húgyszervi betegségek.

A juvenilis physiologiás albuminuria *B. Ullmann* szerint nem ritka jelenség, de az okát még ma sem ismerjük; gyakorlati szempontból az a kérdés, vajjon lokális vagy pedig az összszervezetet érintő megbetegedés részjelensége-e az ilyen fehérjevizelés és hogy megilleti-e ezt a *Leube* által először használt „physiologiás" jelző? *Heubner* már kimutatta, hogy a vesékben ilyenkor anatomiai elváltozás nincsen, a legtöbb szerző azonban azt hangsúlyozza, hogy itt tulajdonképen valami fertőző betegség által okozott általános gyengeségről és a vese működési képességének a csökkenéséről van szó. A szerző 42 egészséges gyermeknek a vizeletét többször vizsgálta meg és 14-ben vagyis 3·33%-ban fehérjét talált. A 14 gyermek közül egy vörhenyben, egy tüdőgyuladásban, 9 kanyaróban volt valamikor beteg, 3 pedig hiányos anamnesist adott. A 14 gyermek közül 3-nak a vizeletében 2‰-nél több fehérje volt. A szerző vizsgálataiból arra következtet, hogy sem az anaemia, sem a gyenge szervezet, sem a kiállott fertőző betegségek nem okoznak feltétlenül albuminiuriát. Abból a jelenségből, hogy olyan sok fiatal egyén nephritis nélkül fehérjét vizel, B. Ullmann arra a véleményre jut, hogy bár rendellenes, de azért még nem beteges, hanem mint *Leube* mondja, physiologiás és az ifjúkorra jellegzetes, tehát juvenilis folyamatról van szó. Az orthostatikus elnevezést a szerző nem tartja helyesnek, mert ugyanilyen a jellege a nephritis által okozott albuminuriának is. Ezt a jelenséget gyógyítani sem kell, mert a mikor a gyermek idősebb lesz, a legtöbb esetben magától elmúlik, a hol pedig spontan nem gyógyul meg, ott tehetünk bármit, de a fehérjevizelés csak nem fog megszünni. (Berl. klin. Wochenschrift, 1907. 5. szám.) *Drucker Viktor* dr.

A Freudenberg-féle combinatiós cystoskopnak az előnyeit a következőkben emeli ki a szerző: 1. Az eszköz különböző czélokra, úgymint egyszerü hólyagtükrözésre, irrigatiós cystoskopiára egy avagy két lefolyással evacuatiora, az egyik vagy mind a két ureternek a pöcsapolására használhatjuk a nélkül, hogy e közben a külső csövet ki kellene húzni az urethrából. 2. A látókészülék és a lámpa kivételével az eszköznek minden részét forró vízben jól kifőzhetjük. 3. A hólyagot előzetesen nem kell kiöblítenünk, mert ezt a cystoskopia czéljára bevezetett és a vizsgálat végéig a hólyagban hagyott külső csövön keresztül bármikor megtehetjük. 4. A mikor a müszert kihúzzuk, vele együtt nem csúszik ki egykönnyen az ureter-katheter is és ez utóbbival, főleg, ha az ovális alakút használjuk, a vesemedenczét jól kiöblíthetjük és drainirozhatjuk is. 5. A müszernek további előnye, hogy a haránt-átmetszetben köralakú és hogy annak ellenére, hogy csak 23 Ch.-nak felel meg, igen sok czélra használható és e mellett igen vastag ureter-kathetert enged magán keresztül és még nagy látótere is van. A lámpát az eszköz orrmányának akár az alsó convex, akár a felső concav felületére csavarhatjuk a szerint, a mint ureter-katheterismusra vagy egyéb tükrözésre akarjuk használni. Az ureter katheterek az alsó-convex felületen lépnek ki. (*Remete J.* a müszert a dermatologiai és urologiai szakosztály ülésén be is mutatta.) *Drucker Viktor* dr.

Venereás bántalmak.

A gonorrhoeának helyi és belső kezeléséről ir *Neisser* (Breslau). A kankó gyógyitásában a főczél a gonococcusokat elölni Ezt minél koraibb stadiumban kell tenni. Csak így védhetők meg a betegek a kankó számos szövődménye ellen. A gyors gyógyulásnak különben nemcsak az egyénre nézve van nagy hordereje, hanem talán még inkább a közegészségügyre, mert minél rövidebb a kankónak a tartama, annál kisebb a terjedés veszedelme. A helyi kezelés fecskendések és öblítések alakjában elengedhetetlenül szükséges. Leghelyesebb a szerző tapasztalata szerint a 2—3-szori otthoni fecskendés és a naponkénti kiadós *Janet*-féle kimosás. A kimosást rendesen hydrarg. oxycyanat.-nak igen híg oldatával végzi (1 : 8000—1 : 4000). De a rendszeres, orvos általi kiöblítés sok idő- és pénzáldozatba kerül. *Neisser* tehát sokszor az egyszerű fecskendésekkel is megelégszik, a mi igen gyakran, főleg a korai szakban czélra vezet. Fontos, hogy a beteg jól végezze a fecskendéseket, ezért szükséges, hogy az orvosa személyesen kitanitsa erre a manipulatiora. A bántalom hátraterjedésétől, mellékhereloboktól nem tart, ha helyesen végzik a fecskendést. A fecskendő 12—15 cm³ tartalmú legyen. Fecskendő folyadéknak alkalmasak a gonococcusok elölésére az ezüstkészitmények. Legjobb szer nincsen, csak jó szerek vannak. Ilyen a protargol. A szerző a legacutabb szakban is használja a protargolt. Ha az orvos is fecskendezhet, akkor jó naponkint egyszer 3%-os protargol-befecskendést végezni, azonkivül a beteg naponta 3-szor fecskendi húgycsövét ¼%-os protargol-oldattal. Az oldat 20—30 perczig hagyandó a húgycsőben. Az erős, 3%-os protargololdat okozta inger és fájdalom jól csillapitható, ha 5% antipyrint adunk hozzá. Ez alypinnel is pótolható. Ha a naponkénti 3%-os protargololdat többnapi használat után erős reactiót okoz (véres geny), kihagyandó. Ilyenkor a gonococcusok rendesen már igen csekély számban találhatók. A fecskendési kezelés nem ideális, de könnyen végezhető s különben sincsen teljesen kifogástalan kezelési mód. Arra a kérdésre, hogy a belső szerek, így főleg a balsamicumok tudják-e a kankót gyógyítani, a szerző határozott *nem*-mel válaszol. Elismeri, hogy haszonnal alkalmazhatók, de a lokális kezelést sohasem pótolhatják, mert a gonococcusokat meg nem ölik, sőt azokra nincs is befolyásuk. A balsamicumok (pl. arrhovin, gonosan stb.) tehát legtöbbször nélkülözhetők. De a szerző taktikai okokból sem nagy barátja e szereknek, mert a reklámmal történő hirdetésük alkalmas arra, hogy a kankó helyi kezelésének szükségessége elhomályosuljon. Ez pedig a fentiek alapján csak kárára volna a nemi betegségek elleni küzdelemnek. (Medizinische Klinik, 1907. 14. sz.) *Guszman*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A vas-arsentherapiáról szóló rövid közlésében *Eulenburg* tanár felhivja a figyelmet az *arsenferratose* kedvező hatására. A nem kellemetlen izü, jól eltartható folyadék felnőtteknek evőkanálnyi, gyermekeknek pedig kávéskanálnyi mennyiségben adható naponként háromszor. A teljesen hasonló hatású arsenferratin-tablettákból 1—2 darab veendő be naponként háromszor. A szerző nagyon jó eredménynyel használta vérszegénységgel, általános gyengeséggel és kimerüléssel járó functionális idegbajokban. (Medizinische Klinik, 1907. 9. szám.)

Az euscopol nem más, mint vegytiszta scopolaminum hydrobromicum s mint ilyen jó eredménynyel használható paralysis agitansban, tonusos és clonusos izomgörcsökben, elmebajokban megnyugtatás és alvás létesitésére, végül pedig a scopolaminum-morphium-narcosisban. Ez utóbbi czélra 0·0012 gramm euscopol 0·03 gramm morphiummal együtt 2 cm³ vízben oldva *scopomorphin* elnevezéssel kapható beforrasztott ampullákban. (Pharmaceutische Zeitung, 1907. 16. szám.)

A syphilis gyógyitására nagyon ajánlja *Keil* a már másoktól is dicsért mergalt. Az egyenként 0·05 gramm hydrargyrum cholicum oxydatumot és 0·1 gramm albumen tannicumot tartalmazó capsulákból eleinte 1—1 veendő be naponként 3-szor, majd lassan felemelkedünk naponként 5-ször veendő 2—2 capsuláig. A mergal belső használata teljesen helyettesitheti az inunctiós vagy injectiós higanykúrákat; a gyomrot, a belet és a vesét nem bántalmazza. (Deutsche Medizinal-Zeitung, 1907. 15. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 15. szám. *Makara Lajos:* Tapasztalatok a lumbális analgesiáról és e tan mai állása. *Kiss Gyula*: A physikai chemia az orvostudományban.

Orvosok lapja, 1907. 15. szám. *Sellei József*: Primaer prostata-tuberculosis esete.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 15. szám. *Flesch Ármin* és *Schossberger Sándor*: A csecsemők természetes táplálásának elterjedése Budapesten. „Urologia" melléklet 2. sz. *Feleki Hugó*: A húgycső gonorrhoeája és következményei. *Drucker Viktor*: Újabb érzéstelenitő szerek az urologiai gyakorlatban. *Balassa Tivadar:* Húgycső-öblitésre szolgáló új készülék. *Remete Jenő*: 1. Hólyagkő ritkább esete. 2. Carcinoma urethrae.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Remenár Elek* dr.-t a csabai közkórház igazgató-főorvosává, *Wagner Dániel* dr.-t pedig ugyanazon kórház osztályorvosává nevezték ki. — Járásorvossá neveztetett ki: *Jachmann Ede* dr. Ó-Lublón, *Elek Károly* dr. Szirákon, *Reinhardt István* dr. a gácsi járásban, *Fischer Ármin* dr. a nógrádi járásban és *Finger Vilmos Ágost* dr. a szécsényi járásban. — *Balázs Ernő* dr.-t a győri közkórházhoz alorvossá nevezték ki. — *Pogány Károly* dr.-t a székesfőváros főpolgármestere a szent János-kórház segédorvosává nevezte ki.

Választás. *Lurya Géza* dr.-t Seregélyesen községi, *Nagy Imre* dr.-t pedig Gárdonyban körorvossá választották.

Ösztöndíjak. A budapesti egyetem orvoskari tanártestületének javaslatára a vallás- és közoktatásügyi minister a következő orvostanhallgatókat részesítette ösztöndíjban. 1300 K-s Wodianer-féle ösztöndíjat kapott *Galambos (Braun) Arnold* és *Verzár Frigyes*. 300 illetőleg 240 K-s Mária Terézia-féle ösztöndíjat *Klesitz Tódor*, *Schütz János*, *Ujj Ilona* és *Máthé Ernő*. 200 K-s Csausz-féle ösztöndíjat nyert az orvoskari tanártestület részéről *Holitsch Rezső*.

Arányi Gusztáv dr. fürdőorvosi gyakorlatát Karlsbadban (Sprudelstrasse, Goldener Helm) újból megkezdette.

Ifj. Klug Nándor †. A budapesti egyetem orvosi fakultása magántanári karának egy jeles tagját vesztette el ifj. Klug Nándor dr.-ban, ki április 18. án rövid, de súlyos szenvedés után 34 éves korában Budapesten elhunyt. Klug Nándor dr., ki a Stefánia-gyermekkórház főorvosa is volt, 1905-ben habilitáltatott a fülorvostanból magántanárrá. Előadásait a hallgatók csakhamar megkedvelték. Klug Nándor egyetemi tanár fiát siratja az elhunytban. Áldás emlékére!

A budapesti orvosok szövetsége e hó 18.-án rendkivüli közgyülést tartott az országos tisztviselő-szövetség kebelében alakitandó betegsegitő egyesülettel szemben való magatartás tárgyában s a következő határozati javaslatot fogadta el. „A munkásbiztositásról szóló törvény a kisebb javadalmazású tisztviselőknek módot nyujt arra, hogy a betegsegitő pénztárba önként belépjenek és ez által magukat és családjukat betegség esetére biztositsák. Ennélfogva a budapesti orvosok szövetsége feleslegesnek tart minden egyéb önkéntes egyesülést, mely abból a czélból történik, hogy az egyesület tagjai a maguk számára, évi fizetéssel, egyes orvosokat alkalmazzanak s ez által az orvosgyakorlat szabadságát még jobban korlátozzák. S azért a közgyülés állást foglal az országos tisztviselő-szövetség ama törekvésével szemben, a melylyel tagjai számára ilynemű egyesületet akar alakitani és e végből elhatározza: hogy az esetleg létesülő egyesület működését megakadályozza az által, hogy az orvosi állás elfogadását ennél az egyesületnél ethikai vétségnek minősiti. A tisztviselő-szövetségnek pedig azt ajánlja a közgyülés, hogy a betegsegitő szakosztály tagjainak adandó kedvezményekből az orvosi segitségnyujtást teljesen hagyja ki. E határozat végrehajtását a közgyülés a választmányra bizza azzal a meghagyással, hogy eljárásának eredményéről a közgyülésnek kellő időben jelentést tegyen.“

Gyermeksanatorium tengermellékünkön. Edelsheim-Gyulay Lipót gróf, az Országos Gyermekvédő Liga elnöke több szakférfiú kiséretében a napokban Fiumében járt, hogy a tengermelléken olyan helyet jelöljön ki, a mely alkalmas gyermeksanatorium létesitésére. A társaság Portorében járt és kiszemelte azt a telket, a melyen a sanatoriumot létesiteni fogják. Erre a czélra nem, mint tervezve volt, a régi Zrinyi-várat, a jezsuiták fészkét, hanem egy Portorétól balra fekvő 8—9 hold terjedelmű telket jelöltek ki, a mely öbölben fekszik és részben be is van fásitva. Ennek a teleknek fekvése igen kedvező s az az előnye, hogy vize sekély s a gyermekek szabadon füröddhetnek majd benne. A gyermeksanatorium hatalmas épületből fog állani, a melyre a Liga és a kormány 400,000 koronát szán. A sanatoriumba az ország minden részéből vesznek majd fel szegény és beteg gyermekeket. Az épitkezést még az idén megkezdik.

A budapesti egyetemi I. sz. női klinikán márczius hóban 142 szülés volt (először szülő 74, többször szülő 68). A született magzatok száma 143, még pedig élő 123, halott 13, macerált 7; érett 109, kora 22, éretlen 12; fiú 77, leány 58, kérdéses nemű 8; törvényes 63, törvénytelen 80. A nőbetegosztályon összesen 88 beteget ápoltak, közülük meghalt 2. A szülőosztályon 1 haláleset volt. A klinikával kapcsolatos sebészeti poliklinika 72 esetben nyujtott segélyt; a műtétek száma 61 volt.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület márczius hóban 656 egyénnek nyujtott első segitséget. Ezenkivül 610 szállitást végzett, 47 esetben mint mozgóőrség szerepelt és 18 esetben vaklárma miatt vonult ki. A márczius havi működési főösszeg tehát 1331.

Helyreigazitás. *Scipiades Elemér dr.-nak a „Gynaekologia“ cz. melléklet 1. számában megjelent „Összefoglaló referatumok“ cz. közleményében*: a 96. lapon felülről a 23. sorban 0·001—0·004 helyett 0·0001—0·0004 és 0·1 helyett 0·01; a 25. sorban 0·005 helyett 0·0005; a 26. sorban 0·15 helyett 0·015; a 97. lapon felülről a 29. sorban 0·0045—0·006 helyett 0·00045—0·0006; a 102. lapon alulról a 15. sorban 0·0015 helyett 0·00015; a 18. sorban 0·003 helyett 0·0003 és 0·1 helyett 0·01 teendő; vagyis a scopolaminadagoknál a milligrammok helyett decimilligrammok s a morphiumadagoknál a decigrammok helyett centigrammok veendők.

Meghalt. *Rubessa András* dr. Fiumében 80 éves korában. — *Gabritschewsky* tanár, hirneves bakteriologus, e hó 8.-án Moszkvában. — *Magnus H.*, a szemészet rendkivüli tanára Boroszlóban, ismert szemész és orvostörténész, 65 éves korában, április 16.-án. — *Bleichsteiner A.*, a fogászat rendkivüli tanára és az egyetemi fogászati intézet igazgatója Grácban, április 16.-án, 60 éves korában. — *Th. H. Wakley* dr., a Lancet tulajdonosa és főszerkesztője, e lap megalapitójának fia, 86 éves korában, április 8.-án.

Kisebb hirek külföldről. *A. Pollitzer* dr., a bécsi egyetemen a fülorvostan tanára, a folyó tanév végén nyugalomba vonul. — *M. Nussbaum* anatomust Bonnban rendes tanárrá nevezték ki. — *Klaatsch H.* dr.-t Heidelbergben, az ismert anthropologust, a boroszlói egyetem orvosi karán az anthropologia rendkivüli tanárává nevezték ki.

Leyden tanárt Berlinben valóságos titkos tanácsossá nevezték ki az excellentiás czimmel. Poroszországban ő az első belorvos, a ki ezt a kitüntetést kapta.

Lord Lister 80. születésnapját április 5.-én ünnepelték Londonban. Ez alkalommal ezrével érkeztek be az üdvözlő adressek és levelek a világ minden részéből. A Royal College of Surgeons, Anglia első orvosi egyesülete diszülést tartott, melyben elhatározták, hogy e nap emlékére összegyüjtik és diszes kiállításban kiadják Lister összes értekezéseit a nagy sebész biographiájával együtt. E határozatról az egyesület egy küldöttsége értesitette, gratuláló irat átnyujtása mellett, az ünnepeltet, ki különben, tekintettel agg korára, születésnapját visszavonultságban, családi körben töltötte.

Gyógyitóserum termelése emberen. A Medical Record szerint a baltimorei orvosegylet egyik legutóbbi ülésén *H. Burton Stevenson* dr. előadást tartott, melyben hivatkozva arra, hogy az antitoxinok sokkal hatásosabbak, ha nem állati, hanem emberi vérből készülnének, azt az eszmét vetette fel, hogy a gonosztevőket kellene emberi vérserum nyerésére felhasználni. Törvényt kellene hozni, mely szerint az elitélt szabadon választhat börtönbüntetés és bizonyos betegségekkel való beoltás között, utóbbi esetben természetesen azzal a kötelezettséggel, hogy meghatározott időkben meghatározott mennyiségü vért bocsát a szenvedő emberiség rendelkezésére.

Stoószfürdő az egyetlen klimatikus gyógyhely, hol tuberculotikusok felvételt nyernek és a **Spengler-féle kettős oltásban** tuberculosis ellen részesülhetnek.

Jelen számunkhoz a F. Hoffmann-La Roche & Cie. czég „Sirolin“ czimü prospektusa van csatolva.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS. **Budapest, VIII., Muzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezőkkel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmai. Idült gyomor-bélbajok. Gerinczelferdülések.** 2507

Gizella-Telep fürdő, Saison megnyitás május 1.-én. **modern vizgyógyintézet posta Visegrád (Pest m.)** **Vizgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forrólég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Mérsékelt árak. Kivánatra prospektus.** 3719

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

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

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

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

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

Budapesti Orvosi Laboratorium IV., Koronaherczeg-utcza 18, I. em. Minden nemü ép és kóros váladék (ú. m. vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, górcsöi és bakteriologiai vizsgálata. Klinikai diagnostika. Tulajdonos: **Arányi Gusztáv dr. karlsbadi gyakorló fürdőorvos** (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 20.-ától szeptember 20.-áig, vagyis fürdőorvosi müködése 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 laboratorium: Vezető: **Dr. Vas Bernát, Poliklinika.** (Szövetség-utcza 14—16.) Telefon sz. 90—46.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: A berlini Röntgen-congressus. 303. l. — Közkórházi orvostársulat. (IV. bemutató szakülés 1907 márczius 13.-án.) 304. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (I. ülés 1907 január 29.-én.) 305. l.

A berlini Röntgen-congressus.

A congressus április 1.-én ülésezett a sebészek Langenbeck-házában, *Albers-Schönberg* (Hamburg) elnöklete alatt. A résztvevők sorából megemlítendők *Gocht* (Halle), *Immelmann* (Berlin), *Cowl* (Berlin), *Lewy-Dorn* (Berlin), *Holzknecht* (Wien), *Köhler* (Wiesbaden), *Grunmach* (Berlin), *v. Kowalsky* (Freiburg), *Morgan* (Liverpool), *Wertheim-Salomonson* (Amsterdam), *Grashey* (München) stb. stb.

Első helyen állott a referatumra kitüzött thema tárgyalása: „*Minő befolyással birt a Röntgen-diagnostika a csonttörések felismerésére és gyógyitására?*“ Az egyik referens, *Wendt* (Halle) kiemeli, hogy a radiographia, mely a legkiméletesebb vizsgáló eszköz, számos oly csonttörést és repedést mutat ki, melyet régebben fel nem ismertek, illetve a ritkaságok közé soroltak (izületi törések, fissurák, a rövid csontok törései stb.). A kép a repositiót is megkönnyiti. Kezelés közben az átvilágitás segélyével mindig ellenőrizhetjük a törésvégek helyes állását.

A második referens, *Immelmann* (Berlin) 4000 csonttörés Röntgen-képe alapján mutatta ki, hogy az egyes alakok gyakoriságáról való nézetünk az új vizsgáló módszer alkalmazása óta változást szenvedett.

A vitában *Grashey* (München) a gyakorlat számára azt ajánlja, hogy az orvos zúzódást elszenvedett betegét csonttörés lehetőségére, törött csontú betegét pedig arra figyelmeztesse előre, hogy ideális anatomiai gyógyulása nem valószinű. Ő is egyetért t. i. az első referenssel abban, hogy a functionális tekintetben hibátlanul gyógyult töréseknél is ritkaság a tökéletes anatomiai helyzet.

Stieda (Königsberg), *Hänisch* (Hamburg), *Grunmach* (Berlin), *Bade* (Hannover), *Graessner* (Köln) *olyan csonttörések* képeit mutatják be, *melyeket biztossággal csak a Röntgen-képen lehet kórismézni.* Az utóbb nevezett ezt a tényt a felkar tuberculum majus-ának letörésének, nem typusos bokatöréseknek, a trochanter minor leszakadásának, az öregujj első percze epiphysise haránttörésének esetében és a felkar alsó izvége epiphysisének meglazulásakor konstatálta.

Jaquet (Berlin) klinikai vizsgálatok és hullakisérletek alapján azt ajánlja, hogy *az alkar mindkét csontjának törése* középállásban való nyújtással kezeltessék, tekintet nélkül arra, vajjon a törés helye a pronator teres tapadásán innen vagy túl van e.

Jacobsohn (Breslau) *hirtelen halálesetről* számol be, mely akkor következett be, midőn *gümőkóros térdizületet oxygennel fúvott fel*, hogy ezen — Wollenberg által ajánlott — eljárással az izület egyes részeit jobban tegye láthatóvá. A beteg fel kiáltott, visszahanyatlott, elkékült, és többé életre hozható nem volt. *Holzknecht* (Wien) azt hiszi, hogy gázembolia volt, mint egy másik halálesetben, melyet levegőnek a sérvbe való befúvása idézett elő. Óva int, hogy ilyen szomorú tapasztalatok után a módszer többé ne gyakoroltassék. Ezzel szemben *Stuertz* (Metz) arra utal, hogy állatok nagy mennyiségü oxygennek a gyüjtőereikbe való befúvását kár nélkül kiállják. Ajánlatosnak tartja, hogy az izületbe szúrt tüvel előbb próbaszivást végezzünk, annak kiderítésére, nincs-e a tü hegye verőérben. *Wollenberg* (Berlin) súlyt helyez a befúvás módjára. A tapintás ellenőrzése mellett csak lassanként kell kis adagokat befúvni, főleg sarjadzások jelenlétében. *Eberlein* (Berlin) azt tapasztalta, hogy gyüjtőérbe való befúvással állatot nehezen lehet megölni, s ha a gyüjtőér kicsiny, akkor teljes lehetetlen. A vélt szív- és tüdőemboliák gyakran agyemboliák szoktak lenni.

Hoffa (Berlin) nem szeretné, ha „a fürdővel együtt a gyermeket is kiöntenék“; sok insufflatiót végzett, minden kár nélkül. Gyógyczélokra való alkalmazását elveti. Azonban a *kórisme* czéljaira becsesnek tartja az eljárást az izületegerek, a meniscussérülések, az idült izületi csúz és az arthritis deformans közti differentialdiagnosis eseteiben. *Schwarz* (Wien) óvrendszabályúl Esmarch-pólyával való leszorítást ajánl.

Alexander (Késmárk) „*A plastikus x-sugaras képek*“-ről tart előadást. Ismerteti módszerét és reámutat azon tévedésekre, melyekbe *Schellenberg* és követői estek. Figyelemmel hallgatott fejtegetéseit számos lemez és kép demonstratiojával végzi, melyekben módszerével már a lágyrészek (finomabb inak, tokszalagok, erek és egyes izmok) detaillirozását is sikerült elérnie.

Hozzászól *Gergő* (Budapest). Utánvizsgálatai alapján Alexander fejtegetéseit a maguk teljességében elfogadja. Kiemeli a képek demonstrativ és diagnostikai értékét. A kézről, könyökről, lábról és térdről felvett képeket mutat be, a melyeken finomabb kóros elváltozások (porczlerepedések, gümőkóros folyamatok stb.) az *Alexander*-féle képeken olyankor is élesen tünnek elő, midőn az első lemez képén ezeket csak a gyakorlott szem és ez is csak nagy figyelem mellett veszi észre. *Alexander* módszerét értékesnek tartja és benne határozott haladást lát.

Az elnöklő *Albers-Schönberg* (Hamburg) — ki régebben az *Alexander*-féle módszer heves ellenfelei közé tartozott — meleg elismerés hangján szól Alexander eljárásáról és reámutat azon tévedésekre, melyek a módszer körül támadtak. Hasonlóknak látszó dolgokat gyártottak ugyan, de ezeknek az *Alexander*-féle képekhez semmi közük sincs. Módjában volt a congressuson kivül az *Alexander* eljárásával behatóan megismerkedni és nem habozik kijelenteni, hogy az *Alexander*-féle képek az x-sugaras technika terén nagy haladást jelentenek. Valószinű, hogy a belső szervek (mellkas stb.) felvételeinél segélyükkel jelentékeny haladást érhetünk el, s kéri is ennek folytán *Alexandert*, fordítaná figyelmét a zsigerek vizsgálatára. Sajnálja a módszer körül támadt félreértést, melyet annak tulajdonít, hogy a tavalyi congressuson nem volt lehetséges az *Alexander*-féle képek szorgos utánvizsgálása.

Holzknecht (Wien) „*A gyomordaganatok Röntgen-diagnostikájának jelen állását*“ ismerteti. A bismuthmódszerrel elért eredmények, főleg a tumorfelület negativjának láthatóvátétele, fontossággal birnak a carcinoma korai kórjelzésében.

Schwarz (Wien) a gyomor sósavtartalmát gyomorszonda bevezetése nélkül Röntgen-vizsgálat útján állapitotta meg. Több hozzászóló azonban a módszert nem tartja oly tökéletesnek, hogy a vegyi vizsgálattal vetekedhetnék.

Dohan (Wien) „*A tüdőcsúcs-infiltratio Röntgen-diagnostikájá*“-ról tart előadást. A vitában *Stuertz* (Metz) igen szép képeket mutat be, melyeken a tüdőhiluson ülő mirigyek megnagyobbodását és innen a tüdőcsúcsokhoz haladó sötét kötegeket lehet látni. A képek olyan betegekről lettek felvéve, kiknek tüdőcsúcstüneteik még nem voltak, de néhány hét elteltével kifejlődtek. Ebből arra következtet, hogy a hilusmirigyek beszürődése az elsődleges, a tüdőcsúcs infiltratioja a másodlagos bántalom. *Holzknecht* (Wien) ezt a következtetést túlmesszemenőnek tartja.

Sträter (Aachen) „*a vesék röntgenographiájá*“-ban a compressio által elért haladást demonstrálja. Jelenleg a veseköveket nemcsak biztossággal lehet felismerni, de meg lehet határozni a vese azon helyét is, melyben a kövek székelnek. Ugyancsak láthatóvá lehet tenni az ép vese alsó polusát is, míg a felső polus csak kivételesen látható.

Gergő (Budapest) *az x-sugaras képek perspektivájáról* tart előadást. A tankönyvek és irodalmi közlések csak x-sugaras árnyképekről beszélnek, a nélkül, hogy ez elnevezés helyes voltát birálnák. Ennek folytán ez a téves fogalom a köztudatban is minden kritika nélkül tovább él. *Gergő* az ábrázoló művészetek szabályaiból indul ki; kifejti a plastikai ábrázolás lényegét, átviszi ezen physikai törvényeket az x-sugaras képek sajátos viszonyaira és ezen az alapon birálja geometriai fémtesteknek, más fémtárgyaknak, valamint különböző testrészeknek tökéletes x-sugaras képeit. Egyszerű árnyékképekről (silhouettekről) szó lehetett talán az x-sugaras kutatás kezdetén, midőn mást még nem

látunk, mint egyszerü csontárnyékokat. De ma, midőn a csontok alapi, alaki, szerkezeti képe látszik, midőn átlátunk közelebbi csontokból távolabbi csontokba: árnyékképekről a régi értelemben szó sem lehet, mivel ezen tökéletes képek már perspektivás (illetve x-sugaras plastikát magukban rejtő) Röntgen-képek. Előadását képek vetítésével és demonstratiojával végzi. A vitában *Alexander* (Késmárk) hozzájárul *Gergő* fejtegetéseihez, melyek támogatására maga is képeket mutat be. *v. Kowalsky* (Freiburg) szintén elfogadja *Gergő* okfejtését és hangoztatja, hogy az üvegből készült testek x-sugaras képe sem árnyékkép, hanem perspektivás kép.

Schwarz (Wien) a Röntgen-sugarak ammonium-oxalat-sublimat-reactiojáról és a kicsapódási radiometerről tart előadást; ez utóbbit a sugarak adagának megállapítására jól használható eszköznek tartja

Gottschalk (Stuttgart) Röntgen-fényképezés által az életben kórismézett *agytumor* kórtani készítményét mutatja be; a vitában *Holzknecht* (Wien) a képet műterméknek jelenti ki, mely másodlagos sugarak kisugárzása által typusos helyen: a sella turcica előtt képződik. *Cowl* (Berlin) szintén műterméknek tartja, mely ismert helyen keletkezik, de eredetét nem a secundaer sugarakban keresi, hanem abban a körülményben, hogy az üveglap fényérzékenysége csökken azon a helyen, a hol az arczon fekszik és valószinüleg a verejték éri.

Alexander (Késmárk) *az üvegből készült testek átvilágításakor keletkező képekről, valamint az x-sugarak és festékszinek közötti viszonyról* tartott előadásában alapvető, mindeddig nem is kutatott dolgokkal lepte meg a congressust. Az üvegkoczka és üvegprisma átvilágításakor oly képeket kapott, melyek semmi esetre sem árnyképek, de viszont resorptioval sem magyarázhatók. Vita tárgya lehet, vajjon reflex, vagy törés szerepel-e itt. *Alexander* e képeket „máskép magyarázni nem tudja, mint azon felvétellel, hogy olyan sugarak, melyek fénytüneményeket hoznak létre, erre csak akkor képesek, ha maguk is részt vesznek ezen fénytünemények keletkezésében". Még egy felfedezést közöl, melynek hordereje egyelőre meg nem határozható, hogy t. i. a spectrum minden egyes színének a jó x-sugaras képen más-más árnyéknuance felel meg.

A vitában *Wertheim-Salomonson* (Amsterdam) azt fejti ki, hogy az üvegből készült tárgyak fénytüneményeinek magyarázatára az absorptio is elégséges. Midőn azonban e nézete támogatására az egyik bemutatott képre hivatkozik, kiderül, hogy tévedett, a mennyiben egy harmadik lemezkép vetett árnyéka ejtette tévedésbe.

Nagy érdeklődést keltettek a *Försterling* (Hannover) és *H. E. Schmidt* (Berlin) előadásai, melyek a *Röntgen-sugaraknak ébrényekre és fiatal állatokra gyakorolt hatásával foglalkoznak.* Ha egészen fiatal állatnak valamely testrészét (fej, czomb, láb) besugározták, akkor ez a növekvésben — néha igen nagy mérvben — visszamaradt. Ennek folytán óva intenek attól, hogy fiatal gyermekeket gyakran vagy hosszú ideig tegyünk ki a Röntgen sugarak hatásának.

Az esti projektiók alkalmával főleg *Köhler* (Wiesbaden) keltett élénk csodálatot kinematographikus képeivel, melyek a normális és kóros légzést mutatták be.

A jövő évi congressus elnökévé *Gocht* (Halle) választatott meg.

Alapy Henrik dr.

Közkórházi orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1907 márczius 13. án))

Elnök: **Medvei Béla.** Jegyző: **Török Béla.**

Resectio után gyógyult tuberculosus és carcinomás vakbéldaganat esetei.

Balás Dezső: Két esetem nem annyira a sebészeti technika szempontjából érdemel bemutatást, mint inkább diagnostikai szempontból, s mert a műtéti beavatkozás mindkét esetben a betegség oly korai szakában történt, midőn a gyökeres gyógyulás még joggal remélhető.

a) K. J.-né, 25 éves, asztalos neje, mult év julius 30.-án tétetett át műtét czéljából Hirschler tnr. osztályáról Janny tnr. sebészeti osztályára. A beteg előadja, hogy 1905 októberében lett először hirtelen rosszul, midőn hányás kiséretében az ileocoecális tájon kólikás fájdalmak lepték meg, melyek azóta többször ismétlődtek; állandó székrekedésben szenved.

A jól fejlett és táplált nőbeteg vizsgálatakor a mellkasi szervek épek. A has mérsékelten előbomborodó, a coecális tájon némi resistentia tapintható, bélszükületi jelenségek nem válthatók ki.

Idült appendicitisre téve a diagnosist, a műtétet mult év augusztus 5.-én végeztem chloroform-narcosisban. Appendiculáris metszéssel behatolva, a vakbél falát csaknem circulárisan tetemesen megvastagodottnak találtam, a féregnyúlvány csaknem kisujjnyi vastag és merev volt. Tekintettel a beteg fiatal korára, tuberculosus daganatra gondoltunk, s minthogy sem disseminatio, sem egyéb bélszükület jelen nem volt, a coecumot az épben resekáltam, s az ileum és a colon lumenét elzárva, lateroanastomosist végeztem.

A gyógyulás per primam folyt le; a beteg mult év augusztus 26.-án meghízva gyógyultan távozott s jelenleg is egészséges.

A kórszövettani vizsgálatot Entz tanársegéd végezte, s a diagnosist ileocoecális tuberculosus daganatra tette.

b) F. J., 46 éves napszámost mult év szeptember 6.-án vették fel Janny tnr. osztályára.

A beteg állitólag 13 hó előtt hirtelen rosszul lett, a coecális tájon görcsös fájdalmak támadtak szék- és szélrekedéssel, s 4 hétig feküdt ágyban. Ezután állandó székrekedés maradt vissza.

A beteg felvétele előtt egy héttel hasonló tünetekkel újra rosszul lett, s ezért osztályunkra vétette fel magát.

A jól táplált, erősen köhögő, emphysemás beteg vizsgálatakor a has mérsékelten előbomborodó, a coecális táj nyomásra kissé fájdalmas, s erős laxatio után csekély resistentia tapintható. Chronikus appendicitisre tettük a diagnosist, s a műtétet szeptember 18.-án végeztem chloroform-narcosisban. Appendiculáris metszéssel behatolva, a vakbél falát itt is circulárisan tetemesen megvastagodottnak találtam. A vakbelet resekáltam, s az ileum és colon elzárása után lateroanastomosist létesítettem.

A gyógyulás per primam folyt le, de a beteg jobboldali phlegmasia alba dolenst kapott, s e miatt a teljes gyógyulás csak mult év november 12.-én következett be. A beteg jelenleg is recidivamentes. A szövettani vizsgálat alapján Entz tanársegéd a diagnosist adenocarcinoma mucosum coeci-re tette.

Mindkét esetben chronikus appendicitisre tettük a diagnosist. Mindkét esetben a betegség hosszú lefolyású volt, 10 és 13 hó óta állott fenn, a betegeken kimutatható tuberculosus és carcinomás elváltozás nem volt, s az ileocoecális tájon időnként rohamszerüen jelentkezett, székrekedéstől kisért kólikás fájdalmat leszámítva, erős laxatio után is csak némi resistentia volt tapintható.

Úgy a gümőkóros, mint a rákos coecális daganat csak tapinthatósága és kifejezett bélszükületi tünetek alapján ismerhető fel. A bélsár vizsgálata sem nyujt útbaigazitást. Conrath 85 gümős coecális daganat-eset közül 5-ben talált vérzést, Boris statistikája szerint 271 coecális rák-eset közül egyszer erősebb, 58-szor csekélyebb vérzés volt; a székletét genyes volta pedig nem jellegzetes.

Épen ily nehéz a betegség kezdeti szakában általános tünetek nélkül a kétféle daganatnak egymástól való megkülönböztetése. Érthető tehát, hogy a két megbetegedés a kezdeti szakban chronikus appendicitissel összetéveszthető.

Úgy a gümőkóros, mint a rákos vakbél-daganatok ellen egyedül a gyökeres kiirtás tekinthető helyes gyógymódnak. Igaz ugyan, hogy a gümőkóros vakbél-daganat néha egyszerű enterocolostomiával s igy a vakbél nyugalombahelyezésével magától is gyógyulhat, de igy egyrészt elsődleges gümőkóros góczot hagyunk vissza a szervezetben, másrészt tapasztalat szerint, daczára a nagyobb műtéti beavatkozásnak, kiirtás után a betegek egészségi állapota rohamosabban javul.

A mi a prognosist illeti, úgy a gümőkóros, mint a rákos vakbél-daganat, viszonyítva a test egyéb részein előforduló hasonló megbetegedéshez, aránylag jóindulatú. Mindkettő lassan fejlődik, a gümőkóros daganat később disseminálódik, s a rákos daganat

későn okoz metastasist. Conrath 30 gyökeresen operált gümőkóros esete közül 7 év mulva 16 beteget talált recidivamentesen. Körte statistikája szerint 27 gyökeresen operált vakbél-rák közül 9¼ év mulva 9 (33·3%) recidivamentes. A betegség korai szakában történt gyökeres műtéti beavatkozás esetében tehát mindkét megbetegedésben joggal várható a teljes gyógyulás.

Manninger Vilmos: Ezen kórképekre még mindig nem helyeznek elég súlyt. Öt év alatt 10 ilyen esetet operáltam, egyiket-másikat be is mutattam. Ma, a mikor az appendix felé fordul a figyelem, a vakbélbeli daganatok is hamarább kerülnek a sebészhez. Már a kezelőorvosnak kell a daganatokra gondolni és kell rá a beteg figyelmét felhivni. Ha gondol rá az orvos, a diagnosis is egyszerű. A rákos és a gümőkóros daganat közötti differentiális diagnosis sem nehéz. A betegnek úgyszólván az arczára van reáirva. A lokális lelet is útbaigazit. A rákos daganat körülirt, gömbalakú, a gümőkóros a vakbél, esetleg a colon alakját mutatja. E mellett a bélszűkület tünetei rák esetén gyorsabban jelennek meg, a bélmerevedés a gümőkórban gyakoribb és kifejezettebb.

A prognosis elég jó: 9 beteg közül egy halt meg a műtét következtében; multiplex bélstenosisa volt. A többi nagyon rövid időn belül hihetetlenül meghízott. Igy egyik betege, egy katonatiszt, három hónapon belül 18 kgm.-ot hizott. Gyökeres műtétet kell végezni.

Balás Dezső: A gümőkór és rák között a differentiális diagnosis csak előrehaladott állapotban tehető meg, mikor már daganat tapintható és a bélszűkület tünetei jelennek meg. Eleinte idült appendicitis képe alatt jelenik meg a folyamat

(Folytatása következik.)

A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya.

(I. ülés 1907 január 29.-én.)

Elnök: **Irsay Artúr.** Jegyző: **Lipscher Sándor.**

1. A bárzsingbemenetben ülő ráknak pharyngotomia lateralis-szal műtett esete.

Navratil Dezső: Az 54 éves férfiút október 24.-én vettük fel az I. sebklinikára. Előadja, hogy egy év óta nehezen nyel, az utóbbi időben a nyelési nehézségei fokozódtak, úgy hogy csak hiányosan tudott táplálkozni s ezért rövid idő alatt 8 kilót fogyott. Erős dohányos; naponként elszitt 25 drb. szivart s megivott 6—10 liter sört. A gégetükörrel végzett vizsgálat kimutatta, hogy a nyelési nehézségeknek az oka egy a b. o. aryepiglottisredőről kiinduló s a bárzsingba terjedő kb. 20 fillérnyi rákos fekély. Nyaki mirigyek nem érezhetők. Október 25.-én intralaryngealis úton próbakimetszés. A megejtett szövettani vizsgálat a kimetszett részt carcinoma epithelialenak találta cancroid gyöngyökkel. Dollinger tanár megbizásából november 6.-án végezte a műtétet. Először Schleich-féle helybeli érzéstelenitésben mély tracheotomia, majd a canulön keresztül altatás chloroformmal. Ezután baloldalt pharyngotomia lateralis útján hatol be a pharynxhoz. Csakis az artéria thyreoidea superiort kellett lekötni. A pharynxot megnyitja s a fekélyt fel az egészséges részig kimetszi. Nyitva kezelés. Az orrba Porges-féle gummikathetert helyez táplálás czéljából. A műtét tartama 45 percz. A beteg a műtét után jól volt, kisfokú hőemelkedés. Baloldalt a sternocleidomastoideus alsó szélén kis tályog képződött, melyet drainezett. A rövid canule-t egy hosszabb Tavel-félével cserélte ki, de mivel a beteg ezen nem tudta a nyálkát jól kiüríteni, a Tavel-canul-t egy rendes, de valamivel könnyebb canul-lel cserélte ki. A beteg a műtét utáni 4. héten lelkileg zavart lesz, a mely állapota alkoholnak bőséges adására hamar elmulik. A műtét után 7. héten a műtéti területet átvizsgálva, recidivától mentnek találták. A pharyngotomia sebét per granulationem engedte bezáródni. A beteg a műtét utáni 1—2. héten naponként 4-szer, majd 3 illetve 2-szer az 5. héttől kezdve pedig 1-szer lett kötözve. A 7. héten decanulement.

A leukoplast-csikkal összehúzott tracheotomia-seb néhány nap alatt záródott. A mikor a pharyngotomia sebe már majdnem teljesen besarjadzott, eltávolitották a regionaer mirigyeket. Ezek között egy borsónyi rákos volt a sternocleidomastoideus feje mögött. A többi mirigy mind rendesnek bizonyult. A beteg a száján át folyékony s félig szilárd táplálékot is le tud nyelni. A műtét helyén a bárzsingban kisfokú szükület van, melyet, ha recidiva nem támad, idővel tágitani fognak. A beteg az utóbbi időben hetenként ½ kilót hizott, jól érzi magát, az étvágya igen jó.

Zwillinger Hugó: Ha a carcinoma a bárzsingba terjed, a vizsgálat sokszor nehéz, mert a tükör a bántalom kiterjedéséről nem ad felvilágositást. Ilyen esetben igen hasznavehetőnek találta az Eicken által meghonositott hypopharyngoskopiát.

2. Lues okozta kétoldali gyűrűkannaizületi ankylosis.

Lipscher Sándor: A 36 éves kovács előadja, hogy 1893-ban luest szerzett. Egy év előtt légzése nehéz lett és 1906 április hóban kereste fel osztályunkat, midőn is rögtön mély tracheotomiát kellett végezni. A gége belseje be volt dagadva, azonban fekélyt nem lehetett látni. Két heti jodkali-adagolás után a duzzanat visszafejlődött, de a hangrés oly szük volt, hogy nem lehetett belátni. Ilyen állapotban hagyta el a kórházat azon meghagyással, hogy néhány hónap mulva újra jelentkezzék.

Folyó évi január 9.-én kereste fel újból rendelésünket a következő jelenállapottal:

A gégében lobos tüneteknek nyoma sincs, az aryporczok egymáshoz közelitettek, mozdulatlanok; a hangszalagok épek, a hangrés alig 1—2 mm. és hangoztatáskor, ha a beteg a canul-t betartja, csak annyira tágul, hogy a levegőáramot átbocsátja; ennek ellenére a beteg teljesen érthetően beszél.

A kép azt a benyomást kelti, a melyet a posticus-hüdés szokott, de jól megfigyelve látjuk, hogy a gyürükannaizületek teljesen mozdulatlanok.

A tüdőkben elváltozást nem találtunk, a szemfenék teljesen ép, a reflexek mind megtartottak.

Donogány Zakariás: Fölmerülhet azon kérdés eldöntése, hogy posticus-bénulás van-e jelen, vagy ankylosis. Ilyenkor az a tünet, melyet elsőnek irtam le, útbaigazit. És ez az álhangszalag mozgása, melyet szintén a recurrens idegez be; ha ez bénult, az álhangszalag is mozdulatlan; ha pedig az izület merev, az álhangszalagok conjugáló vonalak alakjában mozognak.

(Folyt. következik.)

PÁLYÁZATOK.

Békés vármegye közkórházának elmebeteg-osztályán üresedésben levő **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1600 korona évi készpénzfizetés, I. oszt. élelmezés, lakás, fűtés, világitás.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy képesitésöket, valamint eddigi működésöket igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Fábry Sándor dr. úrhoz, Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám f. **évi május hó** 1.-éig küldjék be.

Gyula, 1907. évi április hó.

2—1 *Békés vármegye közkórházának igazgatója.*

A poliklinikai egyesület kórházában az **alorvosi**, esetleg **segédorvosi állás** megüresedvén, a jelzett állásokra pályázni kivánó orvostudorok kellőleg felszerelt folyamodványaikat alulirott igazgatósághoz f. **évi május hó** 1.-éig nyujtsák be.

Az alorvos javadalmazása 800 korona évi fizetés és teljes ellátás, a segédorvosé 600 korona és teljes ellátás.

A poliklinika igazgatósága.

156/907. sz.

A gyulai kerületi betegsegélyző pénztárnál Gyulán (Békésmegye székhelyén), hol a pénztári tagok évi átlagos létszáma 1100—1400 között váltakozik, mivel a pénztárnak jelenleg egy rendszeresitett orvosa lévén, hogy a pénztári tagok orvosi segélyben való részesitése czélszerűbben eszközölhető legyen, egyenlő hatáskörrel megbizandólag egy újabb **orvosi állás** rendszeresitése czéljából pályázat hirdettetik.

A pénztári orvos évi tiszteletdija 1200 korona, azaz egyezerkettőszáz korona, havonta utólagosan száz koronás részletekben utalványozva.

Az orvosi rendelő óra a két orvos által közösen megállapitandó beosztással akként tartandó meg, hogy az egyik d. e. 8—9-ig, a másik pedig d. u. 2—3 óráig a pénztár helyiségében, s igy a beosztáshoz képest a délelőtti és délutáni időben a külön rendelés az orvos lakásán tartható meg.

A megválasztott orvos a pénztári orvosi teendőkön kivül egyéb orvosi praxist is végezhet.

Az orvosi állás esetleg azonnal is, de legkésőbb f. évi május hó 1.-én elfoglalandó.

Egyebekre nézve alapszabályaink intézkedései mindenben érvényben tartatnak.

A pályázati kérvények **Gyulán, a kerületi betegsegélyző pénztárhoz** nyujtandók be.

Gyula, 1907. évi április hó 16.-án.

Dutkay István, ig. **titkár.** *Mayer István*, ig. elnök.

7339/907. kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, évi 1200 korona fizetéssel, szabad lakással, élelmezéssel, fűtéssel és világitással javadalmazott **alorvosi állásra** ezennel pályázat nyittatik.

Folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényeiket legkésőbb **f. évi május hó 10. napjáig** méltóságos Ambrozovics Lajos dr. főispán úrhoz czimezve nyujtsák be.

Szigorló orvosok is pályázhatnak.

Baja, 1907. évi április hó 10.-én

A polgármester.

114/907. eln. sz.

Bihar vármegye közkórházánál két, egyenként 800 korona évi fizetés, élelmezés és teljes ellátással javadalmazott **segédorvosi állás** üresedett meg.

Felkérem a pályázni óhajtó orvos urakat, hogy Bihar vármegye főispánja, méltóságos Glacz Antal úrhoz intézendő kérvényüket okmányaikkal felszerelten hozzám **f. évi április hó 26.-áig** adják be.

A betöltendő állások f. évi április hó 30.-áig lesznek elfoglalandók.

Nagyvárad, 1907. évi április hó 11.-én.

Fráter dr., igazgató-főorvos.

Helyettesitésre orvos (orvostudor) kerestetik kedvező feltételek mellett. Közelebbi felvilágositást ad Goldstein Ede dr. körorvos, Boldogasszony, Mosonmegye.

863/907. szgb. sz.

Fogaras vármegye alsó-árpási járásában megüresedett alsóvisti 13,436 lélekszámmal biró **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és az ezen állást elnyerni óhajtókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában, illetve az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előirt képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **f. évi május hó 10.-én d. u. 5 óráig** hivatalomhoz annál inkább benyujtsák, mert később érkező folyamodványok nem lesznek tekintetbe véve.

A körorvosi székhely Alsó-Vist.

Javadalmazás 1600 korona évi fizetés, 400 korona úti átalány és 400 korona lakbér, mely összeg az állampénztárból utólagosan fizettetik, továbbá a szabályrendeletileg megállapitott látogatási díjak.

A körorvos jogosult a jegyzői nyugdijintézetbe belépni. Házi gyógyszertár is kilátásba van helyezve.

Köteles azonban a körorvos a községeket havonként kétszer rendesen látogatni és a vagyontalan betegeket ingyen gyógykezelni.

A román nyelvnek tudása feltétlenül megkivántatik.

A megválasztott körorvos köteles állását 8 nap alatt elfoglalni.

A választást május hó 15. én d. e. 9 órakor fogom megtartani Alsó-Vist község irodájában.

Alsó-Árpás, 1907. évi április hó 12.-én.

3—1 *A főszolgabiró.*

1445/907. sz.

A hevesvármegyei XVI. közegészségügyi körben lemondás folytán üresedésbe jött **körorvosi állásnak** választás útján leendő betöltésére ezennel pályázat nyittatik.

A választásra határidőül 1907. évi május hó 8.-ának d. e. 10 órája Pétervására községházához, mint a körorvos székhelyére azon felhivással tűzetik ki, miszerint a pályázni kivánók kellően felszerelt kérvényeiket alólirott főszolgabiróhoz f. **évi május hó 6.-áig** nyujtsák be.

A körorvos javadalmazása 1200 korona évi fizetés, 200 korona lakbér, 400 korona úti átalány és a szabályrendeletileg megállapitott látogatási dijak. A körorvos tartozik 15 községből álló kerületét kéthetenként beutazni s azon alkalommal a községházánál jelentkező betegeknek dij nélkül rendelni.

Soronkivüli látogatásokért a természetbeni fuvaron kivül nappal 2 korona, éjjel 4 korona látogatási dij illeti meg, a lakásán jelentkező betegektől pedig 80 fillér dijat szedhet.

Megjegyzem, hogy a körorvosi állások és javadalmazások rendezése napirenden lévén, határozottan remélhető, hogy az 1908. évtől ezen állás is tetemesebb állami javadalmazásban fog részesülni

Pétervására, 1907. évi április hó 5.-én.

Drisnyey Béla, főszolgabiró.

A pécsi állami gyermekmenhelynél megüresedett **másodorvosi állásra** (1200 korona fizetés, lakás, fűtés, világitás és élelmezés) a pályázat **április hó 30.-án** jár le. A kérvények az igazgató-főorvoshoz nyujtandók be. 3—2

1651/907. sz.

A pozsonyi kerületi betegsegélyző pénztár dévényujfalusi körzetében lemondás folytán **pénztárorvosi állás** jött üresedésbe.

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

A javadalmazás évi 2000 korona kezdő fizetés és 400 korona fuvarátalány. Ezen javadalmazás előleges havi részletekben fizettetik. Felmondási idő kölcsönösen három hónap.

Folyamodások **f. évi április hó 25.-éig** bezárólag terjesztendők be a pénztár elnökségénél (Pozsonyban, Rakovszky-utcza).

A megválasztott az állást legkésőbb f. évi május hó 15.-éig köteles elfoglalni és Dévényujfaluban lakni.

Bővebb felvilágositást Glaser Károly dr. főorvos ad. 2—2

Pozsony, 1907. évi április hó 9.-én.

Somlyay Lajos, titkár. *Dworak Károly*, igazgatósági elnök.

816/907. szám.

A Kispereg és Németpereg községekből álló és lemondás folytán üresedésbe jött **kisperegi körorvosi állás** választás útján leendő betöltésére határidőül **f. évi május 14.-ik napjának d. e. 9 óráját** Kispereg községházához kitűzöm.

A körorvos javadalmazása: évi fizetés 1200 korona, nappali látogatási dij 50 fillér, éjjeli látogatási dij 2 korona és Kispereg község székhelyen teljesitendő halottkémlésért esetenként 50 fillér.

A körorvos folyamodása esetén kézi gyógyszertár tartására is fel lesz jogositva.

Felhivom az ezen állást elnyerni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a szerint felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a választás napjáig nyujtsák be

Pécska, 1907. évi márczius hó 29.-én.

3—3 *A főszolgabiró.*

HIRDETÉSEK.

A **Bór- és Lithion-tartalmú**

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

„GUAJATIN JENCS“

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

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

Gyermekek is rendkivül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készitője JENCS VILMOS gyógyszerész,

2027 **Budapest, II., Fő-utcza 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 dij: **I. oszt. évi 1600 k., II. oszt. évi 1000 k.** Ezen osztályokon kivül szegény betegek, az országos betegápolási alap terhére vehetők fel, a mely esetben a nagym. m. kir. belügyminiszteriumnak 1903. okt. 28-án kelt 97221/IVa. cz. 1903. rendelete értelmében a felvétel külön-külön kérelmezendő a betegek által. A betegek ápolásával a budai szent Ferenczrendü apáczák vannak megbizva. Prospectusokkal és egyéb felvilágositással szolgál: **Dr. Wosinski István**, Balf gyógyfürdő igazgató tulajdonosa. Posta, vasút, telefon helyben.

3324

IRON (hangyasavas vaselixir).

Név és árujegy védve.

Vörösesbarna átlátszó, kristálytiszta, állás után is változatlanul maradó folyadék, kellemes savanykás aromatikus izzel, tartalmaz 1% fémvasat.

Hatóanyaga a Ferri- és Ferroformiát, melyet kettőssó alakjában tartalmaz.

Az **IRON**, mely 125 grammos sötét üvegekben jön forgalomba, javalva van mindazon esetekben, a hol vas adagolása egyáltalában szóba jöhet, tehát **sápadtság, anaemia, neurasthenia** és minden más súlyosabb **idegbajnál; tüdővésznél** mint **erősitő** és **étvágyjavitó; női betegségeknél,** mint **vérzések** vagy **szülés** után és egyáltalában a **reconvalescentiában** mint **gyorsan ható vérképző** és **roboráló szer.**

Adagolása: felnőtteknél naponta délben és este étkezés közben 1—1 kávéskanállal mindenkor fél pohár czukros vizben, gyermekeknél a kor szerint a fenti adag fele vagy csak negyede veendő.

Ára üvegenként 2 korona 50 fillér. 3668

Készitője: **PRAY VALÉR gyógyszerész. Főraktár: Budapest, VIII., Baross-u. 44.**

Rohitsch-Sauerbrunn

Stájerország.

Vasút, posta és táviró. Prospektus ingyen a fürdőigazgatóság útján.

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

TELJESEN ÁTALAKÍTVA.

Új hydro - elektro - mechano - therapeutikai gyógyintézet nagy és modern stilusban: hidegvizgyógymód, villamos fény- és kádfürdők, forró lég- és gőzfürdők, inhalatorium, villamos masszás, napfürdők, gyógytornászat. Világhirü gyógyhely gyomor-, bél-, máj- és vesebajok, idült székrekedés, aranyér, epekő, elhizás, czukorbetegség, köszvény, torok-, gége- és légcsőhurut ellen. Legerélyesebb gyógyforrások, Karlsbad és Marienbad-hoz hasonló. Új szálloda diaetetikus vendéglővel és új ivóvízvezeték kitünő édesvizzel.

3750

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszivódást, mint a

Vasogen

Camphor-Chloroform-Vasogen

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

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

Lactagol

egy specifikus ható lactagogum.

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

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

Főraktár Ausztria és Magyarország részére:
Maager Vilmos, Bécs, III/3.
Heumarkt 3.

A guajacolkezeléshez!

Herbacol,

egy új guajacol-vaskészítmény.

Ez egy kellemes izű szörp, a közel 40 év óta kitünönek bizonyult **Herbabny-féle alphosphorossavas mész-vas-szörpből 7% kalium sulfoguajacolicum** hozzáadásával készül. A kalium sulfoguajacol., a vas- és mészhypophosphit, valamint keserű és antifermentativ 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: felnötteknek 3—4 kanállal, gyermekeknek fele.

1 üveg ára 2 korona.

Csakis **orvosi vényre kapható a gyógyszertárakban. Klinikailag kipróbálva és kitünőnek minősítve.** Irodalom: Wiener med. Presse 1906. deczember 2, 48, sz., Wiener klin. Rundschau 1906. október 28, 43. sz. Orvos uraknak kivánatra minták ingyen.

SCHUTZ-MARKE
JULIUS HERBABNY WIEN

Egyedüli készítő és főraktár:

Dr. Alois Hellmann's

3635 Apotheke „zur Barmherzigkeit"

Wien, VII/1, Kaiserstrasse 73—75.

Farbenfabriken vorm. **FRIEDR. BAYER & Co.,** Elberfeld.

NOVASPIRIN

új, kiváló pótszere a salicylátoknak.

Ezen készítmény minden kellemetlen mellékhatástól ment és a legérzékenyebb betegek is könnyen tűrik.

Kiválóan hatásos

influenza ellen,

hülési megbetegedések, rheumatismus, neuralgia, köszvény stb. ellen.

Dos.: 1 gm., többször napjában. Rp. Tabl. Novaspirin à 0·5 gm. Nr. XX.
„Originalpackung Bayer.

Képviselő Ausztria-Magyarország részére: **FRIEDR. BAYER & Co., Wien, I., Biberstrasse 15.**

51. évfolyam. 17. szám. *Budapest, 1907. április 28.*

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Flesch Ármin és Schossberger Sándor: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr. egyet. rk. tanár.) Leukaemiás vérelváltozás veleszületett bujakór és sepsis mellett. 306. l.

Kelen István: Közlemény Strauss H. egyet. tanár berlini belorvostani poliklinikájáról. A cardiospasmusos bárzsingtágulat és a mélyenfekvő bárzsingdiverticulum közötti megkülönböztető kórjelzésről. 308. l.

Gergő Imre: Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.) A plastikus x-sugaras képek tudományos és gyakorlati értéke. 310. l.

Szalai Jenő: A hyperaemiás kezelés az általános orvosi gyakorlatban. 312. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Orlowsky:* Die Syphilis. — *Orlowsky:* Der Tripper. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Almagia:* A tetanus gyógyítása cholestearin-befecskendésekkel. — *Gyógyszertan. Zernik:* Újabb gyógyszerek és titkos szerek. — *Belorvostan. W. Essex Winter:* A chloreton használata. — *J. O. Affleck:* A pneumonia prognosisa és gyógyítása. — *A. Fraenkel:* A strophantin intravenás alkalmazása. — *Sebészet. F. A. Suter:* A perubalzsam sebkezelő értéke. — *Rotter:* Végbél- és colonrákoknak kombinált módszerrel operált esetei. — *v. Eiselsberg:* A koponyatető csontdaganatai. — *Lejars:* Cseplesztorsio. — *Gyermekorvostan. Czerny:* A váratlan halál a gyermekkori fertőző betegségekben. — *Fülorvostan. Bürkner:* Az alypin használata a fülorvostanban. — *Közegészségtan. Ulrich:* A halhús bakteriumtartalma. — *Burkhardt:* A gümőkór gyakorisága. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Mercier:* Szer idült bélhurut ellen. — A protargol-oldat készítése. — *Naegeli-Akerblom:* Szer szuvasodás okozta fogfájás ellen. 314—317. l.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 317. lap.

Vegyes hirek. — Pályázatok. — Hirdetések. 317—318. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 319—321. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházból. (Igazgató: Bókay János dr. egyet. rk. tanár.)

Leukaemiás vérelváltozás veleszületett bujakór és sepsis mellett.

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

A mult év szeptember hó 24.-én a Stefánia-gyermekkórház járóbetegrendelésén a következő esetet mutatták be:

V. L., 7 hetes. Első élő gyermek, három halva született. A szülőkön kétségtelen bujakór. Kizárólag szopik. Gyengén fejlett. Testsúly 2670 gm. Köztakarón pemphigus-hólyagok maradványai, fénylő tenyerek és talpak. Coryza, seborrhoea superciliorum. Ezen tünetek alapján veleszületett bujakórt állapítottunk meg és az antilueses kezelést calomel belső adagolásával megkezdettük. Ezen időtől kezdve az anya gyermekével rendszeresen bejárt és a calomel adagolását a szokott módon folytattuk. A gyermek állapota körülbelül változatlan maradt, midőn 1906 október 11. én rendkivül súlyos állapotban, állitólag néhány nap óta fennálló pirosan elszinesedett bőrterületekkel hozták be, miért is a kórházba felvetük.

A megejtett vizsgálat ekkor a következő leletet szolgáltatta:

Igen gyengén fejlett, rosszul táplált. Csontrendszer alaki eltérést nem mutat. Köztakaró, sclerák erősen sárgás szinezetűek, homlokon, szemöldökiveken hámlás; fénylő tenyerek és talpak. Az arczon, nyakon, háton, végtagok distális részén kölesnyi, lencsényi, fillérnyi, sötétpiros és halványbarnás, ujjnyomásra el nem tünő, többnyire a bőr szinvonala fölé emelkedő foltok. Tenyerek, talpak szabadok. Szemrésből kevés genyes-savós váladék. Kötőhártyák nagy fokban belöveltek. A bal orrnyilásban megalvadt vér. Egyébként az összes látható nyálkahártyák felette halványak, vérzés rajtok nem észlelhető. A légzés szapora, nyögő. Az érlökés könnyen elnyomható, szapora. Mindkét mellkasfél felett hátul számos kisebb-nagyobb góczban, jobboldalt inkább összefolyva, rövidebb kopogtatási hang, börgi légzés, crepitáló zörejek. A szivhangok tompák. A has előbomborodó. Kétujjnyi tömött, lekerekített szélű máj s majdnem a csípőtányérig leterjedő kemény, legömbölyített szélű lép. Ezen resistentiáknak megfelelőleg a kopogtatási hang tompa, egyebütt váltakozva dobos. Egy zöldesfekete széklet. Elesettség. Hőmérsék: 35·3 C.°

Vérvizsgálat:

Vörösvérsejtszám	2.100,000
Fehérvérsejtszám	51,500
Haemoglobintartalom	30%

Fehérvérsejtszám: vörösvérsejtszám = 1 : 40·78. A vér szövettani vizsgálata (festés részben *Jenner*-féle folyadékkal, részben triacidal) azt mutatta, hogy a vörösvérsejtek haemoglobintartalma megfogyott. A vörösvérsejtek között lényegesebb nagyságbeli különbségek nincsenek, elég sok a poikilocyta, kifejezett polychromatophilia. Sok a normoblast (100 fehérvérsejt megszámlálásakor körülbelül 4—5). Elvétve egy-egy szabad vörösvérsejtmag.

A fehérvérsejtféleségek egymás közti aránya következő volt:

Neutrophil polynuclearis	54%
Neutrophil myelocyta	9%
Eosinophil polynuclearis	7%
Eosinophil myelocyta	1%
Basophil szemcsézettségű sejt	1%
Lymphocyta	28%

A csecsemő állapota a különböző gyógyszeres beavatkozások ellenére is változatlan maradt. A hőmérsék állandóan subnormális volt, az elsettség növekedett és a csecsemő körülbelül 24 órai kórházi tartózkodás után 1906 október 12.-én elhalt.

A boncziegyzőkönyvből (Preisich dr.) a következőket emeljük ki: Pyaemia. Pneumonia crouposa l. inf. d. Bronchopneumonia l. sup. et med. d. Abscess. metastat. numerosi pulm. d. Pleuritis fibrin. recens eiusdem lateris. Suppuratio gland. lymphat. peribronch. l. d. et gland. lymphat. bifurcationis tracheae. Intumescentia maioris gradus lienis. Degeneratio parenchym. maioris gradus musc. cordis, hepatis et renum. Perihepatitis acutissima, petecchiae mucosae intest. crassi et cutis, praecipue faciei. Icterus, osteochondritis luetica.

A köztakarón szétszórtan kis gombostűfejnyi, összefolyás útján babnyi, kissé papulosus, kékesvörös, éles szélű, többnyire kerekded, néha szabálytalan alakú foltok. Elég vastag bőralatti zsírpárna. A jobb tüdőnek csak elülső széle légtartalmú és kisebb területeken a felső lebenyben; az alsó lebeny a hepatisatio rubra stadiumát mutatja, sötét barnavörös, benne számos kis gombostűfejnyi és valamivel nagyobb genygócz különösen a rekesz felé eső felszinen. A peribronchiális mirigyek ezen oldalon borsónyiak, sűrű sárgás genyet tartalmazó tömlőkké alakultak. A bal tüdőben néhány babnyi bronchopneumoniás gócz. A lép a rendesnél háromszor nagyobb, sötét barnavörös, pulpája csaknem szétfolyik. A vesék duzzadtak, a glomerulusok helyének megfelelőleg többszörös vérzés. A máj sárgás-barnavörös, petyhüdt, metszéslapja homályos. A csontvelő sötét barnavörös, az epiphysis csontosodási vonalában körülbelül 1 mm.-nyi széles kénsárga zóna. A köldökerek obliteráltak.

A górcsövi vizsgálat a májban hepatitis interstitialis diffusa luetica-t, a vesében degeneratio parench.-t a lépben diffus sejtes infiltratiót mutatott. Leukaemiás beszűrődésnek sehol nyoma sem volt. A csontvelőből felkent készítményen magvas vörös vérsejteket találtunk és nagy egymagvú sejteket, melyek egy részében neutrophil, kisebb részében eosinophil szemcsézettség volt látható, míg a sejtek jelentékeny számában granulatiót kimutatni nem tudtunk. A szív vérének bakteriologiai vizsgálata streptococcus-lánczokat eredményezett; ugyanezen mikroorganismus tenyészett ki az elgenyedt peribronchiális mirigyek és a tüdőtályogok genyéből.

Az esetet röviden összefoglva, azt látjuk, hogy veleszületett bujakóros csecsemőn a második élethóban kiterjedt vérzések jelentkeznek a köztakarón és a nyálkahártyákon, a köztakaró és a nyálkahártyák icterusos elszíneződése mellett; ehhez kiterjedt hurutos tüdőlobos góczok járulnak és egyidejüleg feltünő nagy fokban megduzzad a máj és a lép. Collaps temperatura és a tünetek súlyosbodása mellett rövid idő alatt beáll a halál. A halál előtt körülbelül 24 órával megejtett vérvizsgálattal igen kifejezett oligocythaemiát, oligochromaemiát és jelentékenyen megnövekedett fehérvérsejtszámot találtunk. Ezenkivül úgy a vörös-, mint a fehérvérsejtek morphologiai sajátságai a rendestől szembetünően eltérők. A vörösvérsejtekről feljegyezhettük a poikilocytosist, a polychromatophiliát, az erythroblastok és a szabad magvak megjelenését. Még nagyobb fokú kóros elváltozásokat észlelhettünk a fehérvérsejteken. Kiderült, hogy a leukocytosis létrejövetelében a főszerep a neutrophil elemeké (63%), ezek között 9% a neutrophil myelocyta. Jelentékenyen megnövekedett az eosinophil szemczézettségü sejtek száma is (8%), köztük 1% myelocyta, míg a basophilsejtek a rendeshez viszonyítva csak kisebb fokú relativ szaporulatot mutatnak: számuk 1%. A fennmaradó 28% a lymphocytákra esik.

A bonczoláskor a veleszületett bujakór jelei mellett pyaemiát és kiterjedt tüdőlobot találtunk. A vese, a máj, a lép górcsövi vizsgálata a veleszületett bujakór és pyaemia körébe tartozó elváltozásokat tüntetett fel, míg a makroscopice feltünőbben el nem változott csontvelőből felkent készítményen igen nagy számban magvas vörösvérsejtek és éretlen, részben granulált, nagy egymagvú sejtek voltak láthatók. A szív vérének és a genynek bakteriologiai vizsgálatakor hosszú streptococcus-lánczok voltak kimutathatók.

Az eset in vivo, ha a vérvizsgálat eredményét nem ismertük volna, nagyon egyszerünek tünt volna fel és a kórjelzés szempontjából különösebb nehézségeket nem okozott volna. A veleszületett bujakór mellett kifejlödött sepsis keretébe az összes tüneteket beilleszthettük volna. Az icterus, a kiterjedt vérzések megszokott jelenség egész fiatal csecsemök sepsisében. E tekintetben ismeretes, hogy míg idősebb egyéneken *Lenhartz*[1] szerint a foltszerü börvérzések a halálos septikus megbetegedéseknek mintegy felében észlelhetők és acut haemorrhagiás diathesis, azaz kiterjedtebb bör- és nyálkahártyavérzés nagyon ritkán fejlödik ki, addig az ifjabb csecsemök sepsisének egyik jellemző tünete, hogy szokatlan kisérő jelenségek, igy a vérzések is jobban előtérbe lépnek *(Finkelstein)*.[2] A sepsis kifejlödésére egyébként is kedvező talajt szolgáltatnak a veleszületett bujakóros csecsemök: a köztakarónak és a nyálkahártyáknak számos laesioja a fertőző kórokozó behatolására alkalmas kaput nyujt. A tüdőlob hozzájárulása pedig magyarázható akár a vérmérgezés folytán csökkent ellenállóképességgel és igy másodlagos fertőzéses eredettel, akár pedig úgy, hogy a tüdőlobot septikus alapon kifejlödöttnek tekintjük. A nagyfokú elesettség, a subnormális hőmérsék szintén a sepsis kórjelzésének felvételét támogatja. Feltünő volt csupán, de nem ellentmondó, a szokatlanul nagy máj- és lépduzzanat, különösen azért, mert mindkettő észlelésünk folyamán fejlödött ki. A máj- és lépmegnagyobbodás kisérője ugyan legtöbbször a veleszületett bujakórnak, de ez esetben az első bemutatás alkalmával még nem volt jelen. A nagy heveny lépduzzanatot azonban teljességgel megmagyarázza a sepsis.

Igy az eset elég tisztán állna előttünk. Nem egykönnyen tudjuk azonban ezen keretbe illeszteni vérvizsgálati eredményünket. A vérlelet ugyanis a leukaemiás vérelváltozás typusos képét mutatja, a mely jelentőségében még növekszik, ha az ezen kornak megfelelő normális vérlelettel összehasonlítjuk. *Karnizki*[3] szerint ugyanis ezen korban a vörösvérsejtek száma 5.239,725, a fehérvérsejteké 13,125. A lymphocyták számaránya 56 3%, a neutrophil szemcsézettségü sejteké 29·1%, az átmeneti sejteké 11·2%, az eosinophiloké 2·8%.

Míg tehát élettani viszonyok között a vezető szerep ezen korban a lymphocytáké, s a neutrophil szemcsézettségü sejtek nagyon háttérbe szorulnak, addig esetünkben az arány e két sejtféleség között megfordul. E körülmény nem abban leli magyarázatát, hogy a lymphocyták absolut száma megkevesbedett volna, hanem a neutrophil elemeknek úgy absolut, mint relativ megszaporodásában. A mi pedig a magvas vörösvérsejteket és a myelocytákat illeti, igaz ugyan, hogy egy-egy magvas vörösvérsejt vagy myelocyta megjelenése a csecsemők keringő vérében nem tekinthető kóros jelenségnek, ily tömeges előfordulásuk azonban e korban is határozottan nagyfokú vérelváltozásra mutat.

Ezek után kérdéses volt, hogy e vérelváltozás alapján jogosult e a myeloid leukaemia felvétele, vagy pedig a vérelváltozás csupán symptomatikus-e, a midőn kutatnunk kell, vajjon ezen kétségtelenül nagyfokú vérelváltozás okozójául mit tekintsünk: a veleszületett bujakórt, a sepsist, esetleg a tüdőlobot, avagy mind e kórfolyamatokat együttesen?

Egészen fiatal csecsemőn leukaemiát észlelt *Pollman*,[1] majd *Lommel*.[2] Mindkettő lymphoid leukaemia. *Pollman* esetében 14 napos csecsemőn úgy a vérvizsgálat, mint a hat nap mulva eszközölt bonczolat támogatta a kórjelzést; *Lommel* esete 28 napos csecsemőre vonatkozik, kiben 1 280,000 vörös- és 1.240,000 fehérvérsejtszámot talált. A fehérvérsejtek között túlnyomó számban szerepeltek a kis és középnagy lymphocyták. A csecsemő a megfigyelés második napján meghalt. A csontvelőben a vörösvérsejtek és a velősejtek előalakjai az erősen burjánzó lymphocyták mellett alig voltak felismerhetők. Leukaemiás elváltozásokat talált a nyirokmirigyek, a lép, a vesék górcsövi vizsgálatakor is. Mindkét szerző felveti a kérdést, hogy ezen leukaemiák nem kezdődtek e a méhenbelüli életben. Úgy *Pollman*, mint *Lommel* e tekintetben igenlő álláspontra hajlandó helyezkedni.

Myeloid leukaemiát a számunkra hozzáférhető irodalomban ilyen zsenge korban leirva nem találtunk. Egyedül a vérlelet alapján kétségtelenül feljogosítva éreznők magunkat, hogy ez esetet myeloid leukaemiának tekintsük, annyival is inkább, minthogy a kórképet uraló általános vérzések leukaemiás eredettel is összefüggésbe hozhatók. Ámde a csontvelőnek nem volt a megszokott leukaemiás képe és leukaemiás elváltozásokat a szervek górcsövi vizsgálatakor sem találtunk. Viszont kétségtelenül igazolta a bonczolat a veleszületett bujakórt, a sepsist és a tüdőlobot. Ezen kórfolyamatok mindegyike külön-külön is járhat súlyos vérelváltozásokkal, a miért is szerepüket a megfelelő figyelemben kell részesítenünk.

Veleszületett bujakórban *Loos*[3] a vörösvérsejtek nagymérvü megfogyását találta; megalo- és mikrocytákat és néha nagyobb számú erythroblastot, ezzel párhuzamosan csaknem állandóan magas fehérvérsejtszámot észlelt. A fehérvérsejtek között myelocyták is előfordultak. Bár ez elváltozások részleteire vonatkozólag eltéréseket találunk az egyes vizsgálók adatai között, mégis jellemző, hogy a fehérvérsejtek megszaporodásában az uralkodó szerepet általában a lymphocytáknak tulajdonítják.

A sepsises fertőzésekben létrejövő morphologiai vérelváltozások tekintetében nagyon pontos feljegyzéseket találunk *Lenhartz*-nál.[4] Septikus fertőzésekben a vörösvérsejtek mérsékelt megkevesbedése, különösen pedig a fehérvérsejtek szaporulata megszokott lelet. Kevésbé ismeretes, hogy sepsis folyamán olyan súlyos vérelváltozás fejlődhetik ki, mely némileg az előrehaladó vészes vérszegénység, vagy ritkábban a heveny fehérvérüség képével egyezik meg. Elszórtan közöltek ilyen észleleteket. Az előbbire példa *Fischel és Adler* esete. *Grawitz* is észlelt abortus után ki-

[1] *Lenhartz:* Die septischen Erkrankungen. (Nothnagel's Spec. Path. u. Ther.) 1903. 141. l.
[2] *Finkelstein*: Lehrb. d. Säuglingskr., 1905. 75. l.
[1] *Karnizki*: Archiv f. Kinderheilk., 1903. 42. l.
[2] *Pollman*: idézve *Lommel* czikkében.
[3] *Lommel:* Kongenitale Leukaemie. Münch. med. Wochenschrift, 1905. 906. l.
[4] *Loos:* Wien. klin. Woch., 1892. 291. l.
[5] *Lenhartz*: l. c., 173. l.

fejlödött, 24 óra alatt halálosan végződött sepsisben igen alacsony, 300,000-re sülyedt vörösvérsejtszámot. *Lenhartz* 11 esetben találta a vörösvérsejtek jelentékeny megkevesbedését egyéb igen súlyos vérelváltozások mellett. Megfigyelései bizonyítják, hogy a bakteriumos infectio és intoxicatio hatása alatt a vérnek gyors roncsolódása következhetik be, mely a vörösvérsejtszám és a haemoglobintartalom rohamos megfogyásában és boncolástanilag az előrehaladó vészes vérszegénység összes tüneteiben nyilvánul. Klinice a vérlelet csak annyiban különbözik az előrehaladó vészes vérszegénységben egyébként megszokott képtől, hogy többnyire magasabb a fehérvérsejtek száma, úgy hogy némely esetben heveny leukaemiáról beszélnek. *Vagades* irt le hasonló esetet.

A tüdőlobról tudjuk, hogy kisebb-nagyobb fokú polynuclearis neutrophil leukocytosis szokta kisérni és a fehérvérsejtek között gyérebb számmal myelocyták is megjelenhetnek.

Az előadottakból tehát látjuk, hogy úgy a veleszületett bujakór, mint a sepsis és a tüdőlob egyenként jelentékeny vérelváltozást tudnak előidézni. Nem tudjuk azonban, hogy az elváltozások fokában milyen körülmények játszanak szerepet. Bár valószinünek kell tartanunk, hogy e tekintetben a vérben keringő toxinok hatása érvényesül, mégis nélkülözzük az esetek jó részében az összefüggést a betegség klinikai súlyossága és a vérelváltozás foka között. Ennek következtében a súlyos vérelváltozás értelmezése a szövődmény nélkül lefolyó esetben sem jár minden nehézség nélkül. Annál nehezebb lesz az eligazodás akkor, a midőn tudjuk, hogy a vérelváltozás előidézésében különböző kórfolyamatok vehettek együttesen részt és így eldöntetlen marad, hogy ezek közül melyik milyen arányban fejtette ki hatását. Tény mindenesetre, hogy a számunkra hozzáférhető irodalomban hasonló súlyos vérelváltozásról, mint különböző kórfolyamatokat, különösen pedig az említetteket, kisérő tünetről feljegyzést nem találunk. Minthogy azonban esetünkben a leukaemia megszokott anatomiai képét nem volt alkalmunk észlelni, nem látjuk kellőképen indokoltnak, hogy ezen esetben a leukaemia kórjelzését tegyük. Figyelembe veendő az is, hogy a különböző fertőző betegségek sokszor a leukaemiás vérkép nagyfokú átalakulását idézik elő, a mely épen a vérletnek a normális felé való közeledésében nyilvánul.

Bár ezek után nem nyilatkozhatunk biztossággal a másik irányban sem, mégsem tarthatjuk valószinütlennek, hogy az esetünkben szereplő kórfolyamatok együttesen igen fiatal csecsemőben ily nagyfokú vérelváltozást idézhetnek elő. A nagymennyiségü és fokozott erősségü toxinok a kor miatt kiválóan érzékeny csontvelőre olyan erős ingert gyakorolnak, hogy a magvas vörösvérsejteknek, myelocytáknak stb. túlproductioja áll be, s így e sejtek könnyen bekerülhetnek a véráramba, még mielőtt kellő érettségüket, differenciálódásukat elérhették volna. Igy esetleg megtörténhetik, hogy leukaemiás vérkép áll elő egyéb kórfolyamatok következményes tünete gyanánt.

Közlemény Strauss H. egyet. tanár berlini belorvostani poliklinikájáról.

A cardiospasmusos bárzsingtágulat és a mélyenfekvő bárzsingdiverticulum közötti megkülönböztető kórjelzésről.

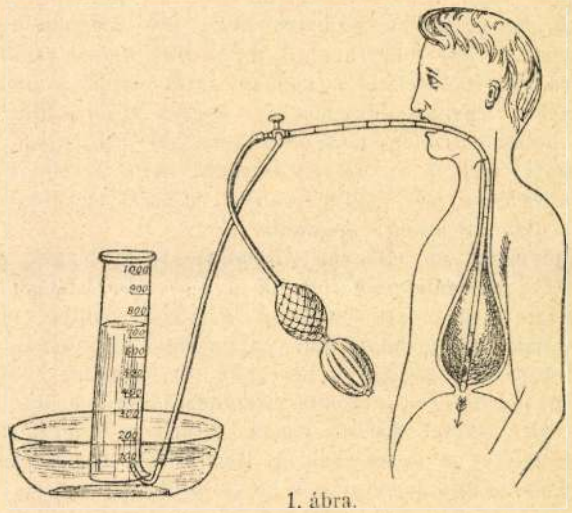
Irta: *Kelen István* dr., Karlsbad.

A bárzsing megbetegedéseinek therapiájában a legháládatlanabb feladatok közé tartozott azelőtt a bárzsing tágulatának kezelése. A bárzsing tágulatát ritkán előforduló jelenségnek tekintették és ennek következtében kevés értéket tulajdonítottak a dilatatio és diverticulumképződés különbözeti kórjelzésének. Ezen bántalmak iránt az érdeklődés később fokozódott, egyrészt a megfigyelések szaporodása, másrészt kezelési képességünk emelkedése miatt; sőt végül még a sebészet is hozzá mert fogni a dilatatio és diverticulum műtéti kezeléséhez. Ennek következtében praktikus értékü lett ezen baj kórismeje, főképen pedig a dilatatio és diverticulum közti differentialdiagnosis. Ezen értéke még azáltal is fokozódott, hogy újabban lehetségessé vált relative egyszerü eljárásokkal a biztos differentialdiagnosis elérése.

A tágulat és diverticulum közti különbség, a mint ismeretes, abban áll, hogy az első esetben diffus dilatatioról van szó, a másik esetben pedig a falzat határolt kiöblösödéséről. A diffus dilatatiokat keletkezésük módja szerint két csoportba lehet osztani, még pedig spasmogenekre, görcs által okozottakra és olyanokra, a melyek anatomiai szükületek következtében keletkeztek. Az első csoportbeliek, melyeket azelőtt „idiopathiás“ diffus tágulatoknak is neveztek, rendesen olyan ectasiák, a melyek az oesophagus hosszának relative nagy részét foglalják el és többékevésbé élesen kifejezett orsóalakot mutatnak. Azon tágulatok, a melyek valamilyen müvi akadály által jöttek létre, rendszerint az oesophagus hosszának csak kisebb részére terjednek ki és tágasságuk sem oly nagy. A diverticulumok a fal körfogatának bizonyos részét elfoglaló kiöblösödések, a melyek körülirt helyen vagy belső nyomás, vagy külső húzás következtében keletkeztek. Már 1877-ben osztották be Ziemssen és Zenker a diverticulumokat pulsiós és tractiós diverticulomokra.

E helyütt csak a cardiospasmusos dilatatio és a mélyenfekvő diverticulumok különbözeti kórisméjéről lesz szó. Kézenfekvő dolog, hogy igen könnyen történhetik ezen diverticulumok összetévesztése egy diffus tágulattal, már anatomiai helyzetüknél fogva is, és a számtalan kisérlet és a kisérleti methodusok különböző modificatioi bizonyítják, hogy mily nehézségekre bukkanunk ezen kérdés tárgyalásakor.

A subjectiv panaszok csaknem ugyanazok mindkét bántalomban. Az étkezés utáni teltségérzés, a bárzsingban jelentkező fájdalom és nyomás, meg nem emésztett ételek regurgitálása,



1. ábra.

mind olyan tünetek, a melyek épen úgy jelen vannak az ectasia, mint a diverticulum eseteiben. Így hát csaknem egyedül az objectiv vizsgálatra vagyunk utalva, a mikor is legelső feladatunk kell hogy legyen, hogy a lumen megnagyobbodását megállapítsuk.

Hogyha a gyomorszondának 35—40 cm.-nyire való bevezetése alkalmával akadályra találunk és kiszivattyúzás által olyan darabokat nyerünk, a melyek a gyomornedvvel nem érintkeztek, úgy a bevett tápláléknak a gyomorszáj (cardia) előtti pangására gyanakodhatunk.

Az üreg nagyságának pontos megállapítása a Strauss által kidolgozott térfogatmérési módszer által lehetséges. Erre a czélra Strauss oly oesophaguscsövet használ, mely alsó végén finom gummihólyaggal van ellátva. Ez a hólyag a szondanyilást körülveszi, és alsó végétől mérve körülbelül még 20 cm.-nyire húzódik felfelé. A szonda felső vége kettös csappal bir, melynek egyik nyilása gummilabdához vezet, a másik pedig csőbe nyilik, a mely egy U alakulag görbült üvegcsővel van összeköttve. A szondavéget bevezetjük a comprimált, jól beolajozott, légüres gummihólyaggal együtt a bárzsingba és pedig a szonda alsó végétől mintegy 35 cm.-nyi távolságra levő jelzésig. Erre azután levegőt szivattyúzunk a gummihólyagba a labda segítségével, mindaddig, míg a patiens kezével nem jelzi a felfujt hólyag által okozott nyomást, mire azután a készüléket elzárjuk a csappal. A beszivattyúzott levegő mennyiségének illetőleg térfogatának meghatározására egy 1000 cm^3 vizet magában foglaló üveghengert használunk, a mely megtöltve az 1. ábrán látható módon van összeköttetésben az U alakúlag gör-

bült üvegcsővel. Mihelyt ezen „eudiometer“ felé fordítjuk a csapot, kitódul a bárzsingban levő levegő, a mi a patiens erős inspiratioja által gyorsíttatik, és a levegőmennyiséget le lehet olvasni az eudiometeren. Ezen methodus segítségével sikerült Straussnak a dilatatiókban 500—600 cm^3-nyi értéket nyerni.

Ezen térfogatmérőnek a következő előnyei vannak. Először is a patiensre nézve nem alkalmatlan a kezelése. Azonkivül a térfogatmérő által pontosabb eredményeket lehet elérni, mint a beöntött és ismét visszanyerendő folyadékmennyiség mérése által, mert a folyadékmethodusnál a beöntött folyadék egy része könnyen bejuthat a gyomorba. Ugyanis a cardia ily esetek alkalmával sem mindig teljesen áthatolhatatlan. A fent jelzett mérési methodus ezzel szemben teljesen független a cardia valamelyes áthatolhatóságától. Még az azelőtt időnként használt és levegőnek a bárzsingba való befujása általi bárzsingtérfogatmérés sem teljesen egyértelmü ezzel, mert még itt sem volt kizárva a levegőnek a gyomorba való jutása. Még egy fontos momentum van — a mely ugyan még kimutatandó —, a mely a Strauss-féle methodus javára szól és ez a methodus hasznavehetősége a dilatatio és diverticulum közti különbözeti kórjelzésben.

Az eddigi methodusok közül, a melyek arra szolgáltak, hogy a diverticulumot különválaszszuk a cardiospasmusos dilatatiotól, mindenekelőtt Mintznek alább következő megkülönböztető jele emelendő ki. A kiszivattyúzott ételmaradék természetéből ismerjük fel, vajjon diverticulumból, vagy pedig diffus tágulatból származik-e. Ha a tartalom nem az utolsó étkezésből, hanem az előző napról való, úgy diverticulummal van dolgunk, mert feltételezhető, hogy miután a diverticulum már megtelt, a később bevett ételek tovább mehetnek. A diffus dilatationál azonban még az utoljára bevett étkek is állandóan résztvesznek a pangásban.

A többi differentialdiagnostikai eszköz közül eddig a többszörösen ablakos szonda volt leggyakrabban használva. Minden szondakisérlet azon a gondolaton alapult, hogy a dilatatiót megtöltő folyadékmennyiség rögtön lefolyik, mihelyt egy ilyen szonda által a cardián az átjárás szabaddá lesz.

A diverticulum ellenben állandóan telve marad, tekintet nélkül, hogy milyen helyzetet foglal el a szonda Rumpelnek két tömlökisérlete volt ezen módszer kiinduló pontja, minthogy Boekelmannak már előbb feltünt patienseinek egyikénél, hogy a mikor a szondát a gyomorba bevezette és utána az oesophagust folyadékkal megtöltötte, a szonda visszahúzásakor a beöntött folyadékból csak keveset kapott vissza, mivel a beöntött folyadék nagyrésze lefolyt a gyomorba. A Rumpel-féle kisérletnél többszörösen ablakos szondát vezetnek be és pedig oly módon, hogy az egyik ablak a gyomorba nyúlik, mialatt a szondának sokszorosan átlyukgatott többi része a bárzsingban a cardia felett van. Közönséges gyomorszonda segítségével meghatározott mennyiségü vizet öntünk be. Ha dilatatioról van szó, akkor az oesophagusból semmi vizet sem lehet kiszivattyúzni, mivel a folyadék a cardia feletti szondalyukakon keresztül befolyt a gyomorba. Ezzel szemben, ha diverticulumról van szó, akkor az összes folyadékmennyiséget ismét ki lehet szivattyúzni, mivel a folyadék a diverticulumban összegyülemlett. Ez a kisérlet többféle módosításon ment keresztül. Richartz a beteggel tejet itat a kisérlet előtt és azután a bárzsingot kiöblítteti. Majd többszörösen ablakos szondát vezet be egész az akadályig. Ha most festékoldatot önt be, ez a bárzsingban megmarad. Ezután az ablakos szondát a gyomorba tolja és megkisérli a tejet kiszivattyúzni. Erre azután a szondát ismét kihúzza a gyomorból és tiszta vízzel kiöblíti. Hogyha dilatatioról van szó, úgy a víznek festetlenül kell kikerülnie, mivel előzőleg a festékoldatnak le kellett folynia a gyomorba. Ellenkező esetben festett víz kerül ki a gyomorból. Stark hasonló módosítást tesz. Először is nagyobb vízmennyiség vitetik be a gyomorba. Erre azután a bevezetett tömlő mellett még egy negyed liter, methylenkékkel erősen megfestett vizet öntenek be a tápcsőbe. Ha néhány perez multán a tölcsért sülyesztik, akkor tiszta víz ürül ki, a mely a gyomorból származik. Most azután a tömlőt vigyázva kihúzzák a gyomorból a bárzsingba és megfigyelik, hogy a kihúzáskor a methylenkék színü folyadék egész tömegét vissza lehet-e ismét kapni. Oppler módosítása szerint lyukas szondát vezetünk be, a melyben fémből készült spiralcső van. Ha most lakmus-szal kékre festett vizet öntünk a bárzsingba, úgy az a kiszíváskor is kék marad. Ekkor a belül fekvő csövet kihúzzák és a külső szondát betolják a gyomorba. Hogyha diffus dilatatioval van dolgunk, úgy a gyomor kiszívásánál vörös lakmusvizet kell kapnunk, mivel e közben a kék lakmusvíz a gyomorba bejutott, ha tudniillik a gyomor sósavat produkál, a mi nem minden ilyen esetben történik. Zweigtől is származik egy módosítása a Rumpel-féle kisérletnek. Zweig először szondát vezet a gyomorba, a melynek bejutását typikus gyomortartalom kimutatása által bizonyítja. Azután egy második, csakis a bárzsingba vezetett szonda segítségével methylenkékoldatot önt be. Ha ezután a szondát felhúzzuk, akkor, ha dilatatio esete forog fenn, festékoldatot lehet kimutatni a szondában.

A Rumpel-féle kisérletnél folytonosan kell ügyelni arra, hogy az átlyukgatott szonda valóban beleér-e a gyomorba. Azon kivül még az a hátránya is van, hogy két szondát kell bevezetni, a mi oly procedura, a mely nem mindig kellemes a patiensre, eltekintve attól, hogy nem mindig sikerül a szondát a gyomorba bevezetni. A szondának a gyomorban való jelenléte a typikus gyomortartalom kifolyása által bizonyíttatik. Nem mindig typikus azonban a gyomortartalom akkor, ha, a mint ezt ismételten kimutatták, egyidejüleg apepsia gastrica is van jelen.

Ennélfogva Strauss a szondának a gyomorban való jelenléte kimutatására a következő eljárást ajánlja. Az átlyukgatott szondán a felső lyuktól mintegy 45 cm.-nyi távolságban jelet csinál és a szondát egészen a jelig tolja be, esetleg valamivel tovább. Ha a szonda a gyomorban van, akkor nemcsak a befújás által keletkezett zörejt lehet hallani a gyomortájékra helyezett füllel, hanem inspectioval és percussioval követni lehet a gyomornak fokozatos megtelését levegővel. Mivel nem épen ritkán előfordul az, hogy a szonda a bárzsingban megtörik, Strauss még egy fogást ajánl ennek elkerülése végett, a mi abban áll, hogy levegőt fujtatunk a bárzsingba már az átlyukgatott szonda bevezetése alatt is. A befúvott levegő kitágítja és megfeszíti a bárzsing falát, kisimítja a ránczokat és az intraoesophageális nyomás emelkedése által hozzájárul a cardia megnyitásához. Ily módon Strauss a szondának a cardián át való keresztültolását a legtöbb esetben tetemesen megkönnyítette. Strauss egyébiránt a Rumpel-féle kisérletet oly módon szokta végrehajtani, hogy a lyukas szondának a nyilásait először supradiaphragmálisan állítja be, azután a bárzsingba methylenkék-oldatot önt, majd a szondának továbbtolása által valamennyi lyukat intradiaphragmálisan helyezi el és azután az átlyukgatott szondának most már a gyomorban fekvő részén keresztül gyomortartalmat aspirál. Ha ez kék, úgy ez a dilatatio javára és a diverticulum ellen szól.

Oly diverticulumszonda segítségével, a milyent Leube és később más formában Strauss ajánlott, olykor a diverticulum is kimutatható, sőt Kraus a diverticulumszondával való vizsgálatot az azidőszerinti legmegbizhatóbb megkülönböztetési módszernek mondotta. A dilatationál ugyanis a szonda minden irányban a gyomorba jut. Ha akadályba ütközik, akkor meg kell kisérelni, hogy bizonyos idő mulva a diverticulumszondával be lehet-e jutni a gyomorba. És tényleg gyakran sikerül is ez, mert a görcs rendesen kis idő mulva enged. Ha a cardián irányváltozás nélkül lehet átjutnunk, úgy dilatatio esetével van dolgunk. A kisérlet positiv eredménye itt is többet bizonyít a negativnál. Kelling is ajánlott egynehány speciális manipulatiót a diverticulumszondával, a melyek a differentialdiagnosist elősegítik.

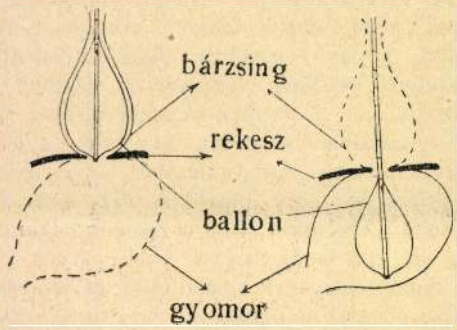
A differentialdiagnosishoz van továbbá egy más, ha nem is mindig használható eszközünk, t. i. a Röntgen-sugár, melyet legjobban az ú. n. ferde átmérőben (vívóállás) alkalmaznak, miután előzetesen bismuthpépet öntöttek be. Eleinte Strauss seréttel töltött puha gummicsövet vezetett be a bárzsingba. Az átvilágításkor látni lehetett a cső csavart menetét. Strauss ugyanekkor a tőle diverticulumszondának ajánlott fémspiralszondát is használta, a melyet tetszés szerint lehet hajlítani és kormányozni. A serétszondának a vele egyidőben bevezetett diverticulumszondához való viszonylagos helyzetéből bizonyos következtetéseket lehet vonni az üreg milyenségére nézve. Kraus 1902-ben megjelent müvében azt mondja, hogy a Röntgen eljárás csak ritka esetben szolgáltat positiv eredményt. Azóta ugyan a Röntgen-vizsgálat ezen a téren is nagy haladást tett, de ennek ellenére ezen vizsgáló módszer

eredményeit épen a differentialdiagnosisban még mai nap is csak bizonyos elővigyázattal szabad értékesíteni.

A bismuthpéprészlet radiologiai követéséből is lehet néha határozott következtetéseket vonni. Így másként viselkedik a diverticulumba jutó bismuthbolus, mint a cardispasmusos tágulatban levő; ez utóbbi esetben bizonyos ideig a rekesz felett marad, azután azonban a gyomorba kerül.

Az oesophagoskoppal való vizsgálat, melyet több oldalról ajánlottak, sem vezet mindig czélhoz. Strauss és Starck szerint épen az oesophagoskopiával szemben támadnak fokozott mértékben technikai akadályok (a zacskó nyálkatartalma), melyek néha igen megnehezítik az oesophagoskopia kivitelét. Strauss ilyen esetek oesophagoskopiája előtt most mindig kiszívja gyomoraspirátorral a jelenlevő nyálkát; a beavatkozás előtt a patiens 12 óráig nem vesz semmiféle tápszert magához és azonkivül még bárzsingöblítést is végez. Az oesophagoskopia sok emberen nehezen vihető keresztül.

Az eddig felsorolt methodusoknál egyszerűbben és biztosabban lehet czélt érni a tágulat és diverticulum közti különbözeti kórismében a fentemlített Strauss-féle térfogatmérő használatával. Ha ugyanis sikerül a csapnak az eudiometer felé való nyitása után a gummihólyagot a gyomorba tolni és ott ismét felfújni, úgy egy csapással ki van mutatva, hogy annak a tágulatnak, a melyben a hólyag fel lett fújva, alul egy a gyomorral közlekedő nyilása van. A Strausstól javasolt methodusnak a különbözeti kórismében való használatakor természetesen csakis az ilyen kisérletnek a positiv sikere döntő, s természetesen azt is ki kell mutatni, hogy a hólyag valóban a gyomorba tolatott-e? Ehhez semmi-



2. ábra.

esetre sem elégséges ama ténynek a megállapítása, hogy a hólyagot 20 cm.-rel tovább toltuk, mert mindig számolnunk kell azzal a lehetőséggel, hogy a hólyag a bárzsingban megtörött; a mint Strauss kiemeli, ki kell mutatnunk a gyomorba bevezetett hólyag újbóli felfújása által, illetve inspectorius, palpatorius és auscultatorius vizsgálattal a gummihólyagnak jelenlétét a gyomorban. (2. ábra.)

Ez azonban nagyon könnyen sikerül, a mint azt Strauss egy idevágó eset kapcsán már előbb megmutatta; tekintettel a Strauss-féle térfogatmérőnek eme különleges használati módjára, Strausznak eredeti eljárása most már abban az értelemben szenvedett módosítást, hogy a hólyagnak a bárzsingban való felfújása után többé nem directe távolítjuk el kifelé a bárzsingból, hanem az eudiometer felé irányúló csapnak kinyitása után lassan a gyomorba letoljuk. Ennél a patienst szintén semmi tekintetben sem terhelő proceduránál a hólyagban levő levegő részint az erős inspiratio, részint pedig a cardián való keresztültolás által a hólyagból kinyomatik. A térfogatmérő ezen további használata számára praktikusnak bizonyult a hólyagnak a szonda lumenjével közlekedő nyilását a hólyag alsó végéről a felső végére helyezni. Hogyha az oesophagusban felfújt hólyagnak az alakját és az alsó szondavégnek a cardiához való viszonyát tekintjük, úgy minden további nélkül megértjük, hogy a sajátságos helyzeti és alaki viszonyok direct hozzájárulnak a cardiának könnyü megnyílásához, minthogy az öblös alsó hólyagvég a cardia tájékát megfeszíti és ezáltal az alsó szondavégnek a cardiába való bejutását megkönnyíti. Mindenesetre azt hiszem, hogy a Strauss által bevezetett ezen különbözeti kórjelzési methodus ez idő szerint a leggyorsabb és legkényelmesebb azon methodusok között, melyek ezen kérdésben felmerültek és még e mellett egyidejüleg az oesophagustágulatnak megmérését is megengedik.

Strauss azon az egy eseten kivül, a melyet két év előtt eljárásának közlésekor ezzel kapcsolatban ismertetett, eddig még három esetben állapithatta meg a diverticulum és a cardiospamusos bárzsingtágulat közötti különbözeti kórismét most leirt eljárásának segítségével. Ezen három eset közül kettőt magángyakorlatában figyelt meg és egyet poliklinikáján, a melyen én is a tavalyi és idei télen elfoglalva voltam. Az utóbbi eset a következő:

A beteg 37 éves asszony, a ki 3 év óta szenved nyelési nehézségekben (az ételeknek a gyomor előtti megakadásában). Állitólag a folyadékot sokkal jobban nyeli, mint a szilárd ételt. Állítása szerint majdnem mindennap hányt és a szegycsont mögött nyomásérzése volt. A hányadék mindig az előző ebédről származott volt és sohasem hiányzott belőle a közbenső idő alatt magához vett szilárd ingestum sem. A testsúly tetemesen csökkent, de a közbeeső idő alatt végzett kezelés után hat havi nyugalom állott be a panaszok tekintetében és a testsúly is 58 fonttal növekedett. Az utóbbi hónapokban a nyelési nehézségek és a lesoványodás, valamint a szegycsont mögötti nyomásérzet fokozódtak. A székelés renyhe. Az étvágy kielégitő.

Az objectiv vizsgálat halvány, nyúlánk és tetemesen lesoványodott beteget mutat, büzös lehelettel a szájából. A szív és a tüdő normális. A pulsus rendes, nem feltünően szapora. A has a gastroptosison kivül semmi feltünőt sem mutat, puha és üres. A bárzsingnak lágy csővel és kemény szondával való vizsgálata a fogsortól 41 cm.-nyi távolságban akadályt tüntet fel. Ez az akadály némi várakozás után még a legvastagabb szondával is leküzdhető. A térfogatmérővel való felfújás 450 cm^3 kapacitást mutat. A térfogatmérőnek hólyaga minden nehézség nélkül tolható a gyomorba és ott ismét felfújható. A hólyagnak a gyomorban való jelenlétét a befúvási zörej auscultatiojával és a percussioval állapitjuk meg. A Mikulicz-féle nyomásmeghatározáskor langyos viz beöntésével 30 mm. higanyoszloppal egyenértékü viznyomást érünk el. Oesophagoskopiánál a nyálkahártya halványszürke, homályos és petyhüdt. A cardián két ajkszerű, vörös, a hangszalagokhoz hasonló prominens képződmény látható. A diagnosis: Cardiospastikus oesophagustágulat.

A kezelés a következő volt: Öblítés és kimélő étrend, később a cardiának Strauss-féle tamponcsővel való tágítása, a mikor is időnként nagyon vastag oesophaguscsövet használunk. A kezelés eredménye tetemes javulás és a testsúly fokozatos gyarapodása.

Ezen eset klinikai részleteibe nem akarok belebocsátkozni, mert lefolyásában ugyanazon sajátságokat mutatta, a melyeket rendszerint látunk. Megemlítésre méltó azonban az a körülmény, hogy a jelen eset is gastroptosist mutatott, mely tünetet a szóban levő betegségben Strauss szerint már többször megfigyeltek és a mely a pathogenesisnek bizonyos kérdéseiben nem tekinthető teljesen lényegtelennek.

Irodalom: 1. *Kraus:* Krankheiten der Speiseröhre. Nothnagel, 1902. — 2. *Mintz:* Über tiefsitzende Divertikel der Speiseröhre. Wiener med. Wochenschrift, 1903. 6. szám. — 3. *Oppler:* Fall von idiopathischer sackartiger Erweiterung der Speiseröhre. Allgem. med. Ztrztg., 1902. 42. sz. — 4. *Rihartz:* Über die Differentialdiagnose zwischen spindelförmiger Erweiterung und tiefsitzendem Divertikel des Oesophagus. Deutsche med. Wochenschr., 1904. 20. sz. — 5. *Rumpel:* Münch. med. Wochenschr., 1896. — 6. *Boekelmann:* idézve Kraus munkájában. l. c. — 7. *Starck:* Die direkte Besichtigung der Speiseröhre. Würzburg. 1905. A. Stuber — 8. *Starck:* Die Divertikel der Speiseröhre. Leipzig, 1900. C. N. Vogel. — 9. *Kelling:* Münch. med. Wochenschrift, 1894. 47. szám. — 10. *Strauss:* Zur Diagnose und Therapie der kardiospastischen Speiseröhrenerweiterung. Berliner klin. Wochenschrift, 1904. 49. sz. — 11. *H. Strauss:* Klinische Beiträge zur Pathologie der sogenannten idiopathischen Oesophaguserweiterung. Zeitschr. f. klin. Med., 1901. 44. köt. — 12. *Zweig:* Deutsche med. Wochenschrift, 1901. 33. szám.

Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem I. sz. sebészeti klinikájáról. (Igazgató: Dollinger Gyula dr. egyetemi ny. r. tanár.)

A plastikus x-sugaras képek tudományos és gyakorlati értéke.

Irta: *Gergő Imre* dr., műtőorvos.

(Folytatás.)

II. Alexander módszere plastikai x-sugaras képek előállítására és az eddigi irodalmi közlések kritikája.

Minthogy annyi téves nézet hangoztatását hallottam *Alexander* módszeréről, fejtegetéseim kiindulópontjául ideiktatom *Alexander* magyar közleményének idevonatkozó részeit, úgy mint azok a Gyógyászat 1906. évi 25—28. számában olvashatók.

„A képek (értsd: plastikus x-sugaras képek!) előállítási módja nyugodt munkát követel és a testrészek különféleképen történt átvilágításán, az azt követő lemezcombinatión és az ezután következő szükséges további fontos és igen subtilis eljáráson, lemezkészítésen alapszik és úgy az élő, mint nem élő testre illetőleg testrészekre vonatkozik, *nem változtatva semmit a csontok vagy lágyrészek viszonyain.*

A vizsgálódás, tanulmányozás hiányos, nem kimerítő és nem befejezett, nem is lehet az, mert sokkal rövidebb volt az időm, mintsem hogy egyetlen egy themát rendszeresen kidolgozhattam volna.

Eljárásom a következő: *miután az illető testrészek* (kéz, könyök, váll, koponyaalap, mellkasrészlet, térd, nyak, láb stb. vagy az izületek közé eső rész) *lágy sugarakkal átsugaraztattak, 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 modifikálni.*

Miután a képfejlesztés megtörtént, gyorsan szárittatik a lemez és az ellenkező képet nyujtó lemez készittetik; magától értetődik, szükséges, hogy úgy a lemez I., mint lemez II. jó és tiszta képet nyujtson, mert különben a további folyamat nem fogja nyujtani a kivánt eredményt és új lemezek készítése válik szükségessé.

Nyilvánvaló dolog, hogy az átsugárzás idejének tartama a tapasztalattól fog függni, általánosságban meghatározott idő nem lesz mindenkor és általában nem lesz mérvadó; a legnagyobb gyakorlattal biró kutató is mindig újat fog tapasztalhatni, de különösen az, kinek módjában még az sincs, hogy mindenkor egyforma árammal dolgozhatik.

Miután a minden tekintetben kifogástalan lemezek elkészültek, összeszedetnek úgy, hogy az éles csontképek körvonalai egymást tökéletesen fedjék.

A képek helyes fedésénél azt találjuk, hogy a két kombinált lemez a képet, különösen akkor, ha több, kicsiny csont van jelen, de különben is igen szép fémfénynyel adja vissza, minek magyarázata könnyü lesz.

Gyakran kisérlettem meg ezen feltünő szép színezést (fémszín) képen utánozni, de nem sikerült, a mi azonban nem zárja ki azt, hogy sikerülni fog; szükséges lesz ilyen fémfényben feltünő kép elkészítése azért, mert a képkészítés módja kivánja azt a folyamat teljes illustratiojának szempontjából.

Mihelyt a két különféle anyagot tartalmazó lemez összeillesztése helyes, egy harmadik lemez (lemez III.) fektettetik azokra és mindhárom lemez kitétetik a megvilágításnak.

A keletkező képek tanulmányozása kezdetén, a midőn még a kettős lemezkép papiron való visszaadatását czéloztam, a tartó ferde állását vettem tekintetbe (úgy is említettem német közleményemben, a hol a ferde állás mértékéül azt vettem, hogy az egymást fedő képek egyikének körrajzai igen kevéssé nyúljanak túl a másik kép egyik oldalának conturjain), de most az üvegképek nézésénél azt alig veszem tekintetbe.

Helyes világítás és a fénysugarak helyes irányítása mellett (az idő két másodpercz és 50 percz, tehát majdnem egy óra között váltakozik) elkészül a III. lemez.

Azzal meg van mondva az is, hogy a mily nehéz némelykor az x-sugarak tökéletes rajzképességét demonstráló I. lemez elnyerése, ép oly nehéz sokszor a lemez III. elnyerése, ha tökéletes dolgot óhajtunk.

Ezen viszony tanulmányozásánál sokszor 2—10 lemez is veszett kárba, míg helyes képet lehetett elérni, azaz oly lemezt, mely a viszonyokat azon módon adta vissza, a mint eredetileg vannak jelen; sőt most is nehézségekbe ütközik *ezen az alapot nyujtó (értsd I.) lemezzel egyenlő fontosságú III. lemeznek készítése.*

A megvilágítás és fény irányítása, magától értetődik, szintén különféleképen történik, mint a szükség azt magával hozza. A hasadék mellett történt gyors vagy lassubb elhúzás vagy a hasadékon keresztül történt megvilágítás épen úgy alkalmazandó, mint a teljes megvilágítás és annak erőteljessége épen úgy jön számításba, mint gyengítése vagy mint annak részleges alkalmazása.

A III. lemez azon képet nyujtja, mely az eredeti viszonyok teljességét mutatja és melyet mi a papirképen látni kivánunk. Így szükségessé válik a IV. lemez készítése. Ezen lemez készítése kevesebb nehézséggel jár, de óvatosság itt épen olyan kivánatos tüzetes, a viszonyokat hiven visszatükröző kép készítésénél. Ezen IV. lemez egyenes másolása nyujtja azután a harmadik lemez képét, melyet óhajtottunk, a szép és feltünő plastikát helyes, semmiképen meg nem változott viszonyok mellett és hiven visszaadva az eredeti viszonyokat. A lemezek vagy üvegképek, magától értetődik, vetített képekre is felhasználhatók.“

Eddig a magyar közlemény azon része, mely a módszer ismertetésével foglalkozik. A német közlemény, mely, mint már említettük, *Albers-Schönberg* „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen“ cz. folyóiratában jelent meg, szinte még élesebben körvonalazza *Alexander* eljárásának 2 főmomentumát.

„*Die Erzeugung dieser Bilder beruht auf verschiedener Durchleuchtung des betreffenden Körperteiles mit nachfolgender Kombination der Plattenbilder und dem dieser Kombination folgendem Weiterverfahren.*

Nachdem der betreffende Körperteil (Hand oder Fuss, Schädelbasis, Brustkorb, Knie, Schultergelenke etc.) *mit aus weicher Röhre stammenden X-Strahlen durchleuchtet wurde, wird die Röhre ausgeschaltet und die Durchleuchtung geschieht mit harter Röhre*; selbstverständlich muss die ganze Durchleuchtungsdauer dem Vorgange entsprechend modifiziert werden in verschiedenem Maasse.“

„. . . . *da bei unrichtigem Aufeinanderlegen der Platte I. und II. wohl doppelte Bilder, Verschwimmen der Konturen, Undeutlichkeiten entstehen, die den Wert des Bildes zu nichte machen.*“

Magyar dolgozatához *Alexander* 27 napos csecsemő jobb alsó végtagjának x-sugaras képét mellékli, míg német czikkét 7 éves fiú (saját fiának) jobb lábáról készült röntgenogrammjával (más ábrákkal együtt a jövő számban adjuk) illustrálja. Mindkettő már első tekintetre feltünik szépségével, legjobb Röntgen-atlaszaink reproductioi is *Alexander* képeitől messze, de messze elmaradnak. Dolgozataiban ezekután *Alexander* a mellékelt képek részletes leirását nyujtja, kifejti nézeteit az x-sugarak rajzolásáról, mely szerinte más mint plastikus rajz nem is lehet, végül pedig, és itt ismét a Gyógyászatban megjelent dolgozatból szószerint kell idéznem, oda concludál, hogy:

„Azon képek, melyeket bemutattam és melyek a IV. lemezről származnak, eltérést a *lágyrészek* és *csontok* képei tekintetében nem mutatnak semmi tekintetben, nem is mutathatnak, mert tisztán adják vissza az eredeti kép (értsd: I. lemezkép) viszonyait.

Az x-sugarak már eredetileg rajzoltak plastikus csontképet, hiszen ezen dolog volt az, a mit szándékoztam a képekkel bebizonyítani azért, mert nem vétetik tekintetbe az irodalomban, miután csak oly képeken van jelen, melyeken az x-sugarak minden tekintetben fejthették ki rajzképességüket. (Magától értetődik, nem egészen teljes képen is lesz megtalálható a lemez tökéletes kikészítése után az x-sugarak ezen rajzképességének kevésbé vagy jobban észrevehető nyoma.)

Az először általam bemutatott képeknek más feladatuk nem lehetett, mint a plastikát teljesebben kimutatni, szembeötlően feltünőbben a structurakép teljes és semmi tekintetben meg nem zavart képével, mert épen annak mikénti rajzolása az x-sugarak által adja meg a kifogástalan kép plastikáját sok esetben, a mit a lemez tüzetes, beható vizsgálata bizonyít minden kételyen felül álló módon.

Az irodalomban nincs szó az x-sugaraknak plastikus rajzolásáról, azért foglalkoztam ezen tárgygyal, a mely nemcsak a képek tanulmányozását tételezte fel, hanem a csontszerkezet viszonyainak tanulmányozását is, úgy száraz mint nem száraz csontokon, a mi szükséges *mindenképen* az x-sugaras csontkép megértésénél és helyes olvasásánál.

Eleinte haboztam a képek elnevezése tekintetében, de mindenesetre csak a „plastikus x-sugaras kép“ elnevezés helyes (vagy: „az x-sugarak plastikus rajzolását bizonyító képek“), mert x-sugaras képek minden tekintetben plastikát is mutatnak kifogástalanul.“

* * *

Bocsánatot kell kérnem, hogy az idézetek ily halmazával tarkítottam soraimat, de mentségemre szolgáljon azon körülmény,

hogy a szószerint való idézéssel saját objectivitásomat óhajtottam megvédeni a következő sorokban.

Mindenekelőtt még egyszer röviden összefoglalom *Alexander* eljárását és reámutatok azon főbb állításaira, melyek újítást, újabb igazságot kivánnak jelezni az x-sugaras tudományok terén.

Alexander módszere tehát: a kérdéses tárgyról egy és ugyanazon felvételi lemezre két különböző lámpával (puha, majd kemény lámpával) vetít Röntgen-fényt; az igy készült negativról (I. lemez) diapositivot készit (II. lemez), a kettőnek szoros és exact összeillesztése (üveglappal egymás felé), majd kopirozása (ferdén beeső fénynél) adja a tulajdonképeni plastikus III. lemezt; erről készíti a IV. lemezt, melyről ismét már egyszerű módon a III. lemezképpel azonos kópiák állíthatók elő. A III. lemez készítésekor az I. és II. (diapositiv) lemez között *Alexander* szerint eltolódásnak lennie nem szabad, mivel különben torzképek keletkeznek.

Jól sikerült felvételen már az I. lemez képe is plastikát rejt magában. Tehát az x-sugár nem egyszerű árnyékképet ad, hanem plastikusan rajzol. Az említett lemezcombinatio ezen plastikát csak élesíti, a nélkül, hogy az x-sugarak helyes rajzolását meghamisítaná.

Az eddig elmondottakból is kivehető már, mily óriási az eltérés Alexander és Schellenberg módszere között. Alexander 2 lámpával, Schellenberg 1 lámpával készítette felvételeit; Alexander plastikus képét már az I. (negativ) lemezen kereste, Schellenberg erre nem is gondolt; Alexander I. és II. (diapositiv) lemezét szorgosan összeilleszti, oly III. lemezt, melyen eltolódás legkisebb nyoma is van, tekintetbe sem 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 el a III. lemezképen, Schellenberg pedig még az evidensen hamis plastikára sem meri mondani, hogy hamis.

Azt hiszem, elegendő Alexander és *Schellenberg módszerének ily rövid szembeállítása is azon tény felismerésére, hogy a Schellenberg képeiből vont összes következtetések Alexander képeire át nem vihetők. Miután pedig a fentebb említett irodalom mind Schellenberg módszerén épült fel, Schellenberg szerint készült képekből vonta le tapasztalatait, esetleg Schellenberg eljárásának módositásait használta fel és igy érvelt: azt vélem, nyugodt lélekkel jelenthetem ki, hogy a plastikai képek nyomán támadt irodalom, a sok gáncs épen úgy, mint a kevés dicséret, mind Schellenberg módszerét illeti pusztán.* Hisz *Alexander* eljárásának már kiindulópontja is más, Alexander eljárását pedig *Schellenberg*-től kezdve az idézett szerzők meg sem próbálták, de nem is próbálhatták, mivel *Alexander* módszerét csak később tette közzé, mint a hogy a német közlések megjelentek és mint a hogy a magyar szerzők bemutatásukat megtartották.

Hamis úton jártam volna tehát, ha saját vizsgálataim is azon alapon épültek volna fel, melyből az eddigi közlések kiindultak; legyen elég itt csak kiemelnem, hogy a kérdés fenti irodalmának tanulmányozása szomorúan igazolja, hogy a tévedések mily halmazát erőszakolhatjuk reá egy-egy tudományos igazságra, ha a megkezdett hibás úton továbbhaladunk.

III. Alexander módszerének kritikája.

Áttérek ezennel *Alexander* módszerének birálatára. Kutassuk az objectiv kritika világánál, mennyiben felel meg ezen eljárás a tudományos követeléseknek.

Ezirányú kisérleteimet az I. sz. sebészeti klinika Röntgen-laboratoriumában végeztem. A leghálásabb köszönettel tartozom ezért mélyen tisztelt főnökömnek, *Dollinger Gyula* egyet. ny. r. tanár úrnak, ki valóban a legelfogulatlanabbul hatalmazott fel az utánvizsgálatok megejtésére és személyesen is több értékes útbaigazítással, valamint tanácscsal szolgált.

Alexander dolgozataiban három állítást találhatunk, mely állítások azok előtt, kik röntgenezéssel foglalkoznak, első pillanatban idegenszerűnek, tán mondhatnám újnak is tetszenek. És ezek mind oly állítások, melyek *Alexander* dolgozásának sarokköveit alkotják.

Szokatlan, sőt nem is volt használatos eddigelé, hogy az x-sugaras képeket (értem itt az eredeti vagy I. lemez képét) plastikainak mondjuk; a tankönyvek egyszerű árnyékképeknek tekintették és nyomukon a szakemberek is mind ilyenekként állították oda. Új volt *Alexander* módszerében az is, hogy 2 lámpával, azaz puha, nyomában pedig kemény lámpával készített felvételt egy és ugyanazon lemezre; nem hallottunk még eddigelé ily felvételekről semmit, tehát skepsissel fogadhattuk ezen állítását. Végezetül pedig ismeretlen tény volt *Alexander* azon felfedezése is, hogy az I. és II. (diapositiv) lemez combinatioja, ha az *Alexander* szerint, eltolás nélkül, exact módon történik, kifejezettebb plastikát ad, mely minden szépsége mellett is igaz, valódi, a szó legszorosabb értelmében. Sőt oly igaz, hogy néha a lágyrészek könnyü detaillirozását engedi meg, olyankor is, midőn az I. lemezen a lágyrész-distinctio a kevésbé gyakorlott szemnek fel sem tünik.

Alexander dolgozatából tehát a következő kérdések hámozhatók ki kritikai megvilágítás czéljából:

1. Helyes-e *Alexander* azon kijelentése, hogy a jól sikerült x-sugaras kép plastikusan rajzolt (plastikát rejtő) kép és nem egyszerű árnyékkép?

2. Helyes elv-e a lámpák combinatioja x-sugaras képek előállításakor és vajjon nem okoz-e a készítés ezen módja eltolódást a lemezen? és végül

3. plastikaiak-e az ismertetett módon készített III. lemezképek (illetőleg az ezzel egyenértékü, IV. lemezről készült kópiák) és igaz-e ezeknek a plastikája?

Mind oly kérdések, melyeknek eldöntése engedi csak meg, hogy a módszer tudományos és következőleg gyakorlati értékéről alapos és tárgyilagos birálatot mondhassunk.

(Folytatása következik.)

A hyperaemiás kezelés az általános orvosi gyakorlatban.

Irta: *Szalai Jenő* dr., Erzsébetfalva.

(Vége.)

Rheumás megbetegedések. A rheumás megbetegedésekben legnagyobbrészt a forrólevegős gyógymódot alkalmaztam, de gyakran kombináltam a gyüjtőeres vérbőséggel. Ez utóbbit a végtagokon a rendes gummipólya alkalmazásával, néha, különösen a chronikus térdizületi lobokban, egy megfelelő szívókészülékkel értem el.

Hogy a rheumás bántalmak általában mennyire nehezen gyógyítható és makacs betegségek, köztudomású. 42 esetben kezeltem Bier útmutatása szerint különféle rheumás betegségben szenvedő egyént és e téren szerzett tapasztalataim teljesen megegyeznek Bier nézetével, a melyet „Hyperaemie als Heilmittel“ czímü művében a következőkben fejez ki a chronikus izületi rheumatismust illetőleg: „Az elért siralmas eredmények ellenére, úgy látszik, a hyperaemiás kezelés még a legjobbnak bizonyul a chronikus izületi rheumatismusban és legalább a szenvedés és a subjectiv tünetek lényeges javulását érhetjük el vele. Igy gyakran láttam, hogy olyan betegek, a kiknek ez a kezelési mód unalmassá vált és e miatt abbahagyták, ismét visszatértek hozzá, miután belátták, hogy másféle gyógymód még kevesebbet ér.“

Megfelelő példa erre a következő esetem:

H. J. 23 éves egyén 1906 május 22.-én került kezelésem alá. 7 hónap előtt polyarthritissel betegedett meg. Jelentkezésekor csupán mindkét bokaizülete dagadt és fájdalmas, két bottal nehezen jár. Baja miatt két izben tartózkodott hosszabb ideig egyik budapesti gyógyfürdőben, de eredménytelenül. Mindkét bokáját egyszerre kezeltem és pedig 6 napig naponta, azután másodnaponként.

Junius 2. Míg eddig úgy a duzzanat, mint a fájdalmasság napról napra szépen javult, ma rosszabbodásról panaszkodik; a bokák ismét dagadtabbak, különösen a bal. Innen kezdve állapota lényeges javulást nem mutat és a beteg 24 kezelés után elmaradt.

Szeptember 10. A beteg ismét jelentkezik kezelésre, időközben 27 napig egyik hazai gyógyfürdőnkben tartózkodott, azonban eredményt itt sem ért el. Azután egyideig különféle házi szert próbált, míg ma ismét jelentkezett, körülbelül ugyanolyan állapotban, mint május 22.-én. Ismét a forrólégkúrát alkalmaztam, mire szeptember 18.-án mindkét bokája teljesen lelohadt, a fájdalmasság a jobb lábban erősen engedett, a bal boka és sarok azonban még fáj.

Október 1. Állapota ugyanaz, daczára a forrólégkezelésnek, mint

szeptember 18.-án. Ekkor a forrólégkezelést beszüntetem és a beteget betanitom a gummipólya alkalmazására, a melyet csténként mindkét lábon a térd alatt helyeztetek el azon meghagyással, hogy egész éjjel rajta maradjon. A beteg 2 hetenként jelentkezik ellenőrzés végett és ettől kezdve állapota hétről hétre javult. A passiv hyperaemia két hónapi használata után mindkét boka izületi gyuladása teljesen gyógyult, a mennyiben úgy a fájdalmasság, mint a duzzanat teljesen elmult és azóta nem is jelentkezett. Járása, a mely azelőtt nehézkes volt, teljesen normálissá változott. Ezentúl naponta 2—3 órára tétettem fel a gummipólyát. A baj többé nem mutatkozott, azonban az egyén, legnagyobb sajnálatomra, 1907 január 18.-án ileus következtében elhunyt.

Ezen betegnél tehát a passiv hyperaemia igen hasznos kiegészítő részét tette a kúrának.. Bier különben maga is azon véleményének ad kifejezést, hogy különösen chronikus és makacs rheumás izületi bántalmakban állandó eredményt ha el is tudunk érni, ezt első sorban a passiv hyperaemia alkalmazásával érhetjük el. Hogy vajjon leirt esetemben recidivált volna-e a baj, azt, sajnos, a patiens közbejött halála miatt ellenőrizni nem tudom, de hogy a betegség az állandóan rosszra fordult időjárás mellett sem jelentkezett újra, feltétlenül biztató körülménynek kell tekintenem.

Hasonló esetem a következő:

Sz. A. 28 éves apácza, 1906 augusztus 24.-én jelentkezett. Mindkét lába a térdtől lefelé fájt és a mellett mindkét bokaizülete erősen dagadt volt. Betegsége 1905 deczemberében kezdődött. Hónapokig otthon kezelték és julius közepétől hat hétig egyik budapesti gyógyfürdőnkben. Minthogy azonban 27 iszapfürdő után javulást nem tapasztalt, hozzám fordult. Kevés ideje lévén hátra a gyógyítás czéljára engedélyezett szabadságából, rendes eljárásomtól eltérve, naponként kezeltem a forrólégkészülékkel, egész szeptember 9.-éig, közben csak egy pihenőnapot tartván. Ekkor 16 kezelés után a beteg teljesen gyógyultnak érzé magát, sem fájdalom, sem a bokaizületekben duzzanat nem áll fenn. Mielőtt eltávozott, megtanitottam a gummipólyának a térd alatt való alkalmazására, azon tanácsot adva neki, hogy ezt a pólyázást legalább még három-négy hónapon át folytassa, még ha visszaesés a legkisebb mértékben sem mutatkoznék is.

Egy hónap mulva nyertem értesitést hogyléte felől. Foglalkozását azóta mint apácza-tanitónő végezni tudja, noha a sok emeletjárás és térdelés folytán a bokák időnként megdagadnak és többé-kevésbé fájdalmassá válnak. Deczemberben állapota ugyanilyen.

Január elején azt az értesitést kaptam, hogy a gummipólya naponkénti alkalmazása mellett a bokák ugyan duzzadtak, különösen este, de fájdalmai egyáltalában nincsenek. Azóta újabb hirt nem kaptam.

Harmadik betegem, a ki mindkét bokaizületi gyuladásban szenvedett, *M. J.*, 34 éves férfi, a ki 1906 junius 9.-én fordult hozzám. Elmondta, hogy 1903 január 6.-a óta szenved rheumás izületbántalomban. Azóta több izben feküdt 8—14 hétig sokizületi csúzzal, különféle pesti fürdőkben összesen 152 fürdőt használt, 1905 nyarán pedig egyik hires hazai gyógyfürdőnkben 23 gyógyfürdőt vett, közben mindenféle gyógymódot használt, még javasasszonynyal is gyógyíttatta magát. Állapota hol jobb, hol rosszabb, de állandóan elég súlyos volt. 5 hét előtt baja ismét jobban elővette, most a derekában, a lábaiban, a két vállában, de leginkább mindkét sarkában és mindkét erősen dagadt bokájában érzi a fájdalmat. Járni alig, csak két bottal támogatva bir. Az első néhány napi kezelésre állapota lényegesen megjavult, úgy hogy 4—5 napi kezelés után egy bottal, vagy akár a nélkül is, egészen könnyen járt. A bokaizületek lelohadtak és csak a sarkaiból és a kereszttájából nem akart a fájdalom egészen elmaradni. Következő napon, julius 15.-én, minden kimutatható ok nélkül, állapota ismét rosszabbra fordult és augusztus 3.-áig, mig kezelésem alatt állott, nem is javult meg többé annyira, mint az első 5 napi kezelés után. Ekkor étvágytalanság és neurasthenia jelentkezése miatt a további forrólégkezelést beszüntettem. Bár állapota a háromhetihez képest valamelyes javulást mutatott, végeredményben ezen betegemnél a forró lég alkalmazásával sem értem el jobb eredményt, mint a milyent más eljárásokkal elérni tudtak. Azóta hogyléte felől nem értesültem.

Gy. I., 29 éves nő, 1905 december 2.-án betegedett meg mindkét térdére. Állitólag 2 hónapig volt lázas, térdei megdagadtak és állandóan igen fájdalmasak voltak. Midőn a lázas állapot megszünt, kezelőorvosa fürdőbe küldte, a hol iszapfürdőket használt 2 heti fürdőzés után, minthogy a fürdőt gyenge szervezete miatt nem jól birta, hazajött, azonban a mint kipihente magát, újra visszament a a fürdőbe. Ekkor 6 újabb iszapkezelés után véres köpés jelentkezvén, a fürdőorvos tanácsára ismét ott hagyta a fürdőt. 1906 április 14.-én vettem kezelés alá, naponta fél órai forrólléggyógymódot alkalmazva. Az első héten egy, a későbbi hetekben 2—3 pihenőnapot tartottam. Átlag 120°-ig hevitettem a készülékben levő levegöt. A térdek fájdalmassága igen gyorsan engedett, már 3 kezelés után alig állott fenn s ha jelentkezett is, türhető volt. A térdek, a melyeknek a kerülete a kezelés előtt 45 cm. volt, gyorsan lelohadtak és 20 kezelés után teljesen a rendes contourokat mutatták. Ekkor kerületük 36 cm. volt. Azóta a beteg teljesen egészségesnek érezte a lábait. 1906 nyarán még erősebb gyalogoláskor, sőt hegymászáskor sem érezte, hogy a térdei betegek voltak. Deczember hónapban azonban mindkét térde ismét megdagadt és fájdalmassá vált. Ekkor 10 újabb forrólégkezelést kapott, mire a térdei ismét visszanyerték előbbeni rendes térfogatukat; azonban hetenként egyszer-kétszer ma is mutatkozik csekély fájdalom bennük, minek folytán 2—3 hónapi pihenés után újabb kezelésnek kell magát alávetnie.

N. M. 32 éves férfi 1906 junius 26.-án rázóhideggel betegedett meg, jobb kéztőizülete megdagadt és fájdalmassá vált. Egy heti megfelelő kezelés után a láz megszünt és áttérhettünk a forrólégkezelésre. 10 nap alatt napi egy óráig tartó 8 forrólégkezelést kapott, mire kéztőizületi gyuladása teljesen meggyógyult és azóta sem tért vissza.

G. E. 40 éves férfi 1906 augusztus 8.-án jelentkezett kezelésre általános izomcsúzzal. A betegen különféle forrólégkészüléket alkalmaztam naponként egy óra hosszat, azonban betegsége, a mely különben már évek óta fennáll, semmit sem javult. 11-szer használt forrólégfürdőt s miután semmi eredményt sem láttam, a kezelést beszüntettem.

G. K. 39 éves czipész 1906 május 4.-én jelentkezett kezelésre. Egy év óta beteg és munkaképtelen polyarthritis miatt. Több izben feküdt hosszabb-rövidebb ideig. Most mindkét kéztőizülete, ujjizületei és a jobb bokaizülete duzzadtak, feszesek és minden mozgatáskor igen fájdalmasak. Május 14.-éig naponta mindkét kezét, alkarjait a közepüktől lefelé, naponként fél óráig kezeltem forró levegővel. Ekkor 10 kezelés után csak a bal kéztőizületben van még mozgatáskor csekély fájdalom. Ezen időponttól kezdve felváltva kezeltem egyik nap mindkét kezét, következő nap a jobb boka izületét. Junius 4.-én mindkét kéz teljesen fájdalom nélkül használható, bár a beteg izületek kismértékű megvastagodást mutatnak. Jobb bokaizülete nem duzzadt, nem fájdalmas, úgy hogy járása, mely előbb biczegő volt, teljesen rendessé vált. Ekkor hazament, mint teljesen munkaképes ember, mesterségét folytatni.

Összesen 42 rheumás megbetegedésben alkalmaztam a forrólégkezelést és az eredmény, mint a példakép felhozott esetekből is látszik, igen különféle volt, bizonyságául annak, hogy rheumás megbetegedésben mindig igen bizonytalan a prognosis. Többször tapasztaltam, hogy ugyanolyan természetű betegségben az egyik egyén állapota napról napra javul, mig a másiké absolute nem enged. Azt hiszem, a fürdőorvosok ugyanezt tapasztalhatják. A legrosszabb eredményt talán azon esetekben értem el, a melyekben vándorló régi rheumatismus állott fenn, a nélkül, hogy anatomiai elváltozást láttam volna. Viszont általában a legszebben és leggyorsabban gyógyultak azon egyes izületeket megtámadó rheumás bajok, melyek a megbetegedés kezdete után rövid időre kerültek kezelés alá. Bármilyen silány eredménynyel számolhatok is azonban be ezen a téren a forrólevegős kezelést illetőleg, annyit mondhatok, hogy tudomásom szerint eddig egyetlen betegem sem ért el jobb eredményt a forrólégkezelés óta, bármit próbált is meg. Viszont különösen 1906 augusztusában és szeptemberében volt alkalmam néhány olyan beteget kezelni, a kik hetekig tartó sikertelen gyógyfürdőkúra után fordultak hozzám és a kiknél ezen kezeléssel lényeges javulást tudtam elérni.

Lumbago ellen 3 esetben, *ischias* ellen 2 esetben, *egyéb neuralgiás fájdalmak* ellen 5 esetben használtam forrólégkúrát és pedig a következő eredménynyel.

A lumbago mind a három esetben 1—3 egy óráig tartó kezelésre teljesen gyógyult.

Ischiasban szenvedő első betegem, a ki előzőleg 3 hónapig kezeltette magát a megszokott módon, s a ki e 3 hónapi kúra, belső szerek (számos iszapfürdő, 25 fango-begöngyölés stb.) után sem tudott egyfolytában egy óra hosszat aludni a jelentkező ischiadikus fájdalmak miatt, már a második forrólégkezelésre az egész éjszakán át aludt. Ezen betegem további javulása is igen gyors volt, úgy hogy 2 heti kezelés után már teljesen fájdalommentesen járhatott s továbbra már csupán a beteg láb gyorsabb fáradását tapasztalta, a mi minden kezelés nélkül elmult néhány hét alatt. A másik betegem, a ki súlyos ischiasban szenvedett, igen gyorsan megjavult, úgy hogy rövid egy heti kezelés után egészen könnyen és fájdalommentesen tudott már keveset járni. Ezentúl azonban nem akart helyben maradni, hanem a szomszéd községben, tőlem mintegy 3—4 kilometernyire eső lakásáról járt be mint ambulans beteg, még pedig gyalog. Ez a túl sok mozgás megboszulta magát, a mennyiben baja kiújult. Minthogy belátta, hogy oly messziről nem tud bejárni, körülményeinél fogva pedig helyben lakni nem tudott, a további kezelése abbamaradt.

Hogy első ischias-esetemben oly szép eredményt értem el s hogy a második ilyen betegemet nem sikerült kigyógyítanom, abban találom az okát, hogy igen fontos körülménynek kell tartanunk azt, hogy a betegnek a kezelés mellett lehetőleg nyugalma legyen, s hogy eleinte, javulás esetén is, csak kevés mozgást végezzen. Ez volt talán az oka, hogy első esetemben a sok iszapfürdő és fango nem használhatott annak a betegnek, a kinek e miatt naponként egy ideig gyalogolni, villamoson utazni és erre néhányszor átszállni kellett.

A mennyit használt a nedves meleg gyógymód, legalább

annyit ronthatott az állapotán a túl sok utazás és mozgás. Második esetemben is egészen világosan a megerőltető mozgás okozta a rosszabbodást és akadályozta a további javulást.

Ez a körülmény pedig igen nagy fontosságú, különösen a szegényebb egyéneknél. Jobbmódú ember, a ki anyagi körülményeinél fogva teheti, egyszerüen ott vesz fel lakást, a hogyógyfürdő van, és gyógyulását, kényelmesen jutva a gyógyfürdől höz, fangohoz, stb., rendesen hamar megtalálja; a szegényebb sorsú ember azonban, a kinek csak fárasztó utazás árán van módjában egy-egy fürdöt használni, hosszú hónapokig elkínlódhatik, míg ismét munkaképes lesz. Ezzel szemben a forrólégkezelést könnyen és sokkal kisebb anyagi áldozat árán helyben végezhetjük, úgy hogy a beteg gyógyulását minden fáradság nélkül, otthon érheti el, tömérdek fájdalmat és időt takarítva meg ezzel. Hogy másképen van-e előnye a forró levegővel való gyógyításnak a gyógyfürdökkel szemben, két esetem kapcsán véleményt nem alkothatok, de a fent említett előnyt is már elegendőnek tartom, hogy különösen kevésbé jómódúaknál ischias ellen az olcsó és könnyen kivihető forrólégygyógymódot tartsam javaltnak első sorban.

Egyéb neuralgiás fájdalmak ellen is eléggé kielégítő eredménynyel használtam a Bier-féle forrólevegős készülékeket. Trigeminus-neuralgiában, a III. ág bántalmazottsága esetében csak időleges javulást tudtam forrólégdouche-sal elérni. Egy esetben a scrotumban székelő neuralgiás fájdalmak ellen tett igen jó szolgálatot a forró lég. Többi három esetem igen jelentéktelen megbetegedés volt és 2—3 kezelésre teljesen megjavult.

* * *

A fentiekben vázoltam, milyen különféle megbetegedésekben alkalmaztam a hyperaemiás kezelést, részint az olvasottak és látottak alapján, részint kisérletképen olyan esetekben is, a melyekben tudtommal még nem használták ezen gyógyításmódot, így a mellhártyaizzadmány és a fluor albus eseteiben. Pedig az általános gyakorlat körében bizonyára még igen számos esetben alkalmazhatjuk a Bier-féle kezelési módot. Annyira sokféle betegség ellen használhatjuk, hogy a közepes gyakorlattal biró orvosnál sem mulhat el nap, hogy ne volna alkalma a hyperaemiás kezelést használni. Különösen kiemelem, hogy kiváló és az eddig használt gyógymódokat legtöbbnyire felülmúló eredményeket érünk el főleg a helyhez kötött fertőzések által előidézett lobos folyamatok, az izzadmányok, az orbáncz és a meningitisek kezelésében. A mesterséges hyperaemiával kezelés úgy a betegre, mint az orvosra nézve annyira hálás, hogy az az orvos, a ki ezen gyógymód helyes technikáját elsajátította, lehetetlen, hogy a therapia mind szélesebb területén ne kivánná alkalmazni.

Nekem annyi igaz örömöt szerzett a Bier-féle kezelés a gyakorlatomban, hogy elmulaszthatatlan kötelességemnek tartom ez úton is őszinte köszönetemet kifejezni Manninger Vilmos dr.-nak egyrészt azért, hogy a szt. János-kórházban 1905 tavaszán megtartott szünidei cursuson szíves volt a Bier-féle kezelés technikáját megismertetni, másrészt azon előzékenységéért, a melylyel további kisérleteimben is mindenkor támogatott.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Orlowski: Die Syphilis. Laienverständlich dargestellt. Würzburg, A. Stuber's Verlag, 1907. Ára 90 német fillér.

A nemi betegségeket népszerüen, a nagyközönség számára jól megirni nem könnyü feladat. Véleményünk szerint ily iratok megirásában a fősúly arra helyezendő, hogy mit kell a tárgyalásból — elhagyni. A betegség diagnosisát, főleg pedig therapiáját bizvást elhagyhatjuk, mert csak megzavarja, de nem világositja fel az olvasót. A nagyközönség számára egyedül azon tények és tapasztalatok valók, melyeknek ismeretével védekezhetik a bajok ellenében és segitséget nyujthat azoknak leküzdésében. A szerző nem így fogta fel feladatát, midőn a syphilist ismerteti, mert kiterjeszkedik úgy a történetére, mind a kezelérére is. De tárgyalja azonkivül röviden a tabest és paralysist is, mint a syphilis következményeit. Kérdés tárgya lehet, helyes-e ez. A szerző a kis iratot 8 rövid fejezetre osztotta, a melyekben meglehetősen sok adatot hordott össze, hogy kimutassa a syphilis veszedelmeit. Kétségtelen, hogy ez irányban jól sikerült a munka, mely az olvasót mindvégig a legnagyobb mértékben leköti. *Guszman.*

Orlowski: Der Tripper. Laienverständlich dargestellt. Würzburg, A. Stuber's Verlag, 1907. Ára 90 német fillér.

Hasonló irányzatú ez a füzet is. A szerző a tárgyalandó anyagot 9 fejezetben adja. Leirja úgy a nők, mint a férfiak kankóját. Tárgyalja továbbá a fertőzés menetét, okait s azoknak elhárítását. Külön fejezetet szentel a kankónak a házasságban és ismerteti a horderejét. Sajnos, hogy a részletes therapiát ezen füzetben is tárgyalja, mert ez könnyen öngyógyitásra vagy kuruzslásra vezethet. *Guszman.*

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A tetanus gyógyitása cholestearin-befecskendésekkel. A mint Wassermann és Takaki kisérleteiből tudjuk, a tetanustoxint az idegközpontok kötik meg. Minthogy — a mint *Almagia* kisérletei kimutatták — ez a megkötés főleg az idegrendszer lecithinje illetve cholestearinja útján történik: ezen utóbb említett búvár *Mendes* dr.-ral együtt két tetanusos betegen kisérletet tett cholestearin befecskendezésével, még pedig eredményesen. Az egyik betegen a serumkezelés ellenére folyton fokozódtak a tetanus tünetei, mire a cholestearin befecskendésére határozták el magukat; eleinte csak nagyon kis adagokat használtak, de később fokozták $1^1/_2$ grammig pro die; a javulás negyednap mutatkozott és 15 nap után az illető gyógyultan hagyta el a kórházat. A másik betegen öt nap óta állottak fenn a tetanus tünetei; ebben az esetben azonnal a cholestearinos kezelést foganatositották; a javulás szintén negyednap jelentkezett s a gyógyulás a 19. napon következett be; ez a beteg összesen 17 gramm cholestearint kapott. (Ref. La semaine médicale, 1907. 10. szám.)

Gyógyszertan.

Az újabb gyógyszerek és titkos szerek hatodik sorozatában *Zernik* a következőket ismerteti:

1. *Beta-sulfopyrin.* Nem vegyület, hanem elegy, a mely 50% sulfanilsavas natriumból, 45% antipyrinből és 5% sulfanilsavból áll. Jodismus, továbbá a légzőszerveknek hurutos állapotai ellen ajánlják 1 grammos adagban naponként 4—5-ször.

2. *A migrophen* szintén nem vegyület, hanem 10% lecithin és 90% chininsulfat elegye. Adagja 0·25—0·5 gm. 1—2-szer.

3. *Alformin.* Basikus hangyasavas agyagföld oldata, a melyet a liquor aluminii acetici pótlószere gyanánt ajánlanak. Állitólag sokkal erősebb az összehúzó és fertőtlenitő hatása és jobban tartható el, mint ez utóbb említett szer. Használható borogatásra (8—10-szer annyi vízzel hígitva), torok- és szájöblögetésre (8—10 csepp egy pohárnyi vízre).

4. *Ziegler specificuma sárgaság és epekőbetegség ellen.* 20 rész kalium carbonicumból és 80 rész natrium sulfuricum siccumból áll!

5. *A Lauser-féle gyomorpor.* Alkotórészei: natrium bicarbonicum (23·62%), natrium sulfuricum siccum (18·08%) magnesium carbonicum (22·25%), calcium carbon. praecip. (22·38%), carb. ligni pulv. (3·34%), rhiz. zingiberis pulv. (3·09%), gummi arab. pulv. (0·81%), bismuthum subnitr. (0·42%), natrium chloratum (0·48%), víz (4·15%), kevés vasoxyd és agyagföld (0·87%).

6. *Lauser-féle köhögéscseppek.* Alkotórészei: extr. liquiritiae, decoctum senegae, liqu. ammonii anisatus és szalmiak.

7. Hasonló összetételüek a *Reichel-féle köhögéscseppek.*

8. *„Anticelta Tablets".* Főalkotórészük a natrium bicarbonicum és egy emésztőfermentum.

9. *Retterspitz-féle viz.* Fehéres-sárgán opalizáló folyadék, a mely borogatás alakjában lobok, főleg vakbélgyuladás ellen állitólag nagyon jó. Literjét $4^1/_2$ márkáért adják! Aromás viznek a keveréke alkalmasint a tejből származó fehérjeanyagokkal. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 12. szám.)

Belorvostan.

A chloreton használatáról, főleg chorea eseteiben. A chloreton fehér, kristályos, a kámforéhoz hasonló szagú és ízü anyag, a mely vízben rosszul, glycerinben, alkoholban, petroleumban és olajban azonban jól oldódik. 0·3—1·5 grammos adagban rendelhető poralakban vagy oldatban. Helyi érzéstelenítő hatása alapján a gyomor izgalmi állapotaiban (gastritis, rák, fekély, gastrodynia) használták először, nagyon biztató eredménynyel, a menynyiben a fájdalmat és a hányást enyhitette és a rendellenes bomlásfolyamatokat megszüntette. E közben tünt fel hypnotikus hatása. 0·4%-os melegvizes oldata pruritus vaginalis eseteiben bizonyult hatásosnak, a 30 centigrammos suppositoriumok pedig haemorrhoidális csomók ellen használhatók jó eredménynyel. Az orvosok figyelme azonban főleg azóta irányult fokozott mértékben a chloreton felé, a mióta a tengeri betegség elleni hatását meg ismerték; rövidebb tengeri utazás esetén 30 centigramm chloretont véve be 1/4 órával a hajóra szállás előtt, állítólag biztosan megelőzhető a tengeri betegség; hosszabb tengeri úton naponként 2—3-szor kell a fenti adagot bevenni körülbelül 20 perczczel az étkezések előtt. Ugyszólván specifikus hatású a chloreton, a mint *W. Essex Winter*, a londoni Middlesex-kórház orvosa irja, chorea eseteiben. 30 centigrammos adagban rendelte petroleum-emulsioban, 3-szor naponként; 2—3 nap mulva már annyira csökkentek a choreás mozgások, hogy félakkora adagokra térhetett át és ezeket is ritkábban adta. Eseteiben 5—10 napig használta a szert s azután áttérhetett vasra, arsenre vagy csukamájolajra. Ezen kezelésmód mellett a choreás mozgások tartama átlag 9 napra, s a betegnek a kórházban tartózkodása 3 hétre csökkent. Két betegen bőrhámlás jelentkezett előző kiütés nélkül, két esetben pedig somnolentia mutatkozott, a mely azonban a szer használatának beszüntetése után néhány órával már megszünt. Az eredmény tartóssága tekintetében még további megfigyelések szükségesek. *Rolleston* a londoni György-kórházban chloreton használata után kiütést látott, a mely eleinte lichen ruber planushoz, később pedig múlófélben levő urticariához hasonlított; utána nem állott be hámlás. Egyébként ez a szerző is nagyon dicséri ezen szernek hatását chorea ellen. (The lancet, 1907 márczius 30. 879. és 883. lap.)

A pneumonia prognosisáról és gyógyításáról folyt a vita az edinburghi orvosegylet márczius 6.-án tartott ülésén. A bevezető előadást a társulat elnöke, *J. O. Affleck* tartotta, a ki mindenekelőtt azon meggyőződésének adott kifejezést, hogy a tüdőlob az utóbbi időben komolyabb megbetegedéssé vált, a miben része lehet az influenzával való szövődésének. Újabban nagy a hajlamosság a pneumonia-eseteknek a megszokott lefolyástól való eltérésére. A prognosis tekintetében fontos a kor: a csecsemőkorban igen nagy a halálozás, a gyermek-, fiatal- és középkorban kedvező a lefolyás, 60—70 éves korban pedig 50%-on felüli a halálozás, bármilyen volt is az előző egészségi állapot. Az alkohol befolyása tekintetében felemlíti, hogy az edinburghi közkórházban 1899-től 1902-ig 46 alkoholista pneumoniás közül 40 halt meg! Ha heveny fertőző betegséghez vagy idült bajhoz társul a pneumonia, rossz a prognosis. Műtétek után támadó pneumoniában szintén kedvezőtlen szokott lenni a lefolyás, noha nem mindig halálos. A heveny elmebajokban keletkező pneumoniának szintén rossz a prognosisa. A kifejezett gastrikus és hasi tünetekkel járó pneumoniák — a melyeket sokszor tévesztenek össze appendicitis szel — súlyos lefolyásúak szoktak lenni, úgyszintén az erős izzadással és magas hőmérsékkel járó esetek is. Fontos, hogy tud-e a beteg, ha csak rövid időre is, aludni. A delirium, bármily kisfokú is, kétségessé teszi a prognosist. A láz nem megbizható vezető. Általában mégis mondható, hogy a remissiók nélküli magas láz rossz jel. Az öreg korban épen a nagyon súlyos esetek járnak alacsony hőmérsékkel. Legfontosabb a prognosis megállapításában a szív magatartása. Kedvező lefolyású esetekben a betegség tetőfokán nincs 120-nál több érverés perczenként. 140 érverés esetén ritka a gyógyulás. Az öregkorban nem annyira az érverés száma, mint inkább a jellege fontos: az üresség és szabálytalanság kedvezőtlen. Kedvezőbb a prognosis, ha van köpet; a rozsdaszinű köpet jobb, mint a véres. A kiköpés megszünése és a cyanosis fokozódása ominosus. A kétoldali pneumonia súlyos, de ugyanilyen súlyos az egyoldali is, ha az egész fél tüdőt elfoglalja. Általában mondható, hogy a rendes lefolyástól való legcsekélyebb eltérés is már gyanus. A mi a gyógyitást illeti: az előadó elvei nagyjából megegyeznek a rendesen követettekkel s azért csak egy-két megjegyzésére utalunk. Igy nagyon hangsúlyozza a tüdő vizsgálatának lehető megszorítását; a felültetéssel járó megerőltetése a betegnek halálos lehet. Az oxygenbelégzéstől nem sok hasznot látott. A szívgyengeség ellen főleg a digitalist és a strychnint ajánlja. Az opiumot és készítményeit perhorreskálja. Delirium ellen jégtömlőt tétet a fejre és hyoscint ad. A lázellenes gyógyszerek használatát nem ajánlja; a láz csökkentésére a könnyen hozzáférhető helyeknek lemosását végezteti.

A hozzászólók közül *Bramwell* felemlíti, hogy a sárgasággal járó jobboldali pneumonia nagyon kedvezőtlen lefolyású szokott lenni. Az érverés számánál fontosabbnak tartja az érverés szabálytalanságát. Influenzás pneumoniában a bőséges sáfrányszínű köpet nagyon súlyos jel. Nagyen fontos a betegnek az arczkifejezése is. A digitalist, a strychnint és az oxygen-belégzést nagyon értékesnek mondja; a szabad levegőn kezeléstől is jót vár. *Greenfield* nem szereti a strychnint; strophantus-tincturát használ a szívgyengeség ellen, 3—4 óránként adva 5 cseppet ugyanannyi capsicum-tincturával; szükség esetén erősen fokozható az adag; a nagy adagok még reménytelennek látszó esetekben is néha megmentik a beteget. *James* szerint a herpes labialis nagyon kedvező jel; a betegség kezdetén hashajtót ad, a krizis idejében pedig moschus-tincturát. (The lancet, 1907 márczius 23.)

A strophantin intravenás alkalmazásával tett *A. Fraenkel* Strassburgban a *Krehl*-féle klinikán kisérleteket. A Böhringer-féle készítményt 1:1000 oldatban használta, melyből 0·75—1 köbcentimetert fecskendezett be egyszerre, a mi hatás tekintetében 20 cm^3 digalennek felel meg. A hatás 3—4 percz alatt áll be: a szénsavmérgezés képét nyujtó beteg súlyos tünetei azonnal megszünnek; a vérnyomás amplitudoja (a *Recklinghausen*-féle eszközzel mérve) 20—100%-kal növekszik; 5—10 percz alatt a pulsusszám gyérül (de 60 alá nem esik) és hydropsos egyéneken már 2—3 óra mulva jelentékeny diuresis indul meg, mely egy alkalommal 24 óra alatt 6 litert tett ki. Ha az egyszeri injectio kedvező hatása a pulsus számára és minőségére 2—3 napnál tovább nem is tart, a jelentékeny diuresis rövid idő alatt eltávolítván az oedemákat, hatásos következményei tartósabbak maradnak. A szer nem alkalmas arra, hogy minden incompensatioban igénybe vegyük, de igen figyelemre méltó életveszélyes insufficientiákban. Az intravenás adagolás nem pótolható a bőr alá fecskendezéssel, mert az utóbbi esetben fájdalmas helyi beszürődések támadnak (mint a digalen használatakor is).

Kellemetlen mellékhatása, hogy nagyobb adagja (1 cm^3) 1/2—1 órai tartamú, borzongással kezdődő, 38° körül járó lázat okoz, továbbá, hogy ha az egyik adag hatásának lefolyása előtt újabb adagot fecskendezett be, hányás kiséretében bélzavarok állottak elő. E tünetek a szerző szerint cumulatiós mérgezési jelek, mely cumulatio létezését állatkisérletekkel is be tudta bizonyitani. (Verhandlungen d. Kongresses f. inn. Med. 1906.) *R. Zs.*

Sebészet.

A perubalzsamnak mint sebkezelő szernek értékét kimerítően tárgyalja *F. A. Suter* (Innsbruck). A munka experimentális részében a balzsam mellékhatásait és toxicitását, továbbá a sepsises sebfertőzést megakadályozó hatását tette a szerző tanulmány tárgyává. Minket főleg a munka klinikai része érdekel. Ebből kitünik, hogy 1905—1906-ban összesen 562 friss sérülést kezeltek az innsbrucki sebészeti klinikán perubalzsammal. A sérülések között voltak rendkivül súlyosak is. 45 nyilt törés, 10 súlyos lött illetve robbantott seb, 59 nehéz lágyrészsérülés lett igy kezelve. Az összes perubalzsammal kezelt esetekben, egynek kivételével, a sebgyógyulás zavartalan volt. Ezen egy esetben a beteg a kezelésből kimaradt, maga kötözte sebét, és tetanussal fertőzve került ismét a klinikára. Két más esetben — épen úgy mint a többi sebkezelő szer — a perubalzsam sem tudta megakadályozni a tetanus kifejlődését. A súlyos nyilttörések és egyéb csontsérülések egyetlen egy esetében sem került a sor a

secundaer amputatiora, noha primaer amputatio is csak egy esetben végeztetett, melyben a végtag már csak pár centimeternyi izom- és bőrhídon csüngött.

A perubalzsam, a mint azt Suter bakteriologiai kisérletei mutatják, rendes körülmények között steril, a bakteriumok szaporodását gátló tulajdonságokkal csak nagymennyiségben alkalmazva bir. A balzsam sterilizálható, a nélkül, hogy valamely nevezetesebb változást szevedne. Hatását a szerző főleg abban látja, hogy 1. a bakteriumokat mechanice bezárni tudja, és így a szervezetre nézve ártalmatlanná teszi, 2. baktericid hatású, a mely hatás, ha önmagában véve csekély is, de az előbbi pontban említett tulajdonsággal együtt jelentős tényezővé válik, és végül 3. chemotaxisos tulajdonságú.

A perubalzsam alkalmazásmódja a következő: A seb semminemü antisepticummal sem hozatik érintkezésbe. Ha mély sebüregekről van szó, a balzsamot befecskendezzük (pl. komplikált töréseknél); felületesebb sebzéseket bőségesen leöntözve balzsammal, a sebre steril kötést alkalmazunk. Az első kötés pár napig a seben hagyható. Perubalzsamot csak az első két kötésváltoztatáskor kell használni. Ha erős a sebsecretio, természetesen gyakrabban kell kötözni. Komplikált töréseknél Suter 8—12 napig hagyta az első kötést érintetlenül. A balzsamot 10 cm^3 ürtartalmú üvegedénykékben sterilizálta, melyeket nagyobb hasonló edényekbe állítva tett félig nyitott fedővel a gőzsterilisatorba. (Beiträge zur klin. Chirurgie, 53. k. 3. f.) *Li.*

Végbél- és colonrákoknak kombinált módszerrel operált eseteiről számol be *Rotter* tanár, a berlini szt. Hedvig-kórház sebésze. Az Orvosi Hetilap 1906. évi 37. számában *Petermann* czikkét ismertettük, a melyben az ezen osztályon operált végbélrákokról számolt be, a kombinált műtéteket kivéve. Most ezekről ad számot Rotter. Kombinált módszer alatt értjük az abdomino-coccygealis vagy abdomino-sacralis stb. methodusokat, idecsatoljuk az abdomino-perinealis, -analis, -vaginalis módszereket is, ezért helytelen a Krönlein-féle abdominodorsalis elnevezés. Rotter 25 esetben végezte ezen műtétet, még pedig 16 esetben mindjárt az abdominális úton kezdte, 9 esetben pedig a coccygeális módszerhez utólag csatolta az abdominálisat. Részletesen ismerteti e czikkben a műtéti technikát, a műtéti complicatiokat, a bél ellátásának módját, a continentia kérdését és az operatiós halál okát. Operativ halál áldozata 11 beteg volt, a mi 44%-nak felel meg. A continentia kérdését illetőleg marad tehát 14 eset, ezekben a következő eredményt érte el: 1 esetben a m. sphinctert is el kellett távolítani, itt tehát természetesen anus praeternaturalist kellett létesíteni; 2 beteget anus sacralissal bocsátottak el, mert a centrális bélrészlet terjedő nekrosisa miatt a bél egyesítése nem volt végezhető; 1 beteg még kezelés alatt áll; 10 esetben teljes continentiát sikerült elérni. Az operativ halál nagy (44%) számát annak tudja be, hogy a műtét igen nagy sebzéssel jár a legnehezebb anatomiai viszonyok között, hogy a környezettel való összenövés miatt súlyos complicatiók támadnak, hogy gyakran gyengült betegeken végezzük a műtétet. Igen nagy a sepsis veszedelme; ennek csökkentésére a gummikeztyűben való dolgozást ajánlja. Továbbá tekintve, hogy 60 éven aluli 18 beteg közül 5 beteg lett az operatiós halál áldozata (33%), míg 60 éven felüli 7 esete közül 5 halt meg (71%), ajánlja, hogy e koron túl elégedjünk meg inkább palliativ operatioval. A mi a távolabbi eredményt illeti, 1 beteg intercurrens betegségben, 2 recidivában halt el. Jelenleg él 11 beteg, még pedig 6 él 7, 3 (2 eset), 2, 1½ és ¾ éve, 5 esetben a műtét óta rövid idő telt el. (Archiv f. klin. Chir. 81. kötet 2. f.) *Steiner Pál* dr.

A koponyatető csontdaganatainak casuistikájához két érdekes esettel járul *v. Eiselsberg*. Az egyik esetben 35 éves nőn osteoma frontis és a rostacsont egy részletének eltávolítása történt, másodlagosan celluloidprotesist alkalmaztak, a beteg gyógyult. Hét héttel később e beteg náthát kap és ennek következtében genyes meningitisben meghal. A másik esetben a koponyatető multiplex exostosisa miatt történt a műtét, az egyik csontkinövés toronyszerűen emelkedett ki. A daganat levésése után ¾ évvel egy a bulbus mögött ülő, sarkomára gyanus daganatot távolítottak el, a mely csakhamar recidivált. (Archiv f. klin. Chirurgie, 81. kötet, 1. füzet.) *Steiner Pál* dr.

Cseplesztorsio esetét közli *Lejars*. A 37 éves beteg, kinek 17 év óta jobboldali reponibilis lágyéksérve volt, appendicitisszerű tünetek közt betegedett meg, 39°-ig menő lázak, hányás, hasfájdalmak kiséretében. A has jobb felében egy nagy, fájdalmas daganat volt érezhető, mely a lágyékcsatornába volt követhető és sajátszerű, kissé egyenetlen tapintatú volt. A diagnosist csepleszcsavarodásra tette. A bántalom kezdete utáni 13. napon történt műtét e diagnosist beigazolta, a mennyiben egy 2 ökölnyi cseplesztömeg tövében háromszorosan volt megcsavarva. A műtét a betegnek gyógyulást hozott. Az irodalomban foglalt eseteket áttekintve, Lejars a cseplesztorsionak három féleségét különbözteti meg, t. i. irreponibilis, reponibilis herniával kombinált és hernia nélkül keletkező cseplesztorsiót; ezek pathologiájával és diagnosisával részletesen foglalkozván, arra a conclusiora jut, hogy a diagnosis legfőbb támasza a tumor nagysága, sajátszerű consistentiája, hirtelen keletkezése és a tünetek relativ jóindulatúsága, mely ily nagykiterjedésű appendiculáris exsudatumok esetén nem várható; hernia jelenléte különösen kell hogy figyelmünket ezen irányba terelje. A therapia: gyors műtét, a cseplesz resectioja. Mindig laparotomiát kell végeznünk, hogy a csepleszt teljesen áttekinthessük. (La semaine médicale.) *Pólya.*

Gyermekorvostan.

A váratlan halálról a gyermekkori fertőző betegségekben ir *Czerny* tanár. Az okok közül legfontosabbnak az erek és talán a szív beidegzésének rendellenességeit tartja. Tapasztalásai szerint többnyire olyan gyermekek halnak meg váratlanul fertőző betegségek kapcsán, a kiknek családjában rendellenességek mutathatók ki az idegrendszer részéről. Az illető gyermekek maguk is már a betegségük előtt idegesek voltak. Fontosnak tartja továbbá a szerző annak a kiemelését is, hogy mindig erős, többnyire kövér illetve pastosus gyermekeket ért a váratlan halál. Az ér- és szívinnervatio zavarai leggyakrabban a hirtelen arczszínváltozás útján ismerhetők fel. Fontos azután az ér- és szívinnervatio viselkedése valamely nagyobb kellemetlen meglepetés vagy megijedés behatására. Az eseteknek egy kisebb részében ilyenkor bradycardia mutatható ki, néha az érverés szabálytalanságával és a bőrnek huzamosan tartó halványságával kapcsolatban; épen ezekben az esetekben leggyakoribb a váratlan halál. A gyermek előtt ismeretlen, őt meglepő therapiás beavatkozás is a szív megállására vezethet; így a szerző látott esetet, a mikor az első törzsborogatás vagy az első serumbefecskendezés után állott be hirtelen a halál; sensibilis gyermeken tehát nagyon megfontolandó minden nagyobb therapiás beavatkozás. A mint említettük, a váratlan halál többnyire kövér és még inkább pastosus gyermekeket ér; de nem a kövérség a lényeges, hanem a túltápláltság; a túlságosan táplált gyermekek esetleg soványok maradnak, s mégis fenyegeti őket fertőző betegségekben a váratlan halál, míg az öröklött dispositio folytán kövér, de czélszerüen és mérsékelten táplált gyermekek nem szoktak veszélyeztetve lenni. Különösen scarlatina-járvány alkalmával észlelhető jól a túltápláltság káros hatása; a jobbmódúak gyermekei között ilyenkor sokkal nagyobb a halálozás, mint a szegényebb sorsúaké között, mert az előbbiek között sokkal több a túltáplált. Közleményének a vége felé azonban hangsúlyozza a szerző, hogy a váratlan szívhalál bekövetkezéséhez fertőző betegségekben két tényezőnek együttműködése szükséges és ezek: az idegrendszer rendellenességei és a túltápláltság; ha az előbbi hiányzik, az utóbbi egymagában nem jár a váratlan halál veszélyével. (Die Heilkunde, 1907. 4. f.)

Fülorvostan.

Az alypin használatáról a fülorvostanban ir *Bürkner* tanár. Első kisérleteit a furunculosis, kezdődő középfüllob és ismeretlen eredetü fülneuralgiák okozta fülfájás symptomás leküzdése terén végezte. Kiderült, hogy főleg a dobhártyából kiinduló fájások rövid idő alatt csökkentek, sőt néha órákra teljesen meg is szüntek. Ez a tapasztalás vezette rá, hogy a paracentesis szükségessége esetén a dobhártya érzéstelenítésére használja fel az alypint. Többnyire 5%-os vizes (néha alkoholos) oldatot használt, a melyet vagy becsepegtetett vagy pedig vattagomoly segélyével alkalmazott 10—20 perczre. A cocainnal szemben az alypin előnyének

tartja, hogy hatása biztosabb, nem okoz mérgezési tüneteket és hogy használat előtt felforralással biztosan sterizálható. Használta továbbá az alypint oly esetekben, a melyekben a tuba katheterezése valami helyi ok miatt nehézséggel járt és azért fájdalmas volt; vérzésre hajlamosság esetén a Pohl-féle suprarenin-alypin-tablettákat vette ilyenkor igénybe. Kitünően hatott az alypin dobüregbeli sarjadzások és kisebb polypusok eltávolításakor. Használható továbbá az alypinnel érzéstelenítés intratympanális beavatkozások, granulatiók edzése esetén; argentum nitricummal edzés előtt alypinum *nitricumot* kell használni. Ha már feltört, vagy a feltöréshez közel álló furunculusok bemetszését akarjuk fájdalmatlanná tenni, elegendő az 5%-os alypinoldatba mártott gaze-zal való tamponálás; a furunculusok kezdődő szakaiban azonban inkább subcutan alkalmazzuk az alypint és hatását suprarenin hozzáadásával fokozzuk. Végül kitünő szolgálatot tett a bőr alá fecskendezett alypin-suprarenin az üllőnek és kalapácsnak a hallójárat felől végzett eltávolításakor. (Berliner med. Wochenschr., 1907. 14. sz.)

Közegészségtan.

A halhús bakteriumtartalmát tette vizsgálódás tárgyává *Ulrich*. Arra az eredményre jutott, hogy a halhús nagyon jó táptalaja a bakteriumoknak s hogy a főzés nem pusztítja el a benne levő valamennyi mikrobát. A megmaradt bakteriumok (coli- és proteusfajok) főleg nyáron gyorsan elszaporodván: az elkészítése után 24 órával tovább állott halhúsnak elfogyasztása veszedelmes lehet. (Zeitschrift für Hygiene, 53. kötet.)

A gümőkór gyakoriságát vizsgálta *Burkhardt* a drezda-friedrichstadti kórház hullaanyagán és *Nägeli* ismeretes eredmé nyéhez hasonló eredményre jutott. 1262 felnőtt egyén hulláját vizsgálva, csak 113-ban (9%) nem talált gümőkórt, 1149-ben (91%) gümőkór volt kimutatható, még pedig 466 esetben (41%) a gümőkór következtében állott be a halál, 209 esetben (18%) latens activ és 474 esetben (41%) latens inactiv gümőkórt talált. A gümőkór okozta halál leggyakoribb volt a 18—30. életévben, ezen túl fokozatosan csökkent. A latens activ és latens inactiv (kigyógyult) esetek száma ellenben a haladó korral fokozatosan emelkedett. A szerző tehát *Nägeli*-vel egyértelműen odakövetkeztet, hogy az élettartammal arányosan fokozódik a gümőkórral való fertőződés lehetősége és csökken a gümőkórra való hajlamosság. (Zeitschrift für Hygiene, 53. kötet.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Idült bélhurut ellen *Mercier* nagyon ajánlja a naspolyát. Naponként 2 liter tejet és 230 gramm naspolyát ad; a mikor a bélürülés már rendessé vált, egyéb könnyebb táplálékot is megenged. Minthogy a friss naspolya csak rövid ideig kapható, célszerüen helyettesíthető a befőtt naspolyával, a mely következőképen készül: 1000 gm. naspolyát 800 gm. czukorral és 500 gramm vízzel 45 perczig főzünk; ezután üvegekbe töltjük, a befőtt felszinére alkohollal átitatott papirt teszünk a penészedés megakadályozására és az üvegeket légmentesen elzárjuk. A kedvező hatás a naspolyában foglalt czitrom-, alma- és borkősavas kalium-, főleg pedig magnesium-sókra, valamint a kávécsersavra vezethető vissza. (Ref. Medizinische Klinik, 1907. 13. szám.)

A protargol-oldatok néha, főleg ha meleg vízzel készültek, kellemetlen izgalmi tüneteket okoznak. Ezek elkerülhetők, ha az alábbi két mód valamelyike szerint készítjük az oldatot: 1. A protargolt glycerin és víz egyenlő mennyiségével sürű pastává dörzsöljük s azután felhigítjuk lassanként vízzel a kivánt fokra. 2. Lapos porczelláncsészében levő 200 cm^3-nyi víz felületére szórjuk az 1 gm. protagolt, a mikor is ez 10—15 percz alatt oldódik; a keverés kerülendő, mert ilyenkor csomócskák képződhetnek. Az oldatot barna üvegben kell tartani. Az erősebb oldatok használata fájdalmas s azért ilyenkor valamely helyi érzéstelenítő szer, például alypinum nitricum (nem tiszta alypin, mert ez zavarossá teszi az oldatot) adható hozzájuk, még pedig 0·1—0·3 gm. 1—1 gm. protalgolra. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 7. szám.)

Szuvasodás okozta fogfájás ellen nagyon ajánlja *Naegeli-Akerblom* a következő összetételü szert: Rp. Cocaini hydrochlorici, Acidi carbolici liquefacti āā 1·0; Glycerini 8·0. A fog üregét ki kell tölteni ebbe az oldatba mártott vattával, vagy pedig a gyökércsonkra teszszük a vele átitatott vattát és guttapercha-papírral mintegy ½ órára erősen odaszorítjuk. (Therapeutische Monatshefte, 1907. 3. f.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 16. szám. *Makara Lajos:* Tapasztalatok a lumbális analgesiáról és e tan mai állása. *Berczeller Imre:* A hüvely és méhszáj összetapadása terheseknél.

Orvosok lapja, 1907. 16. szám. *Rottenbiller Ödön*: A Bier-féle eljárás haszna az izületi betegségek balneotherapiájában.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 16. szám. *Schulhof Vilmos*: Az schias diagnosisának és gyógyitásának mai állása. *Fürth E.*: A haemostanról.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Blum Simon* dr.-t a székesfőváros főpolgármestere a balparti kórházakhoz segédorvossá nevezte ki. — *Kertész Sándor* dr.-t Békés vármegye közkórházához segédorvossá nevezték ki.

Választás. *Lőrinczi József* dr.-t Nyirbátorban, *Nagy Imre* dr.-t pedig Csókán körorvossá választották.

Egyetemi alkalmazások. A budapesti orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén megválasztották: a II. sz. női klinikához: Berend László, Badics József és Bauer Lajos dr.-okat díjazatlan gyakornoknak; a közegészségtani intézethez: Fenyvessy Béla dr.-t adjunctusnak, Bexheft Ármin dr.-t tanársegédnek, Davidovics József dr.-t és Fillinger Ferenczet díjas gyakornoknak, Kehrling Károlyt díjtalan gyakornoknak; az I. sz. női klinikához: Avarffy Elek dr.-t II. tanársegédnek, Dessewffy Aladár dr.-t díjas gyakornoknak, Bogdanovics Milos dr.-t helyettes laboratoriumi tanársegédnek; a bőrkórtani intézethez: Guszman József dr.-t tanársegédnek, Kelemen Géza dr.-t díjtalan gyakornoknak; az idegklinikához: Lichtenberger Béla dr.-t díjas gyakornoknak; a II. számú kórbonczolástani intézethez: Angyán Jánost és Bókay Zoltánt díjtalan gyakornoknak; az általános kórtani intézethez: Lukáts Jenőt díjas és Liebermann Pált díjtalan gyakornoknak; a gyógyszertani intézethez: Pekárovich Istvánt díjtalan gyakornoknak; az egyetemi házi gyógyszertárhoz: Balogi Mihály dr. és Blaschnek Rezső dr. okl. gyógyszerészeket tanársegédnek; a fogászati intézethez: Salamon Henrik dr.-t I., Sturm József dr.-t II. tanársegédnek.

Pesthy István dr. fürdőorvosi gyakorlatát Karlsbadban ismét megkezdette.

Tüdőbeteg-rendelőintézet (dispensaire) nyilt meg e hó 9.-én Nagyváradon *Grósz Menyhért* dr. vezetésével.

Meghaltak. *Neubauer Lajos* dr. iglói gyakorlóorvos e hó 19.-én. — *Schadl Bálint* dr. kishegyesi községi orvos április 16.-án. — *Willand* dr., valaha a közegészségtan tanára Burlingtonban. — *Peters* dr., a sebészet tanára Torontoban (Kanada), márczius 13.-án 48 éves korában.

Kisebb hirek külföldről. A nemrég elhunyt *Buhl* tanár Heidelbergben 360,000 K. értékű ingatlant s hozzá még 240,000 K.-nyi tőkét hagyományozott egy reconvalescens-ház czéljaira. — Amsterdamban az új anatomiai intézettel kapcsolatban agyvizsgálati laboratoriumot épitenek. — Rendes tanárok lettek: *Kadian* dr. (sebészet), *Delizyn* dr. (sebészet) és *Verkhowsky* dr. (fülészet) Szt.-Pétervárott, *Beattie* dr. (kórbonczolástan) Sheffieldben és *Kelley* dr. (nőorvostan) Washingtonban. — A glasgowi egyetem igazgatójává (principal) *D. Macalister* dr.-t nevezték ki. 400 év óta theologus töltötte be ezt az állást, most első izben bizzák az egyetem igazgatását orvosra. Az edinburghi egyetem élén is orvos áll: *Sir William Turner*, az anatomia nyugalmazott tanára. — *Erb* és *Arnold* heidelbergi tanárokat nyugalomba vonulásuk alkalmából a titkos tanácsossággal excellentiás czímmel tüntették ki. — *G. Salvi* dr.-t Sassariban az anatomia rendkivüli tanárának nevezték ki.

Értesítés. A f. é. szeptember hó 9—14.-én New-Yorkban tartandó *VI. nemzetközi dermatologiai congressus* végrehajtó bizottsága részéről tisztelettel értesitem mindazokat, kik a congressuson résztvenni szándékoznak, hogy szíveskedjenek már most, minden haladék nélkül, átkelési jegyüket valamely hajóstársaságnál beszerezni, mert az augusztus és szeptember hó hajói az európai kiránduiásaikról hazatérő amerikaiak által rendkivül igénybe vettek és majdnem az összes helyek lefoglaltak. Az Amerikába való odautazásra szóló jegyeknél ez oknál fogva kedvezmény nem volt elérhető, de a visszautazásnál 10—30% árengedmény érhető el, a szerint a mint a visszautazás szeptember vagy október havában történik. Minden egyéb felvilágositással szolgál *Havas Adolf* dr. egyetemi rk. tanár, a congressus magyarországi titkára, V., Aulich-utcza 4—6.

„Die Zentenarfeier des Operateur-Institutes der Wiener med. Fakultät“ czímmel Braumüller kiadásában közel 100 lapra terjedő füzet jelent meg, a mely a bécsi sebészeti műtőintézet 100 éves fennállása alkalmából rendezett ünnepély alkalmából mondott beszédeket (Eiselsberg, Hochenegg, Winiwarter, Chrobak, Fränkel), Kern és Lister arczképét és a műtőintézet főnökeinek, segédeinek és növendékeinek névsorát tartalmazza.

A II. nemzetközi iskolaegészségügyi congressust Londonban tartják 1907 augusztus 5.-étől 10.-éig. A congressusnak még a mult évben Liebermann Leó egyetemi tanár elnöklete alatt megalakult magyar bizottsága ezúton is felhivja a congressus iránt érdeklődőket, hogy részvételüket teljes czimük, állásuk, lakásuk közlése mellett a bizottság titkárának (Bexheft Ármin dr., egyetemi tanársegéd, iskolaorvos, Budapest, VIII., Eszterházy-utcza 5) minél előbb jelentsék be. A tagsági díj 1 font sterling (24 korona). A tagok a congressus ülésein résztvehetnek, szavazati joggal birnak, a később közlendő kedvezményekben részesednek s a congressus összes nyomtatványait és jelentéseit megkapják. Olyan egyesületek és testületek, a melyek a congressuson magukat képviseltetni kivánják, küldötteik névsorát idejekorán küldjék be a magyar bizottság titkárának. Előadásokat — csakis német, franczia vagy angol nyelven — bármelyik congressustag bejelenthet. Az előadás rövid kivonata mielőbb beküldendő a londoni főtitkárnak (E. White Wallis, The Royal Sanitary Instituts, Margaret-Street, London V.) A központi (londoni) végrehajtó bizottság fenntartja magának a megbirálás és esetleges visszautasitás jogát. Az előadások — lehetőleg a kivonat közlésével — a magyar bizottság titkárának is bejelentendők. A congressussal kapcsolatban iskolaegészségügyi kiállitást is rendeznek. E tekintetben szintén ad felvilágositást a magyar bizottság titkára. A kiállitáson való részvevést legkésőbb julius 6.-áig kell a congressus vezetőségének bejelenteni. A Londonba utazásra s ottani ellátásra vonatkozó útmutatásokkal megkeresésre készségesen szolgál, s az utazás rendezését és teljes ellátást elvállalja a congressus magyar bizottságához benyujtott ajánlatok értelmében a következő két czég: 1. Thos. Cook and Son. V., Vigadó-tér 1. 2. A „Világjárás“ utazási, idegenforgalmi stb. folyóirat szerkesztősége, VI., Andrássy-út 38.

A II. nemzetközi physiotherapiai congressust október 13.-ától 16.-áig *Rómában* tartják, az *olasz király* védnöksége alatt. A congressus szervező-bizottságának élén *Baccelli* tanár elnök és *Colombo* tanár vezértitkár áll. *A magyarországi bizottság* következőképen alakult meg: Tiszteletbeli elnökök: *Kétly Károly*, *Dollinger Gyula*, *Korányi Sándor*, *Herczel Manó* egyetemi tanárok. Elnök: *Donath Gyula* tanár. Titkár: *Reich Miklós* dr. A bizottság tagjai: *Okolicsányi-Kuthy Dezső* dr. magántanár, *Huber Alfréd* dr., *Pajor Sándor* dr., *Kopits Jenő* dr., *Jakab László* dr., *Dalmady Zoltán* dr., *Arányi Zsigmond* dr. kir. tan., *Löw Sámuel* dr. főorvos, *Mansfeld Géza* dr. tanársegéd, *Widder Bertalan* dr., *Schulhof Vilmos* dr., *Gebhardt Ferencz* dr., *Pfeifer Gyula* dr., *Rátz István* tanár, *Renner Adolf* dr, *Szörényi Tivadar* dr., *Martinovszky János* dr. ny. főtörzsorvos, *Antal János* dr., magántanár főorvos. Az általános érdekű kérdéseket a teljes üléseken fogják tárgyalni, a szabadon választott tudományos tárgyú előadásokat pedig a következő szakosztályokban: *a) elektromos orvoslás* (villamosság, elektromagnetismus, röntgenologia, radiumtherapia, phototherapia stb.); *b) mozgásos gyógymód* (gyógygymnastica, mechanotherapia, reducatiós gyógymód, massage, vibrotherapia, mechanikai orthopaedia stb); *c) hydrologia*, *balneologia*, *thermotherapia*, *klimatotherapia* és egyéb physikai gyógyhatányok). A congressus szakkiállitással lesz kapcsolatos. Azok a t. kartársak, kik a congressus tagjai sorába felvétetni (20 frank) vagy az érintett szakok valamelyikéből előadást bejelenteni óhajtanak, *Reich Miklós* dr. titkárhoz (Budapest, VIII., Muzeum-körút 2. sz.) vagy közvetlen *Carlo Colombo* tanár vezértitkárhoz (Via Plinio 1. Róma) sziveskedjenek fordulni.

Adamkiewicz pöre. *Adamkiewicz* tanár, az állitólagos rákspecificum (cancroin) feltalálója, 250,000 márkát követelt a Merck-féle vegyi gyártól, mert nem teljesitette a cancroin gyártása és forgalomba hozatala tárgyában kötött egyezséget. A tárgyalást mult év májusában elhalasztották, mert a biróság szakértőket kivánt meghallgatni; ez ügyben a bécsi törvényszék április 20.-án *v. Eiselsberg* és *Neusser* tanárokat hallgatta meg. *Eiselberg* a cancroint már azért is elveti, mert Adamkiewicz azt hirdeti, hogy a betegek a korai szakban ne operáltassák magukat, hanem keressék fel őt, a ki a cancroinnal biztosan meggyógyitja a rákot, holott épen ezen kezelés folyamán a baj elharapódzása s a műtét halogatása végezetes a betegre nézve. Már *Albert* is mondotta, hogy *Adamkiewicz* egészen másképen lát és tapint, mint a sebészek, egész más világban él, mint a komoly orvosok s azért vele discussióba sem lehet bocsátkozni. Betegei közül könyvében többeket a könyve közepén gyógyultnak jelez, a kik a könyv végén már mint halottak szerepelnek. Adamkiewicz állatkisérletei minden tudományos alap nélkül valók, az egész cancroin-therapia nem vehető komolyan. *Neusser* szerint a cancroin nem rákspecificum; a feltaláló először mint titkos szert hirdette s azután kiderült, hogy nem egyéb, mint a már ismert neurin. *Billroth*, *Albert*, *Paltauf*, úgy ethikailag, mint tudományos tekintetben kifogástalan és megbizható tudósok, semmi eredményt sem láttak a cancrointól s ezért Neusser a cancroinos eljárást s az ezen felépülő elméleteket elvetendőnek tartja. Ezen szakvéleményeket alapján a biróság Adamkiewiczet követelésével a perköltségekben való elmarasztalás mellett elutasította s kimondta, hogy a fenti gyár nagyon helyesen járt el, hogy a cancroint nem hozta forgalomba, mert a cancroin nem gyógyszer, sőt gyakran káros hatású is. Értéktelen szerek nagy hangú forgalomba hozása minden erkölcsi alapot nélkülöz, sőt még a büntető törvénynyel is összeütközik.

St. P.

Bergmann tanár betegségét a következőkben ismerteti kezelő orvosa, *Schlange* tanár a Deutsche mediz. Wochenschrift április 11.-i számában. A nagy sebész már évek óta szenvedett bélzavarokban, a melyek egyszer-másszor ileusszerű tünetekig fokozódtak, de magas beöntésekre mindig megszüntek, bár 1905-ben már operatiora gondoltak. Bergmann baját azzal a vérhassal hozta kapcsolatba, a melyet az orosz-török háboruban állott ki. Ez év február havában Bergmann bágyadtságról, étvágytalanságról s bal ischiadicusában fájdalmakról panaszkodott, a miért Wiesbadenba ment. Az ottani meleg fürdők használatára fájdalmai megszüntek, de nem az étvágytalansága. Márczius havában Bergmann mind rosszabbul érezte magát s a hónap közepén súlyos ileus-tünetekkel ágynak dőlt. Ekkor hivták a beteghez volt tanársegédét, Schlange tanárt Hannoverából, a ki a beteget puffadt hassal, a bélobstructio tünetei közt, igen elgyengült állapotban találta. A beteg rossz erőbeli állapota kizárt más operatiót, mint palliativ bélfistula készitését. Az akadály helye nem volt megállapitható s ezért Schlange, mint az ilyenkor javalt, a fistula helyéül a vakbelet választotta. A műtét helyi érzéstelenités mellett teljesen fájdalomnélküli volt. A megnyitott bélből gázokon kivül csak kevés folyékony bélsár távozott, de a beteg mégis megkönnyebbült a műtétre. Másnapra azonban az állapota ismét rosszabbra fordult, a has bal oldalán erős fájdalmak lepték meg, ugyanott resistentiát is lehetett érezni, pulsusa gyenge volt. Bergmann kérésére Schlange baloldali fistula készitésére szánta reá magát. A hasüreg megnyitásakor bő, icterusos színezetű izzadmány ömlött ki, jeléül az igen előrehaladt hashártyagyuladásnak; a megnyitott leszálló colonból csak gázok távolodtak el. A beteg fájdalmai a műtét után megszüntek — nyilván az izzadmány kibocsátása miatt —, de objective az állapota mindinkább rosszabbodott s másnap reggelre beállott az agonia s néhány óra mulva a halál. Bergmann maga kivánta volt, hogy felbonczolják. Csak a hasat nyitották meg; a bonczolást Guelcke dr., Bergmann klinikájának a tanársegéde végezte. Általános genyes hashártyagyuladást találtak; az ileus közvetlen okának az bizonyult, hogy a colon a bal hajlatával szorosan oda volt nőve a rekeszhez s ez által hegyes szögletben megtört. Se rákot, se dysenteriás fekélyeket vagy hegeket nem találtak. Az alapbántalom pankreas-nekrosis s a hasnyálmirigy körül valamint a cseplesz legfelső részén zsir-nekrosis volt, kezdődő tályogképződéssel. A diverticulum Vateriban borsónyi, puha pankreaskövet találtak. Schlange tánár kiemeli, hogy a baj súlyos és komplikált volta miatt a beteg életét régebben végzett operatioval sem lehetett volna megmenteni.

Erényi Jenő dr. Karlsbadba érkezett és orvosi rendeléseit ott megkezdte.

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

SIPOS DEZSŐ dr. rendel **KARLSBADBAN,** Markt, Haus Prinz von Wales.

Vizgyógyintézet a „Fasor“ (Dr. Herczel-féle) sanatoriumban, Budapesten, VII., Városligeti fasor 9. Egész éven át nyitva bejáró és bennlakó betegek számára. Vizgyógykezelés, massage, elektrotherapia, villanyos fényfürdők, szénsavas fürdők. Állandó orvosi felügyelet. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus. Telefon. Rendelő orvos: **Dr. Jakab László.** 2513

Gizella-Telep fürdő, Saison megnyitás május 1.-én. **modern vizgyógyintézet posta Visegrád (Pest m.)**
Vizgyógykezelés, szénsavas-, villanyos-, forrólég-, mór-, sós-, fenyő- és napfürdő. Villanyozás, massage. Remek fekvés. Mérsékelt árak. Kivánatra prospektus. 3719

Dr. NIEDERMANN-SANATORIUM (Széchenyi-telepen, az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál) felvesz ideg- és kedélybetegeket, alkoholistákat, morphinistákat leszoktatási gyógymódra. Sürgöny: Budapest. Telephon 79—72. Posta Rákospalota Prospectus. 317$_0$

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

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

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

HÉVIZ Legnagyobb kéntartalmú, iszapos-lápos höforrás, 10 holdas forrástó. Kitünő hatású **csúz, köszvény, zsábák** (ischias), **anyagcserebántalmak, izzadmányok** (női bajok), **csont-, izületi-** és **bőrbajok** ellen. Felvilágositással szivesen szolgál **Dr. SCHULHOF VILMOS,** fürdőorvos, **Keszthely-Héviz** (VI. ház és sanatorium-épület). 3705
Keszthely mellett (Zala m.). Idény: máj. 1-től szept. 30-ig.

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

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom Budapesti kir. Orvosegyesület. (XIII. rendes tudományos ülés 1907 április 20.-án.) 319. l. — XVII. magyar balneologiai congressus (I. ülés 1907 április 13.-án d. e.) 320. l — A német orthopaed-sebésztársaság VI. congressusa. (Berlin, 1907 április 2.-án.) 320. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 321. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIII. rendes tudományos ülés 1907 április 20.-án.)

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyző: **Kiss Gyula.**

Méhenkivüli terhesség esete.

Wenczel Tivadar: Bársony tanár klinikájáról méhenkivüli terhesség rendkivül súlyos esetét mutatja be. A 27 éves asszony harmadszor terhes, előbbeni két szülése és gyermekágya rendesen folyt le. Utolsó havi baja ugyan időre jött meg, de míg rendesen 3 napig, addig most 8 napig tartott; előtte egy héttel hirtelen rosszul lett, ezen rosszulléte azóta többször megismétlődött. Ezen idő óta rohamosan gyengül. A teljesen elgyengült, erősen kivérzett beteg hőmérséke 38·6°, érverése perczenként 120. A hasban a felhúzott és előre szorított, kétakkora, nem puhább méh mögött homályos, diffus határú, a Douglast jól ledomborító, felül a köldök magasságában tapintható, nem mozgatható, kissé érzékeny daganat ül, a melyet régi, megállapodott haematocelenek tartottak és a hüvely felől nyitottak meg; nehogy a lázas betegben a has felé elhatároló tokot átszakítsák, csak a könnyen eltávolítható, de erősen büzös véralvadékokat hozták ki. A műtét után a hő nehány napra leszállott. A 6. napon azonban borzongás után a hő 39·3°-ra, az érverés 120-ra emelkedett, a beteg ereje pedig a 2 utolsó napon rohamosan fogyott, ugyanekkor a daganatból hirtelen erős vérzés is támadt, úgy hogy most már mint végső segítséghez a laparotomiához fogtak. A méh bal szélével összefüggő, a mesenterium és a belek alá bujó, magasan, egészen a májig terjedő daganat törékeny mállékony fala már gyönge érintéskor megrepedt. Az üregből rettenetesen büzös gázok tódultak ki. A szintén igen büzös véralvadékok közül egy 15 cm. hosszú, erősen macerált magzatot távolítottunk el lepényestül. A lekötések után az üreget kitakarítottuk, s tokját leválasztottuk a környezetéről és a visszamaradt büzös czafatokkal fedett felületet a has felől is, a hüvely felől is draineztük. A beteg életbenmaradásához ilyen körülmények között jóformán semmi remény sem volt; két hét mulva azonban az állapota kissé jobbra fordult; négy hét mulva meg már igen biztató volt, s 6 hét elteltével a nő egészen jól összeszedte magát. Ekkor a teljesen szétvált, de már tiszta sarjakkal fedett hassebet másodlagos varrattal összehúztuk; ezen varrat alkalmazása után 3 hétre a nagyon jó erőbeni állapotban levő egyént a klinikáról elbocsátottuk. Az eset azon csodálatos gyógyulások közé tartozik, melyeket minden orvosi tapasztalás és az azon alapuló józan itélkezés ellenére a természet meglepetésként tart fenn számunkra. A teljesen leromlott, elgyöngült, kivérzett szervezet nemcsak kibirta a nagy utazást, hanem a jóformán haldokló test még birt annyi életenergiával, hogy elviselte a súlyos operatiót és megküzdött a mérgeknek és az őket termelő azon mikroorganismusoknak bizonyára nagy tömegével, melyekről a tapasztalás mutatja, hogy már kis mennyiségük is a hashártyát megtámadva, a legerősebb és legegészségesebb szervezetet is rövidesen elpusztíthatja.

A higítás befolyása a haemolysises vérsavó hatására.

Liebermann Leó: Saját valamint *Fenyvessy Béla* nevében közli, hogy a normál sertéssavó véroldó hatása jelentékenyen fokozódik, ha physiologiai konyhasóoldattal higítjuk, a mit konstatálni lehet úgy, hogy állandó mennyiségü inactivált nyúlvérsavóhoz (sertésvérsejtek ellen immunizált nyúlból) egyenlő mennyiségü (térfogatú), de különböző mértékben higított sertésvérsavót teszünk és ezen keverékeket egyenlő mennyiségü sertésvérsejtemulsiora engedjük egyenlő ideig hatni. A haemolysises hatás a higítással eleinte rohamosan emelkedik, míg eléri a maximumát. Innen kezdve a további higítás arányában ismét csökkenés mutatkozik.

Ennek a magyarázatát abban látják, hogy a complement hydrolyzáló és dissociáló anyag.

Hasonló kisérleteket végeztek úgy is, hogy az inactivált immunsavót használták változó higításokban állandó mennyiségü sertéssavóval. Itt azonban a haemolysises hatás a higítás arányában csökkent, a mi világot vet az immuntestnek a complementtől eltérő természetére. Az előadó demonstrálja a két kisérleti sorozat eredményét.

Hozzászólt: *Korányi Sándor* és *Detre László.*

A méhrepedésről.

(A gynaekologiai szakosztály megbizásából tartott referáló előadás).

Scipiades Elemér: Előadásának anyaga a II. számú női klinikának 1881-től észlelt 91 méhrepedésesete, mely mint egységes anyag nagysága tekintetében az irodalomban egyedülálló.

Mindenekelőtt a ruptura gyakoriságát s előfordulásának egyéb sajátosságait ismerteti. Fejtegeti a spontan méhrepedés mechanismusát, kórtörténetek adataival igazolván azon felfogás helyességét, hogy a méh alsó szakaszabeli spontan repedések létrejöveteléhez a méh természetes rögzítő készülékeinek ellenállása elegendő. Rátér ezután a méhrepedés kórbonczolástanára, és kifejti, hogy abból a klinikai viszonyok ismerete nélkül a ruptura eredésmódja csak a legritkább esetekben dönthető el. A méhrepedés aetiologiáját illetőleg hivatkozik arra, hogy a repedés oka az összes esetek 93%-ában a szülés kezelésének külső körülményeiben volt megtalálható, és csak 7%-ban rejtőzött a méhnek sajátlagos dispositiójában. Ezután a prognosisról szólott. Legjobb ez akkor, ha a repedés incomplet marad, ellenben sokkal kedvezőtlenebb, ha áthatoló. A hólyagrepedéssel szövődött esetek majdnem kizárólag halálosan végződnek. A magzat élveszületésének prognosisa pedig még az anyák sorsánál is kedvezőtlenebb. Míg azonban a spontan és complet repedés csaknem kivétel nélkül a magzat halálát jelenti, addig az incomplet és violens repedés eseteiben valamivel több magzat születik élve. A repedés diagnosisban mindenekelőtt a fenyegető méhrepedés s a kezdődő cervixkinyúlás kórismézésének fontosságát hangsúlyozza. Majd úgy ennek, valamint a már megtörtént méhrepedés kellő módon való diagnostizálásának jelentőségét fejtegeti, különös tekintettel a törvényszéki orvostani szempontokra, rámutatván arra is, miként keli e végből a vizsgálatot végezni.

Előadásának súlypontja azonban a méhrepedés kezelésének a kérdésére esik. Legfontosabbnak a prophylaxisos kezelést mondja. A már megtörtént méhrepedés kezelését illetőleg tapasztalataik szerint az a helyes, ha úgy az incomplet, mint a complet repedést irrigatio által meg nem előzött exact tamponálással kezelik. A repedés ellátásának mindenkor a helyszinén kell megtörténnie s csak az utókezelés végett kell a beteget intézetbe szállítani. A méhrepedés operative véleményök szerint csak akkor kezelendő, ha a conservativ kezelés nem vezetne czélra, illetőleg olyankor, ha a laparotomia végzése egyébként is javalt. Ilyen esetekben statistikájuk szerint a totális abdominális hysterektomia és a supravaginális amputatio igéri a legjobb eredményt.

Végül felveti a kérdést, hogy milyen legyen a méhrepedésből meggyógyult egyén újabb terhessége esetén az eljárás. Utasítások adandók az egyénnek az újabb fogamzás elkerülésére, s ha ez nem sikerül, a terhességet korábbi idejében mesterséges vetéléssel kell félbeszakítani. A terhesség előrehaladottabb idejében pedig kellő felvilágosítás után a beteg döntésétől teendő függővé, hogy a mesterséges koraszülést indítsuk-e meg, vagy császármetszést végezzünk, a mit azután a sterilisatioval egészítene ki.

A gynaekologiai szakosztály második referáló előadását és a kettőt követő vitát a jövő ülés napirendjére tüzték ki.

XVII. magyar balneologiai congressus.

(I. ülés 1907 április 13.-án d. e.)

Elnök: **Bókay Árpád.** Jegyző: **Vámossy Zoltán.**

Az elnök a következő beszéddel nyitotta meg a congressust:

Tisztelt Congressus!

Évenként, midőn az ország minden részéből így összejövünk a hazai balneologia iránt érdeklődők és érdekeltek, kétfelé szoktuk irányítani figyelmünket. Hátra tekintünk a lefolyt évre, majd előre nézünk a következőre. Számadást készítünk a multról, és előirányzatot tervezünk a jövőre. A számadás eddig, fájdalom, ritkán felelt meg azon vérmesebb reményeknek, melyeket előirányzataink összeállításakor tápláltunk. Tavaly ilyenkor a tulipán virágzása évadján azt hittük, hogy a nyár kincseket fog hozni fürdőink tulajdonosainak, hogy fürdőorvos-kollegáinkból csupa Krösus lesz, hogy a vasutak nem fogják győzni szállítani a fürdővendégeket és ásványvízforrásaink vize nem lesz elegendő. S az eredmény mi volt? Talán nem volt rossz az esztendő — bár voltak már jobbak is; s hogy nem volt rossz, a jó természnek tulajdonítható. Talán mutatkozott is bizonyos haladás a látogatottságban, de rohamos emelkedés semmikép sem állapítható meg. Ki kell józanodnunk tisztelt uraim! Le kell mondanunk a rohamos emelkedés hiúnak bizonyult reményéről s meg kell elégednünk a fokozatos, bár lassú fejlődéssel, a mi hogy folyamatban van, azt, mióta egyesületünk müködik, már több izben fejtegettem önök előtt. S még egyről kell lemondanunk t. Congressus: arról a reményről, hogy a kormány, a törvényhozás, vagy nemzeti jelszavak, vagy a közönségnek hazafias felbuzdulása fognak segítségünkre jönni. Ne várjunk semmit senkitől, mert a várakozással csak időt vesztünk s a csalódások kedvünket, energiánkat veszik el. Haladjunk a magunk emberségéből tovább balneologiai ügyeink fejlesztése útján, akkor biztos alapon állunk s csalódások nem érhetnek. Kormányaink folyton a napi politika hullámaival küzködnek — nincs idejük velünk is foglalkozni. A törvényhozásnak, fájdalom, nincs érzéke nemzetgazdasági kérdések iránt, pedig a mi ügyünk eminensen nemzetgazdasági ügy; hogy hazafias jelszavak mit használnak az üzleti életben, mutatják azok a szomorú számok, hogy az utóbbi évben a hazafias felbuzdulás idején rosszabbá lett kereskedelmi mérlegünk Ausztriával szemben, mint volt közvetlenül előbb. Hiába, az üzleti életnek megvannak a maga törvényei, melyek az egész világon egyformák s melyeket sem hangos jelszavak, sem pillanatnyi felbuzdulás nem tudnak megbontani. A nagyközönség ott köt üzletet, a hol azt kényelmesen teheti; a hol az ő megszokott, mindig egyformán jó qualitású portékáját a megszokott biztos és méltányos áron kapja. Egy csalódás az árban és minőségben, kényelmetlenség a beszerzésben rögtön elriasztja őt és más piaczot keres.

Ezek a törvények uralkodnak a balneologia terén is. Tanulmányozzuk ezeket, alkalmazkodjunk ezekhez és boldogulunk. A kis Svájcznak ez a tanulmányozás és alkalmazkodás hozza évenként a tömérdek milliókat.

Mintha kartellben állanának az egyes fürdő- és nyaralóhelyek, úgy alakulnak ott az árviszonyok; de azután ugyanazt és ugyanoly minőséget is nyujtanak azonos árért. Így van az mindenütt, a hol az idegenforgalmat svájcziak bonyolítják le, pl. a Riviera, Olaszország és Egyptom svájczi tulajdonosokkal biró hôteljeiben is. Az a globetrotter angol vagy amerikai, vagy német, a ki a telet Egyptomban, a tavaszt Olaszországban, a nyarat a svájczi havasok között, az őszt a genfi tó partján tölti, mindenütt a megfelelő saisonban fillérre kiszámítva azonos árat fizet azonos ellátásért. Biztosra megy s ez neki kellemes és kényelmes, mert számvetést tehet.

Ezen rendezett viszonyokkal szemben valljuk meg őszintén, hogy nálunk teljes a zürzavar. Még hozzávetőleges számítást se készíthetünk, hogy mibe fog kerülni fürdőzésünk, ha a Balaton egyik vagy másik üdülő helyére vagy a Tátrába vagy Erdély bérczei közé menekülünk a nagyvárosok zajából, vagy ha akratothermáinkat vagy más gyógyfürdőinket keressük fel betegségünkben. Fogalmunk sincs legtöbbször arról, hogy mily fokú kényelemben, milyen qualitású ellátásban lesz részünk, mert mindenütt eltérők az árak, és pedig nagy ingadozásokkal, és nagyon eltérő az is, a mit érettük nekünk nyujtanak. Sok minden tökéletlen szokásunkkal és berendezésünkkel együtt ezt is Ausztriától tanultuk. Ott is ilyenek a viszonyok. Ezért nem mennek a gyógyulás szempontjából nélkülözhetetlen Karlsbadot és Marienbadot kivéve Ausztria fürdőibe és nyaraló helyeire az angolok, amerikaiak és németek, a kiktől pedig csak úgy hemzseg a Svájcz, Olaszország, Egyptom és ma már Norvégia is; és ezért nem fog ez a kitünő, biztos, szolid publikum hozzánk sem eljönni, a míg meg nem változtatjuk osztrák szokásainkat, berendezéseinket, s nem alkalmazkodunk a nemzetközi rendhez, a mit ha megteszünk, saját honfitársainknak egy része is, mely ma a külföldet látogatja, itthon marad. Kongresszusunk elég alkalmat ad fürdőtulajdonosainknak arra, hogy a gazdasági szakosztályban megállapodhassanak, miként, mi módon történjék egyöntetüen s egyidejüleg az átmenet a svájczi systemára. Ugyanezen congressusi alkalmakkor állapodhatnak meg az egységes, méltányos árak és conformis ellátás dolgában is a nagy, közép és kis fürdőhelyek külön-külön. Ha mindez megtörténnék, nemcsak a vendégek tehetnének biztos számvetést, hanem a tulajdonosok is. Megszünnék a liczitáczió s az egészségtelen versengés egyes fürdőhelyek között; a közönség jobban lenne kénytelen fegyelmezni önmagát, mint a hogy azt minden nehézség nélkül megteszi ez a közönség, ha a külföldön tartózkodik; olcsóbb, jobb, kényelmesebb lenne ellátása és jobban jönne ki anyagilag a tulajdonos is, ha előre tudná, hogy mit kell nyujtania egy-egy napon, s mit vesz be érette.

Nagyon kérem a congressus t. tagjait, ne vegyék rossz néven tőlem őszinteségemet. Úgy érzem, hogy ez kötelességem, s nem lennék méltó e díszes helyre, ha másképpen járnék el.

Midőn a legmelegebb érzéssel üdvözlöm a congressus tisztelt tagjait, a kedves régi tagtársakat ép úgy, mint az újakat, ezennel megnyitom a XVII. balneologiai congressus tárgyalásait.

Legyen munkánk eredményes és hasznos!

(Folytatása következik.)

A német orthopaed-sebésztársaság VI. congressusa

(Berlin, 1907 április 2.-án.)

A congressus *Bardenheuer* (Köln) elnöklése mellett folyt le a szokottnál kisebb érdeklődés mellett. Ennek oka egyrészt az volt, hogy előző nap a Röntgen-congressus közel éjfélig ülésezett, másrészt pedig, hogy az orthopaed-társaság ezidei gyülésének tárgysorozata érdekesebb főthémát nem mutatott fel.

Az első előadást *Bardenheuer* tartotta *a váll- és könyökizület sérüléseinek praeventiv kezeléséről a felkar törései után.* Bardenheuer különböző készülékeken demonstrálja extensiós kezelését, kiemeli eljárásának előnyeit és x-sugaras képekkel igazolja a törési végeknek jó adaptatióját. Hangoztatja továbbá a korai mozgások lehetőségét és ennek folytán a gyors functionális eredményt extensiós módszere mellett. Véres egyesülésre eseteiben szükség sohasem volt.

Lange (Strassburg) a *Bardenheuer*-féle extensiós módszerben a törések kezelésének physiologiás módszerét látja, de jó eredmény elérése czéljából *Bardenheuer* utasításainak legszorgosabb betartása szükséges.

Hoffmann (Düsseldorf) az *előkar ischaemiás zsugorát inplastikával* sikerrel gyógykezelte.

Hoeftmann (Königsberg) *prothesiseket mutat be* az alsó végtagok pótlására.

Glaessner (Berlin) *resectiokat végzett czombcsontokon rövidülések kiegyenlítésére* (veleszületett csípőizületi ficzamnál, idült czombnyaktörésnél stb.). Az eredmény kielégitő.

Werndorff (Bécs) *az alsó állkapocs müvi deformatioját észlelte rosszul alkalmazott Calot-féle extensiós gypskötés után,* paralytikus bénulás mellett.

Hoffa (Berlin) *különböző inplastikáinak végeredményeiről* számol be. *Hoffa* az inplastikát az orthopaedia egyik legnagyobb haladásának tartja, jó eredmény elérése czéljából azonban tervszerüen kell eljárnunk. Azon tényezők, melyektől kezelésünk sikere függ, a következők: 1. *Az eseteket a mütétre elő kell készítenünk*; ez alatt *Hoffa* a jelenlevő deformitások előzetes correctioját érti (redresszálással vagy osteotomiával). 2. *Helyes műtéti terv,* melynek értelmében behatóan kell tájékozódnunk mütét előtt a külön-

böző inak működési képességét illetőleg. 3. *A műtéti technika* szempontjából fontos a legszorgosabb asepsis, továbbá ügyelés arra, hogy az átültetett izmok feszültsége megfelelő legyen. 4. Nagy gond fordítandó *az utókezelésre* is (rögzítés 6—8 hétig; azután masszálás, villamozás, mozgási gyakorlatok stb.) Az előadó számos beteg bemutatásával bizonyítja állításait; demonstrálja eredményes műtéteit pes equinovarus paralyticusnál, pes calcaneus paralyticusnál, Little-féle megbetegedésnél, pes plano valgusnál stb.

Utána *Karch* (Aachen) számolt be *eredményeiről ínátültetések után 300 eset kapcsán*. *Karch* egyszerű műtéti terveket és periosteális plastikát ajánl; a Little-féle megbetegedésben az egyszerű tenotomiának vagy ínmeghosszabbításnak híve.

Élénk eszmecsere támadt *Hoffa* és *Karch* előadása nyomán. *Gocht* (Halle) *az arthrodesis nagy hasznát haugsúlyozza a lábtőizületen*. Hasonló álláspontot fejtett ki *Franke* (Braunschweig), *Schanz* (Dresden), valamint *Bade* (Hannover). *Vulpius* (Heidelberg) szintén elismeri, hogy az alsó végtagon az inplastikát túlzottan, kritika nélkül alkalmazzák. Szerinte vannak esetek, midőn arthrodesist tenodesissel és fasciodesissel kellett kombinálni. *Lorenz* (Bécs) is int a túlzásoktól inplastikáknál. Szükségesnek tartja, hogy modelláló redresszálással kezdjük a kezelést és csak több hónappal azután döntsük el az inaknak működési képességét. Zárszavában *Hoffa* elismeri az arthrodesisek értékét bizonyos esetekben.

v. Aberle (Lorenz assistense, Bécs) *a zsíremboliákról* beszél *orthopaed műtétek után*. Szerinte magasabb fokú izületi contractura és következményes erős csontatrophia eseteiben a betegek nagymérvben disponáltak orthopaed műtétek után (osteotomia, redresszálás) halálos zsíremboliákra a tüdőben vagy agyban. Ennek folytán a contracturákat lehetőleg a korai szakban kezeljük s kellő elővigyázattal; ne erőltessük a redresszálást egy ülésben, súlyosabb contractura esetén pedig forduljunk inkább az osteotomiákhoz. A discussioban *Lorenz* (Bécs) kiemeli, hogy tapasztalatai szerint főleg azon esetekben kell a zsírembolia eshetőségétől félni, midőn a betegek kóros végtagjuk működését teljesen kikapcsolták és mankókat, tolókocsikat vagy hasonló eszközöket használtak huzamosabb ideig.

Biesalski (Berlin) előadásának címe: *A nyomorékokról szóló statistikának praktikus eredményei*. Poroszországban 1000 lakóra 1·7 nyomorék esik tizenöt éven alól; ezen szerencsétleneknek pedig csak ötödrészéről gondoskodhatik jelenleg az állam. Hangsúlyozza tehát az állami gondoskodás kiterjesztését, minthogy a nyomorékok túlnyomó része orthopaedikus kezelésre az emberiség használható tagjává válik. *Hoffa* (Berlin) indítványára ezen kérdés terjedelmes statistikai feldolgozását határozzák el a jövő évi congressus számára és a megfelelő munkára *Rosenfeld* (Nürnberg) és *Biesalski* (Berlin) nyer megbízást.

Kölliker (Leipzig) a *caput obstipum kezeléséről* értekezik. Egyszerű esetekben a m. sterno-cleido-mastoideus subcutan tenotomiáját ajánlja, súlyosabb esetekben pedig úgy ezen izomnak, valamint a megfeszülő fascia- és platysmakötegeknek, esetleg a m. cucullarisnak nyílt átmetszését. A gondos utókezelés kívánatos (masszálással, manuális redresszálással stb.). A discussioban *Alapy* (Budapest) kiemeli a *Mikulicz*-féle műtét nagy értékét. Akár a fejbiccentő izom alsó végét, akár — mint azt az utóbbi időben végezte — felső végét resekálta, mindig elérte a túlcorrectiót további átmetszések nélkül. A hol a correctio gátolva volt, ott *Alapy* szerint nem az izmokban rejlett az akadály, hanem a már nagyon kifejlett nyaki scoliosisban. Csak nemrég látta négy betegét, kiket évek előtt operált *Mikulicz* szerint, és bár utókezelést czeknél sem végzett, mindannyian egyenes fővel járnak. *Wullstein* (Halle) fontosnak tartja a rögzítést túlcorrigált helyzetben, néhány héten keresztül; utókezelést szintén nem eszközöl. *v. Aberle* (Bécs) pedig azért híve az egyszerű subcutan tenotomiáknak, mivel nagyobb nyaki hegek leányoknál előrement gümős mirigymütétek gyanúját kelthetnék.

Schulthess (Zürich) *a scoliosisok concav torsióját* tanulmányozta hullakisérletek kapcsán. *Lorenz* (Bécs) *ellenzi a concavtorsio elnevezést*, nem talál benne teljes analogiát a convextorsioval. Egyúttal utal arra, hogy a balfelé domborodó, teljes scoliosis összetett és pedig többnyire kettős scoliosis. Hasonló értelemben nyilatkozott még *Riedinger* (Würzburg) és *Schanz* (Dresden). *Schanz* egyáltalában elhibázottnak tekinti a gerinczoszlop elferdüléseinek mechanikus utánzását, mivel ezen kisérletekben a csontok alakjait a scoliosis értelmében meg nem változtat hatjuk.

Böhm (Boston) *fiatal egyének scoliosisát x sugaras képeken vizsgálta* és gyakran talált fejlődési rendellenességeket a bordákon (feles bordák, rendellenes eredések stb.).

Schanz (Dresden) túlerőltetés és traumák után a *gerinczoszlop tájára lokalizált sajátos fájdalmakat* és nyomási érzékenységet ir le insufficientia vertebrae czímen. A spondylitistől való elkülönítésnél fontos a tapintás elülről a hasfalakon át, mivel spondylitisnél a fájdalmak localisatiója ezen vizsgálatnál is elég szabatosan történik.

Vulpius (Heidelberg) *a vállizület arthrodesiséről* tart előadást. Tizenkét idevágó esetéről számol be. Ankylosist csak akkor ért el biztosan, ha a felkarfejecset sodronyvarrattal úgy az acromionhoz, mint az izvápához, esetleg a proc. coracoideushoz rögzítette. Az esetek 50%-ában sipoly képződött.

Werndorff (Bécs) *habituális vállficzamoknál a tokszálag rövidítését ajánlja* duplicaturákkal. Hozzászólásában *Gocht* (Halle) igen ügyes aluminium sínt mutat be, mely a vállizület arthrodesise után a felkart abductioban rögzíti, de a könyökizület és kéz mozgásait nem korlátozza.

Ezen előadások után időhiány miatt az elnök az ülést berekesztette, miért is vagy 25 előadás, mely mind az alsó végtag orthopaed bántalmaira vonatkozott, elmaradt. Elnöknek az 1908. évre *Schulthess*-t (Zürich) választották meg.

Gergő Imre dr.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Serumbefecskendezés haemophilia ellen. A párisi sebésztársulat márczius 6.-án tartott ülésén *Broca* beterjesztette *Weil* dolgozatát, a melyben kifejti, hogy haemophiliás egyén gyüjtőerébe állati serumot fecskendezve, 24 óra mulva normális megalvadást tüntet fel a vér. A megalvadásképességnek ezen megváltozott volta hónapokig eltart. Ha nem áll rendelkezésre közönséges serum, diphtheria-ellenes serum is használható, a mely ma már mindenütt kapható. Az előadáshoz fűződött eszmecserében *Chaput* említi, hogy a haemophiliás egyének operálása alkalmával támadó vérzések ellen jó eredménynyel használja a chlorcalium-oldatba mártott tamponokat. *Tuffier* egy esetében jó eredménynyel használta a serum-befecskendezést a haemophiliás egyénen támadt erős vérzés ellen. Ugyanezen társulatnak márczius 20.-án tartott ülésén *Toussaint* ismertette egy esetét, a melyben 20 cm³ tetanus-ellenes serumnak bőr alá fecskendezése mutatkozott eredményesnek a két emeletnyi magasságról lezuhanás után támadt nagyfokú fülvérzés ellen. (La semaine médicale, 1907. 11. és 13. szám.)

PÁLYÁZATOK.

Helyettesítésre orvos (orvostudor) kerestetik kedvező feltételek mellett. Közelebbi felvilágosítást ad **Goldstein Ede** dr. körorvos, Boldogasszony, Mosonmegye.

3590/907. kig. sz.

Az orczyfalvai községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása:

Évi fizetés 800 korona; lakbér 200 korona és a községgel egyezségileg utólag megállapitandó látogatási díjak.

Megjegyzem, hogy az eddigi községi orvosoknak kézi gyógytártartási engedélyük volt.

A pályázati kérvények hivatalomhoz **f. évi május hó 27.-éig** küldendők be. A választást május hó 29.-én délelőtt fél 9 órakor fogom megtartani.

Vinga, 1907. évi április hó 19.-én.

2—1

A főszolgabiró.

Temes-Kutas (Kudricz) hetivásárral biró nagyközségben (Temesmegye, verseczi járás) a **körorvosi állás** a volt orvosunk máshol történt megválasztása folytán üresedésbe jövén, **f. évi május hó 16.-án** választás útján be fog töltetni. A hivatalos pályázat f. évi április hó 25.-én a „Délmagyarországi Közlöny"-ben Temesvár 2664/907. kig. szám alatt a verseczi járás főszolgabirája által közzététetett, mely szerint a szabályszerüen felszerelt pályázati kérvények **f. évi május hó 15.-éig** Csapó Géza verseczi járási főszolgabiró úrhoz intézve, ott nyujtandók be. Tájékozásul megjegyzem, hogy:

A körorvosnak lakhelye Temes-Kutas német ajkú község, hol a szükséges élelmi és házi szerek beszerezhetők. Ezen orvosi körhöz még három, és pedig német, román és szerb ajkú (Nagy-Szredistye, Kis Szredistye, Markovecz) a lakhelytől 2—3 kilométernyi távolságra fekvő község tartozik. A körnek összes lélekszáma körülbelől 6500. A temes-kutasi községi pénztár által rendesen kiszolgáltatandó évi rendes fizetése 1600 kor., lakbére 400 kor., úti átalánya 400 kor., hússzemle 200 kor., mely szintén $^1/_4$ éves utólagos részletekben a községi pénztárból rendesen fizettetik ki, halottkémlés, oltás, látleletből stb. mintegy 400 kor., mely mellékjövedelemhez a kiterjedt orvosi gyakorlat utáni látogatási