

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Picker Rezső: A férfi idült kankójának helyi körjelzése 80-83. lap.
Sellei József és Unterberg Hugó: Adatok a gonorrhoeás pyelitis kór- és gyógytanához. 85-87. lap.
Lenkei Vilmos Dani: A légfürdő therapiái alkalmazása és hatása a szervezet némely functiójára. 63-66. lap.
Tárca. Grósz Emil: A budapesti egyetem orvosi fakultásának párhuzamos klinikai telepe. 87. lap. — Bakó Sándor: Megjegyzések Győry Tibor dr. egyet. magántanár „Egy lithotomia története 1834 ből” című közleményére. 87. lap.
Ir dalom-szemle. Könyvismertetés. Hugo Magnus: Die Organ- und Bluttherapie. — Max David: Grundriss der orthopädischen Chirurgie. Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Baumgarten: A Bier-féle pangásnak a fertőző folyamatokra gyakorolt befolyása. — Gyógyszer-tan. Blenál. — Belorvos-tan. Norman Dalton: Az influenza viszonya az emésztőszervekhez. — Krónig: A tüdőesések auscultatioja. — Idegkórtan. Laehr: A munka gyógyszer. — Sebészet. La Roy: Adatok az elsődleges vékonybélisarkoma ismeretéhez. — Remedi: A malariás lépmeagnagyobbo-

dás kezelése. — W. C. Krauss: Csigolyaficzkodás után beálló bénulás. — G. K. Dickinson: Az omentum szerepe. — E. R. Second: A fossa ileocolica kizáródott sérye. — Ware és Glover: Intussusceptio és volvulus. — Gyermekeorvos-tan. Thiemich és Birk: Az eklampsiás csecsemők fejlődése a későbbi gyermekkorban. — Veau: A bélspasmus mint az invaginatio oka. — Bőrkórtan. E. Schiff: Az epithelioma Röntgen kezelése. — Húgyászati betegségek. Vautrin és Appfel: A spermocysta eredete. — Nobl: Lezájlott epididymitis után átjárható-e még a mellékhere csatornája? — Tansard és Fleig: Prostatahypertrophia két esetében alkalmazott radiotherapia. — Drew: Az ujjunkkal végzett prostata-massage villamos-árammal. — Venerás bántalmak. A. Strauss: A syphilisnek hydrargyrum salicylicummal való gyógyítása. — Kisebb közlemények az orvostudományról. Guiart: A thymol mint feregűző szer. — Riddle: Langyos fürdők pruritus ellen. — Kohnstamm: Szer nátha ellen. 89-93. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 93. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 93-94. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 95-100. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A férfi idült kankójának helyi körjelzése.

Irta: Picker Rezső dr.

Jól tudom, hogy ezen sorok lényeges újdonságokat nem tartalmaznak, de mégis megirandóknak tartom, mert mintegy 6 évi beható foglalkozásom a kankóval és a gonococcusal, úgy klinikai mint bakteriologiai irányban, vizsgálati eljárásom helyességéről győzött meg. Sőt merem állítani, hogy épen a bakteriologiával s különösen a gonorrhoeás és postgonorrhoeás bántalmak bakteriologiájával való beható foglalkozás tanított meg a helyes vizsgálódásra. S minthogy épen nálunk a gonorrhoea klinikai és bakteriologiai vizsgálatát nem igen szokta egy és ugyanazon kéz végezni, mindkét részről hiányzik a kritika, vajjon a vizsgálat kellőképpen történt-e. Ezt azonban nem úgy gondolom, mintha a klinikus vagy a bakteriologus nem tudná a hozzátartozó vizsgálatot technice helyesen végrehajtani; hanem úgy, hogy a bakteriologus pl. nem ismeri a betegség lefolyását és így talán nem épen azon váladékrészletet választja vizsgálati tárgyául, melyet a klinikus, ha maga vizsgálta volna a betegből nyert anyagot, talán kiváló figyelemmel tanulmányozott volna épen azért, mert a betegség klinikai jellege már egy bizonyos irányba terelte volt a figyelmét. És viszont, mint látni fogjuk, nem egyszer a kezelés folyamán rendszeresen végzett górcsövi vizsgálat az, mely hiányzó klinikai tünetek mellett kétes esetben a klinikai vizsgálatnak megadja a helyes irányt. Ily módon a klinikai makroszkopos, valamint a górcsövi és bakteriologiai laboratoriumi munkának egy kézben való egyesítése adja meg egyrészt a kellő rutinot a vizsgálódandó anyag megválasztásában, másrészt az energiát a górcsövi vizsgálat kellő türelemmel való végrehajtásában a nehezebb esetekben. Ezen routine azután egy bizonyos makroszkopos mikroszkopia tudásában fog nyilvánulni, mely valamely váladékból a leginkább sikert ígérő részleteket választatja ki a vizsgáló által. Ezen gyakorlati ismeret megszerzéséhez viszont feltétlenül szükséges, hogy magunk észleljük a betegeket és lehetőleg sokat és rendszeresen vizsgáljunk górcsövileg és bakteriologice a kezelés

folyamán is és minden új eset felvételekor még a legesekélyebbek és legártatlanabbnak látszó váladék gondos megvizsgálását se tartjuk feleslegesnek.

A betegvizsgálatot mindig az anamnesis pontos felvételével kezdem s főképen ezen és az előbbi hasonló betegség időbeli lefolyására, továbbá a prostata, ondóhólyag, ondóvezető és mellékhere részéről valaha fennfoglott szövödmények iránt érdeklődöm. A kifolyás tartama és minősége csak másodsorban köti le figyelmemet ilyenkor, ellenben az objectiv betegvizsgálatot mindenkor a külső húgycsőnyílásból kiszorítható vagy az első vizeletrészletből kifogható váladék górcsövi vizsgálatával kezdem meg. Az első készítmény csupán tájékozódásomra szolgál; ezt a Pappenheim-Kristallowitz féle festékekkel¹ festem meg és rögtön az 1/12 immersziós tárgylencsével és a IV-es oculareval nézem át. Ezen festék nemcsak hogy igen soká eláll, hanem igen gyorsan is fest (egy percen belül) és szép contrast-képeket ad, a mennyiben a gennysejteket zöldeskékre, a hámsejteket barnászörökre és a baktériumokat pirosra festi.

Differentialis diagnostikai értéke azonban ezen festésnek nincs, úgy hogy annak az eldöntése, hogy a praeparatumban látott intracelluláris diplococcusok gonococcusok-e vagy nem, tisztán csak a Gram-féle festés vagy a tenyésztés útján érhető el. Hogy pedig ennek eldöntése, különösen egy intra matrimonium szerzett urethritis megítélésénél mindkét félre nézve milyen horderejű, nem szorul bővebb magyarázatra és végül a gyógykezelés valamint a prognosis szempontjából sem mellékes.

J. 1906. év májusában keresett fel. Három nappal ezelőtt történt coitus után csipést és húgyesőfolyást vett észre. A váladék, mely a fehérműn is elég bőséges tipikus zöld foltokat hagyott, mikroszkopos vizsgálata részben intracelluláris zsemlyealakú diplococcusokat és azonkívül láncalakúan elrendeződött coccusokat is mutatott; mind a két-féle mikroorganizmus az azonnal egy második készítményen foganatosított Gram-festésnél Gram-positívnek mutatkozott; a tenyésztés pedig egy staphylococcus és egy eléggé virulens streptococcus jelenlétét mutatta ki. A bántalom 2-3 napi, enyhe antisepticummal való kezelés után nyomtalanul eltűnt.

¹ Lehmann és Neumann III. Aufl. 1904. következőképen írja le az összetételét: 200 cm³ glicerinhez adunk 2.5 alkoholt, 0.15 methylzöldet, 0.25 pyronint és mindezt 80 cm³ 2% carbolvizbe öntjük.

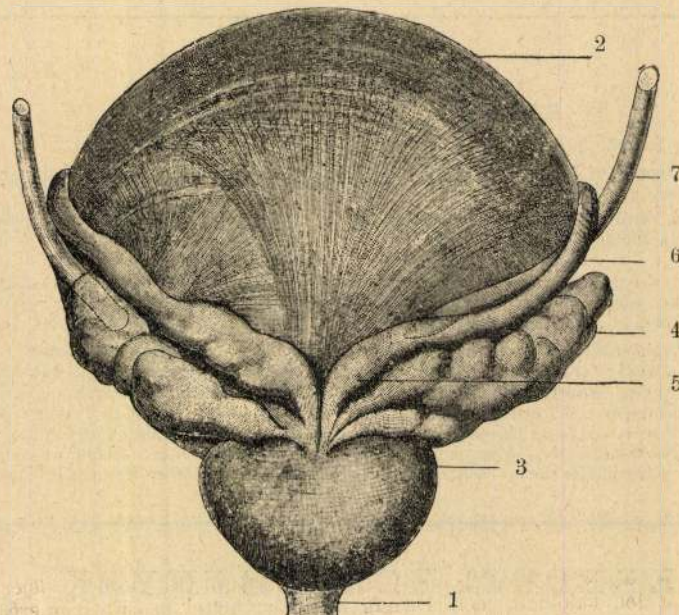
Itt még különösen ki akarom emelni, hogy a kezelés alatt egyáltalában nem álló, vagy hosszabb (körülbelül két hét) időn át nem kezelt idült húgycsőbántalom fennforgása esetében a *gonococcusok kimutatása* nehézséggel nem jár. A *húgycső* váladékában, akármilyen gyér is makroszkopice és klinice, *mindenkor igen nagy számban* találhatók a kórokozók s pedig sokkal nagyobb számban, mint a kezelés alatt nem állott heveny esetekben s különösen feltűnő, hogy a genyesejtek a gonococcusokhoz viszonyítva nem oly nagy számúak, mint a heveny esetekből származó jellegzetes górcsövi készítményben látni szoktuk. A ki minden kankós betege váladékát első jelentkezésekor válogatás nélkül mikroszkopice megvizsgálja, két egyformán „haragoszöld“ váladék közül a heveny esetből származó készítményt az idültétől meg fogja különböztethetni. Ezt azon elég ritka esetek is igazolják, a melyekben a kankó alig észrevehető klinikai tünetekkel mintegy idülten kezdődik, mert itt is főképen a gonococcusoknak a kifolyáshoz illetőleg a genyesejtekhez viszonyított aránytalan nagy száma lepi meg az orvost.

A milyen egyszerű és könnyű tehát magának a „*gonococcus*“ kórismének megtétele a kezdetben idült kankóban egyáltalában, oly fontos és néha oly nehéz azon *góc* felismerése, melyben a gonococcusok *megrekedtek*, a mely *góc* tehát az egész folyamatot mintegy fenntartja, melynek kezelése azután csakugyan az oki javulatnak felel meg. *Ezen helyeken* tényleg néha igen kevés a gonococcus, úgy hogy megtalálásukhoz a górcsövi készítményben néha igen nagy türelem kell.

A váladék mikroszkopos vizsgálata után, kétes esetekben a Gram-féle festést is ide érte, melynek megbízható voltáról és szabatos keresztülviteléről már más helyen¹ volt alkalmam nyilatkozni, először a 3—4 részletben ürített vizeletet vizsgálom meg chemice, leginkább vegyhatására és fehérje- valamint genyertalmára nézve. Ezen utóbbi kémzés, melyet igen erős, 20%-os lúg-oldattal végzek, évek óta igen fontos útmutatóul szolgál az irányban, vajjon a hátulsó húgycső mirigyek függelékeiben még fennáll-e lobos folyamat, a mennyiben a harmadik vagy negyedik részlettel végzett próba pozitív eredménye az odairányuló panaszok teljes hiánya mellett is ezen szervek megvizsgálására indít. Ezen pozitív eredmény szélső esetekben csupán a legkisebb lég-hólyagok hiányos vagy igen lassú felszállásában nyilvánul, de még ilyenkor is feltétlenül megbízható. Ha a vizelet zavaros, egy pár csepp ecetsav hozzáadása után foszfatok jelenlétére kutatok s csak ezután végzem a genypróbát.

Ha ez pozitív, vagy már az egyéb panaszok és a vizelet makroszkopie kinézése a hátulsó húgycsőnek és függelékeinek bántalmazottságára utalnak, ezek vizsgálatát mindenkor úgy végzem, hogy a beteg vizeletének több órán át visszatartása után hólyagját előbb nálam teljesen kiüríti. Ezután a makkot és a külső húgycsőnyílást benzines vagy kifőzött nedves sublimátos ruháskával tisztítom meg és *katheter nélkül*, miután a húgycső záróizmát 1—2 gm. 2—2½%-os cocain-oldattal érzéstelenítettem, egy 150—200 gm. térfogatú s a húgycsőnyíláshoz illő olívával ellátott Janet-féle fecskendő segítségével addig öblítem forralt langyos vízzel a hólyagot, míg az öblítő víz *teljesen tisztán* nem jön vissza. Ekkor a hólyagot még egyszer megtöltöm és a végbélvizsgálathoz fogok. *Ezt mindig ujjal végzem*, melyre igen vékony condome-ot húzok, mert a masszáló eszközökkel semmiféle finomabb, de még durvább tájékozódást sem lehet nyerni. A beteg a kezelőszék hágesóján áll háttal felém, derékban könnyedén előrehajolva, egyik kezével a szék támlájára támaszkodik, a másikkal a húgycsőnyílás alá egy kis óraüvegesét tart, melybe az esetleg kicsöpögő váladékot felfogja. Jól bezsírozott ujjal úgy hatolok be a végbélnyílásba, hogy a két segfőfőt bal kezemmel és jobb kezem 3—5. ujjával jól széjjeltárom, a mi főleg kövér egyéneknél és olyanoknál, kik a vizsgálat végzésétől idegenkednek és farizmaikat erősen összehúzzorítják, igen fontos. Ha az anuson áthaladtam, a prostata alsó és oldalsó szélét keresem meg és ennek mentén haladok tovább, először a prostata mindkét lebenyét óvatosan végigtapintva, nagyszabedű eltérésekre és az érzékenységbeli különbségekre figyelve, melyeket a beteg ilyenkor elárul. A prostata vizsgálatának befejezése után ennek egyik oldalsó felső sarkától kiindulva először

az egyik, majd a másik oldalon az *ondóhólyagot* tapintom végig. Ha ez a beteg előbb jelzett elhelyezkedése mellett kényelmesen nem volna elvégezhető, a vizsgáló kézzel a gátat igyekszem kellő mértékben felszorítani, hogy ujjammal a kívánt helyre juthassak. Ha így nem érek célra, a beteget felszólítom, hogy hajlítsa be térdeit és tegyen úgy, mintha a jobb, a vizsgáló kezemre reá akarna ülni. Ha pedig még ez sem elegendő, felszólítom, hogy egyik lábát, térdben és csípőben erősen meghajlítva, emelje a vizsgáló széke ülődeszkájára és igyekezzék e mellett előre is hajolni. Ez által a hasüreg térfogata lényegesen kisebbedik, a benne lévő szervek erősen összehúzódnak és ezek az alhasi szerveket ugyanígy szorítják lefelé, úgyannira, hogy ezen fogás mellett eddigelé még a legmagasabban álló ondóhólyagnak is el tudtam érni a csúcsát.



1. ábra. A hólyag és a hátulsó húgycső függelékes szervei hátsó nézetben: 1. Hártás húgycső. 2. Húgyhólyag. 3. Prostata. 4. Ondóhólyag. 5. Ampulla vasis deferentis. 6. Vas deferens. 7. Ureter.

Az ondóhólyag kitapintása után áttérek a két *ampulla vas. deferentis* vizsgálatára. Ezek, mint az anatómiából tudjuk, a prostata közepe felett az ondóhólyagok belső oldalán foglalnak helyet, az előbbiekkal közös tokban. Vizsgálatuk illyképen az ondóhólyagok vizsgálata után nehézséget nem okoz, és gyakran igen fontos adatokat nyújt, főképen recidiváló mellékheresyulladás eseteiben, a mire a figyelmet már régebben felhívtam.¹ Ujabban Nobel² szintén foglalkozott ezen kérdéssel deferentis pelvica címén. Ezen szakasznak megbetegedése, melynek, mint mondottuk, egyik főtünete a recidiváló mellékheresyulladás, a helyi érzékenységen kívül még kisugárzó fájdalmakkal is jár, melyeket a betegek leggyakrabban a keresztcsontra, a nervus cutaneus femoris lateralis kilépő helyére, valamint a czombnak belső oldalára lokalizálnak. Ritkábbak, de nagyon tipikusak azon jelenségek, melyeket a betegek úgy irnak le, hogy mintegy nehéz súly járja végig ondósinórujukat. Én magam ezen megbetegedésnek izolált esetét csak kétszer észleltem, melyek közül az egyik nem is volt gonorrhoeikus. Négy más esetben a prostata és az ondóhólyagok is részben be voltak vonva a kankós megbetegedésbe. Ezen esetekben azután csak ezen szervek kezelése közben vagy gyógyulása után került előtérbe az ampullának szintén beteg volta, a mennyiben a majdnem a gyógyulás előtt álló betegek közbe-közbe kisebb-nagyobb intenzitású mellékheresyuladásokat kaptak.

B. Négy hét előtt ugrással összefüggésben jobboldali mellékheresyuladást kapott, mely nagyobb duzzadással járt, a nélkül azonban, hogy lényegesebb fájdalmai lettek volna, úgy hogy ezen bajával fennjárt. Tíz nap múlva a bal mellékherében szintén gyuladást

¹ Orvosi Hetilap 1906. évf. 283. lap. A prostatitis prognosisa. A sebész szakosztály 1905. december havi ülésében tartott előadás.

² Wiener Klinische Rundschau, 1906. 10—11. szám.

¹ Budapesti Orvosi Újság, 1906. Urologia. 2. sz.

kapott. Folyása sohasem volt. Öt nap óta ismét a jobb mellékheréje fájdalmas és kissé duzzadt. A beteg vizelete tiszta, igen kevés cszafattal, bennük genyet és nem sok láncalakú diplococust találók. A húgyeső és hólyag átöblítése után a végbélvizsgálatkor kizárólag a két ampulla érzékeny, az öblítő vízben kevés cszafat és ezekben kevés, szintén láncalakú diplococcus. Két heti massage-kezelésre lényeges javulás állott be, mely a kezelésnek három heti megszakítása ellenére tartós volt. Majd ismét 10 napi massage következett. Ezután egy hónappal a mindkét oldali mellékherének elég jelentékeny duzzanata apró nyomokig visszament.

C. 1904 decemberében második fertőzés. Innen 1905 márciusig háromszor mellékherereguladás, és pedig egyszer jobb- és kétszer baloldalt, mind rövidebb tartammal. Négy nappal ezelőtt a jobb-oldali mellékherébe betegedett meg, de négy nap alatt a gyuladása lezajlott. Az igen gyér kifolyásban nagyon sok gonococcus volt. A kissé lázas színű vizeletben igen kevés geny van. A következő alkalommal a tüzetes helyi vizsgálatkor főleg mind a két ampulla érzékeny; kisugárzó fájdalmak a keresztcsontban és a n. cut. fem. lat-on. A massage után ürített öblítő vízben igen kevés váladék és néhány hosszúságú nyálkás fonal, a melyekben töménytelen, legnagyobb részben szabad és kevés intracelluláris gonococcus van. Massage-kezelés folytatása mellett mindkét mellékherébe duzzanata igen gyorsan fejlődik vissza. A gonococcusok mintegy öt hét múlva eltűnnek és helyükbe egy láncalakú diplococcus lép, mely hólyaghurutot is okoz és mely újabb jobboldali mellékherereguladással jár. Ezen diplococcus festődési és culturális sajátosságai által, valamint az állatkísérlet alapján is pneumococcusnak bizonyult, mely az összes klinikai tünetek javulása után is állandóan található volt a vizeletben. A beteg mint lovastiszt hadgyakorlatot végzett, a nélkül, hogy legkisebb kellemetlenséget érzett volna. 1906 februárban értesített, hogy pár napig tartott mellékherereguladása volt jobboldalt, melyvel egyidőben a funiculusból is voltak fájdalmak. 1906 november 7.-én újból jelentkezik azon panaszszal, hogy meghűlés folytán néhány napja kissé lázasan érzi magát és ma bal mellékheréje duzzadt meg. Az ez oldali ondozsinórja nem fájdalmas, azonban a bal farpofán kisugárzó fájdalmak vannak, néha pedig ugyanilyenek a bal ccomb belső felületén végigvonulnak egészen a térdig. A láz oka ezúttal bronchitisben volt keresendő; azonban a nemi szervek vizsgálatakor a bal ampulla is mutatott izolált érzékenységet.

R. Első kankója alkalmával 1903-ban háromszor volt jobboldali és egyszer baloldali mellékherereguladás. Második és harmadik kankója hat hét alatt rendszeresen gyógyult. A negyedik fertőzés 1905 szeptemberben kezdődött és már négy nap múlva igen gondos fecskenedés ellenére teljes prostata-, ondozóhólyag- stb. gyuladása vezetett. Szeptember vége felé herereguladás jobboldalt, mely 5 nap alatt lefolyik. Október elején mellékherelob baloldalt, mely 4 napig tart. Egy héttel később igen erős mellékherelob jobboldalt 40°-os lázzal és a prostatagyuladást igen erős fokozódással. Két héttel később ismét baloldali mellékherelob, melylyel azonban fennjár. Egy nagy jobboldali prostatatályog kiürülése után a massage-kezelés a prostatára, ondozóhólyagra és ampullára egyaránt irányult és mintegy 4 héttel az utolsó mellékherereguladás után a gonococcusok végleg eltűntek a váladékokból.

W. (1904 június 11.) Első infectio 1903 áprilisban, igen erős lázzal járó hólyaghuruttal. Május közepétől szeptember elejéig 12-szer mellékherereguladás és pedig 4-szer jobb-, 8-szor baloldalt. Igen erős csak az első baloldali gyuladás volt, mely 2 hétig tartott; a többi 6-4-3 napi tartamú volt. A hólyaghurut szeptemberben gyógyult; decemberben újra kifolyás, mely fecskenedésre ellált. Jelentkezéskor magas láza van: 39-20. Erős folyás igen sok gonococussal; sűrű zavaros vizelet. A második alkalommal végzett részletes vizsgálatkor a mindkét oldali prostata, ondozóhólyag stb. lobos, érzékeny, duzzadt tömeggő összeolvadva találtak, a melyből igen enyhe nyomásra is már tizenkét csepp tömény, genyes, igen sok gonococust tartalmazó váladék csurog. A következő napokon a jobb könyök- és vállizületben és a bal könyökizületben fájdalom és duzzanat, melyek pár napi tüneti kezelés után elmúlnak. A láz az e közben folytatott massage-kezelés nyolczadik napján végleg elmarad. Június 21.-én a massage-kor kiderül, hogy a legnagyobb fájdalom a prostata felett, a két ondozóhólyag közt van, különösen baloldalt. Egy következő alkalommal, június 28.-án, a massage-kor sok világos váladék között mintegy 2 1/2 cm. hosszú orsóalakú genyes csomó ürül, melyben sok a gonococcus (az ampulla vas. def. lenyomata). A massage-kezelés naponta való folytatása közben jobboldalt a gyuladás mindinkább visszafejlődik és a massage-kor csak bal oldalról jelentkezik sűrű, genyes váladék. Július 10. Tiszta második és harmadik vizelet mellett erősebb mozgás után lázzal járó, 2 nap alatt lezajló baloldali mellékherereguladás. Hat nap múlva gyenge mellékherereguladás jobboldalt, melylyel fennjár. Julius végén baloldali mellékheré- és ondozsinór-gyuladás, melylyel két napig fekszik. Augusztus elején végre a prostata- és ondozóhólyag normálisnak mondható, csak a két ampulla kemény és érzékeny. Az erős nyomásra nyerhető világos váladék cszafataiban meglehetősen sok gonococcus. Augusztus 26. Az ampulla vasis deferentisből nagy, orsóalakú cszafat ürül. Szeptember 21.-étől október 13.-áig staphylococcus-cystitis, mely mellett a prostata-váladékban gonococcusok voltak jelen. (Gram-festés.) Állandó massage mellett végre október 17.-étől fogva gonococcus nem volt található, azonban a gonococcusok eltűnésével egy időben nagy tömegben az összes váladékokban egy láncalakú diplococcus jelent meg, mely egy fehér egeret 10 nap alatt megölt. Ezen bakterium állandóan jelen volt a húgyszervekben és neki tulajdonítható az 1904 karácsonykor jelentkezett enyhe mellékherereguladás baloldalt és az 1905 nyarán szintén ugyanezen oldalon keletkezett recidiva.

A mikor a prostata, az ondozóhólyag s az ampulla v. d. vizsgálatának befejezése után a középvonalban húzom ki- és lefelé ujjamat, a prostata alsó csücsát még egyszer figyelemmel kísérem. Ezt elhagyva, a vizsgáló ujjamat az első és második perc közötti izületben kampószerűen meghajlítva, az ampulla recti ilyképen kinyitott elülső-alsó sarkában, körülbelül 1 cm.-nyire a prostata csücsa alatt a húgyeső mellett jobb- illetve baloldalt kitapintható a beteg Cowper-mirigy, nemcsak megnagyobbodása és keménysége miatt, de főképen azért is, mert ilyenkor igen érzékeny. Az egészséges Cowper-mirigy nem érzékeny, puha és alig tapintható.

A Cowper-mirigy ily módon való megvizsgálására különösen azért hívom fel a figyelmet, mert Finger-nek,¹ Wosidlo-nak,² Scholtz-nak,³ Zeissl-nek,⁴ Sellei-nek,⁵ Leedham Green-nek,⁶ Casper-nek,⁷ Oberländer és Kollmann-nak⁸ előttem fekvő tan- és kézikönyveiben a chronikus gonorrhoeás cowperitis létezése egyrészt kétségbe van vonva (Finger, Zeissl), másrészt a vizsgálat keresztülvitelének ezen klinice és bakteriologic egyedül kifogástalan módozatáról egyáltalában nincs említés téve. Mindezen szerzők majdnem ugyanazon szavakkal igen heveny cowperitist, külsőleg a gáton keresztül tapintható elváltozásról, mogyoró-, galambtojás- usque szilvamekkoraságú fájdalmas terimenagyobbodásról beszélnek, a mi húgycsőszűkület tüneteit utánozhatja, a gátra áttörhet, sipolyképződésre vezethet, stb. Egyedül Róna⁹ hívja fel tankönyvében (131. lap) a figyelmet a cowperitis vizsgálatok a végbélvizsgálat fontosságára. Ő azonban leginkább markáns heveny erős duzzadással járó esetekről beszélve, a jobb kéz mutatóujját a végbélbe vezet és a jobb hüvelykujjal a gát felől ennek ellenében tapintja a kifelé domborodó daganatot. Ő is a prostatától mindenkor el tudja választani a daganatot és ezen leletnek tulajdonítja a diagnosis felállításakor a legnagyobb fontosságot. „Az idült kankónál“ — mint mondja — „nem könnyű azon kérdés eldöntése sem, hogy a jelenlevő cowperitis a kankó által idéztetik-e elő. Mert észleltek trauma (esés, ütés, gáttájra gyakorolt nyomás) következtében is cowperitist keletkezni“. A mint az általam észlelt esetek leírásából látható, ezen kérdés is teljes tudatossággal eldönthető, ha a klinikai és bakteriologiai vizsgálat általam végzett módját választjuk. Én részemről a bidigitalis tapintásnak eseteimben nem tudtam hasznát venni, mivel a Cowper mirigy duzzanata oly csekély volt, hogy a gát felől absolute nem volt kivehető és így diagnosisomat tisztán a mutatóujj által a tipikus helyen található fájdalmas képletre és ennek a vizsgálat után az öblítő vízben található gonococustartalmú váladékára kellett helyeznem. Ezen bidigitalis massaget M. Pasteau¹⁰ is ajánlja oly esetekben, midőn a többi gyógyeljárással (húgyeső- és prostata-massage, fokozatos tágitás stb.) nem értünk el kellő gyógyeredményt. Ő ily módon a Cowper-mirigy váladékát is a húgycsőbe masszirozza és ezen kezeléssel oly esetekben is gyógyulást ért el, melyek bármely más kezelésnek macacsul ellentáltak. A mint a vázolt esetekből látható, én is a beteg góczok mechanikus, rendszeres kiürítésével értem el sikereimet.

Így K.-nál a cowperitis fennforgására akkor gondoltam, midőn a hat heti massagekezelésre gonococcusmentessé vált prostata- és ondozóhólyagváladék ellenére a folyás recidivált és tiszta második vizeletrész mellett az első és harmadik vizeletrész cszafataiban gonococcusokat találtam. A gondos klinikai vizsgálat egy lensénnél alig nagyobb, igen érzékeny, kemény, jobboldali Cowper-mirigyét engedett felismerni, melynek igen csekély váladékában elég bőven találtam gonococust.

¹ Finger E.: Die Blennorrhoe der Sexualorgane. 5. Aufl. 1901.

² Wosidlo H.: Die Gonorrhoe des Mannes und ihre Complicat. Berlin, 1903.

³ Scholtz W.: Vorlesungen über die Pathologie und Therapie der Gonorrhoe des Mannes, Jena 1904.

⁴ Zeissl M.: Diagnose und Therapie des Trippers und seiner Complicat. u. s. w., Wien 1903.

⁵ Sellei J.: A bőr- és venereás betegségek, Budapest 1904.

⁶ C. Leedham Green: The treatment of gonorrhoea in the male, London 1906.

⁷ Casper L.: Lehrbuch der Urologie, Wien 1903.

⁸ Oberländer und Kollmann: Die chronische Gonorrhoe der männlichen Harnröhre und ihre Compl., Leipzig 1905.

⁹ Róna S.: A buja vagy nemi betegségek, Budapest 1894.

¹⁰ M. Pasteau: Annales des maladies des org. génito-urinaires, 1906. 21. füzet.

Ezen első tájékoztató vizsgálatnál enyhén járok el és főképen arra ügyelek, hogy a beteg mikor jelez fájdalmat, vagy hol érzek terimenagyobbodást vagy keménységet. Ha a fájdalom vagy a tapintható eltérés *csupán egy hely* érintésére észlelhető, a pontos helyi kórisme meg is van állapítva és már most csupán az van hátra, hogy a csészécskében esetleg összegyűlt váladékban gonococust, illetőleg kórokozót, egyáltalában genyesejtet, prostataszemeséket, ondószálcát stb. kimutassak és így a bántalom miféleségéről is bővebb felvilágosítást nyerjek.

Ilyenmü egy helyre szorítózkodó idült bántalmat találtam a következő, egyébként is érdekes s általam már be is mutatott¹ esetben.

X. 6 és 5 évvel előzőleg már szenvedett volt sokszoros izületi áttételekkel és szívárványhártyalobbal szövődött kankóban, 1905. áprilisban újból gonorrhoeát szerzett, melynek 3. hetében egy instrumentális beavatkozással kapcsolatosan újból a test majdnem összes izületei megbetegedtek. Néhány hét alatt ezen roham lezajlott, a kankó is javult, úgy hogy a beteg a nyár folyamán még mindig nem teljesen egészséges izületeinek helyreállítása czéljából egy intézetet keresett fel, a hol azután addig lappangott húgycsőfolyása egy izben néhány napi tartammal újból mutatkozott, de magától ismét el is állott. Javult, de még nem teljesen helyreállított izületekkel hazatérve, vizeletének első részében elég sok nyálkás czafat volt, melyekben a beteg értesítése szerint gonococust nem találtak s orvosa az állítólagos húgycsőszűkület kezelését látta szükségesnek. Azonban már a negyedik beavatkozás után izületei újból kezdtek fájni. Ezen roham lezajlása után kezelő orvosa a végbélen át is megvizsgálta, de semmi eltérést nem talált; a kezelés szünetelése mellett a beteg állandóan kellemetlenkedő izületekkel és „bonjour” cseppel 1905. december havától fogva ismét rendszeres foglalkozása után láthatott, míg 1906. évi március hó végén az első izben is beteg volt bal szemén ismét szívárványhártyagyuladása támaott, mely hol javult, hol rosszabbodott. Végre azonban április elején oly mérvű visszaesés állott be, hogy szemorvosa nem zárkozhatott el azon felvétel elől, hogy a beteg szervezetében még valamely kórokozó lappang és engem bizott meg a vizsgálattal.

A húgycsőből, mely nyomásra nem érzékeny s a tapintáskor semminemű beszűrődést sem mutat, híg, nyálkás, sűrű, szabad szemmel genyenesek alig látszó váladék nyerhető, melyben *igen sok* volt a csak részben intracelluláris *gonococcus*. A vizelet első része kissé nyálkás, czafatokkal, II. és III. részlete csillogó, de a genypróbát adja. A prostata mindkét lebenye rendszeres nagyságú és töménységű, nem érzékeny, a két ondóhólyag nagyságbeli eltérést nem mutat, de főleg a jobb kissé tömöttebb tapintatú és érzékeny; már enyhe nyomásra híg, nyálkás genyescikkokkal tarkázott váladék ürül. Az ezután ürített öblítő víz I. részlete zavaros, nyálkás és czafatos, II. és III. részlete tiszta. Az ondóhólyag váladékában csak elvétve találni leginkább a *hámsejteken nagyobb csoportokban* gonococust, a minnek megfelelően a tenyésztésben is egy-egy czafatból 3—4 nagyobb telep nőtt, míg a nyomásra ürült húgycsőváladékból igen apró telepekből álló lepel fejlődött.

A naponta végzett massagekezelés hatása alatt az összes tünetek (izületi duzzanatok s fájdalmak, ürítés stb.) állandó javulása mellett a 3. hét végétől fogva gonococust sem górcsövi vizsgálat által, sem tenyésztés útján nem bírtam kimutatni s midőn erőből végképen meggyőződtem, az elülső húgycső tükriz vizsgálata (II. sz. Oberländer-tubussal) némely csekély régi elváltozástól eltekintve, teljesen rendszeres vizonyokat engedett felismerni, a 27. Charrière sz. fémkutatató simán volt a hólyagba vezethető és a görbe *Kollmann-féle* tágitó fájdalom és vérzés nélkül volt 33 Ch-re nyitható.

Ha a végbélvizsgálat alatt a csészécskében nem gyűlt volna össze váladék, mindenesetre megvizsgálom az öblítő vizet, melyet a beteg a vizsgálat után ürít és melyet, úgy mint a vizeletet, 3—4 részletben fogok fel, de lehetőleg oly módon, hogy a beteg a vizelet-sugarat ezalatt meg ne szakítsa. Az öblítő víz elülső része természetesen kissé homályos szokott lenni a prostataváladéktól s azon váladékokat fogja tartalmazni, melyek a vizsgálat által a húgycső felületére kinyomattak; ha ezen első ürített részlet nem elég nagy, még a második rész, mely egyébként tiszta szokott lenni, fog néhány czafatot magával sodorni. A harmadik részletben, illetve — ha sikerül a vizeledényeket kellő pillanatban felcsereálni — a negyedikben, azon váladékok lesznek, melyeket a vizeleti actus befejezésében résztvevő izmok az általuk körül-fogott csatornákból illetőleg mirigyekből kiszorítanak, tehát prostata- és ondóhólyagváladék, a mennyiben ez a ductus ejaculatoriusba már kilépett volt, valamint az esetleg a musc. transversus perinei profundus által a beléje ágyazott Cowper mirigyből és vezetékéből kiszorított lobos termékek. A górcsövi vizsgálat czéljára az így nyert fonalakat vagy czafatokat pipettával kihalászom és az

öblítővízrészlet számával (I., II., III. illetőleg IV.) jelölt tárgylemezekben elosztom. A praeparatumok további elkészítésekor már most legelőször arra ügyelek, hogy a vizet jól leszívjam a czafatok körül, továbbá hogy azok egy darabban, de mégis lehetőleg finoman legyenek széjjelrejtve, a mi főleg a Gram-festés miatt szükséges. A praeparatumok egy részét, vagy esetleg az egy tárgylemezen összegyűjtött czafatok közül az egyiket a Pappenheim-festéssel gyorsan megfestem és tájékoztatás czéljából rögtön mikroskóp alá is viszem.

(Folytatása következik.)

Adatok a gonorrhoeás pyelitis kór- és gyógytanához.¹

Irta: *Sellei József* dr. és *Unterberg Hugó* dr.

Vajjon a gonococcus tud-e pyelitist előidézni, e kérdés eldöntésére még szükségesek exact vizsgálatok. A vizsgálatok sok nehézséggel járnak, s mindaddig, míg az ureter-katheterismus technikája ki nem fejlődött, szinte lehetetlen volt egy izolált pyelitis pontos klinikai és bakteriologiai diagnostizálása. A gonorrhoeás pyelitis bakteriologiai vizsgálata ureter-katheterismus útján ugyancsak sok nehézségbe ütközik, mert a catheterismus folyamán eszünk a prostata és hólyag genyes nyálkás váladékával könnyen érintkezésbe jut, a mit a vesemedenczébe felhozva, könnyen megeshetik, hogy a hólyagból accidentálisan a vesemedenczébe feltölt fertőzött anyag a vesemedenczéből kapott vizelet vagy váladék bakteriologiai leletét befolyásolja, a midőn így a vesemedenczéből származott vizelet bakteriologiai lelete tulajdonképen nem egyéb, mint a hólyagból származó váladéké. Ismerve a nehézségeket, vizsgálatainknál a legpontosabb asepsissel jártunk el a vesemedence váladékának, illetve a vesevizeletnek felfogásában. A húgycső és hólyag többszörös kiöblítése után, az ureter-katheter alkalmazása előtt a hólyagot tükörrel átvizsgáltuk, hogy megállapítsuk, vajjon az egyik vagy másik megvizsgálandó vesemedenczének megfelelő ureter-nyílás körül mily elváltozásokat (hyperaemia, a nyálkahártya csekély duzzadása) találhatunk. Ennek megismerése után 1—2 nap mulva a húgycsövet kimosva, a prostatát kimasszírozva, a hólyagot kimosva és ezt újból gyenge antiseptikus oldattal megtöltve, az ureter-kathetert oly módon vezettük a megfelelő ureterbe, hogy előzőleg a hólyagfallal egyáltalában ne jusson érintkezésbe. Nehézségeink voltak annak megismerésében is, hogy mikor végezzünk, sőt egyáltalában mikor szabad ilyen vizsgálatot végeznünk gonorrhoeás pyelitis gyanuja alapján. A mit eddigelé a klinikai tünetek alapján ismerünk, mind fogyatékosnak mondható. A vizelet cytologiai vegyi vizsgálata sem nyújt *kellő* támpontot arra nézve, hogy mikor vagyunk feljogosítva mondani, hogy pyelitissel van dolgunk. Hogy mindjárt az utóbbi kérdés fejtegetésébe menjünk bele, röviden ki akarjuk emelni azt, hogy semmi egyöntetiség sincs a tekintetben, hogy *vajjon a genynek és a fehérjének milyen mennyisége az, melynek alapján fel vagyunk jogosítva a pyelitis felvételére*. Minthogy a *fehérje mennyisége* tulajdonképen igen csekély szokott lenni a *tiszta* pyelitisben, erre nagyobb súlyt nem is helyezhetünk, s így a *geny mennyisége* volna az, mely a vegyi vizsgálatnak alapját képezhetné. Azonban itt is nagy nehézségek merülhetnek fel. *A cystitises vizelet genymennyisége nehezen differenciálható a pyelitises vizelet genymennyiségétől. A vizelet vegyhatása, a sedimentumnak górcsövi megállapítása sem nyújthat kellő felvilágosítást arra nézve, hogy vajjon pyelitissel van e dolgunk*. Nem marad hátra egyéb, mint a — bár hiányosnak mondható — klinikai észleletek csoportosítása (rázóhideg, intermittens láz, vesetáji fájdalom stb.), valamint a helyesen és exacte végzett *ureter-katheterismus útján sterilen felfogott vizelet cytologiai és bakteriologiai vizsgálat eredményének értékesítése*.

A vesemedenczelobokban aetiologia az előidéző mikroorganizmusok szerint mindezideig nem lehetett egyöntetiséget felállítani. Eddig nem lehetett megállapítani azt sem, hogy bizonyos vesemedenczelobok bizonyos bakteriumok által jönnek létre, sőt

¹ A budapesti kir. orvosegyesület 1906. évi XVI. rendes ülésében (május 12.), lásd O. H. 558. o.

¹ A bakteriologiai és egyéb laboratoriumi vizsgálatokat részben a Jenner-Pasteur-intézet (Detre László egyet. magántanár) laboratoriumában végeztük.

még a specifikusnak mondható gümös pyelitisnél is — a hol a specifikus tuberculosis-bacilluson kívül más baktériumok is szerepelnek — vegyes fertőzéstől kell beszélnünk, mint gyakori aetiologiai functioniól. Hiszen ismeretes, hogy a gümös vese- és vesemedenczembetegedésekben az esetek elég nagy számában górcsövileg és tenyésztés útján sem lehet a gümösbacillust ki mutatni, azonban más mikroorganizmust igen és a gümös megbetegedést csak az állatkísérlet dönti el.

A gonorrhoeás pyelitisre vonatkozólag bakteriologiai szempontból a következő kérdések merülhetnek fel: 1. a gonococcus idézi-e elő directa a pyelitist; 2. a gonococcus és más baktériumok együttesen (tehát szorosabb értelemben vett vegyes fertőzés); 3. a gonorrhoea kapcsán fejlődő pyelitis nem is a gonococussal, hanem más baktériumokkal hozható kapcsolatba. (Vegyes fertőzés távolabbi értelemben.) Sőt azon lehetőség elől sem zárkozzhatunk el, hogy 4. a gonorrhoea kapcsán keletkező pyelitist baktériumok toxinjai idézik elő. A gonococcus toxinját szerepeltetni semmi alapunk nincs, miért is e kérdéssel foglalkozni feleslegesnek tartjuk.

Arra nézve sines bizonyítékunk, hogy a gonococcus endotoxinja távolhatásában idézhetné elő a vesemedencze lobját. Minden jel arra mutat, hogy a gonorrhoeás pyelitis nem haematogen eredetű, hanem ascendáló folyamat eredménye. Míg a gümös pyelitisben és pyelonephritisben az esetek túlnyomó számában a vese a primaer megbetegedett gócz, a melyhez csak másodlagosan társul a hólyag megbetegedése, addig a gonorrhoeás pyelitist mindig megelőzi a cystitis és nem ismerünk esetet, hogy urethritisből vagy prostatitisből fejlődne oly módon, hogy előzetesen a hólyag megbetegedve ne lett volna. Az ascendáló typus bizonyítékát abban is látjuk, hogy a gonorrhoeás pyelitishez csak igen nehezen és igen lassan társul a veseszövet részéről is complicatio, azaz ritkán fejlődik a pyelitisből pyelonephritis; ezzel szemben a haematogen eredetű infectióknál — mint ismeretes — a vese a betegség kiinduló pontja és onnan terjed a folyamat gyorsan vagy lassabban a vesemedenczére át. Ezzel szemben sokan azt a nézetet vallják, hogy a gonorrhoeás pyelitis tulajdonképpen haematogen eredetű.

Ha mi azon álláspontra helyezkedünk, hogy a gonorrhoeás pyelitis ascendáló, a hólyag felől progrediáló folyamatnak eredménye, akkor a bakteriologiai szempontból felvetett azon kérdés felett kell döntenünk, hogy vajjon a pyelitis direct a gonococcus által, vagy vegyes fertőzés útján jön létre. És itt újból hangsúlyozni kívánjuk, hogy az ilyenü vizsgálatok nehézsége tudatában csak a legexactabban végrehajtott, az aseptis és a bakteriologia minden követelményének megfelelő vizsgálatok adhatnak helyes eredményeket. Vizsgált eseteink alapján mondhatjuk, hogy a gonococcus egymagában is tud pyelitist okozni, ha el is kell ismernünk azt, hogy az esetek többségében vegyes fertőzéssel van dolgunk, a midőn a különböző urobaktériumokkal együtt jutott a gonococcus is a vesemedenczébe, avagy pedig a gonorrhoea kapcsán fejlődött cystitist okozó baktériumok gonococcusok nélkül jutottak a pyelonba. A gonorrhoeás pyelitis az esetek túlnyomó többségében egyoldali. Az általunk vizsgált esetekben kivétel nélkül egy oldalon keletkezett.

Előbb említettük már, hogy a gonorrhoeás vesemedenczeleob klinikai symptomatológiája hiányos, a miért akárhány esetben csak kizárás útján, más betegségektől való szigorú differenciálás után tudjuk a diagnosist felállítani. Szakorvosok is mindeddig a cystitis kezelésének sikertelensége esetén gyanakodtak az adott esetben pyelitisre, de a döntő bizonyítékot — a mint ezt Casper, Stockmann és mások kiemelték — csak az ureter-katheterismus adhatja meg. Sem a hőemelkedés, sem a beteg által jelzett fájdalmak, sem a vese kítapintása, nem szolgálhatnak biztos diagnostikai jelként, leginkább azért, mivel ezen két utóbbi tünet az esetek többségében hiányzik, a hőemelkedés pedig csak a legcutabb stadiumban szokott magasabb fokot elérni, a betegség további folyamán a hőmérséklet csak esekélyebb intermittáló emelkedéseket vagy remissiókat mutat. Az általunk észlelt esetek egy részében egyáltalában hiányoztak az intermittens lázak, valamint az utóbb említett symptomák is. Az egyedüli jel, melyet minden esetben észleltünk s a mit kiemelendőnek is tartunk, a pyuria és polyuria volt, a mely tünetek — mint ismeretes — más pyelitisben is fenn szoktak állani. Ennélfogva mondhatjuk, hogy a

specifikus gonorrhoeás pyelitisre csak az aetiologiai momentumok fogják a gyanut terelni, s a positiv diagnosist csakis a bakteriologiai lelet adja meg. Több általunk észlelt eset közül itt 5 gonorrhoeás eredetű pyelitises betegünk kórtörténetét akarjuk közölni, a melyekben a lehető legexactabb módon végeztük a vizsgálatokat. Vizsgálatainkat még nem tartjuk befejezettnek; az eseteket tovább gyűjtjük és további tapasztalataink közlését fenntartjuk magunknak.

1. G. Zsigmond, 3 hó óta beteg; a vizelet mindkét része zavaros. Urethritis et cystitis gonorrhoeica. A jobb vesetáj nyomásra kissé érzékeny. A húgycsőfolyamat kezelésre gyógyul. A hólyag-hurut fennáll és sem kalium hypermanganicum-, sem lapismosásokra nem szűnik. A prostata kissé duzzadt. Nagyfokú hőemelkedés vagy rázóhideg a betegség egész folyamata alatt nem volt.

Hólyagvizelet: savi vegyhatású, híg. Sedimentálva leukocyták és hámsejtek. Cylinder nincs. A fehérje mennyisége nem haladja meg a 0.15^o/₁₀₀-t.

Cystoskopi lelet: A hólyag erei kissé belöveltek.

A jobboldali ureter catheterismusa: A felfogott vizelet kissé zavaros, fehérjét tartalmaz. Mennyiségi meghatározás: 0.15^o/₁₀₀.

Sedimentum: a) Cytologia: igen sok mononucleáris, igen kevés polynucleáris leukocytá, hámsejtek. b) Bakteriologia: hosszú colibacillusok és vastag diplococcusok, ugyancsak gonococcushoz hasonló diplococcusok, melyek Gram-negativok. c) Cultura: ascites agaron és véragaron tipikus gonococcus-coloniák. Ezeket kívül coli-coloniák.

2. R. Izidor, 10 hó óta beteg. Urethritis, prostatitis, cystitis gonorrhoeica. A cystitis szokásos kezelésre nem javul, miért is pyelitisgyanunk megerősödik. A jobb vesetáj nyomásra érzékeny. Rázóhideg vagy magas láz a betegség egész tartama alatt nincs.

Hólyag-vizelet: savi vegyhatású, híg, két pohárpróbánál mindkét rész egyenletesen zavaros. Sedimentum: vörösvérsejt, sok detritus, kevés mononucleáris, igen kevés polynucleáris leukocytá. Igen kevés baktérium. Cylinder nincs. A fehérje mennyisége nem éri el a 0.15^o/₁₀₀-t.

Cystoskopi lelet: A hólyag erei erősen belöveltek. A jobb ureter körül diffus hyperaemia.

Ureter catheterismus: A jobboldali veséből felfogott vizelet zavaros, fehérjetartalmú.

Sedimentum: a) Cytologia: Sok vörösvérsejt, sok detritus, kevés mononucleáris leukocytá. b) Bakteriologia: Igen kevés diplococcus, a melyek Gram-negativok. c) Cultura: Thalmann-agaron tipikus gonococcus-coloniák.

3. Sch. 10 hó óta beteg. Blennorrhoea chronica, prostatitis chronica, cystitis. A vizelet mindkét része zavaros, azonban időnként feltisztul. A bal vesetáj nyomásra érzékeny. A cystitis szokásos kezelésre nem javul. Kisebb hőemelkedések intermittens jelleggel. A hólyagvizelet gyengén alkalikus vegyhatású, híg. Sedimentum: leukocyták, hámsejtek, különböző urobaktériumok. Cylinder nincs.

Cystoskopi lelet: A bal ureternyílás környéke kissé duzzadt, hyperaemiás. A bal ureter catheterismusa által a bal veséből felfogott vizelet zavaros, fehérjét nyomokban tartalmaz.

Sedimentum: a) Cytologia: Vörösvérsejtek, leukocyták, kevés hámsejt. b) Bakteriologia. Staphylococcusok, pseudo-diphtheria-bacillusok, gonococcusokhoz hasonló coccusok, melyek Gram-positivok. Cultura: Ascites-agaron másnapra apróbb és nagyobb sárgásfehér coloniák, melyek nem folynak össze. A coccusok Gram-positivok. Közönséges agaron igen erősen fejlődő coloniák, melyek másnapra összefolynak. Bouillon: 24 óra múlva még nem zavaros.

4. Sch. Anna, 1 1/2 év óta beteg. Háttáji és hólyagtáji fájdalomról panaszkodik. Kevés váladék az urethrából és vaginából. A vizelet zavaros, savi vegyhatású, fehérjét nyomokban tartalmaz. Sedimentum: Nagy hólyag- és urethrahámsejtek, veseepithelsejtek. Cylinder nincs. Mérsékelt mononucleáris, kevés polynucleáris leukocytá, több vörösvértekecs, kevés coli-bacillus.

Cystoskopi lelet: Diffus hurut a hólyagban, a rajzolat nagyrészt elmosódott, több helyen apró haemorrhagikus területek. A jobb ureternyílás erősen felfelé van vongálva. A bal ureternyílás környéke erősen duzzadt. A bal ureter catheterizálása által nyert vizeletben: Genysejtek és colibacillusok, a culturában tisztán colibacillusok mutathatók ki.

Gyanúnk van gonorrhoeás pyelitisre. Minthogy azonban gonococcusok nem voltak kimutathatók, vizsgálatainkat a tuberculosis kimutatására is irányítottuk, azonban sem a górcső, sem a tenyésztet, sem az állatkísérlet ezen gyanunkat nem erősítette meg.

5. G. Henrik. 2 hét óta beteg. Urethritis és cystitis gonorrhoeica. Magasabb hőemelkedések és baloldali vese-táji fájdalmak pyelitis gyanúját ébresztik. Az urethrocystitis alkalmával jelentkező vérzés megszűntével a bal vesemedenceze katheterismusát végezzük.

A felfogott vizelet kissé zavaros, kevés vért, genyt és fehérjét nyomokban tartalmaz.

A vizeletben górcsővileg és bakteriologice csak colibacillusok mutathatók ki.

Összegezve eseteinket, kiemeljük a következőket:

Az ureter-katheterrel felfogott vizelet mutatott:

a) gonococust egyedül egy esetben,

b) gonococust és más bakteriumokat egy esetben,

c) vegyes fertőzést (gonococcus nélkül) három esetben.

A vegyes fertőzés szempontjából kiemeljük, hogy colibacillusok 4, staphylococcusok 1, vastag diplococcusok 1, pseudo-diphtheriabacillusok 1 esetben voltak találhatóak, vagyis mint látható, a vegyes fertőzésnél a colibacillusok fordultak elő leggyakrabban.

Az ureter-katheterrel felfogott vizelet, valamint a hólyag vizelete is 5 eset közül 4-szer volt savi, 1-szer alkalikus. Ez utóbbi esetben staphylococcusok voltak jelen.

A vizeletek mindannyian fehérje-tartalmúak voltak, de sehol sem mutatott a szűrte vizelet 0,10—0,15‰-nél nagyobb mennyiséget. Cytologice hámszöveteken kívül sok genyesejtet mutatnak, azonban a hámszövetek alakjaiból nem lehetett volna a pyelitis diagnózisát biztonsággal megállapítani és így e tekintetben csatlakoznunk kell Casper, Posner és mások véleményéhez, hogy a sejtes elemek górcsővi képe nem ad biztos támpontot a pyelitis felvételére; az ú. n. bunkós, nagymagvú hámszöveteket, melyeket pyelitisnél a vizeletben találhatóak, nem tudjuk megkülönböztetni máshonnan származó hasonló alakú sejtektől.

Az ureter-katheterrel felfogott vizelet minden esetben fehérjetartalmú volt, még pedig körülbelül a genynek megfelelő mennyiségben. A vizelet egyébiránt minden egyes esetben bő, a rendes napi mennyiségnél nagyobb volt. Ennek okát talán úgy lehetne magyarázni, hogy a megbetegedett, lobos vesemedenceze a vesét erősebb munkára izgatja, valamint fokozottabb vesefunctiót (polyuriát) észlelhetünk egyes esetekben az egyoldali nephrolithiasisban. Ugyanezen hatást észlelhetjük az egyoldali ureter-katheterismusnál, midőn a katheter a neki megfelelő vesét s esetleg a nem katheterizált másik vesét is reflectorius úton fokozottabb munkára ingerli. Minden oly esetben, melyben egyik vesemedenceze (esetleg az ureter) bizonyos izgalmi stadiuma áll fenn, ezen izgalom az ugyanazon oldali ép vesében polyuriát idézhet elő s ugyanezen hatás állhat be reflectorius úton a másik vesében is.

Eseteink, mint látható, a pyelon megbetegedésére vonatkoztak. A pyelon, a mint ezt a vesemedenceze kapacitáásának megállapítása alapján mondhatjuk, tágult nem volt, valamint vizeletretentio sem volt egyik esetben sem jelen. Az ureter-katheterrel felfogott vizelet vegyi, valamint a sedimentumnak górcsővi vizsgálata egyébként arra utalt, hogy a vese parenchymája maga nem vonatott a megbetegedés körébe, miért is eseteinket tiszta pyelitis eseteinek fogjuk fel. *Vizsgálataink kétségtelenül kiderítették, hogy a gonococcus directe tud pyelitist előidézni, kimutatták továbbá azt is, hogy többnyire más bakteriumok — esetleg a gonococussal együtt — indíthatják meg a vesemedenceze lobját.*

A gyógykezelésről csak néhány szóval akarunk megemlékezni. Azon állásponton vagyunk, hogy a gonorrhoeás pyelitis az esetek többségében nyugalomra és belső kezelésre meggyógyul. A pyelonnak direct lokális kezelését csak kivételes esetekben ajánljuk, akkor t. i., mikor a belső kezeléssel nem érünk el sikert. *Ilyenkor tartjuk a vesemedenceze mosását indikáltnak. A mosás technikája igen egyszerű s mindakkor sikerrel keresztülvihető, ha a kathetert sűrű szívós geny vagy vérrög nem tömészi el. Az ureter-katheteren keresztül egy 10 cm³ tartalmú fecskendővel a mosó folyadékból 5—6 cm³-nyit fecskendünk a vesemedencezébe, s ezt a folyadékot újból kiengedve, ezen eljárást többször egymásután megismételjük oly módon, hogy a vesemedencezében fokozatosan több folyadékot fecskendünk be, mindaddig, míg a beteg a megfelelő vesetájon feszülési érzést nem említ.*

Az egyszerre befecskendett folyadék mennyisége a 10 cm³-t egy esetben sem haladta meg. Mosásra bórodlatot és 1‰-os argentum nitricum oldatot ajánlottak (Casper, Stockmann). *Mi a collargolt használtuk ezen célra 1—2‰-os oldatban, s ennek jó hatását észleltük, minden irritáló tünet jelentkezése nélkül.*

Az itt említett 5 eset közül hármát kezeltünk ily módon; ezekben a folyamat hosszabb idő óta állott fenn és más kezelésre nem javult. *A mosások, melyeket hetenként 1—2-szer lehet megismételni, feltűnő gyors gyógyulást eredményeztek.* Egyik betegünkön (3. sz. eset) már az első mosás hatása is frappans volt. A vesemedencezemosások gonococcus jelenlétében mindenestre csak többszöri megismétléskor járnak eredménynyel.

A légfürdő therapiái alkalmazása és hatása a szervezet némely functiojára.

Irta: *Lenkei Vilmos Dani dr.,* fűrdőorvos Almáiban.

(Folytatás.)

A hűvös légfürdők esetei között több olyan volt, a melyben a fénykülönbség nagyobb és a többi tényező közel egyforma volt. Ezeknél (lásd a 26., 27. és a 28., 29., meg a 44. eset átlagos számain) erősebb fényben az érlökések száma csökkent, gyengébbnél és sötétben pedig némileg emelkedett. A légzés mélysége erősebb fényben jobban fokozódott, mint gyengébben, és ebben is jobban, mint sötétben. Az art. nyomás a legnagyobb fényben csökkent a legkevésbé, és legerősebben a sötétben. A légzések száma és a venosus nyomás meg épen a fényben csökkent a legkifejezettebben. A testhőmérsékre vonatkozó adatok azonban ezen esetekben némileg ellentmondók, mert a hőmérsék erős fényben és sötétben kevesebbet csökkent, mint gyenge fényben (de ez utóbbiban gyenge szél fűjt).

Hűvös légfürdőkben (lásd a 36. és 45. esetet) az érlökések száma fényben jobban csökkent, a test hőmérséke jobban emelkedett, mint sötétben. A verőeres nyomás fényben erősen emelkedett, míg sötétben némileg csökkent. Fényben a légzés mélysége is kifejezettebben fokozódott, a légzések száma és a venosus nyomás pedig feltűnőbben csökkent, mint sötétben.

A fény tehát a test hőmérsékét és a verőeres nyomást emelni látszik, a légzés mélységét fokozza, a venosus nyomást csökkenti, szintúgy a légzések számát is. A fény a pulsus számát is csökkenti, bár ennek a hűvös légfürdők összehasonlított esetei (28. és 29.) ellentmondani látszanak, mert ezekben az érlökések száma egygel szaporodott, de ez a szélnek a rovasára irandó.

A fénynek ezen hatása az érlökésre, a testhőmérsékre és az art. nyomásra igen jól látható a 45. esetben, a melynek összes adatait a következőkben közlöm: a levegő páratartalma 56—57%, hőmérséke 10,5—11 C°, a légnyomás 761 mm. volt, szél nem fűjt.

| A vizsgálás ideje | Fény | Érlökések száma | Testhőmérsék | A légzések | | Vérnyomás | |
|--------------------|-------|-----------------|--------------|------------|----------|-----------|------|
| | | | | száma | mélysége | art. | ven. |
| Légfürdés előtt... | 0 | 69 | 36,3 | 20 | 6 | 120 | —3 |
| 10 percz ... | 0 | 72 | 36,3 | 19 | 10 | 123 | —4 |
| 26 " ... | 0 | 68 | 36,3 | 18 | 8 | 120 | —4 |
| 45 " ... | 0 | 68 | 36,4 | 18,5 | 11 | 117 | —6 |
| 62 " (vége)... | 1/100 | 66 | 36,6 | 18 | 11 | 125 | —6 |
| 26 " ... | 1/100 | 67 | 35,8 | 21 | 8 | 122 | —5 |

Ezen esetben a légfürdőzés nappal, szobában, az első 45 perczen át zárt ablaktáblák mellett, tehát sötétben (gyertyafény nélkül) folyt le. Ezután az ablaktáblákat kinyitottam, úgy hogy az illető a 45. percztől a 62. ig a fény hatásának is ki volt téve. A légfürdőnek ezen utolsó szakában, a melynél tehát a fényhatás is érvényesült, az érlökések száma kettővel csökkent, a test hőmérséke 0,2 C°-kal emelkedett és 8 mm.-rel emelkedett az előbb sötétben sülyedő arteriális nyomás is. A légzések száma is csökkent vala-

melyest, csak a légzés mélysége, mely már úgyis 5 mm.-rel emelkedett volt és a venosus nyomás, mely már előbb is 3 cm.-rel csökkent, nem változott már a fényben folytatott légfürdőben.

Vegyük még mindezekhez a napfürdők hatását is. Ha a napfürdő tisztán csak hőhatást fejtene ki, akkor a 0.5—1.0 C°-kal emelkedett testhőmérséknek megfelelően a pulsus számát és a venosus nyomást is erősen kellett volna emelnie, a légzések számát is fokoznia kellett volna és ennek megfelelően a légzés mélysége is csökkent volna; az art. nyomásnak pedig melegben erősen kellett volna csökkennie. És e helyett azt látjuk, hogy az érlökések száma csak ötlet, az art. nyomás csak 6.25 mm.-rel csökkent (tehát az utóbbi kevesebbet, mint langyos légfürdőben), a légzések száma emelkedés helyett csökkent, a légzés mélysége pedig fokozódott és a venosus nyomás változatlan maradt vagy csak alig észrevehetően emelkedett. Ezen adatok tehát szintén megerősítik azon következtetésemet, hogy a fény a pulsust ritkábbá teszi, a testhőmérsékletet emeli, a légzés számát és a venosus nyomást csökkenti, az art. nyomást és a légzés mélységét pedig fokozza.

Ez magyarázná meg azt is, hogy miért eszik langyos és hűvös légfürdőben a verőeres nyomás sokkal jobban, annak ellenére, hogy a napfürdőben a levegő hőmérséke 2—3-szor akkora, mint amazokban. Ezt az okozza, hogy a napfürdőben a verőeres nyomásra a meggel ellentétes fényhatás sokkal jobban érvényesülhetett: míg ebben a hőmérsék kétszer akkora volt, mint a langyos légfürdőben, addig a fény 23-szor volt erősebb, tehát a fény a meleghatással szemben a napfürdőben jobban érvényesülhetett, mint a langyos légfürdőben.

A fény hatását illető következtetéseimet még az a körülmény is támogatja, hogy hidegben és fényben a verőeres nyomás a legmagasabbra emelkedett, hidegben és sötétben kevésbé, sőt egy esetben még keveset csökkent is.

A fény a vizsgált működésekre körülbelül úgy hat, mint a hideginger.

Az ezen állításom bizonyítására felhozott adatok talán még nem alkotnak feltétlen bizonyítékot, de támogatja feltevésemet még az is, hogy erős fényben (napfürdőben) a vörösvérsejtek száma a meleghatás ellenére — akár csak hideghatásokra — felszaporodott, és támogatja az a régen ismert tény is, hogy fényben az anyagesere nagyobb, mint sötétben. A fény tehát ezen említett tényezőkre is a hideghez hasonlóan hat. Igaz, hogy a vörösvérsejtek szaporodása a napfürdőben nem egyedül a fényhatásra vezethető vissza, mert ennek magyarázására fel kellett tételneznem, hogy a vörösvérsejtek szaporodását egyrészt a vérnek a bő transpiratio következtében való besűrűsödése okozza, de fel kellett tenni azt is, hogy ezen szaporodáshoz stagnáló vörösvérsejteknek a belesodrása a véráramba és a vörösvérsejteknek élénkebb újjaképződése is hozzájárul. Ez utóbbi két ok pedig már nem magyarázható a meleghatással (legalább a meleg azon hőfokainak a hatásával nem, a melyek a napfürdőben szerepeltek), hanem csak olyan ingerrel magyarázható, a mely a hidegingerhez hasonló hatásokat fejt ki a szervezetben.

Ha a levegő különböző páratartalmának a hatását akarjuk megismerni, akkor csak a 30. esetet hasonlíthatjuk össze a 32. és 33.-kal, meg a 35.-et a 36. kal, mert ezekben a levegő páratartalma különböző és a többi tényező közel egyforma volt. Sajnos, hogy ezen esetekben sem volt nagy a különbség a levegő páratartalmában.

| Esetek száma | A levegő | | Fény | Sél | Érlökés | Testhő-mérsék | A légzések | | Vérnyomás | |
|--------------|----------|-------|------|-----|---------|---------------|------------|-----------|-----------|------|
| | párat. | hőm. | | | | | száma | mély-sége | art. | ven. |
| 30 | 73.5 | 14.25 | 1/90 | 3 | —8 | +0.05 | —3 | +6 | —5 | —13 |
| 32 és 33 | 59 | 14.25 | 1/60 | 1.5 | 0 | —0.05 | —0.5 | +3.5 | —10 | —3 |
| 35 | 77.5 | 13.5 | 1/90 | 3 | 0 | +0.3 | —3 | +2 | 0 | —20 |
| 34 | 66.5 | 14.0 | 1/60 | 3 | 0 | 0 | —2 | +1 | 0 | —2 |

A 30. esetben a fény ugyan kisebb, mint a vele összehasonlított 32. és 33. esetben, de amabban viszont a szél valamivel nagyobb, úgy hogy ez az esetek megítélését csak kevésbé zavarja. A 34. és 35. esetben a szél egyenlő, de a fényben van némi

különbség. De be kell érünk ezen esetekkel is, mivel alkalmasabbakat nem lehet közöttük találni. Az összehasonlításból kitűnik, hogy a levegő nagyobb páratartalma úgy hat, mintha a levegő hűvösebb lett volna. Ezt különben, mivel a nedvesebb levegő jobb melegvezető, már a priori is elvárnattuk. Az érlökések száma a levegőnek relative nagyobb páratartalmánál jobban fogy, a testhőmérsék 14.25 C°-nál már némileg emelkedik, a mit különben csak 14 foknál hidegebb légfürdőkben észleltünk, a légzések száma és a venosus nyomás kifejezettebben csökken, a légzés mélyebbé válása feltűnőbb és az art. nyomás kevésbé csökken, mint ugyanoly hőmérsékű, de relative szárazabb levegőben. A 34. és 35. esetben ezen különbségek az érlökésben és az art. nyomásban nem mutatkoznak, de ilyen sokféle tényező együttes behatásánál nem is várhatjuk, hogy minden változás számtani pontossággal következzen be. A változások túlnyomó többsége mégis a mellett szól, hogy a nagyobb páratartalom a lehűtés fokozása által fokozza a hideg hatását.

Ha mindazon eseteket, a melyekben 4-es szél fújt (3 eset) az olyanokkal hasonlítjuk össze, a melyekben az időjárás szélcsendes volt, keresve a többi tényező lehető egyezését, akkor az alább közölt átlagos számokat nyerjük. Az összehasonlításhoz kiválasztott eseteket 20 C°-nál magasabb hőmérséknel vizsgáltam. A légfürdő tartama az első csoportban 70 perc, a másodikban 66 perc, a levegő páratartalma 66% és 54.4%, a légnyomás pedig körülbelül egyenlő volt.

| | A lev. hőmérs. | Fény | Ér-lökés | Testhő-mérsék | A légzések | | Vérnyomás | |
|---------------|----------------|------|----------|---------------|------------|-----------|-----------|------|
| | | | | | száma | mély-sége | art. | ven. |
| Szélcsend .. | 20.78 | 1/44 | —4.7 | —0.07 | —2.7 | +2.25 | —17.5 | —7.7 |
| 4 es szél ... | 20.5 | 1/66 | —0.2 | —0.23 | +2.0 | +2.20 | —6.0 | —3.0 |

A szél a test lehűtését fokozta, tehát úgy hatott, mint ha a levegő hűvösebb lett volna. Ez érthető is, mert szélcsendben mozdulatlanul maradván, a testet egy felmelegedett levegőréteg veszi körül, a mely méréseim szerint 1—1.5 cm.-nyire a mellkas felszínétől 3°-kal, a végtagok közelében 1—1.5°-kal melegebb, mint a levegő általános hőmérséke és a testet környező levegő relativ páratartalma, dacára a test párolgásának, mégsem nagyobb. Ezen felmelegedett levegőréteg pedig lemarad rólunk, ha mozgunk vagy ha a szél elfújja. A szél az érlökések és légzések számát szaporította, a légzés mélységét csökkentette, illetve mélyebbé válását gátolta, az art. és venosus nyomást pedig kevésbé csökkentette, mint azt 20 C° körül levő hőmérsékeknél átlagban láttuk.

Jól láthattam a szél hatását azon három esetben, a melyben a légfürdőzés szélcsendben kezdődött és később erősebb (4-es) szél kerekedett. A szél keletkezése után a légzések száma nem csökkent; egy esetben, a melyben előzőleg már csökkent volt, emelkedett. A szél a légzést egy esetben felületesebbé tette, a többiben a máskor hasonló hőmérséken mutatkozó mélyebbé válást bizonyos fokig gátolta, úgy hogy az az összes ezen csoportba tartozó esetek átlagán alul maradt. Az érlökések száma keletkező szélben emelkedett, a venosus nyomás pedig, a mit légfürdőben különben nem észleltem, a három közül két esetben a szél keletkezése után 1 és 3 cm.-rel emelkedett.

A II. csoport esetei közül négyben 3-as szél fújt. Ezeknél láttam (15—19 C° levegőhőmérséklet mellett) a testhőmérséknek legnagyobb süllyedését, mely egy esetben 0.8°, a többi háromban 1.2 C° volt. Erősebb szélben nem láttam a testhőmérséknek ilyen nagyfokú csökkenését. Úgy látszik, hogy 4-es vagy ennél erősebb szél nagyobb mechanikai ingerenél fogva már fokozottabban készíti a bőr véreireit összehúzóásra és ez által gátolja a test nagyobb hőkiadását. A szélnek azon hatása, hogy az érlökések számát emeli, hogy a verőeres és venosus nyomás süllyedését gátolja, alkalmasiut szintén inkább a szél erőművi ingeren alapszik, mint azon, hogy a testet lehűti, mert ezen jelenségek is 4-es szélben mutatkoztak kifejezettebben. A légzést a nagyobb légáramlás leginkább azért teszi szaporábbá és felületesebbé, mert erősebb szél, ha hátulról fúj, szívó erejénél fogva a belégzést, ha szembe fúj, a keletkező nagyobb légnyomás miatt

a kilégzést nehezíti meg. Wolf¹⁰ szerint nagyobb légnyomásnál a vagusnak a belégzést gátló hatása is érvényesül.

A légnyomás hatására az én vizsgálásaimból nem lehet következtetést vonni, egyrészt azért nem, mivel a kísérletek idején a légnyomás csak szűk határok között (756–767 mm.) ingadozott, másrészt meg, mivel nincsen az összes esetek között kettő sem olyan, a melyben a légnyomás lényegesebben eltérő és a többi közreható tényező legalább megközelítően egyenlő volna.

Tudjuk, hogy a légnyomás csökkenésekor az érlelés és a légzés szaporább lesz, de ez csak nagyobb (körülbelül 90 mm.-es) csökkenésekor mutatkozik kifejezettebben. Ezen tapasztalásból azt a következtetést vonhatjuk, hogy a légfürdőben bekövetkező légnyomáskülönbségek oly csekélyek voltak, hogy számításba vehető hatással a változásokra nem igen lehettek.

A légfürdő tartamának meghosszabbítása legcsekélyebb hatást mutatott az érlelés változásaira, mert a pulsus száma a légfürdőben, még ha hosszabb ideig tartott is, a legtöbb esetben ingadozott, a nélkül, hogy ennek okát a külső tényezőkben felismerhettem volna. A többi működésben, a melyeket megvizsgáltam, a hatás a légfürdő meghosszabbításával többnyire fokozódott, bár ezen fokozódás $\frac{1}{4}$ óra hosszat tartó légfürdés után többnyire már csekély volt. De azért egy esetben még 60 perc után is ritkult az érverés, süllyedt a hőmérsék és fokozódott a légzés mélysége; egy másik esetben ilyenkor még a vérnyomás is tovább változott a megkezdett irányban. Tehát általában: a légfürdőben a változások még 1 óras tartamon túl is fokozódhatnak, de ez ritkaság; a legtöbb esetben a változások már $\frac{1}{4}$ óras fürdés után csak keveset fokozódnak. Ezen szabály alól 12–20 fokos levegőben kivételt tesz a verőeres vérnyomás, mert ez ilyen körülmények között az első negyedórán emelkedni szokott és a második negyedórán ellenkező irányban még erősen változik.

Ismételt légfürdőkönél a változásokból nem vonható az a következtetés, hogy a megszokás lényegesen módosítja a légfürdő hatását. Ennek megítélésére 5 egyén 3–6 légfürdőjének a megfigyelése szolgált alapul, a melyek között az illetőknek az 1. vagy 2. és a 11–21. légfürdőjének az adatai szerepelnek. Ezeknél, épen úgy, mint egy kis fiúnál is, a ki úgyszólván egész napon át szokott légfürdőt venni, úgy, hogy ennél akár száz megelőző légfürdőt is számíthatunk: a megszokás csak abban nyilvánult, hogy ezek a hűvös és hideg levegőt jobban tűrték és hogy még hosszas légfürdés sem hatott igen rájuk bágyasztóan, mint az kezdőknel néha megesik. Ezeknél a testhőmérséknek a légfürdőben mutatkozó változásai jóval az átlagon alul maradtak. Gyakran ismételt légfürdőben tehát a hőszabályozás, úgy látszik, pontosabban történik.

Az egészségi állapot hatása a változásokra eseteimből nem mutatható ki. Ha csak a vérnyomás változásait tekintjük is, különböző eltéréseket találunk egészségeseknél: pl. 8, 17, 15 és 18 mm. nyomáseszkennést a verőerekben, a mikor a venosus nyomás 1, 8, 5 és 13 cm.-rel süllyedt, és eltérő különbségeket találunk pl. neurastheniásoknál is, a kiknél 3, 5 és 32 mm. art. nyomáseszkennést és 6, 10 és 2 cm. venosus nyomáseszkennést láttam, aránylag hasonló feltételek mellett. Insufficiencia aortae egy esetében 19 mm.-rel süllyedt a nyomás a verőerekben és 1.5 cm.-rel a vénákban; insuff. mitralis egy esetében 14 mm. verőeres és 0 venosus nyomáseszkennést találtam hűvös, illetve langyos légfürdők végén, a midőn mindkettőben az érlelések száma 4–6-tal szaporodott. De ilyen változásokat, vagy ezeknél kisebbeket nagyobbakat egészségeseknél is találtam. Itt említhetem egyúttal azt is, hogy vizsgálataimból nem tűnt ki, hogy az art. és a venosus nyomásváltozások között valami állandó viszony volna, mert láttunk csekély változásokat az art. nyomásban és nagyobb fokúakat a venosusban s fordítva. A venosus épen úgy csökkent a hűvös és langyos légfürdőkben, a mikor az arteriákban is csökkent a nyomás, mint a hideg levegőben, a mikor az art. nyomás emelkedett.

A következő táblázatban két olyan csoport átlagszámait vannak egymással szembeállítva, a melyek között a gyomor telt-ségi állapotán kívül a többi tényező közel egyenlő volt. Az első csoportban feljegyzett adatok öt eset átlagos számai, a melyek $\frac{1}{4}$ –1 órával az evés után vett légfürdőre vonatkoznak; a második csoport adatai üres gyomrúak vizsgálási eredményeit mutatják,

ezeket nyolcz eset változásából számítottam ki. A levegő hőmérséke valamennyinél 18.5 C°-nál magasabb volt, a fényerő közel egyforma, $\frac{1}{44}$ és $\frac{1}{42}$, szintúgy a légfürdő tartama is.

| | A levegő | | Szél | Ér- lökés | Testh- mérsék | A légzések | | Vérnyomás | |
|-----------------------|----------|------|------|--------------|------------------|------------|--------|-----------|-------|
| | párat. | hőm. | | | | száma | mélys. | art. | ven. |
| I. (telt gyomor) ... | 53.5 | 24 | — | —5 | —0.02 | —3.3 | +2 | —16.6 | —8.6 |
| Kezdeti érték ... | | | | +89.6 | 36.9 | 21.8 | 6.3 | 97.6 | +9 |
| Változás %-ban ... | | | | —5.6 | —0.067 | —15 | +31.5 | —17 | — |
| II. (üres gyomor) ... | 69.4 | 21 | 2.5 | +3.2 | —0.09 | —0.62 | +3.75 | —13 | —3.43 |
| Kezdeti érték ... | | | | 70.5 | 36.3 | 18.2 | 7.87 | 87.1 | +4.75 |
| Változás %-ban ... | | | | +4.5 | —0.25 | —3.4 | +47 | —14.9 | — |

Legfeltűnőbb, hogy a kezdeti értékek, kivéve a légzés mélységét, tele gyomornál nagyobbak mint üresnél. A légzések száma, az art. és venosus nyomás étkezés után vett légfürdőben jobban csökkent, de a légzés mélysége kevésbé fokozódott, a test hőmérséke kevésbé süllyedt. Ez utóbbit valószínűleg az emésztés folyamata okozza, az előbbi fokozott változások meg valószínűleg onnan erednek, hogy étkezés után a kezdeti értékek nagyobbak voltak és ezek az étkezés után hosszabb időre bizonyos fokig (a mikor még a légfürdő folyamatban volt) légfürdő nélkül is csökkentek volna. Azt, hogy üres gyomornál az érlelések száma emelkedett, azt hiszem a szél rovására kell írni. Különböző valószínű, hogy abban is a szélnek volt része, hogy az üres gyomrúknál a hőmérsék jobban, a légzések száma meg kevésbé csökkent; ezen értékeket tehát a szél figyelembevételével kell számításba venni. Mint tény csak annyit lehet mondani, hogy a légfürdő okozta változások nagyjában egyformák, akár üres, akár telt gyomorral vesszük a légfürdőt; ha a változásokban mégis mutatkozik némi különbség, az annak tulajdonítható, hogy megtelt gyomornál a kezdeti értékek átlag magasabbak.

(Folytatása következik.)

T Á R C Z A.

A budapesti egyetem orvosi fakultásának párhuzamos klinikai telepe.

A vallás- és közoktatásügyi miniszter a budapesti egyetem orvosi fakultásának fejlődésére nagy fontosságú ügyben döntött: elfogadta az orvosi fakultás tanártestületének javaslatát s hozzájárult, hogy az 1904. évi XIV. törvényezikk által a budapesti egyetem orvosi kara mellett létesítendő egyetemi kórház építésére engedélyezett öt millió koronából a botanikus kertben egy második, párhuzamos klinikai telep létesüljön.

E döntés alkalmas arra, hogy a budapesti egyetem orvosi fakultását eddig nem ismert fejlődésre vezesse.

Az 1904. évi XIV. törvényezikk a budapesti egyetem orvosi tanártestületének régi, még 1867-ből származó óhaját teljesítette. A törvény „a budapesti királyi egyetem orvosi kara mellett létesítendő egyetemi kórház építésére öt millió koronát irányoz elő”. Az indokolás szerint a közkórház „az egyetemi klinikák csekély beteglétszámából az orvosképzésre háramló bajokon segíteni van hivatva”.

A törvény szentesítése után Berzeviczy Albert akkori vallás- és közoktatásügyi miniszter 1904. június hó 20.-án értekezletet tartott, melyen csakhamar kiderült, hogy az összeg legcélszerűbb felhasználása felől a vélemények eltérők. Az ellentétek még élesebbé váltak az építési bizottság ülésein, úgy hogy a bizottság egyik tagja halasztási indítványt tett, és pedig azon ezéltzattal, hogy a tanártestületnek alkalma legyen állást foglalnia.

A tanártestület megbízta egyik tagját, hogy az egyetemi kórház építési ügyéről jelentést tegyen. Ezen jelentés alapján ismételt tárgyalások után a következő határozatok hoztak:

I. A tanártestület a klinikai oktatás érdekében első sorban a még kedvezőtlenül elhelyezett s elégtelen ágyszámú klinikai főtárgyak igényeinek kielégítése céljából a II. sz. belorvostani klinika, az I. sz. sebészeti klinika s a jelenlegi szemészeti klinika újraépítését s az I. sz. női klinika számára fertőző osztály felépítését kéri.

II. Másodsorban a még hiányzó speciális klinikák, ú. m. elmeorvostani, bőr- és bujakórtani, gyermekorvostani, II. sz. szemészeti, fülészeti, gégeészeti klinikák s fogászati intézet építését, úgy-szintén az idegklinikai jobb elhelyezését óhajtja.

III. E szükségletek kielégítésére két párhuzamos klinikai telep létesítését tartja a legcélszerűbb megoldásnak és pedig a következő terv szerint:

A) Belső klinikai telep.

1. Az orvoskari központi épület földszintjén gyógyszerár, felvételi iroda, műszaki iroda; I. emeletén gazdasági hivatal, kibővített dekanatus s egyéb hivatalos helyiség: *administrativ centrum*; II. s III. emeletén az eddigi intézetek.

2. A gazdasági hivatal mostani épülete nagyrészt kiürülven, a szegénytelenül szűk apáczalak megnagyobbítható, betegszobákkal ellátható, a konyha és gépház helyzete javul s egy magasabb kéménnyel ellátható.

3. Az I. sz. belgyógyászati klinikához csatoltatik a II. sz. belgyógyászati klinika, melyből az apácza helyisége is a megüresedett gazdasági épületbe helyezhető s így körülbelül 180 ágy fog rendelkezésre állani.

4. A II. sz. sebészeti klinika 144 ágygyal.

5. Az I. sz. női klinika 134 ágyhoz 16 ágyú fertőző-osztályt kap s így összesen 150 ágygyal rendelkezik.

6. A 4. klinikai főtárgy: a szemészet a Mária-utcai fronton 70 ágygyal.

7. Az I. sz. sebészeti klinika mostani épületében a bőr- és bujakórtani klinika 80 ágygyal.

8. A Pál-utcai I. sz. ház telkére a fogászati intézet.

B) Botanikus kerti klinikai telep.

1. A II. sz. női klinika 143 ágygyal.

2. A II. sz. belorvostani klinika új épülete 140 ágygyal s

3. 32 ágyas fertőző osztály.

4. A tüdőbetegek osztálya 46 ágygyal.

5. Az új I. sz. sebészeti klinika 120 ágygyal.

6. A II. sz. szemklinikai 70 ágygyal.

7. A gyermekklinikai 61 ágygyal s 39 ágyas fertőző-osztályokkal.

8. Az idegklinikai 54 ágygyal.

9. Elmeklinikai 154 ágygyal.

10. Orr-, gége- és fülklinikai.

11. Ápolónői lak és gazdasági épület.

A megokolás szerint a két telep együttesen alkotná az „egyetemi kórházat”, melyen belül vannak a klinikák. A belügyminister amúgy is hozzájárult, hogy a klinikák is élvezzék azt a jogot, hogy a szegény betegek ápolási díjait a betegápolási alap terhére felszámíthassák. A klinikai igazgatók ama joga, hogy a tanításra alkalmas eseteket szegénységű bizonyítvány nélkül is díjtalanul felvehessék, esorbíthatatlanul fennáll épen úgy, mint Kolozsvárt.

A midőn a tanártestület közkórházat kívánt, az akkor még csekély ágyszámú klinikáknak 800—900 ágyas közkórház tűrhető beteganyagot szolgáltatott volna, de a mai klinikák 770 ágyára clostva a tervezett 400 ágyat — a többi mindenesetre a klinika lenne —, az oktatásra kevés haszon hárulna. Ma a klinikákra való tódulás olyan nagy, hogy nem merítés, hanem elhelyezés céljából van több ágyra szükség.

A midőn az állam a most meglevő 770 klinikai ágyhoz körülbelül 700-at csatol s így körülbelül 1500 ágyat s ezekkel kapcsolatos nagy ambulanciát tart fenn, a várossal szemben vállalt obligójának is eleget tesz. A várost teljesen, a mint az a felterjesztéseiből is kiviláglik, olyan közkórház elégitene ki, melynek sok száz ágya épen a neki legterheesebb, de az oktatásra legalkalmatlanabb betegek, mint pl. tuberculotikusak, epilepsziások

elhelyezésére szolgálna, ilyen kórház azonban az egyetem céljaira teljesen használhatatlan.

Még azon helyeken is, a hol a klinikák évszázad óta kórházzal kapcsolatban voltak, ezt most megszüntetik: Bécsben az Allgemeines Krankenhaus helyébe *csak* klinikákat építenek, ezt teszik Berlinben, Lipcsében s Münchenben is. Annál is inkább indokolt ez nálunk, hol a fejlődés már eddig is ezen az úton indult. A törvényhozás negyedszázad alatt a legtöbb disciplinát nagy klinikákkal látta el,¹ most már azon szakmákon van a sor, melyek e jótéteményben még nem részesültek s ezek között első sorban a *belorvostanon*.

A párhuzamos klinikai program, ha a beruházási törvény betűjével nem is egyezik teljesen, de annál is inkább megfelel a törvény intentionának s az egyetem orvosi fakultásának igényeit jól s aránylag a legkevesebb összegből elégiti ki.

A vallás és közoktatásügyi minister a tanártestület javaslatát *lényegében* elfogadta, s a belső klinikai telep szükségleteinek egy részéről, a melyek az öt millió koronából nem voltak megvalósíthatók, tárczájának keretén belül máris külön gondoskodott. (I. sz. szemklinikai, az I. sz. női klinika fertőző osztálya, fogászat.) Sőt mivel az idegklinikai jelenlegi elhelyezése teljesen célszerűtlen s elégtelen, ennek felépítésére is megjelöli az utat.

Ilyen módon két hatalmas telep létesül, melyek mindegyikén képviselve van a négy klinikai főszakma: belorvostan, sebészet, szemészet, szülészet és nőorvoslás, s ezeken kívül a belső klinikai telepen a bőr- és bujakórtan, fogászat, gége-, orr- és fülbajok, a külső telepen pedig az elmebajok, gyermekorvostan s idegbajok.

Az által pedig, hogy a külső telep a botanikus kert 100,000 négyzetmeteréből csak 70,000-et foglal el, a még fennmaradó terület módot nyújt a további fejlődésre. A botanikus kert áthelyezése ugyanis már a legközelebbi jövőben megoldást nyer. Az orvosi fakultás e nagy arányú fejlődését nemcsak az orvostanhallgatók számának nagymérvű emelkedése teszi indokolttá, hanem akkor, a midőn a bécsi klinikák 40 millió korona költséggel újjáépülnek, kötelességünk nekünk is gondoskodni arról, hogy orvosaink megfelelő kiképzése hazai földön lehetséges legyen.

A két egyetem orvosi facultásának ezeltudatos fejlesztésében igen nagy érdeme van a ministerium főiskolai osztálya vezetőjének Tóth Lajos ministeri tanácsosnak, ki Trefort és Markusovszky traditóját nemcsak híven ápolta, hanem nagygyá növelte.

A klinikáknak elégséges betegágyakkal való ellátását 40 év előtt Korányi Frigyes nagyszabású memorandumban sürgette, óhajtása tökéletesebb formában ma, 40 év után megvalósul.

Azóta 8 vallás- és közoktatásügyi minister tünt le a politika szinteréről. Magának a beruházási törvénynek benyújtása óta az 5. minister intézkedett ez ügyben. S az indítványozó ma is ugyanazon buzgósággal, lelkesedéssel s hivatottsággal képviseli hazánk kulturáját s közegészségügyét, mint 4 évtized előtt — annak élő bizonyosságául, hogy Bacon mondása ma is igaz: a tudomány hatalom. G. E.

Megjegyzések Györy Tibor dr. egyet. magántanár „Egy lithotomia története 1834-ből” című közleményére.

Perjési Mihály seborvosnak érdekes aktái a mellett látszanak tanúskodni, hogy nem egészen ok nélkül volt nagyra kö- esetével.

Körtörténetéből megállapíthatólag az ő esete nem volt stereotyp lithotomia. Az a kö csak kis részével lehetett benne a hólyagban, legnagyobb részében húgyesőkö volt, mely körül a húgyeső kitégült s a vizelet pangás következtében a tágulás folytatódott a húgyeső mentén előbbre is. Ehhez húgyesőkőrűli gyuladás csatlakozott a herezacskóra is ráterjedőleg. Perjési jó sebészi érzékkel odametszett be a gáton, hol a daganat a legkiemelkedőbb volt, t. i. a „Tök zacskó alsó részébe”. Mindjárt megnyitotta a kitégült húgyesövet is. Hogy pedig a húgyeső kitégült volt, nemcsak az bizonyítja, hogy a bemetszés után azonnal sok vizelet ürült,

¹ Az orvosi fakultás beruházásaira 1867—1894-ig 7¹/₂ millió koronát, 1894—1904-ig újabb 5 millió koronát fordítottak.

hanem az is, hogy ebből a sebből „szabad kézzel“, tehát vezető eszköz segítségével nélkül feljuthatott a köig. Az a kitétele, hogy a követ a hólyag nyakánál találta, „még pedig a természet önön munkállódása által a Hójjagon levő nyílásban“, Perjési azon felfogására vall, hogy a hólyag természetes úton igyekezett a követ magából kiküszöbölni s az már útban volt kifelé. Nem lehetetlen ez sem. De valószínűbb az, hogy itt a húgyvese hátulsó részében székülő körül van szó. E mellett szól a kórelzmény azon adata, hogy 18 évvel a műtét előtt a beteg két babmekkoraságú követ húgyvesővén át ürített ki, mely után egy negyed évig könnyebben volt. Azután megint visszajöttek előbbi kínos fájdalmai, melyek állandóan meg is maradtak. Ügylátszik a hólyagból ekkor megint egy kő jutott a húgyvesőbe, a prostatikus részben mindjárt meg is akadt, s ott fokozatosan növekedve okozta a jelzett szövödményeket.

Hasonló köesetek ma is tanulságosak, szakegyesületben ma is bemutatathatók.

Bakó Sándor dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Hugo Magnus: Die Organ- und Bluttherapie. Breslau 1906. J. M. Kern's Verlag (Max Müller). 70 oldal. Ára 2 Mk. 50 Pf.

Az organotherapia történeti fejlődésének vizsgálata elénk tárja ama jelentőséges tény, hogy a legmodernebb újkor gyógyászati törekvései mily messze gyökereznek a mult időkben és nem a jelenben, mint a hogy sokan hiszik vagy hihetni vélik. Alkotó erővel szól belé ebbe a modern fejezetbe is „a tegnap“, s ha felütjük a régi lapokat: az eszme folytonosságát tüntetve fel, magyarázólag szólalnak meg.

A mikép a neurastheniában, a hysteriában, a choreában cerebrint rendel a modern orvos, úgy az ó- és a középkorban a különböző állapotok agyvelejét kiszáritották, porrártörték és fejfájás, szédülés és göresök ellen alkalmazták. De felhasználták az állatok máját, lépét, tüdejét és egyéb belső szerveit is, hogy a megfelelő szervek bántalmi ellen adják be betegeiknek. A humoralpathologia álláspontja szerint a különböző szerveket, így a vért, a nyálat, a spermát stb., melyeket emberből vettek, szintén alkalmazták a betegek gyógyításában; ma sanguinált vagy sanguinolt, parotis siccát, spermint stb. rendelünk. Csak néhány példával illusztráltam, mennyire tanulságos olvasmányként ajánlhatjuk Magnus könyvét, mely az „Abhandlungen zur Geschichte der Medizin“ XVII. füzeteként jelent meg.

Gy—y.

Max David: Grundriss der orthopädischen Chirurgie für prakt. Ärzte und Studierende. 2. Aufl. Berlin, 1906. Verlag von S. Karger. 6 Mark. (184 ábrával.)

David könyve, mely hat év után most érte meg második kiadását, egyenesen a gyakorló orvos és az orvostanhallgató számára készült. A szerzője benne oly vezérfonalat óhajt nyújtani, melynek kapcsán az orvosi tudománynak azon terét nyissa meg a gyakorló orvosok előtt, hol eddigelé pusztán csak a specialisták működtek.

Ezen céljának a munka meg is felel. Elméleti fejtegetéseket csak röviden és annyiban találunk, a mennyiben ismeretük a therapeutikus beavatkozásra okvetlenül szükséges. A módszerek közül pedig csak azokat említi a szerző, a melyeket a gyakorló orvos is könnyen használhat. Említésre méltó, hogy a szerző melegen ajánlja csipőzsugorodások kezelésénél Dollinger tanár módszerét és az eljárást ábrák kíséretében terjedelmesen ismerteti.

Nagy anyagát David Hoffa tankönyvének nyomán osztotta fel; áttekintése igen világos, iránya könnyed. Azt hiszem, hogy a könyvet haszonnal forgathatják mindazok, a kiknek számára a szerző első sorban írta.

Gergő.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A Bier-féle pangásnak a fertőző folyamatokra gyakorolt befolyását illetőleg Heyde végzett kísérleteket, melyekről Baumgarten tanár számol be. Heyde házinyulak térdizületébe, egyes esetekben csak az egyikbe, máskor összehasonlítás végett mindkettőbe, tuberculosisbacillusokat, staphylococcusokat, lépfenebacillusokat fecskendezett be s a fertőzött végtagot, illetőleg azok egyikét, hosszabb ideig a Bier-féle pangásos módszerrel (gummicsökötés a czombhajlatban) kezelte. Az oltás után azonnal alkalmazott 36—48 órai kötéssel a lépfenefertőzés kifejlődését teljesen meg lehetett akadályozni. Kevésbé kedvezők voltak az eredmények staphylococcus beoltása után: csak a könnyebb infekciók gyógyultak gyorsabban, míg a súlyosabbak gyakran még hevenyebb lefolyásúvá váltak. Tuberculosis-fertőzésben pedig úgyszólván hatástalan maradt a pangásos kezelés, a mennyiben nem lehet positive bizonyítónak tekinteni azon néhány esetet, melyben a fejlődött elváltozás a kezelt végtagon valamivel kisebb fokú volt. Lokális tuberculosist gyógyítani s a halálos általános infekciót megakadályozni nem sikerült.

A Bier-féle pangásnak a lépfene- és staphylococcusinfectioira gyakorolt — mindenestre csak feltételes — kedvező hatásának előidézésében valószínűleg több tényező szerepel. Jelentőséggel bír itt első sorban a transsudatum baktericid hatása, jóllehet ez kisebb mint a normális savóé, a mint a kisebb concentratiojából várható is. A baktericid hatás azért jut inkább érvényre, mert baktericid anyagokat tartalmazó folyadék nagy mennyiségben halmazódik fel a szövetekben. E baktericid tulajdonság nem mindig kedvező a szervezetre nézve, mert ha a bakteriumok elpusztulnak, kiszabadulnak endotoxinjaik, a melyek vagy lokálisan, vagy — a kötés eltávolítása után — általánosan mérgezik a szervezetet. Ebből magyarázhatók a Bier-féle eljárás káros mellékhatásai, melyeket úgy állaton, mint emberen észleltek (Lexer). Ha kisebb bakteriummennyiséggel történt a fertőzés, akkor a bakteriumölő hatás mégis túlsúlyban van az endotoxinok felszívódása útján támadó káros befolyással szemben, úgy hogy ilyen esetekben a gyógyulás pangással megindítható és siettethető. A kötés akadályozza a felszívódást s ennek jelentőséget kell tulajdonítanunk, ha nem is mint gyógyító, de mint védő faktornak. Lépfenével lokálisan fertőzött állatok 24—30 órai Bier-féle kezelés után általános fertőzésben pusztultak el, a 36—48 óráig kezelt nem. Kedvezően hat még a vérkeringés lassabbodása, miáltal az aërophil bakteriumok kevesebb oxygent kapnak; továbbá az elválasztott toxinok felhígítása a transsudatum által és különösen a pangás miatt pathologikusan megváltozott szövetanyagcsere, a mely nagyobb mértékben hat károsítólag a bakteriumokra, mint a szövetsejtekre. Az élősdű organismusok épen a normális anyagcsere mutató szövetekben találják optimális életfeltételeiket, míg a megváltozott anyagcsere alkalmatlan táptalajjává teszi számukra a szöveteket. Ennek felvételére készlet az a tény, hogy a pangással kezelt helyeken a bakteriumok nagyon lassan pusztulnak el, inkább az éhségi, mint a mérgezési halál képét mutatják s a gyógyulás után is sokszor még megtalálhatók. Ha a baktericid hatásnak egyfelől, a megváltozott táptalajnak másfelől tulajdonítjuk főképen a Bier-féle pangás jótékony hatását, akkor érthető, hogy lokális tuberculosisban nem érünk el vele eredményt, mert ennek bacillusa úgy a normális savó baktericid anyagai, mint az éheztetés iránt majdnem teljesen érzéketlen. (Münchener med. Wochenschrift, 1906. 48. sz.)

Gyógyszertan.

A blenal a santalol szénsavestere. Sárgás színű, olajszerű, csaknem iznélküli és szagtalan anyag, a mely vízben oldhatlan, alkoholban és aetherben oldható. 94% santalolt tartalmaz. Használatának javalatai azonosak a santal-olajéival. A blenal változatlanul halad keresztül a gyomron és a bélben lassanként hasad santalolra és szénsavra. A szabaddá vált santalol felszívódva, kifejti hatását. Minthogy a blenal teljesen közömbös, minden izgatató hatástól mentes szer, a mely csak lassan bomlik, a gyomorra, bélre vagy vesére gyakorolt károsító hatás nem támadhat; ez az,

a mi előnyösen különbözteti meg a santal-olajtól. Legjobb a szert tisztán bevenni, még pedig 15 cseppnyi mennyiségben 3-szor naponként. Kapható azonban kapszulákban is, a melyek mindegyike 0,3 gramm blenalt tartalmaz; ezekből 3 veendő be naponként 3-szor. A blenalt a Heyden-czég állítja elő. (Medizinische Klinik, 1906. 49. szám.)

Belorvostan.

Az influenza viszonyáról az emésztőszervekhez írt tanulmányt Norman Dalton. Az influenza okozta gyomor-bélzavarok nem gyakoriak ugyan, de azért mégis nagyon fontos az ismeretük, egyrészt mert a cholerahoz, typhushoz és dysenteriaéhoz hasonló kórképeket létesíthetnek, másrészt mert nem ritkák az olyan esetek sem, a melyekben az átfűrődő gyomorfekélyhez, az appendicitishez vagy a bélzáródáshoz hasonló állapotok miatt a műtét is szóba jöhet, már pedig az influenzás betegen végzett hasmetszés sokkal komolyabb jelentőségű beavatkozás.

A szerző mindenekelőtt a tápláló csatorna részéről jelentkező azon tüneteket írja le, a melyek a közönséges influenza lefolyásában rendszerint észlelhetők. Kiemeli, hogy sokszor nagyon kifejezett az ízérzés elveszése. Érdekesek az influenza kapcsán néha jelentkező hasmenésről szóló megjegyzései. Már régebben is leírták, hogy az influenzás hasmenés „eliminatorius” jellegű, vagyis megjelenésével a többi kóros jelenség eltűnik. Egy esetben a mérsékelt lázzal járt influenza kapcsán mindkét alsó tüdőlebenyben kiterjedt crepitatio támadt, a mely a láz megszűnése után is változatlanul megmaradt minden kezelés ellenére; a 25. napon erős hasmenés jelentkezett s ekkor rohamosan tünt el a crepitatio.

A továbbiakban azon esetekről szól a szerző, a melyekben az influenza mérge főleg az emésztőszerveket és idegeiket támadja meg. Előbb azonban mint gyakran észlelhető sajátzerűséget említi, hogy a baj a gyomorban szokott kezdődni és csak néhány nappal később megy át a bélre. Egyformán található ez úgy az enyhe, mint a súlyos esetekben, az utóbbiakban azonban talán kifejezettebben. Ha maga az influenza-mérge hatna helyileg, nehezen volna értelmezhető ez a sajátzerűség, a mely nagyon könnyen érthető, ha az influenza-toxin az emésztőszervek idegeire való hatásából magyarázzuk az emésztőszervek zavarait. Ezen felvétel mellett ugyanis könnyen lehetséges, hogy a toxin előbb a vagust támadja meg és csak néhány nap múlva a sympathicust. *Strange* esete élénken mutatja, hogy még ugyanazon idegnek (a vagusnak) különböző ágait is más-más időben támadhatja meg az influenza mérge; esetében az első napon a szív részéről voltak jelen tünetek (gyenge, szabálytalan, percenként 20 érverés, szívzorongás, halálfélelem), a második napon a tüdő (göresös köhögés), a harmadikon pedig a gyomor részéről (hányás). Egy további elég gyakori sajátysága az influenzás eredetű gyomor-bélzavaroknak, hogy ismétlődésre hajlamosak és hogy ismétlődéskor rendszerint súlyosabbak a tünetek.

Említettük, hogy az influenza néha a typhushoz hasonló kórkép alakjában mutatkozik: huzamosan tartó láz, hasmenés, néha véres székelés, lépmegnagyobbodás van, végül a status typhosus tünetei jelentkeznek. *Monié* roseolát is látott. Az ilyen esetek megkülönböztetése a typhustól nem könnyű; jelentősége van annak, hogy az influenza többnyire hirtelen kezdődik, főleg az ismétlődő robama; vannak ugyan typhus-esetek is, a melyek hirtelen kezdődnek, arra azonban nem ismer a szerző esetet, hogy a typhus-relapsus ne lassú hőemelkedéssel jelentkezett volna. Segítségnkre lehet a megkülönböztetésben az is, hogy typhusban szabályos remittáló láz van, míg influenzában többnyire szabálytalan a hőmenet. Végül pedig influenzában ritkán találunk roseolát, a bélsár nem mindig sárga, a betegség ritkán tart tovább 14 napnál és néha krizisszerűen végződik. A Widal-reactionnak csak ritkán fogjuk hasznát venni, mert a 14. nap előtt typhusban is akárhányszor negatív.

A cholerahoz hasonló alakban is jelentkezhetik az influenza. Hirtelen támadó bőséges hányás és vizes székelés van jelen nagyfokú elesettséggel, sőt collapsussal. Az ilyen esetek helyes felismerésében a bakteriologiai vizsgálat játszik nagy szerepet.

Néhány influenza-eset ismertetése után, a melyekben a tüne-

tek bélzáródásra, illetve gyomorfekély-átfűrődésre utaltak: a megkülönböztetés szempontjából arra hívja fel a szerző a figyelmet, hogy noha minden gyomor-bélbajban van cardiális depressio, influenzában ez mindig erősen kifejezett.

Végül egy nagyon súlyos esetét ismerteti a szerző, a melyben az influenzás intoxicatio gastrectasiát, majd pedig enterectasiát okozott.

Az influenzás eredetű gyomor-bélzavarok gyógyításában rend szerint csak expectative járunk el; nagyobb beavatkozások — tekintettel a szívűdésre hajlamosságra — lehetőleg kerülendők; a lázellenes szerek és eljárások, úgyszintén a hashajtók is csak nagy óvatossággal használandók. (The practitioner, 1907. január.)

A tüdőcsúcsok auscultatioja. Ismeretes, hogy a tüdőgümőkór kezdetén nagyon változó szokott lenni a tüdőcsúcsok auscultatiojának az eredménye, a mi *Krönig* tanár szerint főleg onnan ered, hogy nem egyforma időben végezzük a vizsgálatot. Valamint a heveny gonorrhoea vége felé, továbbá idült gonorrhoeában napközben ninesen váladék és csak a kora reggeli órákban találunk ilyet, akárhányszor azonban ilyenkor is csak akkor, ha gondoskodunk róla, hogy a beteg előzőleg 8—10 órán át ne vizelt legyen, a mi sokszor csak opium-suppositoriumokkal érhető el: épen így kezdődő gümőkórban is csak akkor van a kisebb légutakban számbajöhető mennyiségű váladék — a melynek jelenlététől függ első sorban a zörejek keletkezése —, ha hosszabb időn át meggyűlhetett. Ez az idő pedig az esetek többségében a kora reggeli órákban van; ilyenkor esetleg találunk auscultatiokor szörtyögést, míg a nemsokára beálló köhögés eltávolítván a váladékot, a későbbben végzett vizsgálat talán már negatív eredményt ad. Hogy a váladék az éjjel folyamán biztosan meggyűljön, a szerző este annyi morphiomot vagy codeint ad, hogy az éjjel teljesen köhögésmentes legyen és utasítja a beteget, hogy reggel is tartsa vissza a köhögését, míg az orvosi vizsgálat megtörtént. Némely szerzőnek azon ajánlatát, hogy az auscultatiós jelenségek fokozása czéljából a hurutot fokozó szert (jodkaliumot) adjunk, *Krönig* nem tartja követendőnek, mert egyrészt ilyenkor nem csupán a gümőkóros részekben, hanem egyébként ép nyálkahártyaterületeken is keletkezhetik duzzadás, a mely auscultatiós eltérésekre vezethet; másrészt pedig a beteg érdekében is elvetendőnek gondolja a hurutnak művi fokozását. (Medizinische Klinik, 1906. 48. szám.)

Idegkórtan.

A munka gyógyszer nem egy neurastheniás embernek. Ennek a gyógyító eljárásnak az alkalmazás módjáról tartott előadást nem régen *Laehr*, a Schönow-ház igazgatója. Kifogás alá esik szerinte, hogy sokan foglalkozótherapiáról beszélnek. A foglalkozás ugyanis elűzheti az unalmat, sőt egy bizonyos fokig el is terelheti a beteg figyelmét a bajáról, de csakhamar automatamódon megy végbe és a kóros gondolatvilág újból elfoglalja uralmát. Csak annak a munkának van meg a gyógyító ereje, a mely az egész embert igénybe veszi, unalmat űz, a gondolatokat maga számára foglalja le, felvidítja a kedélyt, és a mi a legfőbb, valami okos czél felé mutat. El kell ismerni, hogy ez is csak psychotherapia, de mégis eredményesebb, mint az egyszerű rábeszélés, felvilágosítás, magyarázás, szóval tartás, a melylyel *Dubois* oly jelentős sikereket ér el, de a mely módszert más orvosok nem tudnak olyan ügyesen alkalmazni. Azok a hosszú psychotherapeutikai ülések a magángyakorlatban nagyon hasznosak lehetnek, de kórházban kevésbé alkalmazhatók.

A munkatherapiát igazán meg kellene honosítani minden kórházban, a hol ideges embert felvesznek. Az az ideges ember, a ki dolgozni szokott otthon, sokszor már azért is megszenved a kórházi vagy sanatoriumi tartózkodást, mert ott tétlenül kell töltenie az idejét és így betegségén kell törnie a fejét. A munka annak a neurastheniás embernek a gyógyszere, „a ki beteges szervi érzésben szenved, vagy egyoldalú képzetek és hangulatok kényszere alatt munkaképességében annyira szenvedett, hogy nem tud, vagy nem eléggé tud megfelelni azoknak a követeléseknek, a melyek elé az élet vagy a hivatása állítja”. Az ok kérdése itt mellékes, az idegesség faja sem igen fontos. Nem kell tehát külön szólni a hysteriáról, neurastheniáról stb., hanem valamennyi

„psychoneurosis“ össze lehet foglalni. Különösen jó eredményt ad a munka az olyan betegen, a ki folyton baját figyelgeti, és az olyanon, a ki attól fél, hogy munkaképtelen lesz. Sajnos, hogy ezek között olyan is van, a kinek a munka ellen táplált ellen-szenvét, lustaságát nem sikerül leküzdeni. Természetes, hogy az olyan ideges ember, a ki baja mellett amúgy is dolgozik, nem szorul munkatherapiára. Sok ember, a ki épen a munkától fáradt el, a kinek pihenésre van szüksége, ugyancsak nem való a dolgoztatásra. A mikor Németországban a munkasanatorium név elterjedt, egyik-másik orvos azon a nézetben volt, hogy a degenerált, szellemileg rendellenes embereket, imbecilliseket, dologkerülőket itt fogják keresetképes, dolgozó emberekké átgúrní. Ilyeneknek azonban a sanatorium nem való. Nagyon elgyengült, vagy acut izgatottságban levők sem alkalmasak a dologra, legfeljebb ha az izgatottságból kimenekültek és megnyugodtak. Néme-lyek hysteriában nem láttak eredményt, de ezt nem lehet általánosítani, leginkább a gyengébb felfogású hysteriásokkal nehéz boldogulni. A balesetneurosisokban egyszer-máskor fényes volt az eredmény, ismét máskor teljes volt a sikertelenség. A tie ritkán gyógyul. Ha nem is lehet dolgoztatni az elfáradt embert, ezt a tételt nem szabad alkalmazni azokra, a kiket neurastheniás fáradtságérzés kínoz, a nélkül, hogy igazán pihenésre szorulnának. Az ilyeneket jó dolgoztatni. Sokan arra gondoltak, hogy a neurastheniás beteg válaszsza életpályául azt a hivatást, melyet a munkasanatoriumban tanult és a melytől meggyógyult. A tapasztalat ezt az elméleti nézetet nem igazolta. A munkatherapia sohase álljon egyedül, fel kell használnunk a többi gyógyító eljárásokat is. Hogy sanatoriumba tegyük-e a beteget, vagy nem, az az egyéb körülményektől függ.

Nehéz néha eldönteni, hogy kinek milyen munka való. Felhasználhatjuk a sportot, a művészetet, irodalmat, tudományos foglalkozást, kerti munkát, favágást, hólapátolást, fafaragást, lombfűrészmunkát, fotografálást, kötést, kefekötést stb. Többször vesz-szük elő a kézi munkát, ritkábban a szellemi. Fő, hogy a beteg célt lásson. Konyha, főzés, háztartás a sanatoriumban nem valók a beteg kezébe. Jók a közös munkatermek, az orvos ellen-örzésével. A munkateremben szigorúak legyünk, de néha napján dicsérjük meg a beteget, az elismerés jól esik neki. Díjkitűzések féltékenységre vezetnek, ezért nem jók. A munkát megfizetni szintén nem célszerű. Kerülni kell a túlbuzgóságot, mert fáradtság a vége. Egy beteg ne fogjon sokfélét.

Ha a beteg munkáját a kórház szükségleteinek előállítására vesszük igénybe, ugyanazzal a pénzzel több emberen segíthetünk. (Wiener klinische Wochenschr., 1906. 52. sz.) *Kollarits Jenő dr.*

Sebészet.

Adatok az elsődleges vékonybél-sarkoma ismeretéhez. *La Roy* három esetet ismertet, melyeket főleg kórboncolástani szempontból tett vizsgálat tárgyává. Első esete orsósejtű sarkoma volt, mely heges fekélyből keletkezett; resectio; halál hashártyagyula-dás következtében; áttételek nem voltak. A második eset sok-szoros másodlagos bél-melanosarkoma volt (1250 göböt számláltak meg); az elsődleges daganatot 3 hónap előtt távolították el; át-tételek voltak az agyban is. A harmadik eset tüdő- és bélgümö-kóros nőre vonatkozik, kinek boncolásakor ileocecalis lympho-sarkomát találtak; a sarkoma ezen helyen igen ritka, rendszeren a jejunumban vagy az ileumban található; a vastag- és vakbélben főleg rák fordul elő.

A francia irodalomban csak három elsődleges vékonybél-sarkoma-eset ismeretes. A német irodalomban több esetet közöltek ugyan, de ezek leginkább lymphosarkomákra vonatkoznak. A szerző munkáját az elsődleges vékonybél-sarkomák klinikai tüne-teinek összefoglalásával végzi. (Archives internat. de chirurgie, III. kötet, 1. füzet.) *Lobmayer Géza.*

A malariás lépmegnagyobbodás kezelése. *Remedi* cagliarii sebészstanár munkájának első részében a lép működésére vonatkozó ismereteink jelen állását ismerteti. Saját vizsgálatai alapján azon meggyőződésének ad kifejezést, hogy a lép és a hasnyál-mirigy kiválasztása között nincs összefüggés. A munka második része 17 klinikailag észlelt splenomegalia-esetre vonatkozik, ezek

közül 15-ben malaria volt kórokozó gyanánt kimutatható; két esetben a lép nagyfokú mozgékony-sága volt jelen. A 15 eset közül 14-ben a gyógykezelést chininsók és jod-jodkalium intra-muscularis befecskendezésével kezdte. Azon esetekben, melyek-ben a lép eredeti helyzetét a rögzítő szalagok épsége, vagy a perisplenitis következtében létrejött összenövésék folytán meg-tartotta, ezen gyógykezelés eredménye kitünő volt. A lép tetemes megkisebbedése és az általános állapot lényeges javulása követ-kezett be, a vér összetétele pedig a rendeshez közeledett. A mozgékony lépmegnagyobbodás esetében ellenben a kezelés folytán az általános állapot javult ugyan, de a megkisebbedés lényegte-len volt.

A lépmegnagyobbodás okául a szerző egy proteolytikus fermentumot vesz fel, mely igen mozgékony lép esetében a véráram lassúsága folytán nem csupán a megtámadott vörösvérsejteket, hanem az egészségeseket is elpusztítja. Kísérleti úton bebizonyí-totta, hogy haemolysises tulajdonságokkal bíró anyagok sokkal nagyobb befolyással vannak a mozgékony lépre, mint a jól rögzítetre, mely körülmény makroszkopice tetemes megnagyobbodás-ban, mikroszkopice pedig a vörösvérsejtek erős pusztulásában nyilvánul.

A mi a gyógyítást illeti, a szerző helyzetváltozás nélküli splenomegáliában belső gyógyszerelést ajánl. A sebészi beavatkozás csak nagyfokú mozgékony-ság esetén javalt, a mikor a belső gyógy-kezelés nem is vezet célra. A választandó műtéti eljárás ilyenkor mindig a splenectomia, minthogy a splenopexiához szükséges körülmények majdnem kivétel nélkül hiányoznak. A szerző 17 esete közül 5-ben a belső gyógykezelés kitünően bevált; egy esetben ugyan laparotomiát végeztek, de ez csak próbapaparotomiának tekinthető, mert a nagyfokú összenövésék miatt minden további beavatkozást mellőztek. Egy másik esetben a gyógyszeres kezelést a sebészivel egyesítette s széles összenövéséket létesített s itt is lényeges térfogatsökkenés volt az eredmény. Kilencz esetben lépküirtást végzett a szerző (egy haláleset gyomorátfúródás követ-keztében a műtét utáni 5. napon). Egy esetben a nagy cseplesz és a lép között lapszerű összenövésék voltak; a műtő a cseplesz-sonkot arra használta, hogy vele a lépét a hasfalhoz rögzítse. (Archives internationales de chirurgie, III. kötet, 2. füzet.)

Lobmayer Géza.

Csigolyaficizamodás után beálló bénulás tünetei lényegesen megjavultak laminectomia után. *W. C. Krauss* esetében. A 22 éves erőteljes férfi sekély vízbe ugrott s mikor felmerült, félig öntudat-lan volt s felső és alsó végtagjai teljesen bénák. Egy masseur, a ki a helyszínén volt, látta, hogy a gerincoszlop nyaki részén deformitás van, melyet valahogyan helyreigazított. A kórházba felvételén, oly tüneteket mutatott, mintha a gerincvelő a 6. nyak-csigolya szintjén teljesen szét lett volna válna. A jelzett bénulá-sos tüneteken kívül a II. bordától lefelé teljes anaesthesia, azon-felül priapismus volt jelen, továbbá hólyag- és végbélbénulás; majd decubitus és cystitis támadt. 15 nappal a sérülés után laminec-tomia, mely kimutatta, hogy a gerincvelő nem vált szét, csak laposra van nyomva, de a műtét alatt már nem nyomta semmi sem a gerincvelőt. Műtét után az érzés javult, de a bénulásos tünetek még jó ideig fennállottak, azonban lassanként mégis javultak annyira, hogy 5 hóval a sérülés után a beteg mint távirótiszt foglalkozása után láthatott. 10 hónappal a sérülés után segítséggel jár, írni, telegrafálni jól tud, az érzéketlen-ség csekély hypaesthesiává fejlődött, a hólyag jól működik, épen úgy a végbélzáróizom is. (Annals of surgery, 1906. nov.)

Pólya.

Az omentum szerepéről ír *G. K. Dickinson*. Tanulmányai eredményeit a következő pontokban foglalja össze: 1. Az omentum számos vére és laza szövete lehetővé teszi, hogy nagymennyi-ségű vér gyűljön meg benne, ha a verőeres feszültség nagy. 2. Összetapadásai által oly gyűjtőeres közlekedések származ-hatnak, melyek a helyi vérbőséget csökkentik. 3. Nagy felülete által gyorsan tud folyadékokat a vérrendszerbe felszívni. 4. Nyirokereit révén nagymennyiségű fehérvérsejtet tud szolgáltatni. 5. Összetapadásra való nagy hajlamossága által hézagokat, melyekbe az intraabdominális nyomás beszorítja, gyorsan elzár. 6. Fertőző góczokat bevon és a hasüreg többi részétől elhatárol.

7. A phagocyták felületére tapadnak s újra belépnek a nyirok-keringésbe. 8. Az omentum veleszületett hiánya vagy elvesztése műtét által az egyént kevésbé ellenállóvá teszi a peritoneális infectioval szemben. 9. A benne levő haemolymphmirigyek a lép működését el tudják látni. (Annals of surgery, 1906. nov.) *Pólya.*

A fossa ileocolicában (recessus ileocoecalis superior BNA) kizáródott sérvet operált *E. R. Second.* Ezen gödör, melyet elülről az arteria ileocolicának a caecum elülső felszínéhez futó ágát borító hashártyarész, hátulról a mesenterium, az ileum vége s a caecum felső belső részlete határol, *Moynihan* szerint (1899) csak anatómiai érdekességgel bír; hernia benne azideig nem észleltetett. A szerző esetében a caecum, az appendix, a felhágó vastagbélnek s az ileum végének egy része volt benne, a caecum már elhalás is volt. Bélsársipoly képzése s ennek másodlagos elzárása után a beteg teljesen meggyógyult. (Annals of surgery, 1906. nov.) *Pólya.*

Intussusceptiót és volvulust egy egyéneken ír le *Ware* és *Glover.* A 27 éves nő 1903-ban az ileum vége táján ülő vékonybél-invaginatioiban és 1905-ben ugyancsak az ileum végéhez közel esőleg vékonybélvolvulusban szenvedett. Mindkét alkalommal bélesectio vált szükségessé, mely után meggyógyult. (The Lancet, 4347.) *Pólya.*

Gyermekorvostan.

Az eklampsiás csecsemők fejlődésével a későbbi gyermekkorban foglalkozik *Thiemich* és *Birk.* Ennek tanulmányozására a breslauer gyermekklinika a csecsemőkori megfordult 64 esetet használtak fel. Ezek közül csak 53 volt egészen tiszta, nem szövődmenyes csecsemőeklampsiá, s az utánvizsgálás idejében 33 már iskolaköteles volt, míg 20 gyermek még nem járt iskolába. Az eklampsiás csecsemők későbbi sorsáról összefoglalóan a következőket mondják: A kórbonezolástan nem szolgáltatott ez ideig semmi alapot, a melyen az eklampsiá kórképét felépíthetnők, s ezért ragaszkodnunk kell functionális jellegéhez. Annak ellenére, hogy szervi elváltozások hiányoznak, az eklampsiás csecsemőkön a későbbi gyermekkorban többnyire igen nagy fokban észlelhetjük valamilyen kártékony befolyásnak nyomait. A megbetegedés tartama, a rohamoknak, recidíváknak száma semmi arányban sem áll súlyosságával. Ez vezette arra a szerzőket, hogy olyan okok után kutassanak, melyek a göresőkön kívül esnek; szerintük legfőbb ok gyanánt az öröklékenység szerepel. Míg azonban az epilepsiában közvetlenül az epilepsiás terheltég játszik nagy szerepet, addig az eklampsiára az epilepsiás terheltégnek semmi jelentősége sincs. De jelentőségteljes e tekintetben a neuropathia és szerintük ily módon meg van adva a lehetőség arra, hogy úgy az eklampsiát, mint a gyermekeken később észlelhető elváltozásokat egyetlen kiindulási pontra vezessük vissza, nevezetesen a hereditarius tényezők által már a csirában megtámadott agyvelőre. A neuropathia a későbbi életben két irányban nyilvánul: a gyermekek egy részében az értelmiség csökkenésében, a másikban a lelki élet csekélyebb értékében. Normálisan fejlett csak igen kis százaléka lesz e gyermekeknek. Végleges ítélet alkotására azonban a szerzők tapasztalatai nem elégségesek, mert csak alig tíz éves korukig kísérhették figyelemmel a gyermekek sorsát. Hogy mi lesz további sorsuk a későbbi évtizedekben, arra a választ csak a további hosszú észlelés fogja megadni. (Jahrb. f. Kinderhk. 1907. január.) *Flesch Armin* dr.

A bélspasmus mint az invaginatio oka. *Veau* 5 hónapos gyermeket operált, kin az invaginatio kifejezett tünetei voltak meg; minthogy a desinvaginatio sikertelen volt, resectiót végzett. A beteg a műtét után 36 óráig jól volt, hányása szűnt, spontán székelt. De 2 nap után újból heves hányás jelentkezett, puha, nem meteorikus has, alacsony (96) pulszszám mellett, úgy hogy a hashártyagyulladás kizárható volt. A szerző invaginatio-recidívára gondolván, újabb hasmetszést végzett. Műtétkor a vékonybélnek mintegy 50 cm. hosszú szakasza igen erősen összehúzódott, mintegy lúdtollnyi (!) vastagságú volt; ezen összehúzódott s tömött tapintatú bélszakaszon át bélgázokat s béltartalmat nem sikerült keresztülpréselni, miért is anus praeternaturalist készített. A beteg a beavatkozás után 6 óra múlva meghalt. A bonezoláskor ép has-

hártyát talált, az erősen szűkült bélrészletnek nyoma sem volt. A szerző felveti a kérdést, nem ilyen részleges bélspasmusok az alapokai e a csecsemőkön oly gyakran észlelhető invaginatioknak? Nem lehetne-e ezen bélspasmusokat bizonyos tekintetben a csecsemőkori pylorusspasmusokhoz hasonló jelenségnek tekinteni? (Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris, 1906.)

Faludi Géza dr.

Bőrkórtan.

Az epithelioma Röntgen-kezeléséről nyilatkozik *E. Schiff,* a ki úgy a bőséges irodalmi adatoknak, mint saját tapasztalásának számbavételével e kérdésben a következő tetteket hangoztatja: 1. A Röntgen-sugaraknak kiváló hatása az epitheliomák gyógyításában kétségtelen. 2. A Röntgen-sugarakkal való gyógyítás nem tekinthető azonban egyetlen és kizárólagos eljárásnak, mert csak egyenrangú gyógyító eljárásnak tartandó a többi kezelési móddal. 3. Nyilvánvaló, hogy a különböző fajtájú epitheliomák közt biológiai különbségek léteznek, a melyek eddig anatómiailag még nincsenek eléggé felderítve, s a melyektől a Röntgen-kezelés sikeres volta függ. 4. A Röntgen-gyógyítás támogatása céljából az esetek mineműsége szerint szükséges, hogy kisebb műtéti beavatkozásokat vagy edzéseket is végezzünk. 5. Olyan esetekben, a melyekben a Röntgen-sugarak jótékony hatása legkésőbbben a negyedik vagy ötödik ülés után nem állapítható meg, a kezelést abba kell hagynunk, mert ilyenkor már alig várható tőle haszon. 6. Az egyes megvilágítások közötti időközök ne legyenek túl hosszúak, és különben is ajánlatos erősebb sugarazást (középlágú csövek) alkalmazni, természetesen az ép bőrterületeknek gondos elfedése mellett. 7. Operatív beavatkozások után sokszor kívánatos, hogy utólagosan megvilágítsuk a megfelelő területet. 8. Nagy fontosságú a Röntgen-kezelésnek normális értéke is, a mely abban rejlik, hogy a beteget a műtéttől megkíméljük, továbbá abban, hogy a gyógyulás nemcsak egyenértékű a műtéttel, de cosmetikai szempontból előnyösebb is. (Fort-schritte auf f. Gebiete d. Röntgen-Strahlen. X. k., 4. f. 1906.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

A spermatozystát *Vautrin* és *Appfel* a Wolff-féle testből eredőnek mondja. Azt tapasztalták, hogy többnyire az ondózsínórnak epididymo-testiculáris részében fejlődik ki, ezenkívül legfeljebb még annak extraperitoneális lefutásában található. Egyébként elég jóindulatú bajnak minősítik és a kiirtását tartják az egyedül eredményes gyógyeljárásnak. (Annales des malad. des organ. génito-urin., 1906. 23. füzet.)

Drucker Viktor dr.

Lezajlott epididymitis után átjárhatók-e még a mellékhere csatornái? Erre a kérdésre feleletképen *Nobl* azokat a megfigyeléseit közli, a melyeket a megfelelő egyének ondóhólyagjának a kisajtolásakor észlelt. A savós mellékherelobnak az az alakja, a mely a leggyakoribb, szerinte csak elvétve vezet a kivetelőcsöveknek a teljes elzáródására; a többször ismétlődött rohamok sem gátolják feltétlenül az ondónak a lefolyását, sőt a csatornácskák működési integritása az ő tapasztalatai szerint még a phlegmonosus epididymitis igen súlyos alakjainak számottevő hányadában is megmarad. (Wien. mediz. Presse, 1906. 38—40. szám.) *Drucker Viktor* dr.

Prostat hypertrophia két esetében alkalmazott radiotherapiából *Tansard* és *Fleig* azt a tanulságot meríti, hogy a röntgenezés által előidézett atrophia a körtüneteket igen kedvezően befolyásolja. A besugárzást a gáttájék érzékenységére való tekintetből nagyon óvatosan kell végezni; a villamos áramot 5 Holz-knecht egységénél magasabbra emelni nem szabad; az ő kísérleteikben az alkalmazott sugarak a Benoist-féle radiochromometeren a 7-es jelzésen állottak. Mindenesetre tanácsosabb gyengébb besugárzással és hosszabb időközökben (15—20 nap) ismételt röntgenezéssel várni be a physikális és a functionális zavaroknak a megszűnését. Ezt a gyógyeljárást a következő esetekben tartják indokoltnak: 1. A fiatalokú prostatikusoknál, valamint azoknál is, a kiknek még nincsen retentiojuk. 2. A retentioval bíró

és pöcsapra utalt betegnél csak akkor, ha társadalmi állása nem igényel gyors gyógyulást. 3. Azoknál az öreg és törődött prostatikusoknál, a kik a véres műtétet már nem bírják ki. 4. Ha a hólyagnak a fertőzésével avagy valamely vesesérüléssel állunk szemben. A complicatiók közül a mellékherelobtól és a cystitis haemorrhagica-tól kell tartanunk. (Annal. des mal. des organ. génito-urin. 1906. 24. füz.)
Drucker Viktor dr.

Az ujjunkkal végzett prostata-massaget villamos árammal kombinálhatjuk azzal a készülékkel, a melyet *Dreuw* utasítása szerint a C. W. Bolle Nachfolger cég (Hamburg) hozott forgalomba. A condom segítségével ujjunk csúcsára szorított vékony fémlémez ennek alsó szélére erősített finom huzallal a faradikus áramba kapcsolhatjuk. (Monatsschrift für prakt. Dermatologie, XLII. k. 4. füzet.)
Drucker Viktor dr.

Venereás bántalmak.

A syphilisnek hydrargyrum salicylicummal való gyógyítását módosította *A. Strauss* (Barmen). Az oldhatatlan hydrargyrum salicylicumnak paraffinum liquidumban való suspensioja több hátránnyal bír. A só t. i. nem igen marad suspensioiban a folyékony paraffinban, hanem sűrű tömegben az üveg fenekére száll. Felrázaskor a keveredés csak hiányos, tehát nem megbízható. Pedig kétségtelen, hogy a syphilis therapiájában a hydrargyrum salicylicum egyike a legjobb szerekeknek. A szerző a sónak kiváló hatása miatt oly anyagot keresett, melyben jól marad meg suspensioiban. E célra a vasenolt ajánlja. A vasenolum liquidumban a salicylsavas kéneső állandó jó emulsiót képez, melyben a só igen finoman, minden rögcéskétől mentesen van elosztva. Nagy előnye a vasenolnak az is, hogy benne a gyógyanyagok úgy substantiában, mint vizes állapotban igen jól keverednek. Előfordul, hogy az injectiók erősebb fájdalmat okoznak s ezáltal kellemetlenné válnak. A szerző a fájdalomnak csökkentése céljából különböző anaestheticumokkal kísérletezett. Legjobbnak e célra a novocaint mondja. A novocaint mindig csak akkor keveri a higanyemulsióhoz, a mikor már használatba veszi. Cél szerű ezért a következő két keveréket tartani: I. Vasenol. hydrargyr. salicyl. steril. 10% 100'0. II. Novocaini 2'0—4'0, solve in aqu. destill. qu. s. Misc. S. I. et II. (Monatshäfte f. prakt. Dermatologie, 44. k. 2. sz. 1907.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A thymol mint féregűző szer *Guiart* szerint teljesen veszélytelen, ha ügyelünk, hogy ne oldatban jusson a szervezetbe és használata után csak vizet igyék az illető, mint a melyben csak nagyon kevésé oldódik, alkoholt, olajat, ezet pedig, mint a melyekben jól oldódik, ne vegyen magához. A szerző ostyában adja a szert, még pedig három egymás után következő napon reggel éhomra egy órási időközben 1 gramm adagban 2—3-szor. Ily módon használva a szert, kellemetlen mellékhatások sohasem mutatkoznak, legfeljebb némelyik ideges beteg panaszkodik gyomorégésről, a mi azonban könnyen leküzdhető hideg víz vagy jéglabdacok nyelésével; narancsvirágvíz is jól hat ellene. Az illetők e mellett fennjárhatnak, folytathatják rendes foglalkozásukat. Ha időközben magától nem jelentkezett volna bélürülés, az utolsó adag után 5 órával valami enyhe sós hashajtó adható. (Presse méd. 1906. szeptember 19.)

Puritus ellen langyos fürdőket ajánl *Riddle*, következő hozzátétellel: Rp. Natrii carbonici, Kalii carbonici aa 90 0; Boracis 60'0; Amyli 240'0. Ezenkívül helyi mosogatások végzendők a következő oldattal: Rp. Acidi carbolici, 12'0; Glycerini 30'0; Aqu. destill. 500'0. (Ref. Medizinische Klinik, 1906. 47. szám.)

Nátha ellen *Kohnstamm* az atropinum sulfuricumot ajánlja, mint a mely szer nemcsak a prodromális szakban hatásos, hanem a már teljesen kifejlődött náthát is gyorsan megszünteti. $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ milligrammot feloldunk fél pohár vízben és ezt a mennyiséget egy óra alatt lassanként elfogyasztjuk. (Therapie der Gegenwart, 1906. 11. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 4. szám. *Rotter Henrik*: Kiviselt méhenkívüli terhesség. *Paczauer Félix*: A keztyűs kéz és egyébek az asepsis köréből. „Honvédorvos” melléklet 1. szám. *Anka Aurél*: A modern gyalogsági fegyverek által okozott lött sebek hadi sebészeti jelentősége. *Szöllősy Attila*: Tábori egészségügyi rögtönzések.

Orvosok lapja, 1907. 4. szám. A 3. szám közleményeinek folytatása.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 4. szám. *Stahovszky Antal*: Egy sajátszerű járványos betegségről. „Közegészségügyi és törvényszéki orvostudományi szemle” melléklet 1. szám. *Schaffer Károly*: Az alkoholismus kriminogen jelentőségéről.

Vegyes hírek.

Árkövy József dr. egyetemi tanárt a „Société Belge de Stomatologie” január 20-án tartott ülésén egyhangúlag tiszteletbeli tagjává választotta. Hasonló kitüntetésben eddig még csak *Cruet* (Páris) és *Talbot* (Chicago) részesült.

A legközelebbi tisztiorvosi vizsgák Budapesten május hó 6-án kezdődnek. Az előkészítő cursusok április 8-án indulnak meg. Felvilágosítást ad *Kaiser Károly* dr., Budapest, I., Belügyministerium.

Az országos védőegyesület a nemi betegségek ellen f. hó 28-án tartotta az évi első együttes igazgatósági és választmányi ülését *Havas Adolf* alelnök elnöklété alatt. *Friedrich Vilmos* ügyvezető igazgató beszámolt az egyesület eddigi tevékenységéről. Megbízott előadók eddig 14 helyen tartottak felvilágosító és ismeretterjesztő előadásokat. A munkásbetegség-egyleti törvényjavaslat szaktanácskozmányán az egyesület hivatalból képviseltette magát és a *Lieberman Leó* által előterjesztett azon indokolt javaslatot, hogy bujakóros bajokban szenvedő betegek táppénzben részesíttessenek, az elnöklő államtitkár a törvényjavaslatba bevette. Az egyesület ismételt fordult az ország valamennyi középiskolájának igazgatóihoz, hogy az érettségizett ifjúságnak a nemi betegségtől való megóvása érdekében az egyesület által javasoltakat magukóvá téve, fogantassák. Tekintettel arra, hogy ezen felszólítás eredménynyel nem járt, az ülés elhatározta, hogy eziránt a közoktatásügyi kormányhoz felir. Végül bemutatja a tisztí kar által szövegezett ú. n. repülőlapoknak mintáját, a melyeknek tömeges terjesztését a végleges szövegezés után elhatározták. A nőnek felvilágosítása tárgyában tett indítvány, *Beke Manó* és *Kemény Ferencz* hozzászólása értelmében, tanulmányozás tárgyává tétetik. Az egyesület február hónapban három a nagyobb nyilvánosság elé szánt előadás megtartását határozta el. Ez előadások megtartására felkérte *Schreiber Emil* dr., államrendőrségi kapitányt, ki a prostitúció ügyének rendezéséről fog beszélni; *Blaschko* berlini orvost, a védőmozgalom egyik előharcosát, ki a külföld mozgalmairól és az általuk elért eredményekről fog beszélni; *Salgó Jakab* egy. m. tanárt, ki a nemi betegségek és az idegrendszer czimén tart előadást.

Róma tanár több indítványt terjesztett be, a bábák kiiktatásáról, fodrászszabályrendeletéről stb., a melyek elfogadtattak. *Schreiber* dr. rendőrkapitány felemlíti, hogy a belügyi kormány elvileg hozzájárult ahhoz a nagyjelentőségű reformhoz, hogy a prostituáltak rendőrorvosi megvizsgálásáért járó díjat ne maguk a kéjnök fizessék, a vizsgálóorvos kezeihez, hanem az orvosok rendszeresített fizetésben részesülve, e vizsgálatokat díjtalanul végezzék. Ezen elvi határozat gyakorlati végrehajtásának megsürgetésére hívja fel az egyesületet, mint erre hivatott erkölcsi testületet.

Ráskai dr. kidolgozott program alapján szervezendő nyolcz szakosztály alakítása iránt terjeszti be tárgyi és személyi javaslatait. E javaslatok megvitatását a legközelebbii gazgatósági ülés napirendjére tűzték. Végül *Deutsch* dr. a pénztáros nevében az egyesület pénzügyi viszonyairól számolt be.

R—i.

A Magyar Fogorvosok Egyesületének f. hó 15-én az Irgalmas-kórház fogászati osztályán tartott ülésén *Antal János* dr. egyetemi magántanár szájcarcinoma esetét mutatta be, mely érdekes először azért, mert kimutatható volt a carcinoma dentalis eredete, továbbá azért, mert egyike azon eseteknek, melyekkel világosan bizonyítható, hogy a carcinoma idejekorán felismerve és helyesen gyógykezelve, meggyógyítható. A bemutatás kapcsán a Magyar Fogorvosok Egyesülete *Antal János* dr.-nak következő indítványát fogadta el egyhangúan: „A Magyar Fogorvosok Egyesülete áthatva annak igazságától, a mit *Dollinger Gyula* tanár a Budapesti Kir. Orvosegyesület rákbizottságának 1906 november 15-én tartott értekezletén, illetve utóbbinak megnyitott előadásában mondott, midőn hangoztatva, hogy a közönséget „a rákbetegségnek egynéhány főbb megjelenési alakjára kitanítva, reábirjuk, hogy rákra gyanus bajaival minél korábban jelenjék meg orvosánál, mert a rák-beteg-ég többé nem gyógyíthatatlan, hanem azzá válik, hogyha korán nem gyógyítják”, egyesületünk köteletségének tartja, hogy ezen eszmének szolgálatába álljon és töle telhetőleg ezen irányban is működjön. Kimondja tehát az egyesület: 1. Hogy körlevelet intéz az ország összes kórházaihoz és ambulatóriumaihoz, a hol foghúzással foglalkoznak, mely körlevélben kéri, hogy azon nyomtatott „Értesítés”-t, melyet egyesületünk küld meg, akaszsa ki jól feltűnő helyen. Ezen „Értesítés” tartalmazni fogja a közönségnek szóló utasításokat, így egyebek között, hogy letörött fogak, foggyökerek, lyukas fogak, fogkö, mozgó fogak, eltörött műdarabok stb. alkalmul szolgálhatnak rák

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (IV. rendes tudományos ülés 1907. január 26.-án.) 95. l. — Közkórházi orvostársulat. (XII. bemutató szakülés 1906. december 5.-én.) 96. l. — Országos rákértekezlet. (III. ülés 1906. november 17.-én.) 97. l. — A budapesti kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztálya. (Rendes ülés 1906. november 27.-én.) 100. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(IV. rendes tudományos ülés 1907. január 26.-án.)

Elnök: Hirschler Ágoston. Jegyző: Verebély Tibor.

A szaruhártyafekélyek gyógyításának újabb módja.

Leitner Vilmos: Azon tapasztalatai, melyeket eljárását illetően a Stefánia-gyermekkorházban 2 éven át szerzett, s a másoktól is elért kedvező eredmények arra bátorítják, hogy a szaruhártyamegbetegedések bizonyos eseteiben alkalmazott gyógyításmódját e helyen is röviden megismertesse. Kórházi beteganyagának jelentékeny részét teszik a görvélyes, elgyengült szervezetű, csökkent ellentálló képességgel bíró gyermekeken támadó phlyctenás eredetű keratitisek, a melyeknek gyógyítása a szokásos módokon sokszor igen nagy nehézségekbe ütközik. Különösen a cornea közepe táján keletkező s nagy fénykerüléssel járó beszűrődések és a hypopyonnal szövődött fekélyek azok, melyek a legtöbb gondot és nehézséget okozzák. Ezeknek sok esetében sem a conservatív kezelés (borogatás, atropin-beecsepentés, bórsav-, jodoform-, xeroform-, dioninpor-behintések, stb.), sem a műtéti beavatkozás (kauterizálás, keratotomia, punctio corneae) nem jár a kívánt eredménnyel. Épen ily súlyos, minden beavatkozás ellenére tovább terjedő ulceratio vezette rá új kezelésmódjára.

Eljárása abban áll, hogy a szemhéjak gondos megtisztogatása és atropin beecseppentése után, a szemrésbe dionin- s utána bőven bórsavport hint, s a szemre 24 órán át maradót kötést alkalmaz. Ezen módszert 2 éven át úgy a phlyctenás corneafekélyeknek, valamint a sérülésből származó fertőzött szaruhártyasebeknek 1000-nél több esetében igénybe véve, eredményeivel nagyon meg van elégedve. A beszűrődés vagy fekély már az első néhány kötés után javulásnak indul, az esetleg jelen volt hypopyon rendszerint igen hamar felszívódik, s a szem az esetek többségében 1—2 hét alatt teljesen megbékül. A váladékképződés, a kötőhártyatúltergés a kötés alatt visszaféledik. Előnye az eljárásnak, hogy a phlyctenás szembajokat oly gyakran kísérő szemhéj-eczema is rövidebb idő alatt gyógyul, továbbá hogy a fénykerülés és fájdalmasság rendszerint már az első kötés alatt megszűnik, a mi a gyermek közérzetére és táplálkozására gyakorolt előnyös befolyás miatt is kiváló fontosságú. A poliklinikán 4 hó óta tartó helyettesítő rendelésén meggyőződött, hogy eljárása a felnőttek hasonló megbetegedéseiben is teljes sikerrel jár. Hangsúlyozza, hogy sem a dionin-, sem a bórsavpor külön-külön való behintésének, sem az egymagában, vagy e szerek egyikével kombinálva alkalmazott kötésnek az említett jó hatása nincs meg.

A mióta kórházi osztályán ezen kezelésmódot alkalmazza, a cornea kauterizálása, a mely azelőtt számos esetben nélkülözhetetlen eszköze volt a fekélyek gyógyításának, teljesen feleslegessé vált, s a phlyctenás betegek ápolási napjainak száma körülbelül a felére csökkent.

Kísérletes superinfectio a syphilis 2 lappangási szakában.

Róna Sámuel: Vita tárgya, hogy e szakban kaphat-e a syphilissel fertőzött egyén újabb primaer-affectust? Azok, a kik hitték e lehetőségben, néhány véletlen és szándékos autoinoculatio positiv eredményeire hivatkoztak, de exact módon bizonyítani nem tudtak.

Queizat a spirochaeta-leletre támaszkodva akarta a kérdést dülőre vinni és 1906 január 11.-én bemutatott egy idevágó kísérletes superinfectio esetet a párisi dermatologiai egyesületben; minthogy azonban a klinikai jelenségek nem voltak nagyon kifejezettek, sem ezen az ülésen, sem a következőn, melyen más

histologiai és bakteriologiai érveket is említett, teljes sikert nem tudott elérni.

Ez indította arra, hogy a kérdéssel foglalkozzam és az elért eredményt bemutassam.

Esetem a következő: 24 éves nőtlen férfi, a ki múlt év december 1.-én közöszült utójára, december 3.-án kölesnyi sebet vett észre a monyán. December 9.-én kórházba jött és 10.-én lencsényi fekélykét és kendermagnyi tömött heget találtunk a féken és a fityma bellemézén, a jobb inguinális tájon pedig egy nagy babnyi és több apróbb mirigyét. Gyanú luesre, melyet a positiv spirochaeta-lelet megerősít. Tehát kétségtelen syphilis-infectio forog fenn, melynek keletkezési ideje, tekintve, hogy a beteg hetenként közöszült, pontosan nem volt megállapítható, de alkalmasint nem volt régiebb, mint az utolsó (december 1.) coitust megelőzőleg 2—3 hetes.

A sclerosis fennállásának, illetőleg a beteg által észrevételének 8. napján, tehát minden valószínűség szerint az infectiót követő 25—31. napon kiirtása a gyanus monylaesióknak és a 27—33. napon az összes inguinális mirigyeknek. A kiirtás napján 4 oltás a spirochaetákban dús saját monybeli laesioval a bal felkaron, mire itt kifejezett granulomaszerű reactio támadt a 13., s még kifejezettebben a 17. napon; az utóbbi napon megannyi laesióban positiv volt a spirochaeta-lelet. 20. még kifejezettebben 37 nappal az inoculatio után táji mirigybeszűrődés is található.

Később mind teljesebben kifejlődik a három oltás helyén a typosos sclerosis képe, és szomszédságukban a táji bubo. Az ellenőrzésképen egyszerűen traumatizált jobb felkaron semmiféle tartós reactio nem jelentkezett.

Kiderül ebből, hogy a syphilis ú. n. 2. incubatiojának első heteiben a szervezetnek superinfectioja kétségtelenül megtörténhetik. Arról, hogy a korai kiirtásnak volt-e ebben szerepe, a jövő alkalommal fogok beszámolni.

Justus Jakob: Az igen érdekes bemutatásnak érdekességét nem abban látom, a miben a bemutató. Ő megoldást keresett arra, hogy mennyi ideig lehet új oltást megfogantatni olyan egyénen, a ki már fertőzve van syphilissel. Erre az első feltétel az, hogy az első természetes oltásnak, a fertőzésnek az útját ne vágjuk el. Ha pedig az induratiót és az összes mirigyeket kiirtjuk, a mikor még feltételezhetjük, hogy a virus nem terjedt el, a második oltás nem adhat feleletet arra, hogy mikor fogamzik meg a második infectio. Tehát a superinfectio ez az eljárás nem adhat választ.

Detre László: Az immunitás szempontjából szól a kérdéshez. A superinfectiót syphilisben lehetségesnek tartja és kimutatta már 3 évvel ezelőtt. A tuberculosis és a syphilis között analogia van. Bizonyos latentia és superinfectio lehetséges, s a superinfectio klinikai képe azért került el a figyelmet, mert a superinfectio más alakot mutat, mint a primaer infectio.

Krauss, Pirquet és mások kísérleteket végeztek. Pirquet többször oltotta be magát vaccinával, és ekkor eltérő volt a papula képe attól, a mit a normális ember kap. 12 óra alatt folyt le az abortív vaccina. Ebből azt a következtetést vonja, hogy superinfectio lehetséges, csak a forma, melyben jelentkezhetik, tér el a primaer infectiótól. Ettől fogva a syphilisre vonatkozólag azon állásponton van, hogy a superinfectio lehetséges. Ha a roseolás stadiumban történik superinfectio, roseola támad; ha a gummás stadiumban, gumba.

A klinikai kép két oknak az eredője: az egyik az egyének ellenállása és immunitási állapota, a másik a virus állapota. Ezen két tényező eredője fejezi ki a manifestálódó tüneteket.

Azt hiszi, hogy a superinfectio mindig lehetséges, csak a klinikai kép változó.

Havas Adolf: A mit Detre mondott, aláírom. Neisser is bebizonyította ezt. A syphilis bántalom, a szervezet befolyása és a beoltás által előidézett változás olyan, a mely a syphi-

lis akkori klinikai állapotának megfelel. Az elsődleges stadiumban végzett superinfectio az elsődleges szaknak megfelelő syphilitikus változást, a sclerosist; a másodlagos szakban végzett a másodlagosnak megfelelő változást, t. i. a papulát; a harmadlagos phasisban végzett pedig a harmadlagos jelenséget, t. i. a gummát létesíti. Ezt állatkísérletek is bebizonyították.

A bemutatott esetben kétségtelenül van sklerosis. A mit Justus mondott, hogy a sklerosis és a mirigyek kiirtása a syphilit megszüntette, nem merném állítani, mert vannak kísérleteim, hogy 6 órával az infectio után történt kiirtás ellenére is jelentkezett syphilis a betegen. Metschnikoff egy betegen két órával a gyanus közöszülés után sublimatporral hintette be az erosiót és vizet csepegtetett rá. Nagy kievődés támadt, mely csakhamar meggyógyult. De a normális időn túl 2 héttel kitolva megjelentek a másodlagos tünetek. Tehát a syphilitikus infectio a gyanus erosio gyors elroncsolása után is jelentkezett, vagyis a syphilitikus mérgezés már nem volt a gyanus helyre lokalizálva.

Róna Sámuel: Justus megjegyzése jogosult, hiszen a mikor befejeztem a bemutatást, magam mondtam, hogy ezen kiirtásnak minő szerepe van a jelenségek fejlődésére, nem tudom, de referálni fogok róla.

Azért exstirpáltam, mert akármilyen korán exstirpáltam eddig, sohasem sikerült a syphilit menetet megakasztani. Az irodalomban 600 exstirpatio von közölve és egy harmadban kimaradt a syphilit, de akkor még nem ismerték a spirochaetát, úgy hogy a syphilit diagnózis nem volt biztos. Exstirpáltam, hogy lássam a lefolyást. Meg voltam győződve, hogy nem mentem meg az illetőt a syphilitistól és így jogosult volt, hogy a saját spirochaetáit más testrészére implantáljam.

Nem szándékoztam eldönteni a kérdést, hogy meddig immunis a bőr. Ma a kérdés másképp áll, mint 5—6 hó előtt. Ezelőtt azt tartották, hogy a II. vagy a III. stadiumban nem keletkezhetik újabb fertőzések.

Finger azonban kimutatta, hogy a II. és III. stadiumban idegen spirochaeták beoltása után primaer syphilomák támadnak.

Kísérletes keratitis parenchymatosa nyulakon syphilitikus anyag beoltása után, tömeges spirochaetával.

Róna Sámuel: Három sorozatban 8 nyulat oltottam be és pedig 1906 szeptember 22.-én hármat, (melyek közül egy csakhamar megdöglött), szeptember 26.-án hármat és f. hó 4.-én kettőt. Az első csoportban 51, a másodikban 62 nap mulva el-távolítottuk a szemeket; a harmadik csoportot még észleljük és ma bemutatjuk.

Klinice a kiirtott öt szem közül csak egyen találtunk iridocyklitist, épen azon, melyen histologice kifejezett keratitis parenchymatosa volt jelen, tömeges spirochaetával. A többi szem corneájában is találtunk keratitis parenchymatosa-nyomokat góczokban jelentkező sejthalmazok alakjában, de spirochaetákat nem.

A szemeket az eredeti Levaditi-féle ezüst-impregnatioval kezeltük és pedig igen óvatosan és intensive. A corneákat harántul, a felszínnel párhuzamosan szeltek fel. A spirochaeták legtömegesebben a lamina elastica post. feletti cornea-szövetben voltak, és pedig helyenként óriási tömegben, sűrű, leginkább rézsutosan keresztvezető fonatokat alkotva. És épen itt kifejezett gyuladást alig látni, míg feljebb a cornea szövetében, a hol kifejezett gyuladós jelenségek vannak, aránylag kevés spirochaetára akadunk.

A cornea azután helyenként csak góczokban beteg és góczokban mutat spirochaetákat. A kifejezett jellegzetes spirochaeták mellett hosszú, egyenes, igen finom, alig kivehető esavarulatú alakok is vannak óriási tömegben; ilyeneket syphilitikus szövetben eddig még nem láttam. Az irisben, chorioideában én sem találtam spirochaetát.

A f. hó 4.-én syphilitikus anyaggal beoltott és most élőben bemutatott két nyúl bal szemén ma még alig látni valamelyes jellegzetes elváltozást. A jobb szembe padlópiszok oltatván, ezek rohamosan tönkrementek és kiirtattak.

Havas Adolf: Hogy a syphilit állatokra átoltható, azóta tudjuk, a mióta a beoltott felületen a spirochaetát ki tudjuk mutatni. A nyúl szemébe oltást Hänsel végezte először. A keratitis paren-

chymatosát különösen akkor tudta gyorsan előidézni, ha a syphilitikus mérget direct a cornea parenchymájába oltotta. A spirochaetákat a szétesett syphilitikus szövetben nem találjuk, de nagy mennyiségben található a beszűrődött, még szét nem esett szövetben, sőt a szomszédságában levő látszólag ép szövetben is.

(Vége következik.)

Közkórházi orvostársulat.

(XII. bemutató szakülés 1906. december 5.-én.)

Elnök: Dirner Gusztáv. Jegyző: Feldmann Ignác.

(Vége.)

Hügyesoszűkület operált esete.

Boros Béla: Leggyakoribb következménye a gonorrhoeának a hügyesoszűkület, mely az esetek legnagyobb részében conservative, tágitással gyógykezelhető. Kisebb számában az eseteknek azonban ily gyógykezeléssel nem boldogulunk, s az operatív beavatkozásra szoruló. Ilyen esetet bátorodom ma bemutatni.

A beteg 47 éves, nőtlen, földmives, kinek atyja sérülés következtében, anyja pedig gümőkórban halt el. Testvérei élnek és egészségesek. A beteg ezelőtt 25 évvel kankót kapott, melyet sohasem gyógykezeltetett. Ezen idő óta állandóan gyakran vizelt, a vizelet fájdalmas volt. Időközben hol jobban, hol rosszabbul érezte magát. Három év mulva a beteg typhust állott ki. Ezelőtt körülbelül 4 évvel egy vidéki kórházban jobboldali lágyéktájékán kétszer operálták, s ezen műtét seben körülbelül 2 héten keresztül vizelt, míg nem állandóan kathetert kapott, s ezután állapota megjavult. Folyó év február 1.-étől ismét jobb inguinális tájékán kezdett vizelni, hol mindig több és több vizelet ürült, a hügyesövén át csak néhány cseppet vizelt. Ilyen állapotban kereste fel a beteg a szent Rókus-kórháznak Haberern vezetése alatt álló urológiai osztályát.

Az alacsony termetű, kissé megfogyott férfibeteg csontrendszere ép. A penis tövének jobb oldalán egy körülbelül tyúktojásnyi resistentia, a melyet fedő bőrön egy korábbi műtét hege látszik. Ezen heg belső szélén lencsényi, felhánt szélű anyaghiány van, a melybe vezetett sonda a hügyeső felé halad s melyből nyomásra kevés hig genyes váladék ürül. A scrotum közepén hüvelykujnyi, hosszirányú, ép, ranczba szedhető bőrrel fedett s a hügyesővel összefüggő resistentia van. A hügyesőbe vezetett sonda nem tolható egészen a bulbusig és filiformis bougieval sem sikerült a hólyagba jutni. A beteg vizelete főleg a penis melletti sipolyon ürült vékonyan. A közérzet elég jó.

A betegnek tehát rigid fistulosus hügyesoszűkülete volt, a mely tágitásra teljesen alkalmatlan lévén, f. év június 27.-én a beteget Haberern megbízásából aethernarcosisban megoperáltam. Egy körülbelül 12 cm.-nyi hosszúsággal a gát és scrotum közepén előhaladtam a hügyesőig. Majd a hügyeső felső részébe vezetett itinerariumon a hügyesövet megnyitottam, s megkísérlettem így a heges hügyesőben a központ felé előhaladni, ez azonban az erős hegesedés miatt nem sikerült. Ezután a hügyesövet a bulbus előtt harántul teljesen átmetszettem, s a heggel együtt proximal irányban haladva, a hügyesövet a pars prostaticaig teljesen kiirtottam, majd megkerestem a centrális hügyesőnyílást, s ebbe egy vastag Nélaton-kathetert vezettem, melyet a peniset áthúztam s így rögzítettem. A nagy defectust teljesen a sarjadzásra bízta, minthogy a 8 cm.-nyi hügyesődefectust összevarrni nem lehetett. A penis tövének lévő heges, fistulosus tömeget kiirtottam, s az egészét összevarrta.

A lefolyás láztalan volt. Egy hét mulva a beteget átkötöttem, kathetert váltottam. A sebürege már élénken sarjadzott, úgyannyira, hogy a hügyesődefectus pótlásához már 11 nap mulva a műtét után hozzáfoghattam. Ekkor ugyanis Schleich-féle localanaesthesiában a bal felkarról két Thiersch-féle lebenyt vettem s a hügyesőbe transzplantáltam. Ezen lebenyek rögzítését Nélaton-katheterrrel végeztem, úgy hogy felette a scrotumot néhány esomós varrattal egyesítettem. A lebenyek megtapadtak, a scrotum azonban egy helyen nem tapadt össze, s ezért a betegnél egy harmadik műtétet végeztem Sudeck-féle bódításban. A sebszéléket felfrissítettem, s Nélaton-katheter felett a defectust 3 étageban zártam. Ezen seb primára meggyógyult, s így van szerencsém a beteget bemutatni teljesen meggyógyulva. Hügyesőve 21. sz. Benique-sonda számára jól átjárható s hügyesövén jól, vastag sugárban vizel.

A szem sérülés által okozott betegségeinek plastikus modelljei.

Fejér Gyula: Bemutatja a Müller wiesbadeni műszemkészítő által előállított üvegmodelleket, melyek éléhen mutatják a szemsérüléseket és azoknak különböző lefolyását.

(XIII. bemutató szakülés 1906. december 19.-én.)

Elnök: Medvei Béla. Jegyző: Feldmann Ignác.

A szem sérülés okozta betegségeinek plastikus modelljei.

Fejér Gyula: A műszemek előállításának technikája az utolsó évtizedben óriási lépésekkel haladt előre. A cryolith nevű üveganyag nemesek olvasható és formálható tulajdonsága miatt alkalmas e célra, hanem azért is, mert savak meg nem marják és a könyvek ártalmas behatásának is minden tekintetben ellentáll. A wiesbadeni Müller-czég

művészi módon állítja elő a műszemeket és kartársaim alkalmasint tudják, hogy az említett czég egyik tagja minden esztendőben bizonyos hónapban nyolcz napra hozzánk is eljön, egy szállodában fogadja a műszemkeresőket és nagy anyagi haszonnal tér vissza a hazájába. A szemművész (Augenkünstler, mint a hogyan magát nevezi) maga elébe ülteti a beteget és a másik szem alakja, színe, szemgödör-alkotása után készíti, formálja, azaz művészi módon rajzolja, festi a műszemet.

A Müller-czég azonban nem elégedett meg a műszemekkel elért sikereivel, hanem Pagenstecher wiesbadeni tanár ajánlatára és felügyelete mellett az emberi szem betegségeit, tipikus elváltozásait üvegből természetesen nagyságban igyekezett előállítani. Előállította a corneának, irisnek, sclerának, lencsének különböző betegségeit, sérüléseit, az emberi szem optikai formáit; a szem belsejében végbemenő elváltozásokot csak azért nem sikerült eddig előállítani, mert nem tudta a szem törő közegeit oly üvegből elkészíteni, melyek elég fényt eresztenek keresztül. Ha meggondoljuk, hogy milyen fontossággal bír tanítási szempontból, hogy egynemely ritkán előforduló betegséget plastikai módon rögzítsünk és akkor mutassuk be hallgatóinknak, a mikor épen beszélünk róla, elképzelhetjük az ilyen plastikai készítmények hasznát. Az egyetemi klinikák mindegyikének fel kellene szerelve lenni ilyen sorozatos készítményekkel.

A mi pedig a praeparatumokat illeti, azonnal meg fognak győződni, hogy mindegyik betegséget helyesen lehet rajtuk körismézni és természeti hűség szempontjából is vajmi csekély kivánni valólt hagynak.

A bemutandó sorozat csak a különböző szemsérülések után visszamaradt elváltozásokat tünteti fel.

Ugyanis a társadalmi muzeum igazgatójától megbizást kaptam, hogy az ipari szemsérülések elleni védőeszközöket rendezsem be a muzeumban és ezen alkalommal tüntessem fel azokat az elváltozásokat plastikai módon, melyeket a sérülések a szemem előidézhetnek, hogy a munkásoknak és mindazoknak, kik szociális ügyek iránt érdeklődnek, kézzelfoghatólag tudják demonstrálni nemesak a szemsérüléseket, hanem a védőeszközöket is. A társadalmi muzeum ugyanis a kereskedelmi ministerium egyik alosztálya, s a munkások szociális ügyeivel és a velük összefüggő kérdéseknek tudományos propagálásával foglalkozik.

Érdemesnek tartottam ezen sorozatot a t. Orvostársulatnak bemutatni annak feltüntetése, hogy az ipar mennyi segédesszköz szolgálat tudományunknak és hogy egy tudományos alapon berendezett muzeum van keletkezésben, mely a munkás-társadalom szociális bajainak fejtegetésével, tudományos észlelésével foglalkozik és rendelkezésre boesátja az összegyűjtött anyagot mindazoknak, kik ilyenféle kérdések iránt érdeklődnek.

Cretinismus esete.

Kleits János: A cretinismus különálló kórkép, melynek két változatát különböztetik meg: az endemiás és a sporadikus alakot. Az endemiás megbetegedések bizonyos dispositioval rendelkező helyeken mutatkoznak.

Ilyenek: a Cordillerák, a Himalaya, a Kaukázus, a Pyræusok, stb. Jelentős tényező az ivóvíz gazdagsága calciumban és magnesiumban és jodban való szegénysége. Azonkívül fontos a hegykatlanokba szorult levegő bő CO₂-tartalma, s az, hogy ritkán lát az illető vidék napsugarat.

A baj kútforrása az embereken tett észleletek és az állatkísérletek alapján a pajzsmirigy elváltozásában keresendő (Cooper, Schiff, Reverdin és Kocher).

Az endemiás cretinismusra jellemző a törpeség. Langhans szerint a csőves csontok epiphysisében nagyon későn jelentkeznek az elesontosodási mag, az epiphysis porckorongja pedig még 43 éves életkoron is megtalálható. Hofmeister röntgenekkel igazolta Langhans állítását. A gl. thyroideában atrophias folyamatok mennek végbe. A megmaradt és működésre képes részlet hypertrophiaja folytán keletkezik utóbb a golyva. Így magyarázza meg Wagner a pajzsmirigy elváltozását.

A cretin hajzata többnyire gyér. A hónalj és a fan alig néhány szőrrel fedett, szakál nem nő. A nemi szervek a pubertás előtt való állapotban maradnak. A köztakaró halvány, száraz és hámló. A bőr beszűrődöttnek látszik, rugalmasságát elvesztette, petyhüdt és hatalmas ráncokat vet. A fogak cariosusak. A hallás többnyire rossz. Ezzel együtt jár a beszélelképesség csökkenése. A járás ügyefogyott. Az emlékezőtehetség és ítélőképesség csökkent, de nem hiányzik teljesen. A kedély hangulata apathiás. Az arcz kifejezés ostoba, bámészködő.

A diagnosist biztosítja: a fejlődés-zavar, a pajzsmirigy elváltozása, a nemi szervek hiányos fejlődése, a haj, a bőr és a fogak magtartása.

K. F., 48 éves napszámos betegsége sporadikus cretinismus. Az észlelhető elváltozások csak az arányokban különböznek az endemiás cretinismusban előfordulóktól. A hajzat gyér, a fanon és a hónaljban szőr alig található. A bajusz és szakál helye teljesen csupasz. Az orr majdnem függélyesen áll a felfelé keskenyedő és alacsony homlokon. A felső és alsó szemhéjak szákszerűen duzzadtak. Az arcz bőre halvány, száraz, megvastagodott és hatalmas ráncokat vet. A felső fog-sorozat majdnem teljesen elpusztult caries folytán. Ugyanitt a baloldali első molarisnak belső gyökere igen erős és hatalmasan emelkedik ki. A pajzsmirigy kisebb, a sternum vályúszerű bemélyedést alkot. A penis alig kisujnyi, a herék kicsinyek, petyhüdtek. A beteg járása ügyefogyott.

A beteg a hely és idő tekintetében tájékozatlan. Perceptioja nehézsékes. A köznapi ismeretek megtartottak ugyan, de lényegükbe behatolni nem tud. Itéllő és következtető képessége meglehetősen gyenge, társítása lassú. Kedélyhangulata apathiás, környezetével nem törődik, óraszám elül mozdulatlanul. Tekintete hideg, részvétlen és bámészködő. Hangja halk és vontatott, testmozgásai ügyetlenség és lassú.

A megkülönböztető körjelzés szempontjából szóba jöhet az idiotismus, de betegünknek hiányzanak a veleszületett elmegyengesítő jellegű tünetek: a koponya eltorzulása, a hűdéses jelenségek, az associatio teljes hiánya, a göresrohamok és a kedélyhangulat hirtelen fokozásából kifolyólag eredő izgalmi tünetek.

Szóba jöhetne még a myxoedema. Betegünk arczbőrében azonban az elváltozás nem olyan nagyfokú, mint a minőnek a myxoedemánál találjuk. A legjellegzetesebb tünet, a hirtelen hajhullás pedig egyáltalán nem mutatható ki. Haemorrhagiákra való hajlamot és pulsus-lassúbbodást pedig egyáltalán nem találunk. A genitális lelet pedig nincsen meg a felnőttek myxoedemájánál, mert az veleszületett és így a cretinismusra jellemző. Myxoedemára mindig a hirtelen változás jellemző.

A prophylaxis tekintetében az ivóvíznek és a szociális viszonyoknak javítását tartja Kocher irányadónak. A mi a gyógyítást illeti, pajzsmirigy-készítmények adagolására visszafelődnek a testi jelenségek, s az intelligenciában is javulás észlelhető. A prognosis sokszor kedvező.

Epigastriális sérv zárása Menge-Graser szerint.

Werner Ignác: M. P., 38 éves férfibetegnek gyomorpanaszai vannak, melyek különösen étkezés után jelentkeznek. Ilyenkor állítólag a gyomra erősen felpuffad, majd göresök, szúró fájdalmak támadnak, melyek a bal oldalba is kisugároznak. Különösen nagyok a fájdalmak kemény étel felvétele után. Búzós szagú felbőfűgései vannak, de hányás sohasem jelentkezett. Étvágya csökkent. Állandóan orvosi kezelés alatt állott, de fájdalmai mindig erősödtek, ezért kórházba vétette fel magát. Hirschler tanár osztályán próbareggelit kapott, a mikor úgy a szabad sósav-tartalom (28) valamint az összaciditas (50) normálisnak bizonyult. Ennélfogva az összes panaszokat az epigastriális sérvvel hozták összefüggésbe és műtét végett a beteget Hüttl osztályára helyezték át.

Jelenállapot. A lesóványodott férfibetegnél kis tojásnyi epigastriális sérv van a linea albában 4 cm-re a processus xiphoideus alatt, a sérv könnyen reponálható, sőt fekvéskor magától is visszamegy. A többi szerv ép.

1906. október 9.-én műtét Menge-Graser szerint. A bőrnek harántul való átmetszése s fel- és lefelé praeparálása után a sérvtömlőt izoláljuk és megnyitjuk, a benne lévő nem odanőtt csepleszt pedig reponáljuk. Majd a tömlő resekalása után a börmetszésnek megfelelőleg a rectusok elülső hüvelyét vágjuk át harántul és választjuk fel. A rectusok mediális széleinek mobilizálása és a rectus-hüvelyek hátulsó lapjainak szabaddá tétele után következik a varrat. A peritoneumot a hüvely hátulsó lapjával együtt tovafutó selyemvarrattal, ellenben a rectusok elülső széleit csomós silk-varrattal egyesítjük. Ezután következik a harántul haladó fascialis, legutoljára pedig a szintén harántul haladó bőrvarrat, a melyet colloidiumos szalag takar. Hogy a bőr a sérv hátsó oldalán egyesüljön, 1–2 homokszálat teszünk a sebre. Ötödnap történi a varratkiszedés és 10 nap mulva a beteg fennjár. Panaszai teljesen megszűntek, étvágya jó, úgy hogy már ez elmult rövid idő alatt is hizott.

Néhány szóval még ezen műtét előnyeit akarom megeumlíteni: 1. A börmetszés körülbelül mindig a Langer-féle bőrhásadási vonalakba esik, s azért a seb szebben és jobban gyógyul. 2. A linea albában végzett sérvműtétknél a gyakori recidiva mindig onnan ered, hogy a rectusok verticalis hege tágulásának enged a fascia vorticalis hege annál is inkább, mert a rectusok elülső hüvelyét a ferde hasizmok is oldalt húzzák. E műtétnél azonban a két heg egymást keresztel, tehát recidiva csakis a két heg találkozási helyén támadhat. Az oldalsó izmok húzása itt csak előny, mert a fascia két harántleányét nem húzzák szét, hanem egymáshoz közelítik.

Aktinomyosis esete.

Preis Károly: M. J., 26 éves asztalossegédnél, ki lues recensben szenved, a hát közepén, a gerincoszlopoltól balra egy 3 évvel ezelőtt végzett tályogműtétből származó heges területen 2 apró, genyet üritő nyílás van, melyekbe a sonda mélyen bevezethető. Minthogy a beteg szülei élnék és egészségesek és a beteg maga erős testalkatú és egészséges szerkezeti, aktinomyosisra is kellett gondolni, s csakugyan a genyből kihalászott fehér szemese görcső alatt aktinomycesből állónak bizonyult.

Országos rákértékezetlet.

III. ülés. (1906. év november 17.-én.)

Elnök: Dollinger Gyula dr. Titkár: Zimmermann Károly dr. Jegyzők: Manninger Vilmos dr., Milkó Vilmos dr., Mihalkovics Elemér dr.

(Folytatás.)

Taufer Vilmos dr.: A méhrák gyökeres kiirtása. A méhrák gyógyításának történetében bizonyos szakok észlelhetők; a mult század hetvenes éveiben Freund tanár azzal lepte meg a nőorvosi világot, hogy a rákos méh kiirtása lehetséges; szerencsére a véletlen úgy akarta, hogy első esete gyógyulással végződött. Az általános lelkesedést nem rontotta le a tapasztalás, hogy az abdominális úton való méh-

kiirtás egyelőre igen nagy veszélyekkel járt, hisz abszolút gyógyíthatatlan betegek meggyógyíthatóvá tételéről volt szó és így igen nagy szerencsének mondható a dolgok további fejlődésére nézve, hogy Czerny csakhamar megtalálta a módját, hogy miként lehet a nagy elsődleges halálozás veszélyét mérsékelni, tudniillik a rákos méhnek a hüvelyen át kiirtása által. E felfedezés egy csapásra megváltoztatta a helyzetet és elég volt pár év, hogy az egész föld kerekészen sok száz műtő közreműködésével e műtői eljárás hihetetlen tökélyre emelkedjék, úgy, hogy csakhamar a legmeglepőbb eredményeket érték el mindenfelé; ennek köszönhető, hogy manapság a rákos méhnek a hüvelyen át kiirtása kelően gyakorlott műtő kezében nem nagy veszélyű műtétnek mondható. Mindennél hangosabban szólnak a tények, a melyeket Döderlein és Krönig nyomán (*Die operative Gynäkologie*, 1905) a következő táblában mutatok be.

A rákos méh vaginális total extirpációjának primaer mortalitása:

| | | | |
|-----------------------|---------------|-------------------------|---------------|
| Schröder | 8.1 % | Fritsch | 8.62 és 6.5 % |
| Leopold | 5.7 „ | Pfannenstiel | 3.2 „ |
| Landau | 7.6 „ | P. Müller | 5.1 „ |
| Martin | 14.6 és 7.7 „ | Schuchardt | 12.2 „ |
| Chrobak | 5.9 „ | Amann | 4.0 „ |
| Kaltenbach és Fehling | 6.6 „ | Richelot | 6.8 „ |
| Winter | 7.5 „ | Küstner | 1.8 „ |
| Zweifel | 8.5 „ | Flaischlen-Ruge | 8.0 „ |
| Schauta | 10.3 „ | Olshausen | 8.0 „ |
| Thorn | 8.7 „ | Tauffer | 8.5 „ |
| Hofmeier | 10.8 „ | „ az utolsó 117 esetben | 2.3 „ |

E táblázat eredményeiben látjuk, hogy a méhrák teljes kiirtása a hüvelyen át az utolsó évtizedben nagy mértékben elvesztette veszélyességét, úgy, hogy például saját klinikánk anyagából az utolsó 117 eset közül csak háromat veszítettünk; a primaer mortalitás tehát nálunk mostanában 2.3%-ra tehető.

Haladásunk következő lépcsőfoka az volt, hogy konstatáltuk, miszerint a primaer gyógyulás nagy eredményeivel távolról sem áll arányban a véglegesen meggyógyultak százaléka, és csakhamar köz tudattá vált, hogy a végleges gyógyulás titka a korai operálásban rejlik; e megismerés óta minden törekvésünk arra irányult, hogy a rákos betegek lehető korán kerüljenek a műtő szemei elé.

A sebészek tapasztalása az emlőrák gyökeres operálásában (Volkman nyomán) azt az irányzatot kellette a sebészetben, hogy rákműtéteik alkalmával a környező szövetekből és nyirokpályákból minél többet távolítsanak el. Természetes, hogy a sebészeknek sokszor bámulatos eredményei a nőorvosokat sem hagyták érintetlenül, ellenkezőleg, versenyre kelve a sebészekkel, sokaknak törekvése talán túlságosan is épen abban mélyedett el, hogy a medenczebeli nyirokmirigyekből és nyirokutakból lehető sokat távolítsanak el a rákos méh kiirtása alkalmával.

Az erre való törekvés hozta felszínre a Wertheim-féle operálási módot, mely lényegében nem más, mint visszatérés a már régen elhagyott Freund-féle abdominális műtéthez, rendkívüli technikával és tökéletesítéssel, mely arra törekszik, hogy a medenczeből minél gyökeresebben irtsa ki lehetőleg az egész parametriumot, a nyirokutakat és minden felfedezhető rákos vagy nem rákos megnagyobbodott mirigyet.

E törekvés annyira plausibilis, hogy első pillanatra megvesztegető; sajnos azonban, hogy hozzá a végleges gyógyulás szempontjából igen sok alapos kétség fér.

Kuzmik tagtársunk előadásában ép előbb hallottuk, hogy mily lehetetlen messze mennek, mennyire kiterjesztik operálásuk határait a sebészek, a rákoperálások közben a nyirokutakat és a mirigyeket üldözve; és mégis a végbélrák operálásáról azt mondá, hogy „Inoperabilis az eset, a mikor a rákos folyamat a rectum falát elhagyva, a környező szövetekbe áttört“. Vajjon miért tartja a sebész ilyenkor a végbél rákját inoperabilisnak? Bizonyára csak azért, mert a *nyirokpályák épen a medenczében oltanak*, hogy ilyen körülmények között a gyökeres operálás lehetetlen. A méhrák előrehaladott eseteiben az anatómiai helyzet véleményem szerint tökéletesen ugyanez.

Az előszeretettel „radikalismus“-nak nevezett ezen új irányzat kapcsán igen nagy értékű bűvárlat indult meg a nőorvosok körében, azt firkésztve, hogy melyek a méhrák tovaterjedésének útjai a medenczében. Hangyaszorgalmú sorozatmetszeteken vizsgálták e végből sok száz kivágott méhben és a medenczét kitöltő kötőszövetben a nyirokvezeteket és a nyirokmirigyek útjait. Ezen tanulmányok folyamán sok érdekesnél érdekesebb megismerés között csakhamar előtérbe lépett azon meglepő tény, hogy a mikroszkop egészen *iniciális formáknál* (hol a klinikai kép csak kicsiny, jól határozott rákfészket mutatott, hol jogosan feltehető volt, hogy a megbetegedés egészen kezdeti szakában van) a *primaer megbetegedéstől távol, nem is sejtett helyen, már rákosan beszűrődött mirigyeket mutatott ki*. Ezzel szemben megfordítva a klinikai tapasztalás azt is mutatta, hogy nagyon előhaladott, gyökeresen már alig operálható esetekben néha egészen meglepésszerűen, nem is várt végleges gyógyulást nem egyszer érünk el; ebből tehát az következik, hogy a betegségnek helybeli nagyfokban előrehaladott volta ellenére a környező mirigyek még nem voltak rákosan beszűrődve. Világos tehát, hogy nem egyedül a rákos baj kiterjedt, előrehaladott volta, hanem az egyes rákfajok szöveti jellege és talán az egyén szervezetében rejlő más tényezők is szerepelnek a végleges gyógyulás kérdésében.

A magas cél felé való törekvésben a radikalismus a nőorvosok között is eljutott olyan magaslatokra, mint a minőnek példáját Kuzmik tagtárs idézte, mondván, hogy emlőráknál némelyek az ép kar enuclea-

tióját is javálnak tartották a végből, hogy „a mellkas tátongó sebének befedésére bőrt nyerjenek“.

A méhrák kiirtása közül a radikálisok „*terezszerűen*“ helyesnek tartják például a hólyag jó részének resectioját, egy vagy mindkét ureternek a rákos infiltrációból való kiproeparálásával, esetleg jókora ureterresectioval és az ureterresonknak a hólyagba való bevarrását; vagy ha a feladat így módon nem oldható meg elég radikálisan, tervbe veszik például a megfelelő vesének kiirtását is. Kérdés, hogy az a beteg, a kinél mindez sikerült, ki a nagy megpróbáltatást kiállotta, csakugyan nyere-e valamit megmentett életével, tekintve a visszamaradó defectusok okozta nyomorúságot és a kilátásban levő csaknem bizonyos recidivát. Az ilyen „túlzásokat“ (ha komoly tudósok vérmes előretörését szabad e jelzővel illetnem) a magam részéről nem tarthatom helyesnek. Az ilyen beteg véleményem szerint inoperabilis; az ilyen szerencsétlent bizzuk inkább sorsára, viselje a mit végzete reá mért, én magam nem operálok. Maradandó benyomást tett reám egy magas intelligenciájú szerencsétlen asszonynak, kinek megoperálását Chrobak és én megtagadtuk, s a kin egyik radikális műtő az operációt azonban mégis végrehajtotta, jogos kifakadása az orvosok ellen. A beteg életével menekült ugyan, de a rectum elülső falának resectioja folytán bélsársipoly társult a csakhamar nyilvánvaló helybeli recidivához. Ez intellingsen nő sok más hasonló szerencsétlen nevében szólott, keserves szavakban ostromozva az orvosok „humanismusát“.

A radikalismusnak ilyen nyilvánulásaival szemben nem érzem magamat rossz társaságban, ha konservatívnak neveznek, mert tudtommal Olshausen, Herff, Chrobak, Schauta és sokan mások vallanak velem egy nézetet, arra az álláspontra helyezkedve, hogy a hüvelyen át végzett teljes kiirtás mai tökéletessége mellett a még operabilis állapotban jelentkező betegeknek a végleges gyógyulás százaléka (más carcinoma-operációkkal összehasonlítva) egyáltalán nem rossz és alapos a kilátás, hogy eredményeink még javulni fognak, ha elérjük, hogy az orvosok a betegséget korábban ismerik fel és korábban küldik a beteget a szakorvoshoz; más szavakkal: nem az elhanyagolt, már tovaterjedett megbetegedésnek minél terjedelmesebb kiirtása, hanem a korai operálás fogja megjavítani végleges eredményeink százalékát.

Az abdominális gyökeres operálással szemben mi, a vaginális operálás hívei azt állítjuk, hogy ott, a hol a végleges meggyógyítás még egyáltalán lehetséges, legtöbbször a vaginális módszerek útján is annyit tudunk kivenni a medenczebeli szövetekből, a mennyi épen szükséges, nevezetesen azóta, a mióta korán elhalt jeles kollegánk, Schuchardt módszerével olyan széles és szabad hozzáférhetést nyertünk a medencze magasabb régióiba, hogy a rákos méhnek kiirtása a környező szövetekkel együtt igen nagy terjedelemben lehetséges (a Schuchardt-féle paravaginális metszés a szeméremrés baloldali alsó harmadából kiindulva behatol a hüvelyboltozatig, s a mélyben haladva, átmetszi a hüvely körüli kötőszövetet és szükség esetén a rectum mellett balra kanyarodva, megnyitja a cavum ischio-rectale). Ezzel szemben az abdominális radikális operálási módnak (melyet néha mi is végzünk, a hol célravezetőnek látjuk) vezető gondolata az, hogy a hasmetszés útján feltárt medenczéből nemesak a rákos méhet s a hüvelynek nagy részét, hanem a medenczebeli kötőszövetet, a nyirokutakat és nyirokmirigyeket is kiproeparálhatni.

Az anatómiai praeparálásnak ilyen remekművéhez azonban az „eredmények“ szempontjából sok kétség fér. Ugyanis az eleinte 60%-nál nagyobb primaer mortalitást, melylyel a műtét járt, a sanguinikusabbak elhanyagolható dolognak tekintették, támaszkodva azon általános tapasztalásra, hogy a módszer kiművelésével ezen veszély egészen biztosan apadni fog. E feltevésükben csakugyan nem csalódtak, mert a primaer mortalitás az utolsó időben Döderlein és Krönig összeállítása szerint valóban leszökkent az átlagos 20%-ra, sőt olyan szerencsés operateur is van (Wertheim), ki egy sorozatban operált 53 eset közül csak három veszített. (Véleményem szerint ez azonban senkit sem jogosít fel, hogy a műtét veszélyességét most már talán 6%-osnak mondja, de arra sem, hogy saját 20–30 esetének sokszorosítása útján „általános értékű“ primaer mortalitási százalékos arányszámokat számítson ki). A primaer mortalitás veszélye tehát csakugyan leszökkent és ha csak ez tartott volna vissza a módszernek elvből minden esetben való alkalmazásától, ezek után mindannyian egy táborban kellene hogy legyünk. A dolog lényege azonban nem ezen nyugszik, hanem abban keresendő, hogy az ilyen módon operált betegek közül csakugyan több gyógyul-e meg véglegesen; mert, ha a végleges gyógyulás eredménye lényegesen kedvezőbb, mint a vaginális úton megoperáltaké, a műtői veszély nagyobb voltától, azt hiszem, nyugodt lélekkel eltekinthetünk. Sajnos, a végleges eredmények csak akkor lesznek alapossággal megállapíthatók, a mikor az így gyógyítottak elég nagy számban éltek túl a műtét utáni kritikus 5 esztendő; egyelőre nem dönthetők meg a jogos ellenvetések és aggodalmak, a melyek tisztán anatómiai alapokon és a medenczebeli nyirokerek és mirigyek szerkezetén épülnek fel.

Ezen anatómiai viszonyok érzékítése céljából állítottam össze Döderlein és Krönig félsomatikus rajzából és Krömer (Archiv für Gynäkologie, Bd. 73, H. 1.) befecskenkézési készítményeinek képeiből egy rajzot, melyen a medenczeszervek nyirokrendszere van érzékítve. E rajz megközelítőleg mutatja a nyirokerek szövödményes csipkehálózatát, melynek finomabb elágazódásai szabad szemmel nem is láthatók, melyek befognak minden eret, ideget, s behatolnak a legfinomabb szövetrészekbe mindenütt egészen a medenczefalig; mutatja e rajz a nagyobb nyirokerek összeszedődését és a regionaer módon mintegy étagokban elrendeződő nyirokmirigyek rendszerét is, a szabad szemmel még nem, vagy alig látható kicsinyektől egészen a mogoró-diőnagyságúakig. E képnek figyelmes megtekintésekor azonnal világos, hogy

A választandó mezőhegyesi községi orvos javadalmazása:

1. 1825 korona évi fizetés a községtől.
 2. 1800 korona évi tiszteletdíj a m. kir. földmiv. minster által fenntartott visszavonási jog mellett a m. kir. áll. ménésbirtoktól.
 3. A megfelelő orvosi lak felépüléséig, illetve használatba vehetőségéig egy szobából álló lakás és évi 6 m³ tűzifa, míg az egyszobás lakást kapja.
 4. Cselédsegélypénztári baleseti műtéti és az oltások után befolyó díjából a többi orvosokkal egyforma részesedés.
 5. Fizetőképés magánfelektől nappal egy, éjjel kettő korona látogatási díj szedhető.
 6. Ugyanezeketől műtétekért a 95,033/900. sz. b. ü. min. r. IV. fokozata szerinti díjak szedhetők.
- Kötelességei:
1. Allását lehetőleg azonnal, legkésőbb f. évi március hó 1.-én elfoglalni köteles.
 2. Összes községi orvosi teendők, halottkémlés, rendőrileg előállított eszavargó kéjnek vizsgálata, köz ségi cselédek és szegények gyógykezelése díjtalanul végzendők.
 3. A ménésintézet főnökorvos által hozzá utalt kerületek ménésintézeti altiszt, cselédi és munkásbetegeit díjtalanul kezeli.
 4. Tartozik a ménésintézet főnökeinek utasításait, valamint a főnökorvos egészségügyi intézkedéseit teljesíteni.

Battonya, 1907. évi január hó 25.-én.

Spilka, főszolgabíró.

524/907. sz.

Talpas községben a községi orvosi állás megüresedvén, erre az 1200 korona évi fizetéssel, 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli látogatási, 40 fillér halottkémlési és 40 fillér hússzemleddel egybekötött állásra pályázatot nyitok, s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ában előírt minősítést és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám f. évi február hó 10.-éig adják be.

Kisjenő, 1907. évi január hó 12.-én.

2-2

Csukay Gyula, főszolgabíró.

5/907. sz.

A vezetésem alatt álló kórházban lemondás folytán megüresedett segédorvosi állásra ezzel pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása 1200 korona évi fizetés, szabad lakás, fűtés, világítás és ételmezés. Magángyakorlat nincs megengedve. A kinevezési időtartam 3 év, mely esetleg újabb 3 évre meghosszabbítható.

Felhívom a pályázni szándékozók nőtlen egyetemes orvosdoktorokat, hogy zombori Lippay Géza, Győr megye és Győr szab. kir. város főispánjához címzett és szabályszerűen felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb f. évi február hó 10. d. e. 12 órájáig nyújtsák be.

Győr, 1907. évi január hó 20.-án.

2-2

Szentháromság központi kórház igazgatósága Győrött.

415/907. ai. sz.

A Borsodvármegyei Erzsébet-kórházban a következő segédorvosi állások fognak megüresedni:

- a) 1907. évi február hó 15.-én egy rendszeres segédorvosi állás, melynek javadalmazása évi 1200 korona fizetés, a kórházban kötelező bennlakás, ételmezés, fűtés, világítás és kiszolgálás.
- b) 1907. évi március hó 25.-én egy rendszeres segédorvosi állás a fent körülírt javadalmazással.
- c) 1907. évi március hó 25.-én ideiglenes segédorvosi állás, melynek javadalmazása évi 800 korona fizetés és a fent leírt lakás és teljes ellátás.

Felhívom az állások valamelyikét elnyerni óhajtókat, hogy orvosdoktori oklevelükkel vagy annak hiteles másolatával, továbbá netalán eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket Borsod vármegye főispánjához címezve, de nálam

- a) az elsőnek említett állásra f. évi február hó 10.-éig,
- b) a második két állásra f. évi március hó 10.-éig annál inkább nyújtsák be, mert az elkészen érkező pályázatokat figyelembe venni nem fogom. A gyakorlatra utasított, de egy évi gyakorlatukat még ki nem töltött orvosdoktorok, a mennyiben a felsorolt segédorvosi állások valamelyikére pályáznak, azt is igazolni tartoznak, hogy eddigi gyakorlatukat milyen kórosztályokon és meddig folytatták.

A kinevezés 3 évre szól, melynek elteltével meghosszabbítható.

Miskolc, 1907. évi január hó 16.-án.

2-2

Tarnay Gyula dr., alispán.

124/907. sz.

Torontál vármegye központi járásához tartozó Klekk székhelyvel Lázár-föld, M. Szt. Mihály és Jankalsid községekből alakított orvosi körorvosi állás megüresedvén, annak betöltésére pályázatot hirdetek. A szabályszerűen felszerelt pályázati kérvénynek alulírott főszolgabíróhoz f. évi február hó 10.-éig nyújtandók be.

A körorvosi állás javadalmazása a következő:

1. Évi fizetés 1600 korona.
2. Látogatási díjak:
 - a) nappali 80 fillér,
 - b) éjjeli 1 korona 60 fillér,
 - c) halottkémlés 40 fillér,
 - d) Klekk községben a szabályrendeletileg megállapított hússzemle-díjak.
3. 4 szobából és mellékhelyiségekből álló kényelmes lakás és 800 ölnyi területű gyümölcsöskert.
4. Kézi gyógytár tarthatása.

A körorvosi fizetés negyedévenként Klekk község pénztárából előre fizetetik.

Vasúti állomás.

Bécskerek, 1907. évi január hó 12.-én.

3-3

Lowieser, főszolgabíró.

1329/907. sz.

Az Arad vármegye központi kórházánál megüresedett 2 másodorvosi állásra pályázatot hirdetek.

A másodorvosi állás javadalmazása: 1600, illetve 1400 korona évi fizetés, a kórház belterületén egy szobából álló butorozott szabad lakás, fűtéssel és világítással ellátva.

A kinevezés ideiglenes, a mennyiben ezen állások két évi időtartamra lesznek betöltve.

Felhívom mindazokat, kik az állást elnyerni óhajtják és az 1883. évi I. t. cz. 9. §-ának 2. pontjában előírt képesítéssel bírnak, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket 1907. évi február hó 25.-éig hozzám terjesztésük be.

Arad, 1907. évi január hó 22.-én.

Az alispán helyett:
Schill, főjegyző.

75/907. sz.

A béli járás összes községeit magában foglaló ökrösi körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás:

1. Közpénzfizetés 1600 korona.
2. Úti utalvány 460 korona.
3. Természetbeni lakás, mely áll 3 szoba, konyha, kamara és 1 külön rendelő szobából és konyhakertből.
4. Hivatalos látogatások alkalmával, valamint a székhelyen 80 fillér betéllátogatási díj, 40 fillér vénnyírási díj.
5. Ökrös községtől 20 korona, Bogy községtől 4 korona halottkémlési díj.
6. Ökrös községben, hol a körorvos a vágatási biztos teendőket is teljesíti, a szabályrendeletileg megállapított vágatási díjak.
7. A megválasztandó körorvos részére kézi gyógyszer tarthatása kilátásba van helyezve.

Ezen javadalmazással szemben köteles a körorvos a törvényben előírt kötelezettségeken kívül a kórhöz tartozó községeket 6 hetenként meglátogatni és a szegényeket ingyen gyógykezeltetni.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítési oktatásukat és nyelvismeretüket igazoló okmányaikat f. évi február hó 5.-éig hozzám annyival is inkább nyújtsák be, mert a későbbben érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A román nyelvet bírók előnyben részesíttetnek.

A választást Béelben a körjegyzői hivatal tanácstermében f. évi február hó 11.-én d. e. 10 órakor fogom megtartani.

Béel, 1907. évi január hó 9.-én.

3-3

Éder Géza, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.



A Bór- és Lithion-tartalmú

Salvator-forrás

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

NESTLÉ

GYERMEKLISZTJE

csecsemők, lábbadozók, gyomorbajosok részére.

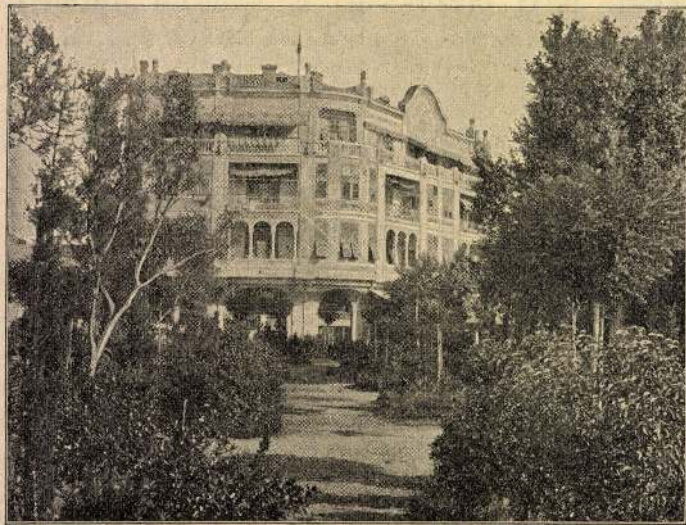
A legjobb alpesi tejet tartalmazza.

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

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT



Cirkvenica. — Grand Hotel „Miramare“.

Téli gyógyhely üdülők, idegbetegek, légeső és vérkeringési szervek bántalmaiban szenvedők és vérszegények részére (tuberculosis kizárva). Vizgyógyászati melegített tengeri, szénsavas, villamos és fényfürdők: villanygyógyászati. Arsonvalisatio, hiszáló és soványító kúra. Elsőrendű konyha. Pensio-rendszer. Vezető orvos: Bartsch Gusztáv dr., nyáron Feketehegyen.

3329

Szénsavfürdő-berendezéseket szállít és felszerel

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

Szabadalmazva.

Név törvényileg védve.

Histosan
 (Guajakol-Albuminat)

Az eddigi guajakol-készítmények helyett, melyek közül egy résznek káros mellékhatásai vannak, míg a guajakol-szulfosavas sók bizonyítatlan hatásuk miatt a terápiát rendkívül megnehezítik, a t. orvos uraknak melegen ajánljuk a **Histosan-t**.

Dr. Nevinny tanárnak az innsbrucki egyetemi gyógyszer-tani intézetben, valamint a berni egyetem fertőző betegségek kutatására szolgáló intézetében végzett vizsgálatainak, nemkülönben számos kórházban és sanatoriumban szerzett tapasztalatok szerint a histosannak feltűnően kedvező hatása van tuberkulózis és a légző szervek más fertőző bajai esetében. Histosan, mint fehérjeösszetétel — s ezt minden orvos a priori el fogja ismerni — felülmul minden eddig ismert guajakol-készítményt és gyakorlati kísérletek minden esetben igazolni fogják, hogy az ezen bajok át tekintetbe jövő eddig alkalmazott összes belső szerekeknek, hatás tekintetében jóval fölülte áll.

Rendelési alakok felnőttek részére:

Rp. Sirup. Histosani

Rp. Tablettae Histosani

lag. orig. I
 S. naponta 3—4 kávéskanállal

scat. orig. I
 S. naponta 4—6 tablettá

Rp. Histosan pulv. 0.5

tal. dos. No XX

S. 3—4-szer naponta 1 port

Á R A K:

1 eredeti doboz **Histosan-tejcsokoládé-tabletta**

4 korona (40 drbot tartalmaz).

1 eredeti üveg **Histosan-syrup**

4 korona.

2623

Kimerítő irodalom és minta az orvos uraknak díjtalanul rendelkezésére áll.

Fabrik chemischer & diätet. Produkte

Schaffhausen (Schweiz)

Singen (Baden)

BROMIPIN

kitűnően bevált bromkészítmény, jól tűrhető, bromismust nem okoz, ellenben más bromkészítmények által előidézett bromismusra legkedvezőbb befolyással.

Különösen ajánlatos

epilepsia, neurasthenia, hysteria, gyermekkori görcsös állapotok ellen.

A bromipin tápértéke igen magas és legtöbnyire fokozza az erőbeli állapotot.

DIONIN

morphinderivatum ártalmatlan mellékhatások nélkül

kitűnő Morphin-Pótszer

a légzőszervek bántalmainál bevált és mint analgetikum és sedativum fájdalomak ellen, valamint morphium elvonó kúránál

A dionin nem okoz euphoriat, vízben könnyen oldható, injekcióra különösen alkalmas.

Belső alkalmazásra: Dionin-tabletták á 0.03 gramm.

Specifikus lymphagogum a szemészetben.

VERONAL

megfelelő adagokban ártalmatlan

hypnoticum

prompt hypnotikus és sedativ hatással, ép úgy egyszerű insomniára, mint álmatlanság ellen, valamint az idegrendszer depressios és izgatottsági állapotaival összekötött betegségeinél

Dioninnal kombinálva, fájdalomak ellen bevált.

Melegen ajánlott segítőszere a pertussis terápiájában.

Dosis felnőtteknél 0.5, nőknél 0.25, gyermekek-nél 0.05—0.1 gm.

TANNOFORM

nem mérgező és ártalmatlan

adstringens és antiseptikum

belsőleg

gyomorhurut és hasmenések ellen

külsőleg

mint sebantisepticum bevált.

Tannoform — Hintőpor.

JODIPIN

kitűnő pótszere

a jodalkáliáknak, minden jodmedikátóra alkalmas esetben alkalmazható. Különösen ajánlatos

Asthma, Bronchitis, Emphysema, Arteriosclerosis, Skrophulosis etc.

Specificum tertiar syphilis ellen.

Belsőleg az izletben, jól vehető Jodipin solidum, illetve a belőle előállított Jodipin-tabletták alakjában is alkalmazható.

Jodipin nagy jodadagok subcutan alkalmazását teszi lehetségessé ártalmak nélkül.

PERHYDROL

absolut chem. tiszta, savmentes 30% (100 térfog. százalék).

Hydrogensuperoxyd

kitűnő, nem mérgező, nem izgató

desinficiens és desodorans,

minden sebészeti, nőgyógyászati, urológiai és odontológiai célra alkalmas.

Eredeti üvegekben á 10.0, 50.0 és 200.0 gramm.

ANTITHYREOIDIN-MOEBIUS

sok esetben bevált szer

Morbus Basedowi

ellen,

legtöbnyire az objectív és subjectív tünetek fokozatos javulásához vezet és általában igen jól tűrik a betegek.

STYPTICIN

prompt hatású, nagyobb adagokban is teljesen ártalmatlan

haemostaticum

sedativ és analgetikus tulajdonságokkal. Javalva: minden anatómiai alapot nélkülöző méhvérzésnél, ép úgy gyomor, bél, vese, hólyagvérzések, valamint haemoptoe ellen.

Subcutan alkalmazásra is alkalmas.

Nagyon bevált Stypticin-Gaze és vatta lokális vérzés-csillapításra.

Belső alkalmazásra: Stypticin-tabletták á 0.05 gm.

TROPACOACIN

relative csekély fokban mérgező anaestheticum, tekintélyes oldalról ajánlva, különösen

Lumbalanaesthesia

ellen. Vízben könnyen

oldható és sterilizálható.

Az oldatok sokáig elállanak. — Kitűnő localanaestheticum odontológiai célokra.

Próbaküldemények és irodalom ingyen és bérmentve.

1648



vegyi gyár Darmstadt.

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

„Neuroroborin sec. Glück.”

Idegerősítő és csillapító szer.

Javulva a funkcionális idegmegbetegedések mindazon eseteiben, a hol úgy az idegrendszer megerősödését, mint csillapítását akarjuk elérni. Kipróbálva több idegklinikán és közporkházban. Káros mellékhatásokat nem okoz. Az egyes Neuroroborin-pastillák súlya $\frac{1}{2}$ gramm, ebből 20 cgm. bromkallium, $\frac{1}{4}$ cgm. codein, a többi részt hypophosphitok alkotják. — Adagolás: Naponta 8-10 tabletta. — Kapható minden gyógyszerárban. — Ára 3 korona. 1873

Főraktár: „Fehér galamb” gyógyszerár, Budapest, VI., Hungária-körút 93.

THYMOMEL SCILLAE.

(Név törv. védve.)

Orvosi rendellet szerint mézzel készített Extractum Thymi Serpilli et Scillae, mely **hőkhurutnál, gége- és hörghurutoknál, emphysemánál** stb. tesz jó szolgálatokat; olcsóbb mint a külföldi Pertussin és vele egyenértékű.

Számos gyakorló orvos és gyermekgyógyász-szakorvos által kipróbálva és ajánlva.

Készíti: **B. FRAGNER's Apotheke, Prag 203-III.**

1656

Kapható minden gyógyszerárban.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D^r EGGER

Indicatiói: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhaehitis. Kapható minden gyógyszerárban. 3040

SOLVIN (Náthakrém).

Akut és chronikus nátha ellen jól hat. — Egy tubus ára 40 fillér.

Készíti: Klotild főhercegnő gyógyszerár, Vaczi-körút 66.

Raktár: **TÖRÖK** gyógyszerár, Király-utca 12; **NÁDOR** gyógyszerár, Vaczi-körút 17. Kapható még: I., Attila-körút 51; II., Margit-körút 38; IV., Ferencz tér 2; VII., Wesselényi-utca 30; VIII., Lövöldes-tér 5; VIII., Dohány-utca 84; VII., István-út 10; VIII., Rákóczi-út 43; VIII., Mátyás-tér 3; VIII., Múzeum-körút 18; IX., Üllői-út 65; X., Jászberényi-út 7 szám alatti és a legtöbb fel nem sorolt gyógyszerárban is.

WIESBADEN

Viktoriastrasse 14.

Telefon-szám 2161.

„VILLA WILHELMINE“ alkoholmentes üdülőhely

1483

idegenek részére
előkelő, csöndes villasorban, közel a vasúthoz és gyógyházhoz; lesozoktató gyógymód, dietetikus konyha, fürdők; mérsékelt árak. Prospektust küld: **E. MENGER.**

0,2% vas, mint Ferrisaccharat

Anämin
EISENPEPSIN-SACCHARAT-**LIEBE**

Tartós!

Jó ízű!

Gyomornyomást nem okoz!
Székrekedést nem idéz elő!

(még hosszabb használatnál sem.)

Étvágygerjesztő!

Kitűnő bármily gyengeségi állapot, vérvesztés, idült gyomorhajok stb. ellen.

Liebe-féle
Sagrada-Tabletták

bevonattal

à 0,5, 0,25, 0,15 gramm.

Olcsó,

biztos és enyhe hashajtók.

Dobozokban à 50 fillér.

Mintákat ingyen küld.

J. PAUL LIEBE.

LIEBE'S
SAGRADA-WEIN
Mild abführendes
Verdauungsmittel

2758

TETSCHEN A/E.

Pilul. ferri protoxalati c. quassin Korányi.

Javalt: mindazon esetekben, midőn vas adagolása ajánlatos, vagyis vérszegénység, sápkór, reconvalescentia, női bajok, stb. Quassin-tartalmánál fogva a gyomorra nem bolygó káros, hanem étvágyjavító hatása van. Használat: Étkezés közben naponta 3-6 szem veendő. **Ára 2 korona.**

Készítője: **KORÁNYI LAJOS** gyógyszerész, **BUDAPEST, VIII., Népszínház-utca 22.**

Orvos uraknak minták kívánatra rendelkezésre állanak.

3118



Téli fürdőkúra
a **Szt.-Lukácsfürdőben**

Természetes forró-meleg kénos források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, vízgyógykezelés, massage. Lakás és gondos ellátás. **Csúsz, köszvény, ideg-, bőrbajok** gyógykezelése és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospektust küld ingyen a **Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán.** 3576

EPILEPTIKUS intézet BALF gyógyfürdőben.

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

Málnási

Mária-
forrás

Természetes alkalikus
— sós savanyvíz. —

A légzési szervek bántalmánál és emésztési zavarnál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Főraktár: **ÉDESKUTY L. BUDAPEST.**

Budapesti képviselő: 3259

Nádas Márton.

Kútközleléség: **Brassó.**

LASSNITZHÖHE

Graz mellett az
államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábbadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyeszköz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependencia-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosításul szívesen szolgál a kezelőség. 2880 Prospektusok díjmentesen.

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

Liquor Thiorobin Comp. Eibach

mint a vele folytatott kórházi és klinikai kísérletek bizonyítják, a tüdőbetegségek hathatós gyógyítószere, kombinálva igen hatásos erősítőszerekkel, igen kedvezően befolyásolja a tüdőbetegnek táplálkozását és anyagcserejét s így tökéletesen pótolja, sőt felülmúlja a külföldi készítményeket. Különösen ajánlatos: a légzőszervek megbetegedéseinek, idült hörghurut, tüdőgyulladásnál, influenza, kanyaró, számarhurut stb. után visszamaradt makacs hurutoknál, a tüdőgyulladások minden alakjánál, mint specificum. Adagolása: felnőtteknek naponta három kis evőkanállal, gyermekeknek három kávékanállal. Evés előtt veendő. 2721

Ára üvegenként 2 korona 50 fillér.

Készítője:

Szamossy Gyula gyógyszerész laboratoriuma

„II. Rákóczy Ferencz gyógyszerár”, VIII., Rákóczy-út 25.

Főraktár: „Szent Bertalan gyógyszerár”, VI., Andrásy-út 55.

„Bayer” **CONTRATUSSIN** „Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR
Budapest, VI., Andrásy-út 84.

Minden gyógyszerárban kapható.

Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

2282

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Makai Endre: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. sz. kórboneztani és kórszövet-tani intézetéből. (Igazgató: Pertik Ottó, ny. r. tanár.) Adatok az epitheltestekből kiinduló tumorok ismeretéhez három eset kapcsán. 101. l.

Picker Rezső: A férfi idült kankójának helyi körjelzése. 103. lap.

Lenkei Vilmos Dani: A légfürdő therapiái alkalmazása és hatása a szervezet némely functiójára. 105. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés.* G. Cornet: Die Tuberculose. — *Lapszemle.* *Általános kór- és gyógytan.* Gabriczewski és Lungowoi: A vörhenyellenes védőoltás. — *Levy és Kayser:* Egy typhusbacillusgazda boncolásakor kapott bakteriologiai lelet. — *Belorostan.* Boas: Digestív gyomornedvtútermelés. — *Enriquez és Amard:* Bradycardia esete. — *Rubow:* Hyperacid gyomortartalom. — *Sebészet.* Kocher és Matti: 100 epekömütét. — *W. N. Scharpe:* A transuretero-ureteralis anastomosis. — *Clogg:* A feregnyúlvány kizáródása a sérvben. — *Berry:* Nagy nyaki arteriovenosus aneurysma. — *Gyermekorostan.*

Böhme: Perhydrasetejel végezett táplálási kísérletek. — *Hallé és Weill:* Aspirin használata vörhenyes izületlob eseteiben. — *Variot:* A lábszárpulsus fiatalabb gyermekek aorta-elégtelenségében. — *Húgysszervi betegségek.* *Pasteau és Iselin:* A perinealis urethrában székelfő traumás eredetű szűkületeknek radikális műtete. — *P. Hamonic:* A hypospadiasis műtéve. — *Frank:* Húgyivarszervi gümőkór érdekes esete. — *Venereás bántalmak.* *R. Duhot:* A syphilisnek abortív kezelése. — *Közegészségtan.* *Harnack:* A kávé káros hatásának kérdése. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* *Walsh:* A csecsemőkori nyári hasmenések. — *Hébert:* A stomatitis mercurialis gyógyítása. — *Friedländer:* Oliphen. 109-114. l.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 114. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 115. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 116-120. lap.

Mellékletek. Glück Rezső „Digestoi“, Fabrik chem. und diät. Producte Schaffhausen „Histosan“ prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem II. számú kórboneztani és kórszövet-tani intézetéből. (Igazgató: Pertik Ottó, ny. r. tanár.)

Adatok az epitheltestekből kiinduló tumorok ismeretéhez három eset kapcsán.

Irta: *Makai Endre* dr. I. tanársegéd.

A *Sandström* által 1880-ban először leirt gl. parathyreoidea, vagy — mint újabban nevezik — az epitheltest makro- és mikroszkopi viszonyai, nemkülönben physiologiai működése és szerepe a szervezetben több oldalról tétetett már számos igen gondos és beható tanulmány tárgyává. Annál feltűnőbb, hogy, míg e szerv épanatomiai viszonyaira nézve bizonyos tekintetben máris megállapítható a közölt adatoknak rendszeres egészbe való foglalása s a különböző szerzőknek egy határozott irányban való megállapodása, az epitheltest pathológiáját eddig még alig méltatták figyelemre. Pedig bizonyos, hogy az epitheltestek eddigelé még homályos jelentőségének tisztázásában — mint a kivezető cső nélküli, *Brown-Séguard*-féle értelemben vett belső secretiójú mirigyeknél általában — a pathológiának elsőrangú szerepe van, s így az e részben közlendő adatok talán nem csupán kórboneztani curiosumok gyanánt bírálandók el.

Mielőtt az epitheltestek kórboneztalástani elváltozásai egyik fontos s egyelőre talán legérdekesebb csoportjának, nevezetesen a parathyreoideából kiinduló tumoroknak ismeretéhez eseteim kapcsán adatokat szolgáltatni megkísérlelném, röviden összegezni óhajtom az epitheltestek normal-anatómiájára és physiologiájára vonatkozó adatokat.

Sandström a gl. parathyreoideákat — melyeket e szerv szorgalmas tanulmányozója, *Kohn*, epitheltesteknek nevezett el — páros mirigyeknek írja le, melyek mindkét oldalt a pajzsmirigyek közvetlen közelében, az oldallebenyek hátulsó felületén vagy alsó széle közelében fekszenek. Embernél számuk rendszeren 4. A borsó

egész kis babnyi (8 × 5 mm.) képletek mikroszkopice sajátosságos, az ébrényi mirigyhámra emlékeztető típusú hámelemekből állanak, melyeket elég vastag capillaris hálózat sző át; néhol az egész mirigyállomány hálózatosan összefüggő sejtkötegekből áll, mely hálózat hézagait dúsan erezett kötőszövet tölti ki; a hám és kötőszövet egymáshoz való viszonyának egy harmadik módosulata az, midőn a mirigyelemek kisebb, kerek, *solid* fészkeket, ú. n. folliculusokat alkotnak.

A parathyreoidea sejtelemeit *Benjamins* három csoportba osztja. A sejtek egy része általában nagyobb a pajzsmirigy sejteinél, ezeknek eléggé chromatindús magvuk s rosszul festődő protoplasmájuk van, a sejtek közti határ kifejezett, finom vonal gyanánt mutatkozik. Ezek mellett nagy sejtek láthatók erősen szemcsés, jól festődő protoplasmával s hasonlóképen festődő maggal. Végül egy harmadik csoportja a sejteknek — melyek főleg a mirigy tokja s a kötőszöveti septumok mentén helyezkednek el — ellipsis-alakú, e sejtek hossz tengelye az alapjukat tevő kötőszövet rostjaira tipikus „pallisade“-szerű elhelyezkedéssel merőlegesen áll. Noha — mint fentebb láttuk — a sejtelemeiket egymástól néha éles vonal választja el, igen gyakran a sejtek minden szembetűnő határ nélkül sorakoznak egymás mellé.

A sejtelemeknek fentérintett, ébrényi típusra emlékeztető viselkedése folytán egyesek az epitheltesteket a fejlődés egy bizonyos stadiumában lévő tartalék-pajzsmirigytelepek gyanánt fogták fel, melyek a pajzsmirigy állományának pusztulásakor rohamos fejlődésnek indulnak, a thyreoidea közönségesen ismert szövettani szerkezetét öltik s élettani szerepét a szervezet háztartásában átveszik. Újabban azonban a szerzők legnagyobb része az epitheltestek önálló jelentősége mellett tör lándzsát, hivatkozva arra, hogy pozitív bizonyítékot ezen átalakulás mellett még senki fel nem hozott, nevezetesen pedig a legkülönbözőbb életkorú egyének vizsgált epitheltestek szövettani képén a thyreoidea-állományvá való átalakulás sohasem volt konstatálható. Egyes megfontolást érdemlő körülmények azonban arra utalnak, hogy e kérdés minden irányban lezártnak mégsem tekinthető, miért is később részletesen kívánunk vele foglalkozni.

Az epitheltest s a pajzsmirigy egymáshoz viszonyított

physiologiai jelentőségét *Moussu* rendszeres vizsgálatai szerint a következő kísérleti eredmények szabják meg:

1. A gl. thyreoidea — ide számítva az accessorius s az aberrált pajzsmirigyállományokat — teljes kiirtásának idült trophikus zavarok, myxoedema, cachexia a következményei.

2. Az epitheltestek eltávolítása húsevőknél halált okoz, részleges kiirtása pedig a Basedow-kórra emlékeztető kórkép kifejlődésére vezet; más szerzők szerint ilyenkor tetaniás tünetek jelentkeznek.

3. A pajzsmirigy s az epitheltestek együttes eltávolítása után halál áll be; ha a kiirtás után thyreoidea-vagy epitheltest-állományt separáltan adagolunk az állatnak, ezáltal a halál bekövetkezését nem akadályozzuk meg; epitheltest separált adagolására azonban a halált megelőző kórkép tüneteiből a tetania kiesik.

* * *

A gl. parathyreoidea pathologiai elváltozásairól alig tesz említést a különben szinte túltengő casuistikus irodalom. Eltekintve *Erdheim*-nek az epitheltestek kóros elváltozásairól írt közleményétől, számbavehető cikk alig jelent meg. S noha *Sandström* már a mirigy első leírása alkalmával felhívja a figyelmet arra, hogy e szerv alkalmasint kiindulópontja lehet rosszindulatú nyaki tumorképződésének, az epitheltestek tumorának mindössze 5 esetét tudtam az irodalomból összeszedni. *Erdheim* utal ugyan arra, hogy e tumorképződésnek csak azért oly ritkák, mivel nem fordítanak kellő figyelmet a strumák, jelesül pedig az accessorius vagy aberrált strumák rendszeres szövettani vizsgálatára. Bár tagadhatatlan, hogy e részben történelem mulasztások, az epitheltestek tumora mégis a legkritikább leletek közé tartozik. Az egyetemi II. sz. kórbonezeti intézetbe az utolsó 10 év alatt szövettani vizsgálat végett igen számos struma küldetett be, a melyek tüzetes átvizsgálása után csak kettő bizonyult epitheltesttumornak.

Az irodalomban közölt esetek és saját eseteim rövid foglalata a következő:

I. Az első epitheltesttumort *Benjamins* írta le 1902-ben 57 éves férfiában. Az állítólag igen gyorsan növekvő daganat a jobb pajzsmirigy helyét foglalta el, a larynxot balra tolta s így légzési nehézségeket okozott. Az enucleatioval eltávolított gyermekfejnyi, gömbölyű tumor kötőszöveti tokkal volt borítva; egyetlen felületéről kis göbök emelkedtek ki; itt-ott a daganat kötőszöveti tokjában is kis tumortestecsek ültek. Mikroszkopice a daganat dús kötőszöveti hálózat által elválasztott sejtesoportokból állott. A hám és kötőszövet egymáshoz való viszonya némely helyen olyan viselkedést mutatott, hogy a daganat papillaris szerkezetűnek tünt fel. A hámelemek, főleg a tok felé, a gl. parathyreoidea sejtelemeinek feleltek meg, a kötőszövet felé típusos pallisadeszerű elrendeződéssel. A sejtek közt itt-ott colloidgöbök feküdtek; hasonlóképpen colloidyszerű bennék találtatott a kötőszöveti struma nyirokútjaiban is. A szerző a daganatot nem nagyon malignus karakterű tumornak tartja. A daganatot burkoló kötőszöveti tokban egy ép epitheltest ült, melynek sejtjei azonban sorozatos metszeteken vizsgálva a tumorszövetbe átmenetet nem tüntettek fel.

II. Egy évre rá, 1903-ban *Erdheim* írt le egy 18 éves egyén boncolásakor mellékesen talált $2\frac{1}{2}$ cm. hosszú, $1\frac{1}{2}$ cm. széles és vastag, tojásdad tumort, mely a jobb pajzsmirigy alsó polusa alatt, kötőszöveti tok által élesen elhatárolva feküdt. Normál epitheltestek ez esetben szorgos keresés ellenére sem találtak. A tumor sejtelemei az epitheltestek sejtjeinek teljesen megfeleleltek. A tok közelében fekvő halvány protoplasmájú, kerek magvú sejtek fokozatosan mentek át a tumor legnagyobb részét tevő sejtekbe. E hosszúkás sejtek magvai oválisak s merőlegesen állanak a kötőszöveti gerendázat rostjaira, mely a sejtesoportot 2—3 sornyi sejtekből álló kötegekre bontja. E sejtek mellett itt-ott nagy, kerek, chromatindús magvú, éles határú sejtek csoportja is látható. A tumorsejtek közt helyenként colloid foglalt helyet.

III. Ugyanezen évben *Mc Callum* írt le idült nephritisben elhalt 26 éves egyéne a jobb pajzsmirigy alatt, de ettől elkülönítve fekvő, 2 cm.-nyi gömbölyded tumort. A sima felületű, vékony kötőszövetes tokkal borított daganat centrumában tiszta

folyadékkal tett cysta foglalt helyet. E tumor mellett még két normális epitheltest volt található. A helyenként szép mitosizokat mutató sejtek, melyek kötegei gyakran lumennel bírnak, mindenben a parathyreoidea sejtjeinek felelnek meg. E lumenek falzatát talán (?) csillószerű hámsejtek bélelik. Colloid sehol sem volt található.

IV. 1905-ben *Hulst* közölte egy commotio cerebriben elhalt, utolsó éveiben demens öregasszony boncolásakor nyert leletét. A jobb pajzsmirigylebenyben, annak hátulsó mediális oldalán, közvetlenül az isthmus felett ült a 2,5 cm. hosszú és széles és 2 cm. vastag, ovális, kemény tumor, mely elmeszesedett kötőszöveti tokkal volt körülvéve. Górcső alatt finom kötőszöveti septumok által alkotott hálózat látható, melynek hézagaiban a májsejtekre emlékeztető polygonális sejtek ülnek. Utóbbiak helyenként tubuláris elrendezkedést mutatnak, a megfelelő lumenek colloid anyaggal kitöltöttek. A kötőszöveti septumoknak megfelelőleg a sejtek nagyjában pallisadeszerűen helyezkednek el.

V. Az irodalomban utoljára *Generich*¹ közölt egy parathyreoideából kiinduló tumort. Az 50 éves, nephritisben elhalt nő kissé sorvadott pajzsmirigyének jobb lebenye mellett egy 3 cm. hosszú, 8 mm. vastag tojásdad tumor foglalt helyet. Normális epitheltestek hiányoztak. A daganat májsejtekhez hasonló sejtelemekből állott, melyek kötőszöveti sövények által elválasztott két-, ritkán többsoros kötegeket képeztek. A daganatban e mellett kevés egyrétegű henger- vagy köbhámmal bélelt ürok is foglaltak, melyekben Gieson szerint rózsaszínre festődő egynemű anyag van. Elég nagyszámú vérzéses góczok jelenléte is konstálható.

Legyen szabad ezek után saját három esetem ismertetésére áttérnem.

VI. Első esetem *Réczey* tanárnak akkor még a szt. Rókus-kórházban volt klinikájáról került 1897-ben az egyetemi II. sz. kórbonezeti intézetbe mint szövettani vizsgálat végett beküldött anyag.

A 11 éves fiún két évvel a klinikára való felvétele előtt képződött a nyakon mellül egy tyúktojásnyi gömbölyű daganat, mely élesen körülhatárolt, a környezetből könnyen leválaszthatólag feküdt a sternum felső széle, a nyelvsont s a fejbiccizentő izmok között.

A van Gieson szerint festett szövettani metszeteken mikroskop alatt kiderült, hogy a daganat sejtsegregény, rostos kötőszövet vaskosabb kötegei által több különböző nagyságú, lebenyszerű részre osztott. A kötőszövetnek a lebenyek hámelemeihez való viszonya egy metszeten is a legkülönbözőbb módosulatokat tünteti fel. Vannak lebenyek, melyekben a hámsejtek látszólag szabálytalanul vannak egymás mellé zsúfolva. A sejtömeget az interlobularis kötőszövetből kiinduló, alig észrevehető finom huzalok hálózák be, melyek minden terv nélkül elhelyezkedve a capillarisk bevitelére szolgálnak. Más lebenyekben viszont a kötőszövet van túlsúlyban a hámelekkel szemben. A lebenyekbe behatoló kötőszövet a hámsejteket 2—4 sejtvastagságnyi rövidebb-hosszabb kötegekre vagy oszlopokra osztja. Egy harmadik módosulata a szövettani képek az, hogy a kötőszöveti kötegek a tumorállományt acinusszerű, kisebb, kerek vagy szabálytalan hámsejtekre osztják, mely sejtesoportok azonban mindig solidak, lumen seholsem található.

A kötőszöveti reczézet hézagait kitöltő hámsejtek nagysága nagyjában a májsejtekének felel meg. Alakjuk gömbölyű vagy polygonális; protoplasmájuk halvány, szemcsés. Chromatindús, kerek vagy szögletes magvú sejtek mellett nagy, hólyagos, halvány magvúak is találhatóak, mely utóbbiak magvában éles nucleolus foglal helyet. Az egyes sejtek közt nincs élesen kifejezett határ, helyenként a kép olyan, mintha halvány, egynemű, vagy kissé szemcsés tömegbe rendszertelenül chromatindús magvak volnának beágyazva. Karyomitosisok sehol sem láthatók. Hasonlóképpen colloid sem található sehol.

VII. Második epitheltestumort 1906 márciusában találtam mellékes lelet gyanánt egy Herczel tanár szt. Rókus-kórházi osztályán kizárt sérv miatt operált s általános hashártyalobban elhalt 60 éves férfiban. A jobb mellkasfélben a gerincoszlop s a

¹ Budapesti közpórházak évkönyve 1905-re. 159. lap.

bordák közti zugban a III. bordától a VI. bordáig terjedőleg egy jókora férfőköllyi daganat foglal helyet, melyet erős heges-rostos kötőszövet tokol be, s mely a jobb tüdő hátulsó felszínéhez feküdvé, ezen csekély impressiót hoz létre. A daganat egyébként a környezettel semmi nexusban nincs, attól teljesen izolált, csupán felső polusa függ össze 3—4 cm. hosszú, cukorspárga vastag, szívós kötőszöveti rostok által a gyűrűporcz s a felső légcsőgyűrűk hátulsó felszínével. Az említett kötőszöveti szalagok minden valószínűség szerint a tápláló erek bevezetésére szolgáltak; az ereket eredése azonban már nem praeparálható ki.

A tumor legnagyobb részét egy cysta képviseli, csupán alsó polusán van kis almányi, solid állomány. A cysta 1—3 millimeter vastag falzatát erős, heges, rostos kötőszövet alkotja, melynek belfelszíne néhol sárgásfehér, sima, tükröző, másutt vajsárga, kiemelkedő foltokkal s meszes incrustatiókkal behintett; makroszkopice a cystafalzat rendkívül hasonlít igen előrehaladt endoarteritiszes elváltozást mutató aortafalhoz. A cysta bennéket egyébként kevés barnászörös, puha, törmelékeny anyag képezi, mely az üregek negyed részét sem tölti ki. Górcső alatt az amorph anyagában semmiféle jellegzetes alakelem nem konstatálható.

A cysta alsó részét tevő tömött állományban hasonlóképen nagyfokú meszes incrustatio mutatkozik; a szürkésbarna metszslapon világosabb, szürkésfehér kötőszöveti kötegek haladnak át, melyek a szemcsés metszslapot néhol makroszkopikus lebenyekre osztják.

A középnagy pajzsmirigyek colloid degeneratio képét mutatják. A jobb pajzsmirigy alsó részében egy jókora mogyorónyi, tömött gócz ül, melynek szemcsés metszslapja világos barnavörös színű. Jobboldalt epitheltestesek nem találtak, baloldalt a hátulsó mediális pajzsmirigyszél közepe táján egyetlen főtörsonyi epitheltest ül.

A górcsővi vizsgálat kideríti, hogy a cysta falzata sejtszegény, előrehaladt hyalindegeneratiót elszenvedett kötőszövet vaskos kötegeiből áll; a cystafalzat belfelszínén hámbélés nem látható.

A solid tumorrészből készült és van Gieson szerint festett szövettani metszetek a következő képet mutatják: Vastag, heges, hyalinosan degenerált és helyenként gömbsejtesen infiltrált kötőszöveti kötegektől körülveve nagyobb, hámsejtekből összetett csoportok foglalnak helyet. E sejtcsoportok közé hatoló vékony kötőszöveti gerendázat az egész tömeget acinusszerű, de solid, lumennel nem bíró, kerek vagy szabálytalan szigetekre osztja. Egyebütt, hol a nagyobb csoportok sejtjei közé benyomuló kötőszövet tömegesebb, a hámsejtek nagyjában oszlopos vagy kötegyszerű elrendezkedést mutatnak. A kerek vagy polygonális alakú hámsejtek protoplasmája halványan festődik, a mag kicsiny, kerek, chromatindús. Itt-ott egynéhány chromatinszegény, hólyagos magvú sejt is látható, melyek nagysága egyébként az előbbiekének megfelelő. A hámállományban elszórva egyes helyeken kisebb-nagyobb, homogen, van Gieson szerint vörösbarnára festődő göbök láthatók, melyeket köröskörül laposra nyomott hámsejtmagvak szegélyeznek. Ott, hol a hámállomány helyét a benyomuló heges kötőszövet foglalja el, kevés hámsejtmaradványtól körülveve sárgászörösre, illetőleg narancssárgára festődő colloidgóczok láthatók.

A jobb pajzsmirigyben foglalt gócz górcső alatt adenomának bizonyult, kifejezett colloidképződéssel, nekrobiotikus elváltozásokkal, szövettani vérzésekkel. Az adenomás solid kötegek sejtjei néhol tömegesen telvük pigmentrögökkel.

VIII. Harmadik esetem szintén Herczel tanár szent Rókus-kórházi osztályából származik, honnan a 16 éves fiú nyakáról kiirtott, 3 év óta fejlődő daganatot 1906-ban küldték szövettani vizsgálat végett az egyetemi II. sz. kórbontani intézetbe. A körülbelül narancsmekkoraságú, tojásdad alakú daganat a pajzsmirigy jobb lebenyének helyét foglalta el, a középvonal felé az isthmusszal semmi összefüggésben nem állott, hanem csupán laza kötőszövettel volt a helyén fixálva. A puha, fluctuáló daganat felmetszetvén, kiderül, hogy tulajdonképen egy $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ cm. vastag falzatú tömlővel van dolgunk, mely barnászárga, híg, kissé nyúlós folyadékot tartalmazott. E folyadék kémiai vizsgálata, sajnos, nem volt végezhető, mivel a tumort alkotó tömlő már eltávolításakor megnyitott.

Górcső alatt a daganat az előzőkének nagyjában megfelelő szövettani képet mutat. A sejtszegény, rostos kötőszöveti sővények több, lemezszerűen egymás mellé sorakozó hámsejtretegre tagolják a tumort. Egyébként is a helyenként hyalindegeneratiót mutató kötőszövet oly dúsan szövi át a hámrésztörmelékét, hogy itt-ott teljesen háttérbe szorulnak s csak elszórtan láthatók a halványan festődő, sejteket alig tartalmazó, csaknem homogen interstitiumban beágyazva. Egymásba bőséges átmenettel itt is jól megkülönböztethető a hám és kötőszöveti elemek egymáshoz való viszonyának már többszörösen leirt három típusa, melyek közül azonban a látszólag minden terv nélkül egymásra zsúfolt sejtelemekből álló s csak finom kötőszöveti huzalokkal átszótt sejteconglomeratum a túlnyomó.

A részben chromatindús, részben nagy világos, hólyagos magvú sejtek, melyeknek sejthatárai alig kivehetők, azonosak az előbbi két esetben talált sejtekkel s egészben véve megfelelnek az epitheltestekéinek is. Egyes helyeken, főleg a daganat peripheriás részeiben jól látható, a mint a hámsejtekből egészen a magvak nagyságának megfelelő colloid szemcsék válnak ki, melyek azután összefolyva, nem nagyszámú, colloidmassával kitöltött, elég tág lumenű acinusok fejlődésére vezetnek. Ilyen kisebb colloidtömegek egyebütt is, a kötőszövetben, vagy az egymásra zsúfolt hámsejtek között, több helyen láthatók, a nélkül, hogy az említett acinusképződés kifejezetten észlelhető volna.

* * *

(Vége következik.)

A férfi idült kankójának helyi körjelzése.

Irta: *Picker Rezső dr.*

(Folytatás.)

Még egy pár szóval arról is meg kell emlékezni, hogyan készítenők az ezen vizsgálatok útján nyert váladékokból, ha szabadon lecsurogtak és óraüvegen összegyűjtettek, górcsővi készítmény. A tiszta genyes váladékból egyszerűen egy cseppet tárgylemezre teszünk, egy másik kissé ferdén tartott tárgylemez élével a csepre téve, erősebb nyomás nélkül végighúzzunk és igyekszünk az anyagot oly vékony rétegben szétteríteni, hogy lehetőleg pár pillanat alatt teljesen megszáradjon. Ha a váladék nem tisztán genyes, hanem csak genyes czafatokkal kevert, legelőször a legnehezebb, töményen sárgás czafatokat halászom ki, illetőleg vizsgálom meg és csak másodsorban folyamodom a diffus váladék vizsgálatához. A czafatokat lehetőleg azonnal a váladék kiürülése után bontótűvel szedem ki és viszem át tárgylemezre, a hol a rajtuk tapadó nedvességet még gondosan leitatom és azután kis vártatva, hogy a czafat egyik szélével esetleg már megtapadt legyen a lemezen, terítem ki egy másik lemez segítségével lehetőleg úgy, hogy az egész egy darabban maradjon. Különös gond fordítandó a vizsgálandó anyag *vékony* rétegben való kiterítésére akkor, ha *Gram* szerint is meg akarjuk festeni, a mennyiben ennek kifogástalan sikere, illetőleg az elszíntelenítésnek megbízható volta lényegesen függ a készítmény vékonyságától. Ha a vizsgálandó váladék szabad szemmel tisztának és egyneműnek mutatkoznék, úgy először annak egy cseppjét fedőlemezzel letakarva, kis vagy közép-nagyítással megvizsgálom, vajjon tartalmaz-e genyet és mennyit, és csak ezután készítem a festett készítményt. Ily esetekben ennek elkészítésekor viszont arra kell ügyelni, hogy a fehérjedús prostata-váladékból száradás alkalmával kicsapódó fehérjeréteg vagy fehérjeszemcsék ne zavarják később a festés sikerét. A fehérjeréteg, ha vastagon szárad a tárgylemezre, nem fixálható jól; a már megfestett praeparatum a szárítás alkalmával részben leválk, de ha ezt el is tudtuk volna kerülni, a fehérje diffus ibolyás festődésével vagy szemcsés kicsapódásával nagyon gyakran eltakarja a bennünket főleg érdeklő sejtes elemeket. A *Gram*-féle festéskor pedig ezen fehérjeanyag *Gram* pozitív szemcsékben tűnik fel, sőt a vastag praeparatumokban az egész képet elborítja. Ezért ilyen esetekben úgy járok el, hogy egy nagyobb cseppet tárgylemezre viszek és ezt lejtős síkra teszem. Kis vártatva ezen váladék megülepszik. Ekkor a felette összegyűlt folyadékot

óvatosan leszívom, a csepp környezetén a száradás folytán képződött fehérjegyűrt egy helyen itatóssal áttöröm és a sejtes üledéket a tárgylemez egy tiszta részére bocsátom, a hol széjjelteritem, fixálom és megfestem. Ha a csészében a rendszeren folyékony prostataváladékon kívül nyálkás ondogomolyok is jelennek meg, úgy ezekből is a szabad szemmel látható genyes részleteket igyekszem bontóttu segítségével tisztán kiszedni. Ha pedig ilyenek nem volnának láthatók, a nyert váladékot üvegburával lefedve egy ideig állni hagyom, hogy a prostatanedv az ondogomolyokat feloldja. Az ily módon képződött folyadék alján azután megtalálom a kisebb-nagyobb mennyiségű genyörtörmelékét, melyet az előbb leírt módon dolgozok fel.

Ha a váladékokból nemcsak górcsövi, hanem bakteriologiai vizsgálat útján is akarok részleteket feldolgozni, a makkot stb., mielőtt a beteg az öblítő vizet kiüríténé, sublimatos ruhácskával vagy benzinnel még egyszer jól megmosom és száraz melegben sterilizált poharakban fogom fel az öblítő vizet, melyből steril pipettával steril óraüvegesében gyűjtöm a váladékokat, melyeknek egy részét nyomban a kellő táptalajokra viszem, mint azt a bakteriologiai vizsgálat szigorú keresztülvitele megköveteli. A kémcsövek azután közvetlenül a vizsgálószobámban elhelyezett költökemenczébe kerülnek és így 24–36 órával a klinikai vizsgálat foganatosítása után a kulturák mikroszkopice megvizsgálhatók. Ha az öblítő vízben czafatok vagy durvább váladékrészletek nem volnának találhatóak, a legzavarosabb öblítővízrészletet azonnal centrifugálom és az üledéket a fentemlített módon mikroszkopice és bakteriologice feldolgozom.

Ez volna a vizsgálat menete, ha csupán egy fájdalmas góczot találtam a húgyeső előzőleg felsorolt mirigyes függelékeinek valamelyikében, s a többi a tapintáskor normálisnak találtatván, bővebb vizsgálatot szükségesnek nem látok. Ha azonban több ilyen érzékeny vagy csak elváltozott góczot derített ki a tapintás, pl. az egyik oldali ondóhólyagot és az egyik Cowper-mirigyét, és a váladékok csak egy része tartalmazott volna gonococust vagy más kórokozót, a vizsgálatot a fenti módon ismétlem s pedig több ízben, csak hogy minden alkalomkor csupán egy beteg szerv váladékát massázom ki és vizsgálom meg. A kezelést azután ezen vizsgálat eredménye szerint állapítom meg; az ellenőrző vizsgálatokat a kezelés menete alatt szintén a fentjelzett módon végzem, azaz minden beteg mirigyre külön-külön.

A. 1906 augusztus elején keresett fel egy 3½ hónap óta tartó kankóval, melynek folyamán, az első hónap végén egy pár napig a vizeleti inger igen gyenge fokozódását érezte. Többféle gyógyszerrel feeszkendezett, utoljára egy ismert hirdetőorvos zinkvizet rendelt neki, melynek állandó használata mellett a folyás elállt. A vizelet első része czafatokról zavaros, a melyekben a tájékoztató mikroszkopi vizsgálatkor csak genyet találok. Minthogy a vizsgálat napján reggel és délben feeszkendezett, mindennemű kezelést beszüntetek. Két nap múlva kevés váladékot találok igen sok gonococussal. A vizelet első része zavaros, a második átlátszó ugyan, de megtört, a genypróbát igen erősen adja. A hólyag öblítése után a leírt módon végzem a végbélvizsgálatot. Nagy puha prostatát találok, melynek jobb fele igen érzékeny. Nyomásra sok világos váladék ürül egész apró törmelékekkel, melyben középmentességű gonococust találok. Egy újabb vizsgálatkor, melyet két nap múlva foganatosítottam, a bal Cowper-mirigyét cseresznyemagnyi kemény érzékeny képlet gyanánt tapintottam és egy következő alkalommal ennek izolált vizsgálata meglehetősen sok czafat megjelenését eredményezte az öblítő víz első és harmadik részletében, melyek legnagyobb részében sok szabad és intracelluláris Gram-negatív diplococcus volt. A kezelés a prostata és a Cowper-mirigy egy ülésben végzett massage-ából állt s azon eredménnyel járt, hogy úgy a prostata, mint a Cowper-mirigy duzzanata elég rövid idő alatt lényegesen visszafejlődött, miközben érzékenyséjük is csökkent. Mintegy négy heti kezelés után a kezelésnek 36 óráig tartott szünetelése után váladék magától nem jelentkezett és a több órán át visszatartott vizelet minden részében lényegesen tisztábbnak mutatkozott, mint régebben. A bal Cowper-mirigyét külön megvizsgáltam; a massage után az öblítő víz első és harmadik részletében alapos öblítés után sajátos nyálkás ragacsos czafatok jelentek meg, melyek górcsövi vizsgálatkor csak genysejteket, de gonococust nem találtam. A prostataváladék azonban, melyet a hólyag ismételt kiöblítése után ugyanezen alkalomkor szintén az ismertett módon külön nyertem, meglehetősen nagy mennyiségű volt, több nagyobb és kisebb czafatot tartalmazott, melyeket mind feldolgoztam górcsövi készítménynek, de csak az egyikben találtam egy helyen kevés gonococust. Ezen elkülönítő vizsgálatot 4–5 naponként ismétlem és arról győződtem meg, hogy a Cowper-mirigyből a gonococcusok végleg eltűntek már, a midőn a prostatában még jelen voltak. Innen azután mintegy két hónapi, lehetőleg naponta folytatott massage-kezelés után szintén végleg eltűntek, úgy hogy a beteget öt heti ellenőrzés leteltével

quoad gonococum gyógyultan bocsátottam el, miután az időközben hetenként gondosan végzett górcsövi és tenyésztési vizsgálatok a gonococcusra nézve teljesen meddők voltak.

Az általam használt eljárással újat nem ajánlottam, mert a katheterrel vagy katheter nélkül való átöblítéseket másutt is megtaláljuk a vizsgálati előkészületek között. Midőn azonban rendszeres alkalmazását kívánom az idült kankó pontos helyi körjelzésében, teszem ezt azért, mert ilyen módon látom egyedül kikerülhetőnek azon tévedéseket, melyekre ezen eljárás be nem tartása okot adhat.

Az egyik tévedés, melylyel meglehetősen gyakran nyomtatásban is találkozhatni, az, hogy a vizelet elülső részében foglalt váladék az elülső húgyesőből való, hogy tehát tiszta második és harmadik vizelet mellett a hátulsó húgyeső mirigyeinek és váladékainak vizsgálatától el lehet tekinteni. A mennyire igaz ez a heveny kankó kezdeti szakában, annyira nem áll ezen tétel az idült kankóra nézve, mert ilyenkor a váladéktermelés nem egy esetben oly gyér, hogy a vizelet első részlete, midőn ürülése közben útját a hátulsó és elülső húgyesővön át veszi, az útjába eső czafatokat stb. mind magával sodorja, úgy hogy a második és harmadik részletre már csakis a tiszta hólyagvizelet jut. Utalok az előzőekben leírt „X” esetre, melyben az idült egyoldali ondóhólyagkankó minden klinikai jel nélkül majd 1 évig elülső idült kankó képében állott fenn és csakis a vizelet első része tartalmazta a beteg szerv váladékát.

Egy másik tévedés akkor eredhet, ha idült kankós Cowper-mirigygyulladás fennforgása mellett átöblítés nélkül, mint ezt némely bakteriologus által irt ilyenmű utasításban olvashatjuk, végezzük a végbélvizsgálatot. A mint már „K.” esetem rövid leírásakor vázoltam és már máskor is észlelhettem, a Cowper-mirigylob mellett ürített vizelet rendszeren az első és harmadik részletében tartalmaz foszlányokat, míg a második tiszta szokott lenni. Ezáltal ugyanazon képet nyerjük, melyet a közepes váladéktermeléssel járó prostata- illetve ondóhólyag- vagy ampullagyuladással szoktunk látni. A ki ilyen esetben a vizelet klinikai képe után indulva az első vizeletrész ürítése után végzi a végbélvizsgálatot, és vagy úgy tesz, hogy első ízben a 2 részletben kiürített vizeletet külön vizsgáltatja és másodízben a fenti hiányos előkészületek után prostata- stb. massage-t végez és ezután gyűjti a vizeletet még egy edénybe, ezen vizeletben már most a prostata- stb. váladékon kívül még a Cowper-mirigy kivezető csövéből a vizeleti actus vége által kiszorított váladékot is fogja a bakteriologusnak beküldeni.

A massage nélkül, valamint a massage után ürített vizeletrészletekben a bakteriologus már most akár festés, akár tenyésztés útján ki fogja mutatni a gonococust, és az orvos, a ki arról értesül, hogy a prostatamassage utáni vizeletben szintén van gonococcus, addig fogja massage stb. útján a „prostatitis“-t kezelni, míg a Cowper-mirigy kankója a „kezelés“ ellenére végre magától meggyógyul.

Az elülső húgyeső idült kankójának helyi körjelzése szintén legpontosabban végezhető részben a tapintás, részben a vizeletvizsgálat, és részben a közvetlen megsejtelés útján. A chronikus kankó t. i., mint erre főképen Oberländer figyelmeztetett már a nyolczvanas években, az elülső húgyesőben is előfordul, és én is teljesen tévesnek tartom azon nézetet, hogy minden, egy bizonyos típusos időn túl tartó kankó chronicitásának az okát a prostatának, vagy a hátulsó húgyeső más mirigyes függelékeinek megbetegedésében kell keresni. Magángyakorlatomból ismerem esetet (Sch.), a melyben a mindvégig elülső localisatioval birt első gonorrhoea 2½ hónapig volt gonococcus-tartalmú; jelenleg is áll kezelesem alatt egy beteg (B.), a kinek az 1906. évi augusztus elején kezdődött első gonorrhoeája még most is, öt hónap után, mint elülső, gonococust tartalmazó, folliculáris megbetegedés tart, a nélkül, hogy ezen idő alatt a hátulsó húgyesőnek bármely objective vagy subjective kimutatható kankós elváltozása szövődött volna a kórképhez. A ki az ilyen esetet gondosan végigfigyeli és megvizsgálja, látni fogja, hogy ezen chronicitás tisztára az elülső húgyeső egyes körülírt pontjainak kankós megbetegedése által van feltételezve, melyekből a gonococcusok a mechanice rossz lefolyási viszonyok miatt nem tudtak kiürülni. Ezen megbetegedett helyek pedig az elülső húgyesőben oly nagy számmal előforduló mirigyek, melyek egyrészt mint nagyobb, többszörösen

elágazódó képletek a húgycső felső falából s részben a Morgagni-féle lacunából indulnak ki, másrészt pedig mint kicsi, egyszerű, vagy kevésbé bonyolult szerkezetű (Littre féle) mirigyek az ép húgycsőben észrevehetetlen nyílásokból indulnak ki. A gyanút ezen képleteknek és főleg a nagyobbaknak megbetegedett voltára már azon anamnestikus adat is tereli, hogy a kankó acut és subacut szakában a merevedések alkalmával a beteg a húgycsőnek *egy bizonyos körülírt helyén* érzett erősebb fájdalmakat.

Három esetemben (G., Sch., B.) pedig, melyek közé az előbb leírt is tartozik, ilyen heveny folliculáris megbetegedésből láttam kiindulni a többé-kevésbé fájdalmas nyirokgyulladás a penis hátán, melyhez azután hamarosan a mony bőrének oedémás, gyengén lobos duzzadása is csatlakozott. Ezen szövödmények mintegy hat hét alatt tüneti kezelésre megszűntek, de a folliculáris beszűrődések ezen idő után is megvoltak még és csak hosszabb időn át folytatott rendszeres kezeléssel voltak gonococcusmentessé tehetőek és végre apró, alig észrevehető nyomokig eltűntethetők.

Ezen esetben a heveny megbetegedés lezajlása után a kifolyás szűntetelt ugyan, a kezelés abbahagyása után azonban rendszeren harmad-, negyednapra eleinte kistokban, később erős mértékben visszatért. Az ilyen betegek húgycsővéből, ha állandóan használnak valamely kankóellenes szert naponta 1—2 szer, rendszeren csupán a a húgycső erősebb megfejtése útján nyerhető váladék, melynek mikroskopi vizsgálatok a hámsejteknek és a részben gonococcus-tartalmú genyesejteknek egészen furesa keverékével találkozunk. Ha azonban a beteg a befecskendezésekkel néhány napig szűntetelt és ekkor jön csak az orvoshoz, esetleg már bő váladékot kapunk, melynek megjelenési módja azonban a heveny kankós váladék megjelenési módjától lényegesen különbözik. T. i. nincsen meg az annyira jellegző, spontan *folysás*, hanem csak erősebb vagy gyengébb fejtésre jelenik meg bőséges váladék, és ha a beteg kivizelte magát, sokkal hosszabb ideig tart az a köz, míg ismét magától mutatkozik váladék, mint a heveny kankóban. Azonkívül a váladékban talált gonococcusok mennyisége semmiféle arányban sincs a genyedés fokával, hanem meglepően nagy. Nagyon sok az extracelluláris diplococcusalmaz, gonococcusokkal teljesen telehintett sok hámsejtet látunk.

Vizelés után a húgycső objectiv vizsgálatát azzal kezdem, hogy bal kezemmel a makkon megfogott húgycsővet jól kihúzom és azután a jobb kezem hüvelyk- és mutatóujjával a bulbustól előrehaladok, miáltal a húgycsővet körül fogom és felső fala, azaz a corpus cavernosum penis alsó felülete felé nyomást gyakorolok. Ilyenkor az utamba eső kisebb-nagyobb csomók és beszűrődések nemcsak hogy nagyon jól érezhetők, hanem az alakjukról és érzékenységükről is nagyon pontos felvilágosítás nyerhető. Az ilyen vizsgálat végén azután az elülső húgycsőnyíláson esetleg ismét elég nagy mennyiségű, híg váladék jelenik meg, melyben nem ritkán mikroskopi alatt aránylag igen sok gonococcusal fedett hámsejtet, pár gonococust tartalmazó genyesejtet és igen sok szabad gonococcusocsoportot látni. Ha ezután még arról is bizonyosságot akarok szerezni, hogy melyik fájdalmas csomóból ürül a gonococustartalmú váladék, lehető tág tubussal végzem az elülső húgycső endoskopi vizsgálatát, a mikor is pontos beállításakor az illető fájdalmas folliculusnak a nyílásából több-kevesebb, néha gyufafejnyi genyes váladékot láttam kilépni (pl. az előbb említett B. esetben is), melyet a *Kollmann-féle* lapocczal az endoskopi világitása mellett kivettem és belőle praeparatumot készítettem. Ilyen praeparatumban néha meglepően sok gonococust találtam, a mi magyarázatát adja, hogy az adott esetben miért jelenik meg oly gyorsan ismét a folyás.

A gombos kutatóval, valamint az *Otis-féle* húgycsőmérővel végzett vizsgálódások szintén ugyanezt a célt szolgálják, de egyrészt nagyon szűk húgycsőnyílás esetén nem vihetők ki, másrészt nem adnak oly pontos eredményt, mint a tapintás, mely még a legszűkebb húgycsőnyílás mellett is végezhető. Ezen vizsgáló módszerek inkább a húgycső belvilágának és rugalmasságának csökkenéséről adnak felvilágosítást. Nagyon pontos módja a húgycső ilyenforma megvizsgálásának, a mennyiben a külső húgycsőnyílás nagysága megengedi, az enyhén, a beteg által épen csak megérezett feszültség széjjelnyitott *Kollmann-féle* dilatator felett való tapintás, mikor a dilatator óralapjáról leolvasható szám útján nemcsak a *maximális* beszűrődés fokáról, hanem az esetle-

ges beszűrődések alakjáról és székhelyéről is igen pontos adatokat nyerhetünk.

Vannak azonban esetek, a melyekben a kankó, a mely az elülső húgycsőben folliculáris infiltratumok képződésével járt és a betegség folyamán klinikai tünetek jelentkezése nélkül a hátulsó húgycsőre terjedt át, itt lefolyik és utóbb megbékül, azaz chronikus gonococustartalmú huruttá lesz. Az ilyen betegek, ha ezen szakban kerülnek az orvoshoz, hátulsó kankónak, prostatitisnek, vagy egyéb szövödménynek létezéséről mit sem tudnak; vizelési nehézségekről csak annyiban tesznek említést, a mennyiben az Ulzmann- vagy Guyon-féle becséppentésekhez csatlakoztak. Ha nem tartották vissza hosszabb időn át a vizeletüket, az első része alig zavaros, csak kevés fonalat tartalmaz, 2. és 3. részlete pedig teljesen tiszta, csillogó. A gonococcus-lelet rendszeren bőséges, sőt még akkor is találni gonococust, ha a beteg a befecskendezéseket szűntet nélkül használja. A húgycső vérgitapintásakor a csomók esetleg elég nagyok és elég fájdalmasak, úgy hogy a mikroskopi lelet helyességét igazolni látszanak, t. i. hogy az elülső húgycső beszűrődései annyi gonococust szolgáltathatnak a szabad húgycső felületére, hogy a praeparatum által jelzett mennyiségben állandóan megtalálhatók. Ha ilyenkor, tekintettel a vizelet makroszkopice kifogástalan voltára és a beteg állítására, behatóbb vizsgálatot nem végzünk, nagyon könnyen hamis diagnoszt mondhatunk, t. i. az „*elülső*“ idült kankóét, a mi kétszeresen kellemetlen olyan esetekben, ha a beteget, a ki döntő véleményünket kéri, csupán egyszer vizsgálhatjuk meg. Mert ha a hátulsó húgycső mirigyves függelékeinek vizsgálatokor említett genypróbát végezzük ilyenkor, nem egyszer fogjuk látni, hogy a legkifogástalanabbnak látszó csillogó vizelet is genytartalmú. Ekkor az elülső húgycső nagyon gondos többszörös kiöblítése után a hólyagot kimosom, megtöltöm és a már előbb kimerítően leírt módon végrehajtom a végbélvizsgálatot, nem annyira csak a durván anatómiai eltérésekre, mint inkább a beteg részéről jelzett legcsekélyebb fájdalomnyilvánításra is figyelve. A hátulsó húgycső váladékát, ha csak nem csurog szabadon a külső húgycsőnyíláson, *sohasem* igyekszem *kisajtolni*, hanem sokkal szívesebben választom a praeparatum készítés kevésbé kényelmes módját, t. i. az esetleges czafatoknak az öblítővíz különböző részleteiből való kihalászását és feldolgozását. Ha t. i. az elülső húgycsőben nagyobb érzékeny folliculáris beszűrődések vannak, megtörténhetik, hogy midőn a bulbusból a húgycső külső nyílása felé sajtolva, a hátulsó húgycsőből a bulbusba esurgott váladékot kifelé akarjuk hozni, az ezzel járó erős nyomás által a folliculusból is gonococcus-tartalmú váladékot nyomunk ki. Ilyenkor, főleg ha a beteg a végbélvizsgálat alkalmával fájdalmakat alig, vagy nem nyilvánított, a legnagyobb gonddal még a legkisebb czafatot is megvizsgálom, lehetőleg a nélkül, hogy centrifugáltam volna a vizeletet; tisztán pipettával igyekszem kihalászni a váladékokat és óvatosan teritem ki már csak azért is, hogy az illető váladék szöveti szerkezetéről is mennél megbízhatóbb felvilágosítást nyerjek.

(Vége következik.)

A légfürdő therapijai alkalmazása és hatása a szervezet némely functiojára.

Irta: *Lenkei Vilmos Dani* dr., fürdőorvos Almádiban.

(Vége.)

A mi a *légfürdő utóhatását* illeti: a változások a felöltözködés után $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ órával az eredeti értékre tértek vissza, vagy ezt legalább megközelítették. Ez alól csak a testhőmérsék magatartása tett kivételt és ez is csak a hideg légfürdők után, a mikor is a légfürdő alatti emelkedéséből hőtülyedésbe csapott át. Legkevesebb volt szabályos az érlökés viselkedése, mert ez a légfürdő után némely esetben ritkult, némelyikben meg szaporább lett, de azért többnyire mégis olyan irányban változott, a melyben a légfürdő előtti számához közeledett. A test hőmérséke langyos légfürdő után 20—25 percczel az esetek többségében még az eredeti hőmérséken túl is emelkedett (átlag 0,26°-kal), az esetek kisebb számában csak az eredeti fokig emelkedett, vagy azt legalább megközelítette. Hűvös légfürdők után a hőmérsék az esetek felé-

ben emelkedett, de átlag 17 perc alatt még nem érte el az eredeti fokot; az esetek másik felében 0°05—0°55 C. fokkal túl is emelkedett az eredetin. Hideg légfürdők után, mint már említettem, a testhőmérsék a légfürdő alatti emelkedésből süllyedésbe ment át és a levegő hőfoka szerint többé vagy kevésbé az eredeti alá süllyedt. Ezen hőszűnyedés különböző ideig tartott, de néha még 1 órával a légfürdő befejezése után is mutatkozott. Sötétben vett légfürdők után a test hőmérséke még langyos és hűvös levegőben is tovább süllyedt.

A légzések száma langyos légfürdő után a legtöbb esetben átlag 20 perc alatt, hűvös és hideg után valamivel később, középszámban 36 perc alatt emelkedett ismét az eredetire.

A légzés mélysége langyos légfürdő után körülbelül $\frac{1}{2}$ óra, hűvös után $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óra, hideg után több mint $\frac{1}{2}$ óra múlva süllyedt vissza az eredetire.

Az art. nyomás langyos légfürdők után az esetek felében $\frac{1}{2}$ óra alatt a kezdeti értékig emelkedett, az esetek másik felében is emelkedett, de az eredeti nyomást $\frac{1}{2}$ óra alatt még nem érte el. Hűvös légfürdő után az eseteknek körülbelül 75%-ában $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ óra alatt közelítette meg az eredetit. A verőeres nyomás, mely 13 C° körül végeredményben nem változott, ilyen légfürdők után sem változott. 12 C°-nál hidegebb légfürdő után az emelkedett nyomás $\frac{1}{4}$ óra alatt még nem süllyedt a kiinduláskor észlelt nyomásig, de 1 órában belül elérte azt.

A venosus nyomás langyos és hűvös légfürdők után az esetek többségében körülbelül $\frac{1}{2}$ óra alatt az eredetire emelkedett. Hideg légfürdő után $\frac{1}{4}$ óra hosszat változatlanul maradt, ezután emelkedni kezdett, de több esetben még 1 órával a légfürdő befejezése után sem érte el egészen az eredetit.

A légfürdő utóhatása tehát némely esetben egyes functióknál csak $\frac{1}{4}$ óráig tartott, de többnyire $\frac{1}{2}$ óra hosszat is elhúzódt. 1—2 esetben még 1 óra múlva is észlelhető volt. A változások a légfürdő után többnyire már az első negyed órán belül az eredeti felé kezdtek visszatérni, ritkább eset, hogy a légfürdő után kezdetben még némileg fokozódtak. Az utóhatás legtovább tartott a hideg légfürdők után, a mi főleg a testhőmérséknek a légfürdő után való hosszas süllyedésében és a venosus nyomásnak lassú emelkedésében jutott kifejezésre. A légfürdő utóhatásának tartama a légfürdő tartamától is függött és ezzel egyenes arányban állt.

Az utóhatások lefolyása nem szorul magyarázatra, egyedül az lehet első látszatra különös, hogy hideg légfürdők után a légfürdőben az eredeti fölé emelkedett testhőmérsék az eredeti alá süllyed vissza. Ezt Oordt az ő vizsgálásainál szintén így találta és ép úgy magyarázta, mint azt Winternitz és mások hosszabb hidegvizes behatások után magyarázták, tudniillik hogy az utólagos lehülés onnan ered, hogy az erősen lehűtött test felszínét ismét bőven átáramoló vér ennek felmelegítésére hirtelen sok meleget kénytelen átadni. Ezt bizonyítanak Oordtnak összehasonlító hőmérséklemérései is, a melyeket egyidőben a hónalj alatt és a végbélben eszközölt, és az enyémek is, ki néhány esetben a hónalj és a nyelv alatt tettem egy időben méréseket. Ezek azt mutatták, hogy hideg légfürdők után a test felszínéhez közelebb álló képletek akkor, a midőn a test belsejében a hőmérsék leszáll, lassan felmelegednek. A hideg légfürdőben a test mélyebb részeiben mutatkozó hőemelkedést szintén ugyanúgy magyarázhatjuk, mint a másfajta hosszabb hidegbehatások után támadó hasonló hőemelkedést, hogy t. i. a vérerek a hideg ingerére a test felszínén erősen összehúzódnak, tehát a vér itt — mert belőle kevesebb kering a bőrben — kevesebb meleget veszít, és hogy a hideg ingerre reflectorice bekövetkező fokozott izomtonus vagy esetleg apró izomrángások az anyagcserét és ezzel a hőproductiót is emelik. Igaz, hogy a légfürdőben ehhez még akarlatlagos és néha élénk mozgás is járul, de a test épen ezen helyzetváltozás miatt más és más levegőtömegekkel jön érintkezésbe és e miatt ismét több meleget is veszít, úgy hogy végeredményben a mérsékelt mozgás, bár az anyagcserét még jobban fokozza, nem igen járul hozzá a test belső felmelegedéséhez.

A légzés legkevésbé a langyos légfürdőkben változott, ezekben tehát a melegnek a légzések számát fokozó hatása a fénynek ellentétes hatását majdnem kiegyenlítette. Hogy a fény hatása a

légzésre a melegehatással ellentétes, már a napfürdővizsgálásoknál láttuk. Hogy miképpen fejti ki a fény ezen hatását, arra nézve konkrét vizsgálat még nem eszközöltek, csak gyanítani lehet, hogy a fény talán közvetlenül ingerli a légzési központokat, vagy esetleg közvetve az anyagcsere fokozódása (felszaporodó égési termények, szénsav) által idézi elő ezen hatást. Langyos és hűvös légfürdőknel a lehülő vér thermikus hatása a légzési központokra is oka lehet annak, hogy a légzés ritkul és mélyebbé válik. A légzések számának ritkulása és ezzel egyidejűleg a légzés mélyebbé válása hűvös és hideg légfürdőben már kifejezettebb. Ez valószínűleg onnan van, hogy ezeknél a hideg és a fényhatás már egy irányban működik. Langyos levegőben néha a légzés szaporább lesz, de ezt, mivel csak azon esetekben volt észlelhető, a melyekben erősebb szél fújt, csak a szélnek a rovasára írhatjuk. De azért langyos légfürdőben, még ha a légzések száma emelkedett is, a légzés mindig valamivel mélyebbé is vált. Ezt mással magyarázni nem tudom, mint azzal, hogy az anyagcsere a test lehülésének daczára mégis fokozódik és ez vonja maga után annak szükségét, hogy a légesere a tüdőben fokozódjék. Azért mondtam, hogy a test lehülése daczára, mert a vízállalmazásoknál eszközölt vizsgálatok (Winternitz, Strasser, Löwy, Speck és mások) azt mutatták, hogy az anyagcsere hűvös temperaturában csak az esetben emelkedik, ha a hőmérsék a test mélyebb részeiben fokozódik vagy legalább állandó marad, és hogy az anyagcserét csak az izmok fokozottabb tonusa és összehúzódsai emelik, ez pedig elmarad, ha az izmok is lehülnek. Ha ez a légfürdőkre nézve is így volna, akkor langyos és hűvös légfürdőben, mivel ezekben a test mélyebb részei lehülnek, az anyagcsereének süllyednie kellene. De miért volna akkor a szervezetnek szüksége arra, hogy a tüdőben nagyobb legyen a légesere? Mert ez még azon esetekben is nagyobb volt, a melyekben a légzés a legnagyobb fokban: 120%-kal ritkult, mert a belézés átlag egy harmaddal, sőt felével is mélyebbé vált. A fokozott légesere, valamint az is, hogy a fény a légfürdőben a test egész felszínét nagyobb mennyiségben éri (a mire nézve már be van bizonyítva, hogy az anyagcserét növeli), arra enged következtetni, hogy az anyagforgalom a langyos és hűvös légfürdőben a test lehülése daczára is fokozódik. Csak hogy ezekben az anyagcsere fokozódása valószínűleg nem az izmok nitrogenmentes, meleget fejlesztő anyagjaiban, hanem a szervezet egyéb helyein, valószínűleg fehérjéiben történik. Hideg légfürdőkben a fokozott izomtonus, valamint langyos és hűvös légfürdők után a test belső részeinek fokozott felmelegedése miatt az anyagcsere még jobban emelkedhetik.

Az érlökésre is főleg a thermikus ingerek mutattak hatást. Hogy langyos és hűvös légfürdőben a pulsus néha nem változott egy bizonyos irányban, annak részben a fénynek a meleggel ellentétes hatása, részben a szél lehetett az oka. Mivel a fény az érlökés ritkulását okozza, ezen hatása valószínűleg reflectorius úton a vagus útján érvényesül.

Az, hogy a verőeres nyomás langyos légfürdőben és hűvösben az első negyedóra után süllyed, a gyengébb szív működéstől eredhet, vagy attól, hogy az ellenállás a vérerekben csökkent. Langyos légfürdőkben a felületes vérerek néha ugyan szintén összehúzódnak, de többnyire tágultak; mutatja ezt a mérsékelt bőrhypaemián kívül a transpiratio fokozódása is. Tehát valószínűbb, hogy nem a szív munka csökkenése idézi elő az art. nyomás csökkenését. Ezen feltevés mellett szól a venosus nyomás süllyedése is. A venosus nyomás ugyanis langyos légfürdőben is süllyed. Ez onnan eredhet, hogy a hajszálereken át a vénákba ömlő vér mennyisége kisebbedik, hogy a venosus vér lefolyását a fokozottabb izomműködés segíti elő, hogy a vénák tonusa csökken, vagy hogy a légzés és a szív aspiráló ereje növekedik. Ha az okozná a venosus nyomás süllyedést, hogy a vénákba kevesebb vér tódul, akkor vagy a hajszálereknek kellene szűkülniök, vagy lassubodnia kellene a vérkeringésnek, de ennek egyrészt a bőrhypaemia, másrészt a bővebb transpiratio mond ellent; ezek inkább a mellett szólnak, hogy legalább a test felszínesebb rétegeiben bővebb véráram jut a vénákba, tehát azokba is, a melyeken épen a vizsgálat történt. A fokozott izomműködés sem lehetett a venosus nyomás süllyedésének az oka, mert a karizmok épen a vizsgálat ideje alatt hosszabb időn át el voltak ernyedve, tehát

semmi irányban sem gyakorolhattak befolyást a venosus vér lefolyására. A vénák tonusának csökkenése sem okozhatta a nyomás süllyedését, mert a vénák a légfürdő alatt sokszor szemünk láttára vékonyodnak meg. Csak az a feltevés maradna tehát, hogy a légzés mélyebbé válása és a szív működés fokozódása okozza azt, hogy a vér könnyebben folyik vissza a szívbe. A légzés befolyását a venosus vér lefolyására a legtöbben túlbecsülik, mert ennek hatása a venosus nyomásra physiologiai határok között nagyon csekély. Erről bárki egyszerű kísérlettel meggyőződhetik: bármilyen erőltetett belégzésre nem tudja duzzadt vénáit összeesésre bírni. Ez legfeljebb csak akkor sikerül, ha az illető karját annyira felemeli, hogy vénái 1—2 cm.-rel feljebb emelésre már belégzés nélkül is összeesnének. Tehát erőltetett belégzésre legfeljebb 1—2 cm.-es nyomást bírnak leküzdeni, de a légfürdőben nem légzének erőltetve, tehát a légzés mélyebbé válása a vénákban még 1—2 cm.-es nyomáskülönbségeket sem okozhat. Nem marad tehát más, mint hogy a szív működésben keressük a venosus nyomáscsökkenésnek az okát. *Kell, hogy a szív pulsus volumenje megnagyobbodjék, mert csak így fokozódhatik a szív aspiráló ereje is.* Hogy a verőeres nyomás a szív működés fokozódása ellenére is csökken, az bizonyára onnan van, hogy a test felszínén támadó vértágulást nem kompenzálja teljesen a test mélyében vérérszűkülés. Hideg légfürdőkben is fokozódnia kell a szív működésnek, csak hogy ezekben az art. nyomás (ép úgy, mint hűvös légfürdőben a fürdő kezdetén átmenetileg) a felületes véregek összehúzódása következtében emelkedik s a vénákba kevesebb vér is ömlik. Ezért csökken hideg levegőben a kar vénáiban a nyomás még nagyobb fokban.

A véráramlás langyos légfürdőben leginkább a felületesebb testrészekben, hidegben pedig a mélyebb szervekben bőségesebb lesz, tehát az említett részeket bizonyos időegység alatt nagyobb vérmennyiség áramolja át. Hűvös légfürdőben a véráramlás az első időben a belső, később pedig a felületes szövetekben válik bőségesebbé. Arra nem következtethetünk, hogy a véráram langyos légfürdőben gyorsul. Ilyesmi csak a levegő azon hőmérséketein történhetik, a melyeken a verőeres nyomás emelkedik. Mert tudjuk, hogy a véráram csak akkor gyorsulhat, ha az artériák és a vénák között a nyomáskülönbség fokozódik; ez pedig csak a hideg és hűvös légfürdőben történik, az utóbbiban is csak az első 15—25 percében. Tehát ez utóbbiakban a véráramlás a belső szervekben nemcsak bőségesebb, hanem gyorsabb is lesz. Ez magyarázná meg azt a (eddig csak néhány esetben megállapított) tünetet is, hogy ilyen légfürdőkben a diuresis fokozódik.

Az erősebb szív működést langyos légfürdőben valószínűleg a lehűlő vérnek közvetlen thermikus hatása a szív idegduczaira hozza létre, hűvös és hideg légfürdőkben ebben valószínűleg vagus hatás is közreműködik. Erre enged legalább következtetni, hogy a pulsus ritkul s ezzel kell magyaráznunk a szív működés fokozódását különösen hideg légfürdőkben, mert ezekben a hőmérsék a test mélyebb szerveiben emelkedik, bár ez nem zárja ki, hogy a vérnek egy része a peripheriából ne érkezzék lehűtve a szívhez.

* * *

Az észleléseket összefoglalva, mondhatjuk tehát, hogy a légfürdőben az általános megfigyeléskor észrevehető változások a következők:

1. Langyos légfürdőben a test felszíne többnyire a légfürdő egész ideje alatt kissé melegebb, pirosabb és nyirkosabb. Ez hűvös légfürdőkben, ha nem is mindjárt az elején, szintén észlelhető. Ezekben a bőr transpiratioja is fokozott. Hideg légfürdőben a bőr többnyire hideg és halvány.

2. Légfürdőben, főleg hűvösebb hőmérsékletben a vértódlások engedni szoktak, esetleg meg is szűnnek; a tágult, duzzadt vénák többnyire szemlátomást megvékonyodnak vagy le is lapulnak.

3. A bélmozgás és a vizeleti inger hűvös és hideg légfürdőkben fokozódik és az étvágy javul.

4. A kedélyállapot légfürdőkben megjavul, élénkebb lesz.

A részletes vizsgálatok eredménye összefoglalva a következő: 1. A légfürdő valamennyi vizsgált funkcióban változásokat hoz létre. Ezen változások a levegő hőfoka és páratartalma, az uralkodó szél ereje és a testet érő fény mennyisége szerint némi-

leg eltérők voltak. A legnagyobb hatással a változásokra a levegő hőmérséke volt.

2. 20—30 C^o-os levegő más változásokat eredményezett, mint a 14—20 C^o-os, és ez ismét másokat, mint a 14^o-nál hidegebb levegő. Azért az elsőket, a melyeknek nagyjában a langyos vízfürdőkéhoz hasonló a hatása: *langyos*, a 14—20 fokosakat ugyanezen okból: *hűvös* és a 14^o-nál hidegebbeket: *hideg légfürdőknek* nevezem. Meleg légfürdőknek azokat kellene nevezni, a melyekben a levegő hőmérséke 30 C^o-nál jóval magasabb, de ilyen hőmérsék a mi klímánkban leginkább csak a napon, tehát napfürdőkben észlelhető.

3. *Langyos légfürdőkben* a pulsus és a testhőmérsék magatartása ingadozó volt, de az érlökés átlagban mégis (percenként fél lökessel) szaporább lett; a testhőmérsék, mely egy óra hosszat tartó ilyen légfürdőkben némileg (átl. 0.25 C^o-kal) süllyedt, 25 C^o körül levő hőmérséknél alig változott. Langyos légfürdőben a légzések száma is ingadozott, de az esetek többségében némileg csökkent (átl. fél légzéssel). A belégzés mélysége mindenkinél (átl. 2.7 mm.-rel) fokozódott. Az art. és venosus vérnyomás is valamennyi esetben csökkent (az előbbi átl. 12.7 mm.-rel, az utóbbi 4.8 cm.-rel).

4. *Hűvös légfürdőben* az érlökés magatartása sok esetben még ingadozó volt, de általában már a ritkulás felé hajlott (átl. 1/3 lökessel); a test hőmérséke süllyedt, ezen süllyedés 16—20^o-os légfürdőkben, különösen, ha gyenge szél is fújt, kifejezettebb (átl. 0.39 C^o), 14—16 fokosban csekélyebb (átl. 0.06 C^o) volt. A légzések száma hűvös légfürdőkben átl. 1.8 légzéssel ritkább lett, a légzés mélysége pedig 2—6 mm.-rel, átlag 2.8 mm.-rel emelkedett. Az art. vérnyomás végeredményben valamennyi esetben (átl. 12.4 mm.-rel) csökkent, de ezen csökkenést a légfürdő első 8—25 percében (átl. 5.4 mm.-es) nyomásemelkedés előzte meg. A venosus nyomás hűvös légfürdőkben átl. 3.85 cm.-rel csökkent. Az art. nyomás 20^o-hoz közel álló hőmérsékleteknél eleinte kevesebbet emelkedett és végül jobban esett, mintha a levegő hőmérséke 14^o-hoz volt közelebb. A venosus nyomás a hűvös légfürdő hűvösebb hőfokainál esett kifejezettebben.

5. *Hideg légfürdőben* az érlökés ritkult (átlag 2.5 lökessel), a testhőmérséke a mélyebb részekben keveset (átlag 0.16 C^o) emelkedett, a légzések száma átlag 2.4-del csökkent, a légzés mélysége átlag 3.5 milliméterrel emelkedett. Az art. nyomás is már a légfürdő kezdetétől (átl. 8.75 mm.-rel) emelkedett, 12—14^o-os levegőhőmérséknél azonban még a légfürdő végéig az eredetire süllyedt, ennél hűvösebb levegőben azonban végeredményben (átl. 13 mm.-rel) emelkedett. Hideg légfürdőben a venosus nyomás erősen (átl. 8.25 cm.-rel) csökkent. Az art. nyomás 13—14 C^o levegőhőmérséknél változott legkevésbé, ez a hőmérsék tehát az art. nyomásra a legindifferensebbnek látszik. A test hőmérséke ezen levegőhőmérséknél szintén kevésbé változott, de ezt a testhőmérsékre indifferensnek nem mondhatjuk, mert a légfürdő után hőcsökkenés támadt.

6. *A fény hatása* nagyjában a hideg hatásával egyezett: a fény, a pulsus és légzés számát és a venosus nyomást csökkentette, vagy emelkedését gátolta, a légzést mélyebbé tette, a test melegét és a verőeres nyomást emelte, vagy csökkenésében visszatartotta. Hideg légfürdőben a fény tehát a hideg hatását növelte, langyosban (és a napfürdőben is), a melegnek ellenkező hatását mérsékelte, sőt a légzésre való hatásban azt túl is haladta, csak a testhőmérsékre hatott a meleggel egy irányban.

7. 1—3-mas erejű szél a lehűlést erősen fokozta, 4-es erejű (ennél erősebbnél már nem szokás légfürdőt venni) kevésbé. A verőeres nyomást a szél (különösen az erősebb) emelte. Ezen két irányban a szél tehát a hideghez hasonlóan hatott, de az érlökések és légzések számát növelte, a légzés mélyebbé válását csökkentette és a venosus nyomást fokozta vagy legalább süllyedésben visszatartotta, tehát hatása ez utóbbiakra a melegéhez volt hasonló. (Hogy a langyos légfürdőkben a test hőmérséke aránylag nagyon csökkent, hogy ezekben és a hűvös légfürdőkben az érlökés néha szaporodott, hogy a légzések száma néha emelkedett és hogy a hűvös légfürdőkben a légzés aránylag nem sokkal vált mélyebbé, azt — mint az összehasonlításokból kivehető volt — nagyrészt a szél okozta.)

8. *A levegő páratartalmának* növekedése növelte a hideg hatását.

9. *Telt és üres gyomornál* a légfürdő okozta változások nagyjában egyformák voltak. Telt gyomornál a vizsgált functiók kezdeti értékei (kivéve a légzés mélységét) nagyobbak voltak; alkalmasint ez az oka, hogy a légzések száma, a verőeres és venosus vérnyomás étkezés után a légfürdőben erősebben csökkent. A testhőmérsék evés után kevésbé süllyedt, a pulsus ingadozó volt és a légzés alig vált mélyebbé. Ez utóbbiakat valószínűleg az emésztési folyamat okozta.

10. A *légfürdő tartama* csak 12—20 fokos légfürdőkben volt lényeges hatással a változásokra, mert ezekben a verőeres nyomás eleinte emelkedett és később többé-kevésbé leszállt. Más hőmérsék mellett vagy más functióknál az eleinte mutatkozó változások a légfürdő meghosszabbításával még fokozódtak. A változásoknak ezen fokozódása (kivéve az art. vérnyomást 20—22^o-os, és a testhőmérsékét bármely hőfokú légfürdőben) többnyire az első negyedórán volt legkifejezettebb, ezen túl $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ órai tartamig már csekélyebb volt és ezután már csak ritka esetben mutatkozott még fokozódás.

11. A *megszokás* és az edzés hatása csak abban nyilvánult, hogy sokszor ismételt légfürdőkben a test hőszabályozása pontosabb és a közérzés jobb volt, utólagos bágyadtság pedig nem igen mutatkozott.

12. A légfürdő végén észlelt változások a felöltözködés után $\frac{1}{2}$ —1 óra alatt visszafeljöttek. Átlag legtovább tartott a venosus nyomás süllyedése. Langyos légfürdők után a bőr meleg maradt, a test hőmérséke elég hamar az eredetire, sőt gyakran azon túl is emelkedett. Hűvös légfürdők után a bőr halvány lett és csekély fázás is mutatkozott. Ezen tünetek 16—20 fokos levegőhőmérsékénél 1—2 perc alatt eltűntek, de hűvösebb hőmérsékben és hosszabb légfürdőzés után néhány perczig is eltartott, míg a bőr halványságát elvesztette. Hűvös légfürdők után az is megesezt, hogy elég kifejezett vérbőség és fokozott melegérzés jelentkezett a test felszínén. A hőmérsék ezek után is sokszor az eredeti fölé emelkedett. Hideg légfürdő után, ha csak rövid ideig tartott (5 perc), a bőr szintén gyorsan pirult ki és melegedett fel, de hosszabban tartó hideg légfürdő után a bőr soká maradt halvány és csak lassan melegedett fel. A test hőmérséke, mely 14^o alatt levő hőmérsékben a légfürdő alatt emelkedett volt, utólag erősen (átlag 0.5^o-kal) az eredeti alá süllyedt és hosszas (1 óras) légfürdő után is soká (1 óra hosszat) eltartott, míg eredeti magasságát elérte.

13. A *diuresis* hűvös és hideg légfürdőkben körülbelül kétszeresre emelkedett. (Ez irányban még csak kevés észlelést tettem.)

14. A légfürdő a *vérkeringést* lényegesen befolyásolta. A vizsgálatok eredménye arra enged következtetni, hogy langyos légfürdőben a vérkeringés a test felületen, hideg légfürdőben a test mélyebb részeiben bőségesebb lett, hogy ez hűvös levegőben való fürdésnél eleinte a mély, később a felületen részeken történt és hogy a vérkeringés ezen változásaihoz hozzájárult a szív fokozottabb működése is. Arra is következtethetünk, hogy a véráramlás hűvös légfürdőben a fürdés elején, hidegben a légfürdő egész tartama alatt az említett részekben nemcsak bőségesebb lett, hanem gyorsult is.

15. Az *anyagesere*, az észlelt változásokból valószínűséggel következtetve, bármilyen hőfokú légfürdőben, főleg, ha fény is érte a testet, fokozódott. Ezen fokozódás valószínűleg a hideg légfürdőkben volt legnagyobb.

Ha a vizsgálatok eredményét a therapiában akarjuk érvényesíteni, első sorban a levegő hőmérsékét kell tekintetbe vennünk. Meg kell gondolnunk, hogy a verőeres nyomás emelkedése vagy csökkenése lesz-e kívánatosabb, hogy az lesz-e előnyösebb, ha a test felületét áramolja át bővebb véráram, vagy a mélyebb szerveket, hogy tanácsos lesz-e az anyagcsere erősebben emelni, vagy csak kisebb fokban? stb. Hogy néhány példát említsék: a kiket általában csak edzeni akarunk, azokra nézve a levegő hőmérséke csak annyiban lesz fontos, hogy eleinte csak melegebb hőmérsékénél engedjük a légfürdőbe; hűvös időben csak akkor engedjük ki, ha már kissé hozzászoktak a levegőhöz, hidegbe csak előhaladottakat engedünk és azokat is csak rövid időre (1—20 perc). Gyengéket és vérszegényeket, a kiket az anyagcsere erősebb fokozásával és nagyobb hővesztéssel nem akarunk még jobban gyengíteni, csak langyos levegőben és szélcsendben engedjük fürödni. Ilyeneknek a langyos hőmérsék

közül is főleg a 25^o felett levők fognak legjobbat tenni. Nyáron tehát az ilyeneket a déli órákban küldjük a légfürdőbe, szobalégfürdőknel pedig fűtéssel szabályozzuk a hőmérsékét. Az olyant, a kinek idegrendszere vagy bőre fokozottabban ingerlékeny, többnyire szintén csak 20^onál magasabb hőmérsékénél engedjük a légfürdőbe. Vértódulásban szenvedőnél bármely hőmérsékű légfürdő jót tesz, mert a venosus vér lefolyása minden 30^o alatt levő hőmérsékénél könnyebbé válik; de ha a verőeres vérnyomás fokozódását valamely okból kerülni akarjuk, akkor a hideg légfürdőt egészen el kell tiltanunk és hűvöket legfeljebb úgy engedhetünk meg, hogy a bőr véreinek eleinte mutatkozó erősebb összehúzódását dörzsöléssel megelőzzük, mert akkor a verőeres nyomás emelkedését is elkerülhetjük. Ellenkezőleg azoknak, a kiknek szívét akarjuk erősebben stimulálni, rövid hűvös légfürdőt ajánlunk. A kinek a vérkeringését főleg a belső szervekben akarjuk fokozni, annak szintén a hűvös és hideg légfürdők fognak jót tenni stb. Mint látjuk, a vizsgálatok eredményei az empiria mellett sok esetben adhatnak hasznos útmutatást.

Légfürdők rendelésekor tehát mindig szem előtt kell tartanunk, hogy minő változásokat akarunk a légfürdővel a szervezetben elérni. Ez okból mindenkinél, a kinek légfürdőt rendelünk, fel kell jegyeznünk, hogy minő hőmérsék mellett szabad neki a levegőn fürödni. Hogy a levegő páratartalmát és a szelet is számításba vehessük, a minimális hőmérsékét pl. langyos légfürdőknél nem 20^o, hanem 22—23^o-nak ajánlatos venni és hozzátenni, hogy ha a levegő páratartalma 70%-nál kisebb és szél nem fúj, már 20^o-nál is szabad az illetőnek légfürdőt vennie. A rendelésnél még a légfürdő tartamát is bizonyos határok között jelölhetjük ki olyképen, hogy pl. a megengedett minimális hőmérsékhez közelálló levegőhőmérsékre rövidebb, a maximálshoz közelebb állóra hosszabb időtartamot engedélyezünk. Ilyen megszorításokat teszünk a hűvös és hideg légfürdőknél is. Hűvösnél például fontos az, hogy a légfürdő $\frac{1}{4}$ óráig tart-e vagy esetleg tovább. Mindenesetre meg kell jelölnünk a rendelésnél azt is, hogy okvetlen fényben vegye-e az illető a légfürdőt vagy nem, ezt különösen a szobalégfürdőknél szükséges hangsúlyoznunk. Ha valakit a szélnek a lehűtést fokozó, a légzést felületesebbé tevő, az art. nyomást emelő stb. hatásának egyáltalán nem akarunk kiténi, akkor ezt az utasításba szintén bele kell vennünk. Ha azt tapasztaljuk, hogy bizonyos betegen a reactio az átlagostól eltér, természetesen ehhez képest módosítjuk a légfürdő használatát is. Hogy ezen rendelkezések mind gyakorlatilag keresztülvihetők is legyenek, a légfürdő bejárásánál vagy a betegek lakásán egy-egy hőmérőt és hygrometert meg egy rövid útmutatást a szél erejének megbecslésére kell kifüggeszteni, hogy mindenki a rendelkezéshez alkalmazkodva, a levegő hőmérsékét és a többi tényezőt tekintetbe véve a nap későbbi szakában rövidebb vagy hosszabb ideig vegye a légfürdőt.

Kedvezőtlenebb éghajlattal bíró vidékeken a legideálisabb volna olyan légfürdőcsarnokokat építeni, a melyeknek falai üveg-
ből lennének s a melyek alaposan szellőztethetők és fűthetők volnának úgy, hogy ezekben a levegő hőmérséke bizonyos kitűzött órákban hideg, hűvös vagy langyos volna. Ily módon a fény és a hőmérsék tekintetében minden indicationak eleget lehetne tenni.

Irodalom. 1. *Papp Samu*: A légfürdőről. A m. orsz. balneologiai egyesület 1906-i évkönyvében. — 2. *Bechmann*: Die gesundheitliche Bedeutung des Luft- und Sonnenbades. Blätter f. Volksgesundheitspflege. 1905. 6. füzet. — 3. *Singer*: Über den Einfluss von Luft- und Sonnenbädern auf den menschlichen Körper. Berl. kl. Wochenschrift, 1903. 40. sz. — 4. *Koksch*: Das Luftbad und seine Bedeutung für Grossstädte u. Industriezentren. Leipzig. Verl. v. A. Strand. — 5. *Friedländer*: Über Luft- u. Sonnenbäder. Wiener klin. u. therapeut. Wochenschrift, 1905. 25. sz. — 6. *Determann*: Das Luftbad, seine physiologische Wirkung u. ärztliche Verwendung. Vortrag gehalten in der naturforsch. Gesellschaft zu Freiburg i. B., Zeitschrift für diät. u. physik. Therapie 1905. 2. füz. — 7. *M. van Oordt*: Über Veränderungen von Blutdruck, Blutzusammensetzung, Körpertemperatur, Puls- u. Atmungsfrequenz durch Einwirkung kühler Luft auf den nackten Menschen. Zeitschr. f. diät. u. physik. Therapie, 1905. 6—8. füz. — 8. *Georg Oliver*: Blood and blood-pressure. London. 1901. *Georg Oliver*: Recent studies on tissue lymph-circulation. The Lancet, 1904. I. — 9. *Moritz*: Der Blutdruck bei Körperarbeit gesunder u. Kranker Individuen. Deutsches Archiv f. klin. Medizin. 1903. 3—4. sz. — 10. *Wolf*: Die Bedeutung des Vagus für die Atmung und seine Beziehungen zur Pneumotherapie. Zeitschr. f. diät. u. physik. Therapie, VIII. köt. 7. füz.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

G. Cornet: Die Tuberculose. II. Auflage. 1907. Wien. A. Hölder.

A Nothnagel-féle gyűjtőmunka XIV. kötetének II. fele volt a Cornet írta tüdőtuberculosis. Második kiadásban mostanában jelent meg, erősen bővítve 674 lapról 1442-re és jelentékenyen átdolgozva. Mai alakjában két részre oszlik; az első a tuberculosis aetiologiájával, a második a tüdőtuberculosis foglalkozik. Egyelőre az általános részt óhajtanám kissé bővebben megismertetni.

A bevezetésben a statistikáról és a tuberculosis jelentőségéről van szó. C. számítása szerint Poroszország nemzetgazdasági károsodása emberi munkában évente 43.137,000 márka.

A mű a tuberculosisbacillus morfológiájával és biológiájával kezdődik. A tuberculosisbacillus a botanikus systemában tulajdonképpen nem schizomyeta, hanem parasita fonalgomba, mely közel áll a sugárgombához. Legközelebbi rokonai a tyúktuberculosisbacillus, a Timothea-bacillus, a hidegvérűek tuberculosisbacillusa, a vajbacillus stb.; már távolabbiak a lepra, a taknyosság, a tetanus, a diphtheria bacillusi. Mindezeket fonalas gombáknak lehetne nevezni és az elágazódottságuk alapján a streptothrixekhez sorolni. Az emberi tuberculosisbacillusnak (ETB.) mozgékonyaságuk nincs, ellenállóképességük a külső behatások iránt csekély, élettartamuk rövid; az ebből levont következtetések olvasásra méltók.

Chemijuk elég részletesen van tárgyalva. A többi bakteriummal ellentétben alkoholaetherrel kivonható igen sok anyagot adnak (zsír, viasz), a mi specifikus festődésük alapfeltétele. A maradék proteinanyagokból áll (nuclealbumin, toxomucin [Weil], tuberculosamin [Rüppel] és ennek egyik része, a tuberculinsav [Rüppel], mely Behring szerint a tuberculin specifikus toxikus hatását okozza). Mindezek után a bacillusok kérgét adó anyagok maradnak, talán chitin.

Az élettelen bacillusok adják a toxinok hatását. Az élő tuberculosisbacillusok részben mechanikai hatásuk és szaporodásuk, részben anyagcserejük chemismus által productív jellegű elváltozásokat hoznak létre, terményeik és a proteinok gyuladós exudatív folyamatokat indítanak meg. Így jön létre a vándorsejtek megtelepedése, az óriássejtek, a reticulum és a betokoló réteg képződése. A tuberculum sorsa elajtosodás, lágyulás, hegesedés, esetleg elmeszesedés.

Az embertuberculosisbacillusnak igen közeli rokona a marhatuberculosisnak (MTB.), a szárnyasok (SzTB.) és a hidegvérűek (HTB) tuberculosisának bacillusa; mindmegannyi pathogen. Közülük a MTB.-sal az ember lépten-nyomon inficiálja magát, részben alimentaris, részben bőrinfeció által és mégis a primaer bélfeció a MTB. által rendkívül ritka. A gyöngykóros külső fertőzés emberen okoz ugyan tuberculosisot, de ennek lefolyása rendszerint kedvező. Az ETB. hatása a marhára még kevésbé bizonyított. Mindazonáltal okvetlenül fenn kell tartani ezutánra is a gyermekek infectioja ellen való küzdelmet az eddigi módon.

A SzTB. az emberre és marhára nem pathogen, a HTB., mint a mely 25 C° hő mellett nő legjobban, egyelőre nem actualis.

Ezekon kívül van még egy sereg saválló bacillus; ilyenek a lepra- és a smegma-bacillusok, a pseudotuberculosisbacillusok, a vaj-, a ganéj-, a Timothea-bacillusok, a fű- és a földbacillusok, mely utóbbiak saprophyták.

Tuberculumpépződést okoznak még idegen testek is (ez a pseudotuberculosis): papirdarabok, darainfusum, férgek petéi, de sőt másfajta (nem saválló) mikroorganizmusok is. Ilyen a b. pseudotuberculosis rodentium, mely mint saprophyta gyakori a tengerimalacban és a nyúlban. Előjön a marhában is, sőt megtalálták már emberi sajtos tömegben is. A majmot 10-14 nap alatt elpusztítja; lehetséges, hogy az ember fogékony iránta. Egy másik a b. pseudotuberculosis ovis (Preis, Guinard).

A TB. obligát parasita és csupán az emberi vagy állati testben tud élni, és csakis az ember és állat terjesztheti. Terjesztése a legesleggyakrabban a tüdőveszes köpésével történik, a vizelet, bélsár, geny által sokkal kevésbé. Az állat, feltéve még azt is, hogy tuberculosis az emberével azonos, sokkal ritkábban

propagálja. Állítják, hogy van phthisikus, ki naponta 7200 millió bacillust produkál. A lélegzetről ismeretes, hogy nem veszélyes; maga a köpés sem az, míg nedves, de ha kiszáradt, az infectio legveszélyesebb forrása, bár a benne foglalt bakteriák legnagyobb része már élettelen. Körülbelül hat hónap múlva még nagy mennyiségű vagy tömegű köpésben sincs élő bacillus. A csírák tovajutásának a módja a kiszáradás és elporladás; ez pedig a szabadban nem történik oly biztos eredménnyel, mint a lakásokban, különösen a beteg legközelebbi környezetében, hol sötétzég (illetőleg naphiány), egyéb por, különösen pedig ennek szárazon való söprése mind vagy nem gátolja életben maradását, vagy elősegíti továbbterjedését. A tisztátalan tüdőveszes lakásában, műhelyében könnyen terjed, felkavarodik a levegőbe, s onnan újból leülepedik, még magasan fekvő rámpákra stb. is. Az uteda szabad levegőjében hamar elpusztul. Flügge hívta fel a figyelmet a beszéd és köhögés közben kijutó tuberculosisbacillusoknak veszélyes voltára, az infectio e módját Cornet elég határozottan tagadja.

Az állati tej kétségtelenül terjeszti a MTB.-sal való infectiót; ez azonban alárendelt szerepet játszik. A tuberculosis, nevezetesen a gyöngykóros állat húsa fertőzőnek tekintendő, bár a sültés, főzés biztosan ártalmatlanná teszi. A szárnyasok tuberculosisára úgy látszik veszélytelen az emberre. A tuberculosisbacillusok ubiquitása ma a mesék közé tartozik. Végeredményben tehát kimondható, hogy TB. rendszerint csak ott van, hol tisztátalan tüdőveszes ember tartózkodik, tehát zárt, lakott helyiségekben. E tényen alapul a tuberculosis prophylaxisa.

A mi az infectio útját az organismusban illeti, óriási állatanyagokon végzett kísérletekből C. bizonyos következtetésekre jut. Ezek közül legfontosabb az ő localisatiós törvénye (Localisations-Gesetz). E szerint a virus a fogékony organismusban már a behatolás helyén, de mindenesetre a legközelebbi nyirokmirigyben okoz elváltozásokat; továbbá a virus terjedése lépésről lépésre és sohasem ugrásokban történik, elannyira, hogy az anatómiai leletből biztosan lehet a behatolás kapujára következtetni, mert a legelőhaladottabb elváltozásokat itt találjuk. Tény, hogy a bacillus a bőrön és a nyálkahártyán esetleg áthatol, a nélkül, hogy ott elváltozást okozna; de etetés után a mesenterialis, inhalatio után a bronchiális, szájinfectio után a nyaki mirigyek válnak tuberculosisossá. A sima áthatolás az epithelen át a kortól és a nemtől függ. Az egyes szervek dispositiojának felvétele experimentálisan nincs bebizonyítva. A tovaterjedés a nyirokutakon történik; a haematogen terjedés csak akkor biztos, ha minden szervben a fejlődés azonos fokán levő tuberculosisot találunk. A localisatiós törvény minden állatra áll és nem vitatható el az embernél sem. Hypothesisnek tartja az ember tüdőveszésének haematogen eredetét vagy a tejből való származását, úgyisint a tonsilláris infectiót, mert a tüdővesz túlnyomó számú esetében a tüdő és a bronchiális mirigyek vannak legfőképpen megtámadva, tehát a belégzés inhalatio útján történt. Állaton is sikerül létrehozni tüdőcavernát, sőt sajtos tüdőgyuladást is, csak hogy itt a folyamat gyorsan általánosodik, a mi különben embernél is előjön.

Az infectiót gátolják vagy elősegítik bizonyos momentumok: az anyag mennyisége és kvalitása (élő vagy holt bacillusok), a virulencia foka, a nyálkahártya épsége, az inficiálás modusa stb.

Ezek után az ember egyes szerveinek tuberculosis infectioját tárgyalja. Az emésztőcsatorna tuberculosis infectiojánál arra az eredményre jut, hogy mivel a primaer bél- és mesenterialis mirigy-tuberculosis oly ritka, nyilvánvaló, hogy az ember, még a gyermekkorban is, a legtöbb esetben immun a marhából származott tuberculosisbacillus, a valódi marhatuberculosisbacillus iránt, s hogy az emberi béltuberculosisnál a fertőzött tej nem játszsza azt a nagy szerepet, melyet ezelőtt neki tulajdonítottak. A borjura ez természetesen nem áll. Klebs és Behring ezzel ellentétben vannak, csak hogy C. az ő tanukkal nem tudná a tuberculosisnak a korral haladó progressioját megmagyarázni, meg azt sem, hogy miért épen annyi a tuberculosis eset ott, a hol a baromállomány nem fertőzött.

A légzőutak tuberculosisánál fejt ki az inhalatiós infectiót. A csírák directe, és nem a legtöbbször intaet nyaki mirigyek útján jutnak a tüdőbe, mint a hogy a pneumokoniosisnál sem. A hová pedig a porszemek bejuthatnak, bejuthat a még kisebb bacillus is, sőt még inkább. Az pedig be van bizonyítva, hogy a bacillus a tüdőben és a legközelebbi bronchiális mirigyekben meg-

betegedést okoz. Állatokon száraz porlasztott sputum belégzése által tipikus cavernás, sajtos pneumoniás tüdőtuberculosis vagy hörgmirigy-tuberculosis hozható létre, a mi teljesen elüt minden más úton létrehozott infectio képétől. De az sem tagadható, hogy a legtöbb tüdővész emberben ki lehet mutatni, hogy ilyenmő belégzési infectiora megvolt az alkalom.

Az ellenvetések közé tartozik az, hogy a csírák a levegővel nem jutnak a tüdőbe, hanem az orr-szájüregen át a Waldeyer-féle gyűrűbe, és a nyirokutakon a nyaki és hörgi mirigyekbe, azokon át a pleurába vagy az arteriás rendszerbe s csak úgy a tüdőbe. Nagy kerülő, a mi a porszemek nem is tesznek meg. És ime a tüdővészések ^{10/20}-ának nincs és nem is volt tuberculosis nyaki mirigye. Az így támadt esetek legalább is nagyon ritkák lehetnek. Hogy különben mily finoman kiesztelt teoriák keringenek, arra példa a Vollandé (294. lap). A lenyelt tuberculosis-bacillus által létesített folyamat a bélben és a mesenterialis vagy pedig nyaki mirigyekben jelentkezik először; a tüdőbeli localisatio itt oly ritka, hogy practikus értéke nincs.

A tüdőtuberculosis létrejvetelének főmódja tehát az inhalatio, bár kivételesen a lymphogen vagy haematogen eredet is előjöhethet, sőt van kettős infectiora is példa. Míg a nyálkahártya permeabilis (gyermekkor), addig a hörgi mirigyek primaer tuberculosis a kifejezettebb, később a tüdőé. Klebs szerint a gyermekkorban az inhalatiós modus nem oly fontos, mint a bél-infectio; Cornet még itt is a belégzési tuberculosis helyezi előtérbe. Érdekesen fejtegeti később a tüdőcsúcsok „praedilectioját”.

Ha az állatot tuberculosisissal inficiáljuk, a fertőzés helyén, ha nem directe a vérkeringésbe történt, vagy a legközelebbi mirigyekben, mint már mondtuk, TB-ok települnek meg, és csak ha itt már keletkezett sajtos gócz, indul meg a transport a következő állomásra. Ez azonban már nem tisztán centripetal irányú, hanem sugaras, de mégis főképp a nyirokárám mentén történik. A haladás kifejeződik az olvasószérű és a terjedés irányában esökkenő duzzanatokban, úgy hogy tengerimalacson a tuberculosis oltás pompás módszer a nyirokmirigyek és utak tanulmányozására. Az első filter tehát a nyirokmirigy. Ha a terjedés haematogen úton folyék le, az első szűrő a tüdő hajszálérrendszere volna. Nincs is a tovaterjedésben szökellés, mint más valódi vér-infectioban (pl. lépfenében, hol az infectiótól távoleső mirigyek betegszenek meg). A mirigy-tuberculosis Cornet szerint nem alkati betegség, hanem a mirigyszűrő területéből kiinduló tuberculosis infectio. Ennek elfogadása nehéz volt, a mikor még nem tudtuk, hogy az infectio létrejöhethet makroszkopice intact területen, a bőr és a nyálkahártyák permeabilitása alapján. A permeabilitás foka szerint más a számbelisége a fiatal és az előhaladt korban előjövő mirigy-tuberculosisnak. Az infectio lokalizálódása adja a különböző mirigyek betegségét. Így a nyaki mirigyek tuberculosis megfelel a fejbőr, a szem, fül, orr, száj, garat, tonsilla infectiojának, a mi a fiatal korban rendszeren primaer, s létrejöhethet még inhalatio, de alimentatio által is. A bronchiális mirigy-tuberculosis a légutak infectiojából származik; van-e mellette tüdőtuberculosis, az az infectiós anyag mennyiségétől függ. Felnőttben elsődleges a tüdőbetegség szokott lenni és a mirigy megbetegedése másodlagos. Gyakori különösen a gyermekkorban a mesenterialis mirigyek tuberculosis, a mely alimentaris; de tüdőtuberculosis mellett nyelési eredetű is lehet. Ezen infectiókat, különösen a nyaki és a bronchiális mirigyekét, megkönnyítik a légzőszervek gyuladással járó ragályos betegségei: kanyaró, számarhurut, skarlát, diphtheria, influenza.

Ellentétben a lymphogen terjedéssel, az általános miliáris tuberculosisban igen nagyszámú tuberculumsoport keletkezik, a melyek egyenlő fejlettsége arra mutat, hogy egyidősek. Létrejöttük csak haematogen úton magyarázható és analogonjai az állatkísérletben az intravenosus befecskendésnek. Emberben egy régibb gócznak az érrendszerbe való áttörése okozza, melynek helyét felismerni gyakran már nem lehet. Az áttörés valamely vénába vagy a ductus thoracicusba történik, a mikor is az első szűrő a tüdőcapillaris-rendszer, hol a bacillusok legnagyobb része meg is akad. Ha csekély a számuk, a góczok is gyérebbek és a hullában a tuberculumok nagyobbak. Leggyakrabban okozza a tüdővész, elősegíti a fiatal kor, kanyaró, számarhurut, terhesség, szülés, trauma, operatio.

A TB. rendkívül lassan nő, incubatioja tartamát nem ismer-

jük, tehát latentiájáról jogosan nem is beszélhetünk. E fogalom onnan származott, hogy más betegségekben elhaltak hulláiban kisebb-nagyobb, részben gyógyuló, részben gyógyult gümős elváltozásokat találtak. A számadatok nagyon különbözők, 8—90%-tól 92—97.5%-ig ingadoznak. A bonczolt esetekből tulajdonképpen nem is volna szabad következtetéseket vonni, mert a legszegényebb osztály anyagából vannak összeállítva, melyben a tuberculosis 4—6-szor gyakoribb, mint a jobbsorsú társadalmi osztályokban. C. szerint még az is kérdés, hogy az esetek aetiologiai értéke azonos-e. Mindenekelőtt a virulencia a valódi ETB-nál sem egyenlő. A gyenge virulentiájú élősdiek lokális atypikus izgatást okoznak, nem terjednek expansive tovább s végeredményben nyomtalanul elveszhetnek, vagy kis hegeket, induratioakat, meszes góczokat támasztanak. De a latens góczok gyakorisága azért sem lephet meg, mert a baj átlag három évig húzódik, s e közben más ok miatt is beállhat a halál. Ám az infectio MTB. által is történhetett, a melyből csak a legvirulensebb okoz emberen tovaterjedő tuberculosis. De oka lehet a SzTB. vagy valamely saválló bacillus is. Azt eldönteni, hogy az infectio teljes vagy gyenge virulentiájú anyaggal történt-e, igen bajos, mert a tengerimalacz még a MTB. iránt is annyira érzékeny, hogy róla következtetni nem lehet. A nyúl még kevésbé használható. Manfredi és iskolája latens mikrobismust vesz fel, mely szerint a virus a nyirokmirigyekben egyideig visszatartatik. De még ez az idő sem nyúlhat ki hónapokra vagy évekre. Bartel kísérleteiben a 172. napon már nem volt élő bacillus található. Az emberi testben sem él az egyes b. sokáig; Kitasato szerint a sputumban a legtöbb már elhalt. A használhatónak látszó klinikai esetekben újabb infectio bizonyára nem zárható ki. Nincs tehát egyetlenegy klinikai tapasztalat sem, mely arra jogosítana, hogy a tuberculosisnak a testben való hosszabb latentiáját vegyük fel, és nincs egyetlen biológiai vagy experimentális adat, mely a latencia elfogadására jogosítana.

Az infectiosítás fejezetében bevezetés gyanánt egy sereg citatumot közöl, bizonyítására annak, hogy a régiek közül hány kiváló ember döntötte el a kérdést positiv irányban. Koch felfedezése után a contagiositás és a hereditás kérdése acuttá vált. Az amerikai, az angol, a német, a francia, az olasz orvosi társulatok kérdőívekkel akarták a kérdést megoldani. Az eredmény nem járt a remélt sikerrel. Ma állíthatjuk, hogy az emberiségnek körülbelül $\frac{1}{7}$ -e pusztul el tuberculosisban. Az infectio veszélye modifikálódik részben maga a beteg (tisztaság, foglalkozás, szabadban való tartózkodás stb.), részben a környezet (együtt dolgozás, lakásviszonyok, a levegő száraz volta stb.) viszonyai szerint. Egyenként tárgyalja az infectiókat, a mint azok a család, a házasság, a lakás, az együtttartózkodás, a zsufoltság, a betegápolás vagy a gyógyhelyen való tartózkodás által jöttek létre. Mind igen érdekes és olvasásra méltó fejezetek.

A kor viszonyát a tuberculosis mortalitásához eddig hibás alapon számították ki, a minek az volt az eredménye, hogy az ember viruló korát mondták leginkább disponálnak e halálnemre. De egy pillantás a 425. lapon levő grafikai ábrára, hol az elhaltak az ugyanazon korcsoportban élőknek tízezerre vannak feltüntetve (külön a férfiak és a nők), azt mutatja, hogy a tuberculosisban elhaltak száma az 5. évtől folytonosan emelkedik és maximumát a 60—70 év között éri el, és épen a „disponált viruló kor” sokkal kisebb frequentiát mutat, mint az érett és részben az aggkor. Az infectiosítás fejezetében tárgyalt és itt terjedelme miatt nem részletezhető tények alapján C. a tuberculosis létrejvetelében az infectionak tulajdonítja a lehető legnagyobb jelentőséget. De mivel vannak, kik a hereditást mérvadó tényezőnek tekintik, ezzel a kérdéssel külön fejezetben foglalkozik.

Ebben előadja, hogy a TB. átöröklése germinativ úton még nincs bebizonyítva; a placentaris átöröklés lehetősége megvan, de hogy ez volna a tuberculosis terjedésének főoka, határozottan tagadható. A foetalis tuberculosis a magzatot mihamarabb elpusztítja, de a hereditás alapján nem lehetne a tuberculosisnak a korral való folytonos emelkedését sem megmagyarázni. Különböznél is tény, hogy a tuberculosis az első 3—4 hétben alig jön elő és még az első hónapokban is ritka. A hereditásnak ellentmond még a localisatio törvénye is. Az első jelenségeknek ugyanis a májban kellene lenniök, a mi a kritikát álló esetekben így is van, csak hogy a tuberculosis gyermekek túlnyomó számá-

ban, ép úgy mint a felnőttekben, mégis a tüdőben és a bronchiális mirigyekben található. HATHATÓSAN SZÓL A HEREDITÁS ELLEN A TUBERCULOSUS SZÜLŐKTŐL ELTÁVOLÍTOTT GYERMEKEK SORSA IS. Mindezek miatt C. kategoria tagadja a congenitális hereditást, eltekintve a rendkívül ritka esetekben előforduló placentáris átvitelől.

A dispositio tanából az következik, hogy az ETB-sal való infectio egyedül nem elég ahhoz, hogy megbetegedést okozzon, hanem hogy a species fogékonyágán kívül ahhoz okvetlenül szükséges a kifejezett hajlamosság. A hajlamosság megállapítható kísérletileg a tengerimalacson, mely fogékony az ETB. és a MTB. iránt; a nyúl fogékony ugyan a MTB. iránt, de az ETB. iránt csak akkor, ha nagyon virulens; az ember a kettő között áll, kevésbé érzékeny az ETB. iránt mint a tengerimalacz, de érzékenyebb mint a nyúl; a MTB. iránt pedig sokkal kevésbé érzékeny, mind mindkét állatfaj. De ez épen csak faji hajlamosság, lehet, hogy bizonyos általános és lokális tényezők a bacillusok behatolását feltételezik, befolyásolják egy vagy más irányban, de ezideig nincs bebizonyítva, hogy volna ember, ki nagy virulentiájú ETB-nak rendes körülmények közt történt behatolására csupán a dispositio hiánya miatt kerülte volna el a megbetegedést.

Az itt elmondottak adják főbb vonásaiban az első kötet tartalmát. Látható ezekből, hogy mai ismereteink alapján a tuberculosis tanában valamely exclusiv álláspontot elfoglalni nem lehet. Már a tuberculosis-bacillus tekintetében találunk némi ellenmondásra. Így a MTB. az emberre tulajdonképpen nem veszélyes, de egyes esetekben — nagy virulencia esetén — az lehet. A fertőzés terjedése az ember és az állat szervezetében rendszeren lymphogen, de lehet kivételes esetekben haematogen is (nem szólv a miliáris tuberculosisról). Az ember infectioja leginkább belégzés által jön létre, de van alimentáris, genitális stb. is. Hereditás tulajdonképpen nincs, de vannak esetek, hol a placentáris átöröklést nem lehet eltagadni. A dispositionnak nincs szerepe, de legalább is bizonyos külső tényezők befolyását nem lehet kétségbe vonni.

Cornet egész műve oda tendál, hogy a tuberculosis minden esetben fertőzésnek tartjuk, melyben a hereditásnak és a dispositionnak szerepe nincs (mondjuk minimális), a mely csak ritka esetekben nem inhalatiós eredetű, s a melynek terjedése lymphogen módon történik és szigorúan betartja a szerző localisatiós törvényét. Fejtegetéseit a legkisebb részletekig viszi és a tények egész tömegével bizonyítja, mindenütt élénken védve azon tanokat, melyeket képvisel, de leghevesebb passusaiban sem személyeskedve támadóival. Mindezek megírása hosszú évek kutatásán és tapasztalásán alapszik. Állatkísérleteire 4000 állatot használt el, olvasottsága rendkívüli. Igen becses az irodalom összeállítása, mely (csak az általános részre vonatkozó) 96 sűrűn nyomtatott lapot foglal el, s a melyben számos magyar tudós is szerepel. A munka stylusa egyszerű, könnyen olvasható, a számos részlet és az argumentációk miatt előforduló ismétlések mellet sem fárasztó, sőt érdekes. Kiállításra olyan, mint a Nothnagel-féle gyűjtőmunka többi kötetéé.

Gyurmán.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A vörhenyellenes védoltásról értekezik *Gabriczewsky* és *Langowoi*. Az oltóanyag *Gabriczewsky* készítménye, streptococcus-húslevesenyészet, a melyet vörhenyben elhaltak szívérből állít elő. A tenyészetet 60 C° ra hevítéssel és 0.5%-os carbolsalval előlve, térfogatának 0.1 részére sűríti be. A jól felrázott oltóanyag minden köbcentimetre 0.02—0.03 cm³ bakteriumtömeget tartalmaz. Az oltás rendszerint háromszor, de legalább is kétszer, a gyermek hátán vagy hasán a bőr alatti kötőszövetbe befeeskenéssel történik. 2—10 éves gyermeknek először 0.5, majd 1.0, végül 2.0 gm. oltóanyagot adunk. Két éven alul félakkora, felnőtteken kétszeres az adag. A gyermekek, ha nem lázas a hőmérsékük, 7—10 napi időközben oltatnak.

Az oltás hatását *Gabriczewsky* 700, *Langowoi* 120 gyermekben figyelte meg. Az utóbbi az esetek többségében az oltás után 4—8 órával a hőmérséknek 0.3—0.8°-kal emelkedését, 24 óra után az oltás helye körül fájdalommasságot, kífokú

beszűródést, s többé-kevésbé kifejezett pirt észlelt. A tünetek 1—3 napig tartottak. A második oltás után a tünetek kevésbé kifejezettek, még gyorsabban folytak le, a harmadik után pedig gyakran el is maradtak. A többi beteg vagy egyáltalában nem reagált, vagy — mint *Gabriczewsky* is látta — mindjárt az első oltás után mutatta a vörhenynek jellemző jelenségeit (élénk bőrvörösség, pontszerű kiütés, néha málnavörös nyelv, torokgyulladás). Mindkét szerző az oltóanyagban foglalt streptococustoxinok hatásának tekinti e jelenségeket, a mi fontos bizonyítékul szolgálhat a vörhenystreptococcus specifikus, kórokozó voltának. De akkor is ajánlatos az oltás, ha a streptococust nem magának a vörhenynek, hanem csak a szövödményeinek oka gyanánt fogjuk fel. A szerzők szerint a vörhenyellenes védoltás eddigi eredményei biztatók. (*Russky Wratsh*, 1906. 16. és 19. sz.)

Ország Oszkár dr.

Egy typhusbacillusgazda bonczolásakor kapott bakteriológiai leletét közli *Levy* és *Kayser*. Biztosan tudjuk, hogy a typhusbacillusgazda embertársaira nézve veszélyes, de a felett még mindig vitatkoznak, hogy hol keressük az ilyen egyénekben a bacilluscsírák állandó székhelyét: a bélben, az epehólyagban vagy az idült tályogüregekben. A szerzőknek alkalmuk volt egy typhusbacillusgazda asszonyt megfigyelni, a ki 1903-ban typhusban szenvedett s 1905 októberében megvizsgáltatván, bacillusgazdának mutatkozott, a mi megmagyarázta ezen két év alatt a kórházban támadt typhusfertőzéseket. Az asszony 1906 októberében meghalt. Bonczlelet: Hypostatikus pneumonia a jobb alsó lebenyben, petyhüdt szív, kissé megnagyobbodott lép; az epehólyagban piszkoszöld epe s kis mogyorónagyságú epekő. A lép és máj belsejéből, az epehólyag falából és különösen az epéből typhusbacillusokat lehetett kitenyészteni, sőt még az epekő belsejéből is, a melyet külsőleg előbb hővel sterilizáltak. Ez az első határozott bizonyíték a mellett, hogy idült bacillusgazdák epehólyagja állandó székhelye lehet a typhuscsíráknak. Az epehólyag betegsége mindvégig latens maradt, cholecystitis tünetei nem voltak észlelhetők. Az asszony halálát a klinikai adatok s a bonczlelet tanúsága szerint typhussepsis okozta, a mi a mellett bizonyít, hogy a typhusbacillusgazdáknak autoreinfectio jöhet létre, mint a jelen esetben, a melyben kívülről jövő fertőzés nem történhetett, mert az asszony 1905 október óta elkülönítve lakott. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1906. 51. sz.)

Belorvostan.

Digestiv gyomornedv-túltermelés. A gyomornedv-túltermelésnek eddig csak két alakját ismerteték behatóbban. Az egyik az állandó gyomornedv-túltermelés, a melyet leggyakrabban gyomorfekély, pylorus-szűkület és pylorus-görcs kapcsán találunk. A másik a rohamokban jelentkező gyomornedv-túltermelés, a mely leggyakrabban gerinczvelő-bajokban, főleg tabes dorsalisban fordul elő. Ujabbán egy harmadik alakjával is kezdenek foglalkozni, az úgynevezett alimentáris gyomornedv-túltermeléssel. Ezzel az alakkal foglalkozik *Boas* is a „Deutsche medizinische Wochenschrift“ ez évi 4. számában, az „alimentáris“ elnevezés helyett a „digestiv“ elnevezést ajánlván, mint a mely jobban fejezi ki, hogy a gyomornedv-termelés fokozódása az idetartozó esetekben kizárólagosan az emésztés folyamatával van összefüggésben.

A baj úgylátszik túlnyomóan férfiakon fordul elő; eddig észlelt 12 esete mind férfira vonatkozott. A kórnak nincs lényeges befolyása. Nagyon feltűnő a betegeknek tetemes soványodása, a mi egyrészt a nagyfokú gyomornedv-vesztéssel magyarázható, másrészt pedig a keményítő-emésztésnek károsodott voltával függ össze. Kiemelendő továbbá a nagyfokú székrekedés. A subjectiv jelenségek hasonlóak azokhoz, a melyeket ideges dyspepsiában találunk: gyomortáji nyomás, teltség-érzet, felbőfögés, helylyelközzel nyálfolys, néha erős fájdalom; feltűnő, hogy milyen ritkán panaszkoznak a betegek pyrosisról. A hányásinger és hányás szintén ritka. Az étvágy néha csökkent, a mi újból bizonyítja, hogy a gyomornedv jelenléte és az étvágy megtartott volta korántsines mindig szükségképeni összefüggésben. Objective csaknem mindig találunk kisebb-nagyobb terjedelemben loecsanást. Lényegesebb nyomásérzékenység nem szokott lenni. A kórkép tehát nagyon hasonlít a gyomoratonia és az ideges dyspepsia

kórképéhez; a megkülönböztetés csak a secretorius és motorius gyomorműködés megvizsgálása útján lehetséges.

Erre a célra a szerző a száraz próbareggelit ajánlja, vagyis 5 darab Albert-cakes-t etet meg reggel éhombra. Egy óra múlva megvizsgálva a gyomortartalmat, 100—200 cm³ folyadékot kapunk, a melynek nagyon kevés az üledéke; a folyadék maga nem más, mint a túlságos mennyiségben termelt gyomornedv, a melynek savanyúsága nem okvetlenül fokozott, sőt akárhányszor némileg csökkent. A száraz próbareggeli egyébként a gyomor motorius működésének fokára is utal, a mennyiben több üledék motorius gyengeségre enged következtetni. Ha azonban pontosabb eredményt akarunk, a Leube-féle próbaebédet vehetjük igénybe, a melyet mégma is legmegbízhatóbbnak tarthatunk a motorius működés meghatározására szolgáló gyakorlati módszerek között.

A digestiv gyomornedv-túltermelésnek három alakját találta eddig a szerző: 1. tiszta alak, vagyis csak az emésztés idején fokozódott a gyomornedv-termelés, a motorius működés rendes, reggel éhombra nincs nedv a gyomorban; a 2. alak csak annyiban különbözik az elsőtől, hogy a reggel éhombra megvizsgált gyomorban is találunk több-kevesebb sósavtartalmú folyadékot; 3. a harmadik alakban a gyomor motorius működése is zavart.

A prognosis, a mennyire az eddigiekből megítélhető, nem kedvezőtlen; többnyire sikerül a subjectiv panaszokat csökkenteni, súlygyarapodást elérni és végül a gyomornedv-eltávolítást is rendessé tenni.

A mi a gyógyítást illeti, a diaeta nagy jelentőségű; iparkodnunk kell vele a testsúlyt gyarapítani, a gyomornedv-termelést legalább is nem fokozni és az erősen szenvedett keményítő-emésztést megjavítani. Ezenkívül a diaeta megszabásakor tekintettel leszünk a székrekedésre is. A folyadékok megvonása nagy hiba. Ez a hiba pedig sokszor fenyeget, ha nem ismerve fel a bajt, motorius insufficienciát veszünk fel a többi tünet alapján és ez ellen száraz diaetát rendelünk; ennek az volna a következése, hogy a sok gyomornedv koncentrált állapotban támadná meg a gyomorfalat. Itál gyanánt főleg alkaliás ásványvizek ajánlhatók az étkezések alkalmával. Az eltávolítást csökkentő belladonnával és származékaival (atropin, eumydrin) tartós eredmény nem érhető el. Sokkal inkább ajánlható a natrium citricum következetes használata naponként 3—4-szer kávéskanálnyi mennyiségben.

Bradycardia esetét közli *Enriquez* és *Ambaré*. Az 57 éves nőbetegnek érverése percenként 32 és 39 között ingadozott. Chlorszegény diaeta mellett 7 hét alatt az érverés száma 72-re emelkedett, e mellett a beteg észlelt többi tünet (nehézlégzés, fülzúgás stb.) is erősen javult, a testsúly pedig 5 kilogrammal emelkedett. Megjegyzendő, hogy a beteg semmi másféle kezelésben nem részesült és rendes foglalkozását állandóan folytatta. A szerzők kitérnek arra a kérdésre is, vajjon a dechloruratio hatása a bradycardiára összeegyeztethető-e a szív működés myogen elméletével, és igenlően válaszolnak rá. (*La semaine médicale*, 1907. 4. szám.)

Hyperacid gyomortartalom esetén általában túlságosan sok sósavképződését veszik fel. Ez azonban — a mint *Rubow* két esetének ismertetése kapcsán kifejti — nem helyes. Ha ugyanis a gyomor a rendesnél gyorsabban üríti ki tartalmát, egy bizonyos idő elteltével a gyomorban csak kevés tartalom lesz és ezt a folyton termelődő sósav erősebben savivá teszi, noha tulajdonképpen nem képződött több sósav. Az ilyen látszólagos hyperaciditás természetesen diagnostikai tévedésekre vezethet; elkerülésére tehát az szükséges, hogy a savtartalom meghatározásán kívül a gyomortartalom mennyiségének a meghatározását is végezzük. (*Hospitalstidende*, 1906. október 24.)

Sebészet.

100 epekőműtétről és végleges eredményeiről számolt be *Kocher* tanár és *Matti* assistens. A műtétek a következőképp oszlottak meg: cholecystektomia 30; ideális cholecystendysis 31; cholecystotomia 19; az epehólyag megnyitása 5; choledochotomia externa 3; choledochotomia interna (transperitoneális) 2; a többi műtét az epehólyagon és az epeutakon végzett kombinált műtét

volt. A műtétek legnagyobb részét bromoethyl-aether-narcosisban végezték. A behatolás rendszeren a bordaívvel párhuzamosan 10 cm. hosszúságban történt, e behatolással az egyenes hasizomhoz menő idegek megkímélhetők. Az epehólyag vagy az epeutak megnyitása előtt a műtési terület pontos körülzárását, izolálását végzik. *Cystostomiát* azokban az esetekben alkalmaztak, midőn az ektomia a környezettel való erős összenövés miatt nem volt végezhető, vagy midőn empyema esetén mesterséges sipolykészítéssel remélhető volt a kisfokban elváltozott epehólyag megtartása. *Ideális cholecystotomiát* ezt követő varrattal akkor végezték, midőn az epehólyagon nem volt jelentékeny lobos elváltozás s a kövek eltávolításával remélhették, hogy újabb kólikák nem jelentkeznek. Természetesen ezen cystendysis előtt a ductus cysticus, hepaticus és choledochus állapotáról meg kell győződni. A varratot 2 rétegben végzik, áthatoló catgutvarrattal és e fölé rétegzett selymeserosavarrattal. Az ideális cholecystendysis után a hasüreget teljesen zárták, minden tamponade vagy drainage felesleges. *Cholecystektomiát* akkor végezték, ha az epehólyag fala erősen megvastagodott, zsugorodott, ha a ductus cysticus obliterálva volt, ha az epehólyag nyálkahártyája incrustált volt, vagy ha acut lobos folyamat az epehólyag falának nekrosisára vagy átfúródására vezethetett volna. *Mayo*-val ellentétben előbb megnyitják az epehólyagot, tájékozódni az anatómiai viszonyok felől s csak azután végzik az epehólyag kiirtását. A laparotomia sebét 19 esetben primaer úton egyesítették, a többi esetben a peritoneumot tamponálták.

A direct operatiós eredmény igen jó volt, a mennyiben csak 2 beteg halt meg a műtét következtében; ezen esetekben cholecystektomia történt; az egyik esetben a halál oka kétoldali art. pulmonalis-embolia volt a műtét utáni 18. napon, a másik esetben peritonitis, a melyet a ductus cysticus lekötésének lecsúsztása folytán a szabad hasürbe ömlő infectiosus epe idézett elő. A többi beteg átlag 24 nappal a műtét után távozott. A mi az utókezelést illeti, a drainsó vagy a tampon a 2—3. napon távolítottatott el. Tüdőcomplicatio 4 esetben zavarta a lefolyást, 3 esetben cystektomia után. Fonál- és hasfali genyedés 4 esetben állott be. Epefolyás 7 esetben zavarta a lefolyást, de ezen szövödmény is rendszeren 1 hónapon belül megszűnt. 2 esetben távoztak a betegek epesipolylyal.

A betegek jelenlegi sorsa felől tudakozódva, 82 esetről adhat számot; ezek közül teljesen jól van, recidivamentes 69. A műtét óta meghalt 6; recidiva jelentkezett 7 esetben. A 31 ideális cholecystendysisre esik 3 recidiva, ez alatt a kólika recidiváját értik. 30 cystektomiára 1 recidiva, 19 cystostomiára 1 recidiva esik. Hasfali sérv 2 esetben keletkezett a műtét után; az egyik esetben fonálgenyedés előzte meg, a másik esetben median laparotomia történt ovarialis daganat egyidejű eltávolítása végett. A postoperatív sérvék ilyen aránylag kis száma egyfelől a beidegzéssel számoló metszési vonalnak, másfelől a lehető elsődleges egyesítésnek tudandó be. Végül a *Kehr* és *Riedel* által elhagyott cholecystendysist ajánlják, a mely műtét veszélyességére nézve az intervallumban végzett appendix-műtét mellé sorakozik s vég-eredményében is jó sikerrel biztat. (*Archiv f. klin. Chirurgie*, 81. k. 1. f.)
Steiner Pál dr.

A transuretero-ureteralis anastomosisról ír *W. N. Sharpe*. Az irodalmi adatok ismertetése és saját, részben kísérleti, részben anatómiai (de igen csekély számú) vizsgálatai alapján arra a conclusiora jut, hogy az uretereket sikerrel lehet egymásba implantálni s hogy ez úgy intra-, mint retroperitonealisan lehetséges. Emberen még nem próbálták. (*Annals of surgery*, 1906. november.)
Pólya.

A féregnyúlvány kizáródásáról sérvben ír *Clogg*. Kombiniált statistikája szerint 3404 lágyék- és czombsérv közül 65-ben találták az appendixet a műtét alkalmával. Incarcerált appendixet 53-at gyűjtött össze (ebből 3 a saját esete). Ezen esetek közül 4-ben a cseplesz volt az appendix-szel együtt kizáródva, a többiben a féregnyúlvány képezte az egyedüli sérvtartalmat. Érdekes, hogy az 53 eset közül csak 3 fordult elő finemüeknél (köztük 2 csecsemő), míg az 50 nő kora 21—87 év között ingadozott. A tünetek közül nevezetes, hogy a lokális symptomákon kívül általános hasi tünetek is jelentkeztek az esetek nagy részében,

sőt ezek a helyi jelenségeket meg is előzhetik, de másfelől nem kell szükségképen, hogy jelen legyenek. Az állapot prognosisa jó, sokkal jobb mint a sérvben lejátszódó appendicitiseké. A kezelés természetesen csak műtéti lehet, s épen oly természetes, hogy a helyes műtéti eljárás az, mely a strangulált appendixet eltávolítja. Van azonban feljegyezve több eset, a melyben az appendix a hasürbe sülyesztetett, vagy csak részben amputáltatott s így reponáltatott, látszólag minden káros következmény nélkül. (The Lancet, 4338. sz.) Pólya.

Nagy nyaki arteriovenosus aneurysmát távolított el sikerrel Berry. Az ökölnyi daganatot, mely trauma után keletkezett, több mint 20 év óta növekedett s erősen lüktetett, a carotis externa s egy csomó kitágult, kanyargó, kisujjnál vastagabb gyűjtőér alkotta; a communicatio helye nem volt kimutatható, a vena jugularis interna nem vett benne részt. A daganat hasonlított a fejbőr cirroid aneurysmaíhoz. (Lancet, 4346. sz.) Pólya.

Gyermekorvostan.

Perhydrasetejjel végzett táplálási kísérleteiről számol be Böhme Marburgból, Brauer intézetéből. Ismeretes, hogy az utóbbi időben mind több és több oldalról állást foglalnak a tej tökéletes sterilizálása ellen. A sterilizálás megváltoztatja a tejnek úgy vegyi, mint biológiai sajátosságait. Ez vezetett arra, hogy az állati tejet, hasonlóan az anyatejhez, nyersen alkalmazzák. Ehhez járul újabban Behring-nek azon törekvése, hogy a nyers tejjel a csecsemő szervezetébe antitesteket juttassunk be bizonyos fertőző betegségek ellen, különösen pedig a gümőkór ellen. Így azután az utóbbi időben több helyen kísérlették meg, hogy egészséges és beteg csecsemőket nyers tejjel tápláljanak. Franciaországban, Hollandiában igen elterjedt a nyers tejjel való táplálás. Ezekkel szemben áll Zweifel-nek és Czerny-nek tapasztalata, kik ily módon kevésbé jó eredményekre jutottak.

A kísérletezésnek, még inkább a nyers tej általános elterjedésének útjában áll azonban az a körülmény, hogy csak nagyon nehezen juthatunk teljesen kifogástalan nyers tejhez. Ezen akadályt törekszik elhárítani a Much és Römer eljárása, melynek segítségével steril, élő gümöbacillustól mentes, jó tulajdonságú tejet nyerhetünk. Tejük, a „perhydrasetej“ úgy készül, hogy a fejőedénybe kevés tiszta 30%-os hydrogenperoxydot (perhydrol) teszünk, 3-3 cm³-t egy liter tejre. 6-8 óráig a tej sötét helyen áll, utána fél óra hosszat 52°-ra felmelegítjük, majd 2-12 óra hosszat ismét sötét helyre teszszük, s azután egy katalase segítségével a fölös oxygent kiűzzük. Ilyen tejjel végzett kísérleteket a marburgi klinika. Ezen tej teljesen jó ízű és a hydrogenperoxyddal kezelt tej más tejtől ízére meg sem különböztethető. Számos esetben próbálták ki úgy egészséges, mint beteg csecsemőkön és idősebb gyermekeken is. Eredményük röviden összefoglalva az, hogy a perhydrasetej gyermekek és három hónapnál idősebb csecsemők számára alkalmas táplálékul szolgálhat, a mely a legjobb minőségű forrált tejjel legalább is egyenrangú. Sőt azon tapasztalat, hogy némely gyermek nagyobb súlyszaporodást mutat és az angolkór jelei eltűnnek, még a perhydrasetejnek nagyobb értéke mellett szól. Mihelyt sikerül a technikai nehézségeket legyőzni és az előállítási költségeket megkisebbiteni, a perhydrasetej gyakorlati jelentősége felette megnövekszik. Nem mutatható ki azonban kísérleteikből, hogy — miként némelyek állították a nyers tejről — sikerülne az idült gyomorbélzavarokat jótékonyan befolyásolni. Egészen fiatal, gyenge csecsemők látszólag nem tűrik olyan jól a perhydrasetej, mint a felforralt tejet; ennek megítéléséhez azonban még újabb kísérletek szükségesek. (Deutsche med. Wochenschr., 1906. 1729. 1.) Flesch Armin dr.

Aspirin használata vörhenyes izületlob eseteiben. Hallé és Weill a párisi „l'Hopital des Enfants malades“-ban az 1903. év folyamán 436 vörhenyeset közül 14-ben észlelték izületlob keletkezését; ezen szövödmény az esetek többségében a vörheny 8-13. napján keletkezett. Miután natrium salicylicummal tett gyógyszeres beavatkozásuk teljesen hatástalan maradt, aspirinnal tették kísérletet. Eredményeikkel meg voltak elégedve, a mennyiben a láz és fájdalom már 24 óra múlva lényegesen csökkent s a legmakacsabb és legsúlyosabb esetekben is 3 nap alatt végleges

gyógyulást értek el. (Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris, 1906.) Faludi Géza dr.

A lábszárpulsusról fiatalabb gyermekek aorta-elégtelenségében ír Variot. Egészséges vagy egyéb szívban szenvedő gyermekek lábszárát a boka felett marokra fogva, pulsatiót nem érzünk. Az aorta-billentyűk elégtelensége esetében a diastolénak megfelelőleg az arteria tibialis postica felett tapintóujjunk erős verést érez. Ezen jelenség kivételesen az arteria tibialis antica felett is észlelhető. 14 éves koron túl azonban a szerző már nem tapasztalta. Kétes esetekben az aorta-billentyű-elégtelenség többi cardinális tünete mellett mint diagnostikai segédeszköz mindenestre számba veendő jelenség. (Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris, 1906.) Faludi Géza dr.

Húgyszervi betegségek.

A perinealis urethrában székelő traumás eredetű szűkületeknek radikális műtétéről értekezik Pasteau és Iselin. A mai technikával elért rossz eredményeket a szerzők annak tulajdonítják, hogy a műtő igyekszik a nyálkahártyaszéleket az urethrectomia után azonnal és lehetőleg szorosan, úgyszólván idő előtti varratokkal egyesíteni. Mi sem természetesebb, mint hogy a műtőzónában újabb heges beszűrődések keletkeznek. Ezt úgy akarják elkerülni, hogy a húgycsőszelvény kimetszése után a sebet nyitva hagyva, puhaszélű sipolyt létesítenek, a melyet néhány hét múlva a kettős lebenyű urethra-plastikával elzárnak. Ugyanígy végzik a műtétet a perinealis urethra repedésénél is és eddigi sikereik után azt állítják, hogy 1. a repedés helyén nem keletkezik szűkület, és hogy ezzel az eljárással 2. a szűkületet radikálisan lehet megoperálni. (A X. francia urológiai congressuson 1906. október 5.-én tartott előadás.)

Drucker Viktor dr.

A hypospadiasis műtévesekor P. Hamonic a következő eljárást ajánlja. A húgycsőbe vitt mandrint Hacker methodusa szerint a perforált glansba vezet, s a merevedő testről lefejtett és erősen megnyújtott nyálkahártyát gondosan bevarrja a makknak a közepére vágott új nyílásba; minthogy a nyálkahártya ruganyos ereje ily módon igen nagy területen oszlik meg, nem kell tartani attól, hogy a varratok engednek, és nem is keletkeznek sipolyok. Az állandó kathetert 24 óra múlva kiveszi. Hét izben így végezte a műtétet minden complicatio nélkül és az eredménynyel meg volt elégedve. (A X. francia urológiai congressuson 1906. október 5.-én tartott előadás.)

Drucker Viktor dr.

Húgy-ivarszervi gümőkór igen érdekes esetéről számolt be Frank a párisi urológiai congressuson. A 14 éves fiú 4 hét óta fájdalmas vizeletről panaszkodott. A tüzetes klinikai vizsgálatból kiderült, hogy a bal veséből kiinduló urogenitális tuberculosus állott fenn; ezen az oldalon ugyanis az ureternek a beszájadzási helye tátongott, körülötte tuberculosus fekélyek és miliáris gümők voltak láthatók. A másik oldalon a specifikus folyamat a jobb heréből indult ki. A jobb oldali ureter még normális volt, a hólyagnak a tetején és a fenekén azonban már kifejezett gümőkóros sérüléseket lehetett konstatálni. Frank a nagyon beteg bal vesét és a gümőkóros jobb herét a mellékherével együtt kiirtotta. Az eredmény kielégítő volt, csupán a hólyagban levő kiterjedt és mélyreható fekélyek mutattak még továbbra is igen esekély gyógyhajlamot, a miért is a szerző egy speciális kezelésre határozta el magát. 200/0-os jól sterilizált calomel-olajból minden harmadik napon egy gm.-nyi mennyiséget fecskendezett a hólyagba, belsőleg pedig jodkaliumot rendelt. A calomel-olaj maga fájdalmat nem okozott, sőt némi csillapító hatása volt; mihelyt azonban a beteg jodkaliumot is vett be, néhány órával ezután már intenzív fájdalmakat érzett a hólyagsérülések helyein. Végeredményben mégis bevált ez a kezelés, mert a jodhiganynak a specifikus antiseptikus hatása itt is érvényesült. Érdekes, hogy ez a hatás csakis a beteg pontokon fejlődött ki, a mit a szerző úgy magyaráz, hogy a két szer csupán a nyílt sérülés helyén egyesül, míg a többi ép mucosára egyáltalán nem hat. Azóta ezzel az eljárással sok más esetben is fényes eredményt ért el. (Annal. des mal. des org. génito.-urin., 1906, 20. f.) Drucker Viktor dr.

Venereás bántalmak.

A syphilisnek abortív kezelését kísérte meg *R. Duhot* (Brüsszel), a ki e czélből igen korai és igen erélyes kénésókúrát használtatott. Abortív kezelési módját 120 férfibeteg és 14 nő betegen kísérte meg; ezeknek életkora 16 és 36 év között ingadozott. Az abortív kezelésnek feltételei a következők: 1. A kezelést a syphilitikus primaer laesionak nyilvánulásától számított 12 napon belül kell megindítani. 2. A kezelés oldhatatlan kénésőkészítmények iniektiójából álljon; legjobb e czélra a calomel vagy a szürkeolaj (40%) nagy adagban. 3. Az első kúra oly erélyes legyen, a melyet a szervezet csak elbir. Tartama legalább négy hónapra terjedjen. 4. A következő kúrák enyhébbek lehetnek és az új n. chronikus intermittáló kezelés értelmében végzendők. A szerző azért ezeket a további kúrákat is meglehetősen erélyesen végezteti, mert még a 3. és 4. esztendőben is 8—10 iniektióból álló kezelési ciklusokat követel. Fialat erőteljes betegek szerint a legnagyobb könnyűséggel bírják el az erélyes kezelést. Abscessusok a lehető legritkább szövödmények. Az így kezelt 134 beteg közül 128 gyógyultnak tekintendő s ezért e kezelési eljárást általános alkalmazásra ajánlja. (*Annales de thérapeutique dermat. et syphiligr.* 1906. 20. sz.) *Guszman.*

Közegészségtan.

A kávé káros hatásának kérdéséről ír *Harnack* tanár. Azon küzdelem, mely a folyton térthódító élvezeti szerek elterjedésének korlátozására irányul, mind nagyobb hullámokat ver. Az újabb időben keletkezett mozgalom azt árulja el, hogy a mai ember általában vagy szokatlanul nagy mértékben áldoz az élvezeti szereknek, vagy szervezete nem tud többé ellentállani azon káros hatásoknak, melyek az alkohol, dohány és kávé használatának következményei gyanánt jelentkezni szoktak, miért is a reá nehezedő démontól ösztönszerűleg igyekszik szabadulni. A teljes alkohol-abstinentia hívei annak idején sürgősen követelték a kávé-mérések és teaházak számának szaporítását, hogy ez által az emberek a korcsmáktól elvonassanak s a sokkal enyhébb hatású kávé és tea fogyasztóinak táborába csoportosuljanak. De — elég különösen — az történt, hogy a mit rövid idővel ezelőtt még oly nagy lelkesedéssel ajánlottak, azt ma már a sutba dobva, hangoztatják, hogy a kávé alapjában véve még sokkal veszedelmesebb mérég mint az alkohol, mert az alkohol bizonyos tekintetben tápszernek tekinthető, mely a szervezetben gyorsan elég, míg ezt a coffeinről nem lehet állítani.

Hogy az élvezeti szerek kérdése mennyire előtérbe lépett, mutatják az időről időre összeülő tanácskozások, congressusok. Miután évek előtt kérdőíveket bocsátottak ki a dohány káros hatásának kipuhatólására, hasonlóan jártak el később az alkoholt illetőleg, legújában pedig Röttger a coffeintartalmú italok ártalmosságára vonatkozólag küldött szét kérdőíveket, főleg orvosokhoz.

A szerző azon alkalomból, hogy Röttger a kávé és tea ártalmosságáról szóló munkáját közzétette, melyben a kérdőpontokra hozzá beérkezett válaszok eredményeit mutatja be, reámutat azon hiányokra és egyoldalúságokra, melyek a kérdés megoldása körül fennforognak. Hibáztatja azon eljárást, melyet az efféle kérdőpontok megszerkesztésében követni szoktak, a midőn pl. a kávé és tea hatásának megítélésében azoknak csupán káros voltára vonatkozó kérdéseket vesznek fel, míg az esetleges hasznosságukat tanúsító mozzanatokat egészen tekinteten kívül hagyják. Egyoldalúak az eredmények azon tekintetben is, hogy a kérdőpontokban nincs említés téve arról, hogy mily különbséggel mutatkozik a kávé és tea hatásában, ha hidegen vagy forrón isszák; már pedig ez a coffeintartalmú italok hatásának nyilvánulásában nagy szerepet játszik. A kávékérdés nagy fontosságú továbbá a hadsereg ellátásában, táborozás alkalmával; erre nézve tapasztalt katonatisztek és katonarvosok véleménye volna irányadó. Pharmakologiai tekintetben a közölt eredmények nem mutatnak újat; a szerző érdekesnek tartaná kideríteni, hogy a kávé a coffeinen kívül más hatóalkotórészeket foglal-e magában; bizonyos összevetésekből következtethető, hogy a kávénak gyomornedvelválasztást fokozó tulajdonsága nem a coffeintól származik. A beküldött adatokból toxikologiai tekintetben megállapítható, hogy egészséges egyéneken életveszélyes heveny

coffeinmérgezés igen ritkán fordul elő; kedvezőtlenebb a viszony a chronikus esetekben.

Diaetetikai szempontból tény, hogy a tea aránylag kevésbé ártalmas mint a kávé. Ez utóbbi már mérsékelt adagban is ártalmas a gyermekeknek, vérszegényeknek, idegeseknek és szív-bajosoknak. A kávéfogyasztás annyival inkább káros a szegényebb néposztályra, mivel annak használatával arányosan tulajdonképeni táplálkozását elhanyagolja s így kettős ártalomnak lesz áldozatává. A beérkezett feleletekben egyébiránt sok a panasz a kávéra.

Kivánatosnak tartja a szerző, hogy a kávé tulajdonságairól, illetve ártalmosságáról úgy az orvosok, mint a laikusok felvilágosítottassanak; e felvilágosításnak azonban nem szabad egyoldalúnak lennie s számolnia kell azon körülménnyel, hogy az emberiségnek is van joga az élvezethez.

Túlhajtott Virchow azon mondása, hogy a kávé- és teafogyasztók nem kevésbé ártalmas szenvedély rabjai, mint a pálinkaivók. A kávénak ős idők óta sok barátja és sok ellensége volt: van a ki rajong érte, van a ki utálattal fordul el tőle; egy időben a kámförhöz hasonlóan csillapító hatást tulajdonítottak neki a sexualis functio tekintetében, ma aphrodisiacumnak tartják a gerincevelőre gyakorolt izgató hatása folytán. Valószínű, hogy hatásának változó volta a coffeinen kívül a benne levő kávéolaj mennyiségétől, illetőleg a kávéolajban foglalt furfuralkoholtól függ. A kávé élvezésére is áll a közmondás: A mi egynek üdvös, nem való az másnak. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1907. 1. szám.) *Erdős János dr.*

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A csecsemőkori nyári hasmenések keletkezésében nagy jelentőséget tulajdonít *Walsh* annak a körülménynek, hogy a legelő tehének olyan növényekhez is jutnak főleg a nyári hónapokban, a melyek hashajtó hatásúak; a hashajtó anyagok bejutva a tejbe, az ilyen tejet fogyasztó csecsemőkben diarrhoeát okoznak, még akkor is, ha a tejet forraljuk, mert az említett anyagok mint chemiai mérgek a magas hőmérsék által nem válnak hatástalanná. Véleménye szerint a csecsemők táplálására csak hashajtó hatású növényektől megszabadított száraz takarmányon tartott tehének tejét szabadna használni. (*Medic. Record*, 1906. szeptember 15.)

A stomatitis mercurialis gyógyítására *Hébert* feltűnő jó eredménnyel használja a methylenkéket, a melyet vatta segélyével naponként egyszer, főleg reggel, poralakban visz a fekélyekre és a beteg foghúrsra; utána kiöblíteti a száját 2%-os chlorkaliodattal, a melyet napközben is gyakran kell használni öblögetésre. Ily módon kezelt 6 beteg közül 4 négy nap alatt megszabadult a bajától, 2 pedig 6 illetve 8 nap alatt gyógyult meg. Kiemelendő, hogy 3 betegnél, a kikenél sürgős volt a higanykezelés, a higanyhasználatának folytatása ellenére is meggyógyult az említett kezelésre a stomatitis. (*Ref. La semaine médicale*, 1906. 49. szám.)

Az oliophen salolnak oldata oleum olivarumban és a lenmag ható alkotórészeiben. Acut és subacut urethritis és urethrocystitis eseteiben *Friedländer* jó eredménnyel használta. Naponként 3-szor veendő be 30 csepp. Gelatinatokokban is kapható. (*Therap. Monatshefte*, 1906. 10. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Klinikai füzetek, 1907. 1. füzet. *Pándy Kálmán*: Adatok a demencia paralytica és a lueses psychosisos ismeretéhez.

Gyógyászat, 1907. 5. szám. *Makara Lajos*: A Mayo-féle gyökeres köldöksérvműtétről. *Albeker Károly*: A Bier-féle pangás a vidéki gyakorlatban.

Orvosok lapja, 1907. 5. szám. *Barabás József*: Extragenitális syphilis-infekciók. *Jankura Iván*: A csecsemő- és gyermekkor emésztési zavarai. *Rottenbiller Ödön*: A húgy- és ivarszervek balneotherapiája.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 5. szám. *Entz Béla*: Az álomkór elleni küzdelem. „Sebészet” melléklet 1. szám. *Herczel Manó*: Adatok a tüdőechinococcusok ismeretéhez. *Milkó Vilmos*: Duodenalis oclusio epehólyagkiirtás után. *Fischer Ernő*: Tüdőszúrás, tüdővarrat, gyógyulás.

Közlemények az összehasonlító élet- és kórtan köréből. VII. kötet, 2. füzet. *Fettick Ottó*: Új fehérjebontó és vajsavas erjedést létesítő tejbakterium. *Kóssa Gyula*: A toxikus köszvény természetéről.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Budapest székes főváros főpolgármestere *Stettner Ödön* dr.-t kórházi alorvossá, *Lipeczky András* dr.-t és *Glüdvözt Károly* dr.-t pedig segédorvossá nevezte ki.

Választás. *Mategovszky Gyula* dr.-t Szakálházán, *Barta Sándor* dr.-t pedig Szeghalmon községi orvossá választották.

A tisztiorvosi vizsgára előkészítő tanfolyam Kolozsvárt márczius hó 15.-én kezdődik. Cursus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágosítást ad *Jakabházy Zsigmond* dr., a gyógyszerintézet adjunctusa Kolozsvárt.

Az „Országos védőegyesület nemi betegségek ellen” február 11.-én, hétfőn d. u. 6 órakor az új városháza közgyűlési termében (IV., Váci-utca 62—64) felolvasó ülést tart, a melyen *Schreiber Emil* dr. rendőrkapitány előadást tart a prostitútoról. Vendégeket szívesen lát az elnökség.

A budapesti orvosi club január hó 30.-án tartotta évi közgyűlését *Réczey Imre* tanár elnökle alatt. A clubnak most 372 tagja van. A választás eredménye a következő: Elnök-igazgató *Kéty Károly*, igazgatók: *Bársony János*, *Réczey Imre*, főtitkár: *Bálint Rezső*, titkár: *Fáykiss Ferencz*, pénztáros: *Leitner Vilmos*, könyvtáros: *Halka Lajos*, gazda: *Pauer Károly*, jegyző: *Csiky József*. Választmányi rendes tagok: *Angyán Béla*, *Blaskovics László*, *Ihrig Lajos*, *Hodossy Gedeon*, *Kéty László*, *Kosztka Emil*, *Mayer Árpád*, *Ráskai Dezső*, *Surányi Miklós*. Pótagok: *Lénárt Zoltán*, *Lovrich József*, *Láng Kornél*, *Zirkelbach Antal*.

A „Budapesti orvosi kör” a folyó évben is tart sorozatos előadásokat a következő programmal: Február 26.-án: *Török Lajos*, Újabb syphilis-vizsgálatok eredményei; márczius 5.-én: *Justus Jakob*, A syphilis terapiája; márczius 12.-én: *Feleki Hugó*, A gonorrhoea urethrae és következményei. Az előadásokon, melyeket a Budapesti kir. orvosegyesület nagytermében (Szentkirályi-u. 21) tartanak, minden orvost szívesen lát az elnökség.

A budapesti poliklinikán január hóban 4297 új beteg jelentkezett. A betegek összes száma 11,222 volt.

A kolozsvári önkéntes mentő-egyesület januárban 183 esetben nyújtott első segélyt; ezenkívül 35 esetben végzett betegszállítást, 41 esetben mint mozgóórség működött és 8 esetben téves jelentés miatt vonult ki. A január havi működési főösszeg tehát 267.

A szabadkai önkéntes tüzoltó-testület mentő-osztálya január hóban összesen 105 esetben működött.

Hibaigazítás. A 44. lapon az első hasábnak alulról 28. sorában arányú helyett irányú; a 44. oldal második hasábján felülről a 40. sorban vérekekben helyett gyűjtőerekben; a 41. oldal első hasábján felülről a 31. és 32. sorban 4 cm. illetve 27 mm. helyett 4 mm. illetve 27 mm. olvasandó.

Meghaltak. *Abrudbányai Mihelyes József* dr., nyugalmazott elsőosztályú honvéd-főtörzsorvos, a *Ferencz József*-rend lovagja, 65 éves korában Budapesten. — *P. Budin* dr., a nőorvostan rendes tanára a párisi egyetemen, jan. 23.-án 61 éves korában. *Budin Tarnier* kedvenc tanítványa volt s utóda is lett tanszékén, midőn 1898-ban nyugalomba vonult. Az operatív nőorvostan terén *Budinnek* jeles dolgozatai vannak, de legnagyobb érdemeit a csecsemők hygiéje és ápolása körül szerezte. Franciaországban ő szervezte és vezette a csecsemők halálozása ellen küzdő társadalmi mozgalmat. — *Jentzer* tanár, a genfi szülőintézet igazgatója. — *Sir Michael Foster*, nagyhírű angol physiologus, a cambridge-i egyetem nyugalmazott tanára, a Royal Society főtitkára, jan. 29.-én.

Kisebb hírek külföldről. A bonni szemészeti tanszékre, miután az első sorban meghívottak visszautasították a meghívást, *Kuhnt* tanárt, a königsbergi szemészt nevezték ki. *Kuhnt* 1850-ben született. — A kieli szemészeti tanszékét *Schirmer* tanárral, a greifswaldi szemészzel töltötték be. — A würzburgi sebészeti tanszékre, mely *Schönborn* tanár halálával ürtült meg, *Enderlen* tanárt hívták meg Baseltől. — *Louvain*-ban *Vanderstraten* dr.-t a szemészet tanárává nevezték ki. — A bécsi egyetemen orvostörténelmi intézetet szerveznek *Neuburger* és *Toeplitz* tanárok vezetése alatt. — *Whitfield* dr. a bőr- és nőorvostan tanárává nevezték ki a londoni Kings-College-on, *Taylor* dr. a sebészet tanárává a dublini Trinity-College-on. — *Walkhoff* tanárt Münchenben a lipcei egyetemi fogászati intézet igazgatójának hívták meg.

Az orvosok száma Németországban a legújabb adatok szerint (1906) 30,931. Berlinben 3196 orvos van, tehát 10,000 emberre 12,1 orvos esik. A többi német nagy városban is körülbelül ilyen az arány, csak München és Strassburg tesz Berlinen túl, a mennyiben mindkettőben 15,4 orvos esik 10,000 emberre. De a rekordot Wiesbaden éri el, a hol ez az arányszám 25,1. — Ausztriában a „Medizinal-Schematismus für Oesterreich, 1907” adatai szerint összesen 8866 orvos van, Bécsben magában 2905. Magyarországon a „Magyarország orvosainak évkönyve és címjegyzéke. Kiadja Pesti Alfréd, 1906” szerint az orvosok száma 5004, Budapesten 1294. Ezen adatokból a következő arányszámok állapíthatók meg. 10,000 lakosra esik Németországban 5,24, Ausztriában 3,41 és Magyarországon 2,77 orvos. A nagyvárosok közül Berlinben 10,000 lakosra 12,1, Bécsben 16,32 és Budapesten 17,65 orvos esik. E számokból tehát az világlik ki, hogy míg Magyarországon egészben véve az orvosainak száma tekintetében tetemesen mögötte marad Németországnak és Ausztriának, addig Budapesten aránylag sokkal több az orvos, mint Bécsben és különösen Berlinben.

A német sebésztársaság 36. congressusát április 3.-ától 6.-áig tartják Berlinben. Tárgyalásra a következő kérdéseket tűzték ki: 1. A szív és a szivburok sebészete; referens *Rehn*. 2. Tüdősebészet; referens *Friedrich*. 3. A prostata kiirtása; referens *Kümmell*. 4. A czombosont törései; referens *Bardenheuer* és *König*. Az előadásokat *Riedel* jeni tanárnak kell bejelenteni márczius 3.-áig.

A német orthopaed-sebészek társasága április 2.-án tartja 6. congressusát *Bardenheuer* elnöklésével. Előadások márczius 1.-éig jelentendők be a congressus titkáranál (Prof. Joachimsthal, Berlin, W., Magdeburgerstr. 36.)

A német Röntgen-társulat III. congressusa április 1.-én lesz Berlinben. Az előadások márczius 1.-éig jelentendők be *M. Immelmann* dr.-nak (Berlin W. 35, Lützowstr. 72.)

A 24. belorvostani congressust április 15.-étől 18.-áig tartják Wiesbadenben. Referáló előadásra a következő tárgyat tűzték ki: A neuralgiák és kezelésük. *Schultze* bonni tanár lesz a referens.

Fogorvosi congressus Párisban. A párisi fogorvosi egyesület (Société de Stomatologie), melynek első elnöke, *Magitot*, volt megalapítója a stomatológiának, fennállásának 20. évfordulója alkalmából nemzetközi congressust szervez, mely congressus f. é. augusztus 1.-étől 5.-éig tartja üléseit Párisban. A congressus élén Franciaország legkiválóbb stomatologusai állanak, mint *Galippe*, *Redier*, *Cruet*, *Claude Martin*, *J. Ferrier*, *Chompret* stb. — A congressust szervező bizottság felkérte a Magyar Fogorvosok Egyesületének elnökét, *Antal János* dr. egyetemi magántanárt, hogy a magyar szakosztály szervezését és vezetését vállalja el.

A VI. nemzetközi bőrorvostani congressust New-Yorkban tartják meg szeptember 9.-étől 14.-éig *J. C. White* (Boston) elnökle mellett.

A X. Pirogoff-congressust, a melynek Moszkvában megtartását az orosz kormány nem engedte meg, Helsingforsban szándékoznak megtartani.

„Gynaekologische Rundschau” czímmel új folyóirat indult meg Urban és Schwarzenberg kiadásában. Havonként két füzet jelenik meg, az előfizetés ára évenként 18 korona. A folyóiratot előkelő szakemberek (*Bossi*, *Chrobak*, *Dührssen*, *Freund*, *Schultze*, *Schauta*, *Tauffer* stb.) közreműködésével *O. Frankl* (Bécs) szerkeszti.

Az ismert *Dettweiler*-féle falkenstein-i tüdőbeteg-sanatorium megszűnt létezni. A sanatoriumból katonatiszt-asylum lesz.

Mai számunkhoz *Glück Rezső* „Digestol” czímű prospektusa van mellékelve.

Jelen számunkhoz a *Fabrik chem. und. diät. Producte Schaffhausen* czég „Histosan” czímű prospektusa van mellékelve.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató-tulajdonos: Dr. REICH MIKLÓS. Budapest, VIII., Múzeum-körút 2., összes physikai gyógytényezőkkal felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmai. Idült gyomor-bélbajok. Gerinczefordulások. 2570

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

Elektromágneses intézet (Müller Konrad J. rendszere) dr. Grünwald-féle sanatorium külön pavillonjában. Budapest, VII., Városligeti fasor 15. Főbb javallatok: neurasthenia, álmatlanság, neuralgiák, ischias, szívneurosisok, ideges gyomor- és bélbántalmak, fejfájás, csúsz. stb. Orvosi kezelés. Mérsékelt díjak. Kiváratra prospektus. Vezető orvos: **REH BELA** dr. 2568

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

ERDEY Dr. Budapest, IX., Bakács-tér 10. 1415-3109 SANATORIUMA. Nöbetegek és szülönök részére.

Marilla sanatoriumban a napi pensio: lakás, kiszolgálás, világítás, élelmezés, orvosi kezelés és az összes gyógyeszközök használatával együtt — 12.50-16 koronába kerül. — Az igazgatóság. 2878

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

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (IV. rendes tudományos ülés 1907. január 26.-án.) 116. l. — Közkórházi orvostársulat. (XIII. évszázó közgyűlés 1906. december 29.-én.) 117. l. — Országos rákértekezlet. (III. ülés 1906. november 17.-én.) 117. l. — Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya (1907. évi január hó 26.-án tartott I. szakülés.) 119. l. — Személyek külföldi tudományos társulatok üléseiből. 120. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(IV. rendes tudományos ülés 1907. január 26.-án.)

Elnök: Hirschler Ágoston. Jegyző: Verebély Tibor.

(Vége.)

A külső szemzúgból az orbitán át a choanáig szúrt s 9 éven át észrevétlenül bennmaradt idegen test.

Láng Kornél: 19 éves fiatalemberen, kinek genyes, büzös orrfolyása a legkülönbébb orvosi kezelések ellenére 9 év óta változatlanul fennáll, vizsgálat közben a bal középső orrjárat hátsó részében idegen testet talált, melyet az orrgaraton át műtét útján távolított el. Az idegen test napfényrejutása után kitűnt, hogy 9 cm. hosszú és 4 mm. vastag fatollszárdarab, mely úgy jutott oda, hogy a beteget ez előtt 9 évvel egy iskolatársa véletlenül megsúrta egy tollszárral a bal külső szemzúg alatt, s a jelentéktelennek látszó kis kerek seb, melyről senki sem tudta, hogy az okozó tollszár egy darabja beletörött, orvosi kezelésre néhány nap alatt gyógyult. A tollszár a bal külső szemzúg alatt bejutva, a szemgolyó megsértése nélkül az orbitán keresztül behatolva, legnagyobb valószínűség szerint az incisura orbitalis inferioron át az os sphenoidumot szúrta át a hamulus pterygoideus gyöke táján, s hegyes végével kijutott az orrüreg felé. Ily módon ferde, alsó végén nyitott csatornában feküdt, a mi lehetővé tette a genynek szabad lefolyását, s főleg ezen körülménynek tudható be, hogy szövödményeket nem okozott. A műtét után két héttel a beteg teljesen meggyógyult.

Callosus gyomorfekély miatt végzett kétszeres gastroenteroanastomosis.

Borszék Károly: A callosus gyomorfekélyek kezelése jelenleg élénk vita tárgya.

Diagnostikai kétségek, hogy vajon rák-e vagy lobos eredésű a tapintható daganat, igen heves fájdalmak, gyakran ismétlődő vérzések, még pylorusszűkület nélkül is javalltá teszik a sebészi beavatkozást. Ez ilyenkor kétféle lehet: vagy a fekély kimetszése (részleges gyomor- vagy pylorus-resectio), vagy a gastroenteroanastomosis. Rydygier, Jedlicka, a francia, de különösen az amerikai sebészek egyedül a fekély kimetszésében látják a garanciát a későbbi recidiva és különösen a rákos degeneratio ellenében. Krönlein, Eiselsberg, Gersuny, Hacker és a legtöbb német sebész ellenben a fekély kimetszését veszélyesnek és feleslegesnek tartja. Kreuzer és Brenner-nek gastroenteroanastomosis-szal operált betegeiken végzett utóvizsgálatai kimutatták, hogy ezen műtét a leg- több esetben megbízható eredményeket ad. A műtét után rövid idővel meggyógyul a fekély és csak sima heg jelzi a helyét. Azonban éppen ezen utóvizsgálatok mutatták ki azt is, hogy a jó eredmény néha csak muló. Peptikus fekély keletkezhetik a gyomor-nyílástól elvezető jejunum-kacson, vagy a nyílás megszűkülhet a műtő hibáján kívül.

Réczey tanár klinikáján alkalmunk volt egy beteget észlelni, a kin a műtét alkalmával úgy a callosus fekély gyógyulását, mint a sipolynylásnak egy új fekély által okozott megszűkülését lehetett látni.

G. Róza, 40 éves varrónő, már 14 év óta szenved gyomor- bajban, a mely miatt állandó orvosi kezelésben részesült: éveken át naponta mosták a gyomrát. Tavaly januárban daganatot kezdett észrevenni az epigastriumában, és e miatt 1906 május elején Eiselsberg klinikáján megoperálták. A klinika assistensétől nyert levél- beli értesítés szerint a pylorus-tájon gyermektenyérszerű callosus fekély volt, a mely a pylorust teljesen megszűkítette, a pylorus a pankreashoz erősen rögzítve volt. Gastroenteroanastomosis retro- colica posticát végeztek varrattal 5 cm.-nyi hosszúságban. A műtét után mintegy hat hónapon keresztül teljesen jól érezte magát, de

ekkor régi panaszai miatt Kétly tanár klinikájára vétette fel magát. Itt nagy mennyiségű szabad sósav jelenlétét és motorius insufficienciát állapítottak meg és e miatt a 2. sz. sebklínikára helyezték át 1906. november 27.-én.

A megszorodott szabad sósav és a gyakori hányás való- színűvé tette, hogy a gyomorsipolynylás újra megszűkül; e miatt 1906. december 3.-án újra laparotomiát végeztünk.

A hasüreget megnyitván kitűnt, hogy a pylorust kétujjni széles, sima heg teljesen megszűkíti, a gyomor hátsó falán készített nyílás is annyira meg volt szűkülve, hogy rajta sem a gyomor, sem a bél felől átjutni nem lehetett. Az anastomosisra felhasznált jejunumkacs mindenütt egyformán tág, leszorítás sehol sincs. Az elvezeiő kacs mintegy 1 cm.-nyi távolságban a gyomor-nyílástól vastagabb, keményebb tapintatú és ezen helyhez a cseplez- varratokkal odaerősítjük a gyomorfalhoz és az eredeti nyílás mellett újra jó tágas nyílást készítünk.

A hasfal sebe per primam gyógyult, jelenleg a beteg jól érzi magát, hányása megszűnt.

Ezen esetben tehát meg lehetett állapítani a gastroentero- anastomosis gyógyító hatását a pyloruson ülő callosus gyomor- fekélyre; két hónap alatt a fekély teljesen meggyógyult és helyét puha, sima heg foglalta el. Ezzel azonban a beteg eredeti baja vég- legesen még nem gyógyult meg; az elvezető jejunumkacson egy hasonló természetű fekély keletkezett, mely a készített sipoly- nyílást teljesen megszűkítette. Ezért a beteget ezen második nyíl- lás készítése után sem tarthatjuk véglegesen gyógyultnak, hanem rendszeres ulcus-kúra használatát tartjuk szükségesnek, hogy az újabb recidivának elejét vegyük.

Belső bélelzáródás ritkább esete.

Borszék Károly: E. Pálné, 36 éves, munkás neje, 3 év előtt valami méhbajban szenvedett, a mely miatt hosszabb időn át orvosi kezelésben részesült; több heti fekvés után meggyó- gyult, de egy év óta alhasában jobboldalt kis daganatot érez, a mely időnként fájdalmakat okoz. Jelen baja egy hét előtt kezdődött, a midőn teljes jólét közepette hirtelen erős kólíka szerű göresös fájdalmakat kapott; ezek nem akartak szünni, hasa felfúvódott és a belsőleg alkalmazott hashajtók és beöntések ellenére sem volt széke és szelek sem távoztak. Négy nap óta folytonosan csuklik és többször hány; a hányadék legutóbb bél- sárszagú volt.

1906 december 13.-án vették fel Réczey tanár klinikájára. Felvételekor hasa egyöntetűen puffadt, de nem nagyon feszes. Időnként jól látható erős tetaniás bélösszehúzódás indul meg. A kopogtatási hang mindenütt dobos, tompulatot kimutatni sehol sem lehet. Érintésre a has mindenütt fájdalmas. A Poupart-szalag felett jobboldalt mintegy tyúktojásnyi resistenciát lehet tapintani, a mely éles határu és oldalt elmozdítható. A végbél teljesen üres; a méh erősen retrofectált, a Douglas-üreg nincs kitöltve. A hólyagban mintegy fél liternyi szalmasárga tiszta vizelet. A viz- gálatkor többször csuklik, a lehelet bélsárszagú, a hőmérsék 38.2 C°, az érverés 110, kis hullámú, kihagyó. A teljes szék- és szélrekedés, a hányás, a meteorismus és a belek tetaniás össze- húzódása arra enged következtetni, hogy belső bélelzáródás van jelen, a melynek természetét és helyét a tünetekből nem lehetett pontosan megállapítani. Hogy a jobb alhasban tapintható kis fá- dalmas resistentia az elzáródásban valami fontos szerepet játszik, valószínű volt.

A beteg behozatala után azonnal chloroform-narcosisban a köldök alatt a középvonalban vezetett metszéssel megnyitottuk a hasüreget. A látható vékonybelek mind erősen puffadtak, sero- sájuk élénken belövelt és helyenként fibrinlerakódás látható rajta. A gyomor erősen puffadt, a vakbél és az egész vastagbél teljesen összeesett, üres. A tágult vékonybelet lefelé követve ki

tűnik, hogy nem messze a vakbélről a symphysis jobb oldala felé rögzítve van és hogy ezen helytől a vakbél felé eső rész teljesen összeesett, üres. A szabad hasüreg gondos izolálása után ezen helyet közelebbi vizsgálat alá vesszük, és ekkor kitűnik, hogy a kötegszerűen megnyúlt és erősen megfeszült omentum majus egy jobboldali tyuktojásnyi ovariális cystához van odatapadva és az alatta fekvő vékonybélkacsot leszorítja. A csepleszt átmetszve, a leszorított belet kiemeljük és a hasüregen kívül helyezzük el; az előhúzáskor a teljesen elvékonyodott, halvány leszorítási barázda átszakad és bélsár ömlik elő. Ezen leszorított vékonybélkacsot, melynek felső része igen erősen tágult, 14 cm.-nyi darabon resekáljuk, és úgy a vakbél felé eső 2 cm.-nyi csonkot, mint a leszorítás fölött vakon elzárva, oldalsó entero-entereanastomosiszt készítünk tág nyílással. Most még a cystát kiirtva és a kocsányt ellátva, Mikulicz-tampont helyezünk be és a hasüreg többi részét zárjuk. A lefolyás kedvező volt, másnap a betegnek magától volt széke; tizednapra a Mikulicz-tampont eltávolítottuk. Jelenleg a beteg teljesen gyógyult.

Rendkívül tanulságos a kiirtott készítmény. A 14 cm.-nyi vékonybélkacs mintegy közepe táján befűződés által két részre osztott; az odavezető rész erősen tágult, az elvezető összeesett. A leszorítási barázda szürkés színű, 1—2 mm.-nyi keskeny csik alakjában az egész körfogatra, valamint a megfelelő mesenteriumra is ráterjed és mindkét oldalon szederjes, kissé kiemelkedő övtől körülvett. A mesenterium tapadásával szemközt levő helyen a leszorítási barázda át van lyukadva.

A kiirtott ovariális cysta tyuktojásnyi és distális polusán gyermekökölnyi cseplesztömeg tapad, a mely felületének több mint harmadrészét teljesen beborítja. Felmetszéskor tiszta savószerű folyadék ömlik, melyben cholestearin-jegeczek csilognak.

Az orthodiagraphiáról.

Elischer Gyula és Engel Károly: Orthodiagraphia alatt értjük azon eljárást, midőn valamely tárgy igazi nagyságát határozzuk meg Röntgen-sugarak segítségével az árnyékképből. Legnagyobb a fontossága a belorvostanban a szív nagyságának meghatározására. A szív orthodiagrammjának alkotásában résztvesz jobboldalt fenn a vena cava superior, alul a jobb pitvar, baloldalt fenn az aorta, lenn a bal kamara, a kettő között levő középső részt rendszeren az arteria pulmonalis alkotja. A szív egy része (csúcsa és a jobb kamara alsó része) a diaphragmába van süllyesztve. Fontos dolog, hogy ezen szívrészt is a lehetőség szerint megrajzoljuk. Az orthodiagramm felvétele legcélszerűbben fekvő helyzetben történik, mivel ezen helyzetben tarthatjuk a beteget leginkább abszolút nyugalomban. Másrészt még legajánlatosabb az orthodiagramm felvétele a testtől független papírlapra, mert ezzel elesik az eljárás pontosságát befolyásoló átrajzolás. Az eljárásnak fizikai szempontból való teljessége kétséget nem szenved, az ez irányú ellenőrző vizsgálatok teljesen bizonyítók. Ép olyan bebizonyított az is, hogy kellő gyakorlat mellett az élő egyén szívének orthodiagrammját is nagy pontossággal vehetjük fel. Az orthodiagramm megadja a szívnek a mellkasban való igazi helyzetét a bordákhoz, a szegycsonthoz viszonyítva. Megadja a szív igazi nagyságát, melynek mérésére bizonyos átmérők felvételét ajánlja Moritz. Ilyen a szív jobb és bal határának legnagyobb távolsága a test középvonalától; ilyen a szív hosszátmérője és harántátmérője. Ha a szív határát alul, valamint felfelé a nagy erek felé zárjuk, megkapjuk a szívfelületet.

A mi az orthodiagraphia eredményeit illeti, megállapíthatjuk Froulke és Dietler-nek egészséges szívű egyénekről felvett táblázatai segítségével az individuális ingadozások tekintetbe vétele mellett a szív abszolút nagyságát. Megállapíthatjuk továbbá minden esetben ugyanazon egyén szív nagyságának ingadozását különböző időben (kisebbedés a compensatio előrehaladásával és fordítva) és különböző befolyások alatt (szénsavas fürdők, erős testi munka, tachycardia paroxysmalis), úgy hogy e tekintetben tudományos vizsgálatok alkalmával a jövőben kétségtelenül mindig az orthodiagraphiát fogja megilletni a döntő szó. Végül megbízható és könnyen kivihető eljárás a kopogtatási eredményeknek ellenőrzésére.

Az orthodiagraphia kimutatta a kopogtatás hibáit és lehetővé tette bizonyos kopogtatási eljárások kialakulását, melyekkel

az orthodiagrammot megközelíthetjük. Ilyen Moritz eljárása, valamint Goldscheider „Schwellenwert“-percussioja (orthopercussio). Jelentősége van az orthodiagraphiának a mediastinális daganatok, aneurysmák nagyságának követésében, pyopneumothoraxnál a folyadék felszínének megállapításában, s újabban a bismuth adagolása után végzett gyomorvizsgálatokban is.

Közkórházi orvostársulat.

(XIII. évf. záró közgyűlés 1906. december 29.-én.)

Elnök: **Genersich Antal.** Jegyző: **Török Béla.**

Az elnök megnyitójában méltányolja elődei: Müller Kálmán, Réczey Imre és Hochhalt Károly működését, a kiknek ápolása mellett a közkórházi orvostársulat terebélyes fává nőtt. A társulat munkakedve nem csökkent. A közkórházi osztályok főnökei és orvosszemélyzete a szigorú orvosi hivatáson kívül tudományos működést és tanítói hivatást teljesítenek és ezzel kiegészítik az egyetem működését. Szorosabbá teszi e kapcsolatot nemcsak az, hogy a közkórház az egyetemtől kapja vezetőit és sokan a közkórházból lépnek a katedrára, hanem újabban főként az, hogy százakra menő orvostanhallgató és fiatal orvos a tudomány valamennyi szakából ezen közkórházakban nyer oktatást és az utolsó időben érvénybe lépett szigorlati rend értelmében a felavatott fiatal doktorok igen tekintélyes száma a kötelességszerű gyakorlati évet nagy örömmel a főváros kórházaiban tölti el annyival is inkább, mert itt oly felszerelés áll a tanítás rendelkezésére, mely a kívánt cél elérését lehetővé teszi. Megemlékezik végül Högyes Endre külső tagról, kinek érdemekben és sikereiben gazdag munkálkodása a társulatra is fényt vetett. A mai ülés jegyzőkönyvének hitelesítésére felkéri Mohr Mihály és Pólya Jenő tagtársakat.

Török Béla titkár jelentése szerint 13 tudományos ülésen 33 tag 84 bemutatót és referáló előadást tartott; legnagyobb számban a sebészet és nőgyógyászat volt képviselve. A tagok száma 400. Meghalt Högyes Endre és Hertzka Imre. Résztvett az egyesület a Semmelweis-emlék-leleplezésén. A pénzügyek rendezésére az állandó deficitet az igazgató tanács tagjai egyenlő arányban elosztandó quota által kiegyenlítik. Az évkönyvet lehetőleg rövidítik.

Laczkovich Elemér pénztáros jelentése szerint befolyt 1906-ban 3115 kor. 72 fill. Kiadás volt 2181 kor. 10 fill. Pénztári maradvány 934 kor. 62 fill. A pénztárvizsgáló bizottság jelentésének tudomásul vétele után a közgyűlés a pénztárnoknak a felmentvényt megadja és neki köszönetet szavaz. Új tagokul megválasztottak: Fuszek Rezső, Komlósi Béla, Szegvári István, Udvarhelyi Károly, Horváth Ferencz, Frigyesi József, Scipion Elemér, Tóthfalussy Lure, Mező Béla, Sebestyén Ödön, Sümegi József.

Végül **Goldzieher Vilmos** tartotta meg előadását: „A hályogképződés tanának mai állása“.

Országos rákértekezlet.

III. ülés. (1906. év november 17.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula dr.** Titkár: **Zimmermann Károly dr.** Jegyzők: **Manninger Vilmos dr., Milkó Vilmos dr., Mihalkovics Elemér dr.**

(Folytatás.)

Tauffer Vilmos: Konstatálom, hogy Bársony tanárral egészen egy állásponton vagyok, azaz mi is abdominális total-exstirpációt végzünk minden esetben, a hol a hüvelyen át való radikális kiirtás már nem lehetséges (különösen előrehaladott cervixrák eseteiben) és a hol ez az abdominális úton még valószínűséggel remélhető. Ugy gondolom, hogy ez a helyes középút, melylyel szemben áll az a két véglet, melynek egyik csúcsán Szabó tanár áll, ki az abdominális úton való operálás törekvéseit feltétlenül jogosnak ismeri el és az abdominális total-exstirpációt tovább művelendőnek is tartja, de önmaga arra nem vállalkozik. A végletnek másik csúcsán Paunz tagtárs áll, ki az inoperabilitásnak itélt betegeknek még „legalább próbálaparotomiát akar végezni“, mert Krönig és egynémely más nagy operateur is ezt teszi. A „legnagyobbaknak“ úttörő jogait, hogy bár áldozatok árán is a tudomány előbbrevitelét megkíséreljék, nem tagadom, de megkívánom, hogy a merész vállalkozó egy jól megállapított tudományos tekintély olyan magas oszlopához támaszkodjék, a hova gáncs nem ér.

Dirner tanár véleményem szerint az optimistákkal úszik egy árbán, a minnek várható eredményét objectív kritika alapján voltam bátor ma kétségbe vonni; ő tudniillik minden esetben az abdominális operálást pártolja. Ezzel szemben fenntartom véleményemet, hogy az abdominális úton való operálás az esetek egy részében „nem szükséges“, egy másikban „már ez sem elégséges“, de elismerem, hogy van egy harmadik rész (előrehaladott cervixcarcinomák), a hol igenis „jogosult“. Csak a végleges gyógyulás körüli tapasztalások (operálás után öt évvel) fogják eldönteni, vajjon egyszersmind eredményes-e?

Meglepetés számba megy, mondhatnám talánszerű Dirner tanár hallatlan magas operabilitási százaléka, melyről jelentést tett, tudniillik 35 jelentkező közül 30 = 85%.

Egyszerűen megfoghatatlan, hogy egyugyanazon városban, egy-

ugyanazon népség között mi okozhatja anyagunknak ezt a hihetetlen különbözőségét. A magyarázat talán abban rejlik, hogy anyagát csak az utolsó másfél évből veszi, továbbá, hogy Dirner tanár klinikáján (bábaképző intézet) aránylag kevés carcinomás beteg jelentkezik (másfél év alatt 35) és hogy az intézetbe kerülő betegek jó része esetleg talán már előbb a magán rendelőrában ment keresztül az operabilitás kérdésének szűrőjén és így talán lehetséges, hogy az inoperabilis carcinomások szekere rúdja már a klinikán való jelentkezés előtt másfelé fordult; mert ha nem ilyen okok szerepelnek a hallatlan nagy operabilitásban, Dirner tanár csakugyan e szempontból vezet a világirodalomban, mert az egyetlen nálánál nagyobb operabilitást kimutató Mackenrodt (92-90%) anyaga notorius módon magánbeteganyagra vonatkozik.

Eltekintve Döderlein feltűnően magas operabilitási százalékától, egyáltalában az „operabilitás“ százalékszámítása mostanában olyan ingátalapon nyugszik, hogy szerény véleményem szerint legalább egyelőre nagyon komolyan venni nem lehet. Ugy gondolom nem lesz érdektelen, ha az e tárgyban megfogalmazott ítéletemet (lásd: „A méhrák gyógyításának függő kérdéseiről“ Orvosi Hetilap 1906, Gynaecologia 2. szám) e helyen idézem:

A gyógyeredmények megítélésénél mostanában súlyt helyezünk arra, hogy az egyes műtő a szeméi elé kerülő rákos betegek közül milyen százalékot tart a radikális operálásra alkalmasnak és hogy az utóbbiak közül minő százalékot operál meg tényleg.

Az operabilitás az egyes műtőknél felette különböző tényezőktől függ és ezért az eddig forgalomba jutott számok véleményem szerint egészen megbízhatatlanok és az összehasonlításra nem alkalmasok. Az operabilitás százaléka tudniillik hivatott volna egyrészt a jelentkező beteganyag minőségét jellemezni (korai és elhanyagolt esetek), a beteganyagának az idő folyamán való javulását, az orvosok korai diagnosztikáját, a publikum felvilágosításának következményeit feltüntetni, és végre hivatott volna az operabilitás-százalék arányszáma az operateur működését is jellemezni, tudniillik abban az irányban, hogy mennyire megy indicatioival, mit és mennyit itél még olyannak, a hol radikális operálást helyén valónak tartja és végre alapját kell képezze ezen számarány egy olyan számításnak is, hogy egyáltalán minő perzentjét a szeméink elé kerülő összes rákbetegeknek vagyunk képesek véglegesen meggyógyítani.

Mint mondám, az operabilitás százaléka annyi mindenféle mellékkörülménytől függ (különösen az 1880—1890-es éveket illetőleg), hogy megbízható eredmény, legalább az 1901 előtti évekről, alig várható.

Különösen a következő tényeket említeném, a melyek a mostanság kimutatott operabilitás perzentjét befolyásolták és azoknak értékét véleményem szerint kérdésessé teszik.

a) Olyan városban, a hol sok helyen operálják a méhrákot (több női klinika, számos kórházi osztály, neves szakemberek magánintézetei), a rákos betegek az intézeteket sorra járják, tehát a jelentkezők abszolút számát eo ipso szaporítják, úgy hogy talán 10 tényleges beteg 15—20 nominális számmal szerepel a kimutatásokban.

b) Feltéve a legjobb esetet, hogy két vagy három intézetben az operabilitás egészen egyenlő módon ítélték meg, kérdés, vajjon a fennebbi 10—15 vagy húsz jelentkező közül hány fordul meg az egyik, hány a másik vagy mind a három intézetben és hányat operál közülük az egyik, a második vagy harmadik intézet; tehát a jelentkezők, az operabilisnak ítélt és tényleg megoperáltak arányszáma egészen a véletlentől függ.

Talán inkább birna értékkel a jövőben annak a kimutatása, hogy a műtő a nála jelentkezett betegek közül hányat operált meg csakugyan, mert az operabilisnak talált betegek között elég sok lesz olyan, a ki minthogy ingyen jut hozzá, csak véleményét akar hallani baja felől két, sőt három intézetben is egymásután és operálás végett a negyedikbe véteti fel magát; a protokollált betegek sorozatában az ilyen az operabilisak között szerepel mindegyiknél és erősen alkalmas arra, hogy az operabilisak és a megoperáltak arányszámát meghamisítsa. Ugyanis nem egészen ritkán fordul elő (különösen a kiszélesített indicatio alapján álló operateurknél), hogy az első vizsgálatnál operabilisnak látszott beteget, klinikai előkészítés után narcosisban is vizsgálva, utóbb megsemmisítik tartjuk radikálisan megoperálhatónak, vagy pláne a műtét megkezdése után ismerjük fel a radikális operálás lehetetlenségét. Kérdés, miképen számíttassék az ilyen eset a kimutatásban? Igaz, hogy ez az eset saját operabilisnak jelzett betegeink sorából egyszerűen kitorölhető, tehát önmagában nem hamisítja meg saját számsorozatunkat, de meghamisítja minden ehhez hasonló eset, a melyik naplónkban mint operabilis vezetettik, de tovább állott és más helyen vétetett beható klinikai vizsgálat alá és ott konstatáltatott felőle az inoperabilitás; nyilvánvaló, hogy ez az eset az első kimutatásban 100 eset keretében az operabilisak arányszámát egy százalékkal emelte, az utóbbi helyen pedig egy százalékkal apasztotta; egyetlen ily eset tehát két műtő adatesoportját az összehasonlításban az operabilitást illetőleg 2 százalékkal hamisítja meg; tehát már ebből is következtetem, hogy az operabilitás százaléka a multban nem megbízható adat, hanem pusztán a véletlen játékától függ.

c) Kicsiny intézetben, aránylag nem nagy betegforgalom mellett, lehetséges, hogy az intézet főnöke évek folyamán át minden az ambulantián jelentkező méhrákos beteget maga vizsgál és maga dönti el az operabilitás kérdését; az ilyen észlelés természetesen kifogástalan. Nagy intézetben a főnök részéről ez, véleményem szerint, lehetetlen; az ambulantiát vezető egy-két megbízott segéd pedig rendszerint pár év alatt változó egyén, az operabilitás tehát az évek folyamán 2—4, sőt több egyén ítéletétől is függ, tehát könnyen változó.

d) Egytől-egyig mindannyiunk meg kell hogy valljunk, a kik a méhrákoperálással foglalkozunk, hogy az operabilitás szempontjából ítéletünk csak 10 év alatt is igen sokat változott, mert elég sokan vannak közöttünk, a kik eleinte nagyon megváltoztatták a radikális operálásra alkalmas egyéneket; másrészt vannak, a kik az abdominális radikális szélesebb körű indicatiót aránylag korán, tehát mostantól visszafelé már 6—7 év előtt elfogadták, mások máig sem hódolnak neki egészen, vannak olyanok is, a kiknél a szélesebb indicatio felállítására csak átmeneti volt és arról már ismét visszatértek, és végre vannak, a kik csak újabban s vonakodva fogadják a szélesebb indicatio állásponjtát. Az évek sorozatában tehát időről időre annyi mindenféle tényező volt befolyással ítéletünkre, hogy az operabilitás perzentjét, különösen ha visszamenőleg több évről ad számot, csak a legritkább esetben mondhatjuk kifogástalannak.

e) Nagy kérdés az is, hogy valamely intézet kezdettől fogva (tehát már a 80-as évek elejétől) abban a helyzetben volt-e, hogy a jelentkező és operabilisnak tartott carcinomás betegeket kivétel nélkül, mind felvehesse; magam például csak az új női klinika megnyitásának idejétől, tehát 1898 végétől számítva vagyok abban a kedvező helyzetben, hogy minden operabilis méhrákost felvehetek és felveszek az intézetbe; azelőtt a régi kicsiny házban (a Röck Szilárd-utczában), a hol 15 éven át dolgoztam és végeztem a rákos méh kiirtását az 1881. évtől kezdve, hólyaghüvelysipolyos és méhrákos betegek befogadására, egyúttal, pusztán két ágyam volt egy kis zugfülkében, tehát kényszerűségeből legtöbbször még initális carcinomát is el kellett utasítanom. Aligha csalódom, hogy hasonló gyarló viszonyok közt, mint magam, sokan voltak más operateurök is.

Ilyen körülmények között világos, hogy az „operabilis“ és „nem operabilis“ százalékkimutatás vajmi gyenge lábon állott nemcsak nálunk, hanem másoknál is.

f) E kérdésnek megítélésénél végre talán a legfontosabb körülmény az, hogy az operabilitás egyáltalán csak az utóbbi években lépett mint fontos kérdés előtérbe és jóformán csak a giesseni congressus tárgyalása (Winter referatuma alapján) adta meg az ilyen irányú fontos megfigyelésre az inditatot. Az értékes anyag tehát véleményem szerint a giesseni congressus idejétől, tehát 1901-től fog számítani, a mennyiben kétségtelen, hogy ez időtől kezdve figyelünk mindannyian gondossággal e kérdésre.

Egységes és összehasonlításra jobban használható számadatokat talán az az eljárás hozhatna, ha minden műtő számot adna anyagáról először is aziránt, hogy egész anyagából a klinikai és mikroszkopizsgálat alapján hányat tartott radikális módon megoperálhatónak, egyelőre tekintet nélkül arra, hogy hányat operált meg csakugyan maga; másodsor feljegyzendő volna, hogy az operabilisoknak tartottak közül hányat végzett tényleg radikális műtétet; végre harmadsor kimutatandó volna, hogy a radikális czélzattal megkezdett operálás közben hányat volt kénytelen szándékától elállani és palliativ operálással beérni.

Ez utóbbi szempont különösen fontos volna a kimutatásokban, mert az ilyen eseteknek egyszerű kihagyása a sorozatból az önkényes számításnak tág kaput nyit.

Megvallom, hogy még az ilyen alapokon készülő kimutatásokat is kevéssé tartom alkalmasnak a különböző intézetek és operateurök eredményeinek összehasonlítására, de nagy értékű volna annak a megítélésénél, hogy egyugyanazon műtő kezében mily módon változik az idő folyamán a jelentkező beteganyag az operabilitás szempontjából és mikép szélesedik vagy szorul szűkebb határok közé újabb tapasztalások nyomán az egyes műtő kezei között az abdominális és vaginális úton való operálás használhatósága.

Hogy mennyire variál az operabilitás az egyes műtők anyagában az évek folyamán és más műtőkkel összehasonlítva, kitűnik a Döderlein és Krönig egy év előtti összehasonlításából, melynek néhány adatát e táblázatban idézem:

Az operabilitás százalékszámai:

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Olshausen (1885—1891) | 36.1 % |
| „ (1894—1896) | 44.0 „ |
| „ (1898—1900) | 50.0 „ |
| „ (1901—1902) | 61.6 „ |
| Gusserow | 5—15.4 „ |
| Freund | 28.0 „ |
| Leopold | 20.4 „ |
| Kaltenbach | 40.0 „ |
| Schauta | 14.7, 18 és 46.5 „ |
| Küstner | 22.8—30.0 „ |
| Schuchardt | 56.0—61.0 „ |
| Thorn | 45.0 „ |
| Fritsch (Bonn) | 40.6 „ |
| Zweifel | 26.6 „ |
| Chrobak | 15.6, 29; 2—32.0 „ |
| Löhlein | 30.2 „ |
| Döderlein | 48.3 „ |
| Winter | 58.0 „ |
| Mackenrodt | (Igniexstirpatio) 92.9 „ |
| Pfannenstiel | 28.6, 35.4—53.6 „ |
| Torggler | 8.0 „ |
| Bäcker | 10.0 „ |
| Rostorn | 34.0 „ |
| Croon | 6.0 „ |

Ezekhez csatlakozik:

Tauffer 21.0%-kal.

A mint látjuk, a latitudo tehát 6—92.9% operabilitás között ingadozik; nyilvánvaló ebből, hogy az „operabilitás” számaránya a multat illetőleg összehasonlító számítás alapját nem képezheti és ezen irányú használható eredményekre akkor fogunk eljutni, mikor többé-kevésbé mindnyájan 1901-től kezdődőleg fogunk anyagunk minőségéről beszámolni.

Ilyen szempontok vezetnek, mikor az operabilitás kérdését illetően saját anyagomat oly kevéssé tartom értékesíthetőnek. A száraz tények, a melyből következtetés sem vonható le, egyszerűen a következő: 1881-től 1898-ig (az új klinika megnyitásáig), tehát 18 év alatt összesen 1374 méhrákos beteget láttunk. Arra vonatkozólag, hogy ezek közül időről időre változó ítéletünk szerint hányat tarthatunk a radikális operálásra alkalmasnak, naplónk megbízható feljegyzéseket ép oly kevéssé tartalmaznak, mint az hogy más operateuroknál sem található fel. Positive csak annyit tudunk, hogy 1374 beteg közül 84 esetben végeztünk radikális méhkiirtást, nevezetesen nyolczvankétszer vaginális és kétszer sacrális úton, tehát az összes anyagunk 6.11%-ában.

1899-től 1905 végéig, tehát az utolsó hét év alatt 634 rákos beteg jelentkezett klinikánkon. Ezek közül 135-öt operáltunk radikális módon, tudniillik 119-et vaginális, 16-ot pedig abdominális úton, a mi 21.29% operabilitásnak felel meg. Arról, hogy az ambulantián segédek által radikális műtetre alkalmasnak talált betegek közül hány nem fogadta meg tanácsunkat és hány vétette fel magát más intézetbe, megbízható adataim nincsenek.

Kérdés, hogy Dirner tanárnak 85% operabilitása az épen tárgyalt kritika szemüvegén át mérlegelve mennyiben alkalmas a mások anyagával való összehasonlításra és a feltüntetett szempontok szerint való elbírálásra; az mindenesetre kétségtelen, hogy nemcsak a szám (85%), hanem különösen a bemutatott 25 készítmény a medenczében való operálás mesterére vall.

Holzwarth Jenő dr.: A rák kezelése Röntgen-sugarakkal. A Röntgen-sugaraknak az ép szövetekre gyakorolt lobokozó, sőt erősebb behatás után szövetszűrlést, elhalást eredményező hatása még hamarabb érvényesül ugyanolyan típusú, de kevesebb ellentálló képességgel rendelkező kóros szöveteken, és ebből magyarázható az X-sugarak gyógyító hatása. Alkalmas adagolással elérhetjük, hogy a Röntgen-fénynek a kóros sejtekre gyakorolt végzetes hatása mellett az ép szövetekben kár ne essék. Minthogy a sugarak ezen adagolása nagyon fontos, szükség van oly eszközökre vagy mérési módra, a melylyel közvetve vagy közvetlenül a besugárzásra használt Röntgen-fény mennyiségét megállapíthatjuk. Ezen célra a gyakorlatban a Holzkecht-féle és a Sabouraud-Noiré-féle eszközök felelnek meg. Míg régebben a naponta való besugárzás, tehát a fractionált adagolás divott, addig az újabb időben az expeditív eljárás hódít mindinkább tér, mely a Röntgen-sugaraknak tapasztalati úton megállapított, hetek mulva is még érvényesülő hatásával indokolható. Az I. sz. sebészeti klinikán a Röntgen-fényt rákos megbetegedések kezelésére több ízben használtuk. Az észlelt esetek száma tizennyolcz, melyek közül tíz esetben a bőr laphámrákja, négyben inoperabilis emlőrák-recidiva, egy ízben pofarék, egy alkalommal nyelvkrák és végre egy esetben végbélrák volt a kezelés tárgya.

Ezen esetek pontos észlelése alapján szerzett tapasztalataimat az irodalomban közölt casuistikával és statistikákkal egybevetve, arra a végkövetkeztetésre jutok, hogy a Röntgen-kezelés első sorban az arczon és a test különféle helyein lévő felületen laphámrák eseteiben indikált, még akkor is, ha operabilisak, mert a kosmetikai eredmény sokkal szebb. Akár az elhelyeződésük miatt, akár a szó szoros értelmében inoperabilis laphámrák eseteiben mint a legnagyobb valószínűséggel célra vezető eljárás a legelső helyen kerül szóba.

Vannak esetek, a mikor a Röntgen-kezelés még ilyfajta rákoknál is cserben hagy; ilyenkor ha a carcinoma operabilis és rövid idő alatt határozott javulás nem mutatható ki, a daganat sebészeti kiirtása indokolt, még ha a keletkező anyaghiány befedésére nagyobb plastica szükséges is.

Az emlőrákok közül az operabilisoknál okvetlenül műtét végzendő és csak inoperabilis esetekben indokolt a Röntgen-sugárral való kezelés. Ezeknél bár időleges javulás észlelhető, a folyamat gyógyítása nem sikerül, a mi főleg az X-sugarak felületen hatásának rovására irandó. A fekélyek feltisztulnak, begyógyulnak, a felületesebb tumorrészek el is tűnnek, de a folyamatnak a méhben való továbbterjedését a kezelés nem akadályozza meg. Eltekintve attól, hogy ezen rákfajnál a daganat pusztító munkáját lassítja a kezelés, nem megvetendő ama suggestiv hatás sem, a melyet a betegre gyakorolhatunk. A Röntgen-fény ilyenkor mint fájdalomcsillapító is érvényesül.

Egyéb rákfajoknál (pofa, nyelv, ajak, végbél, parotis stb.) a Röntgen-kezelés hatástalannak bizonyult.

A kezelési eljárás expeditív legyen, azaz a normális adagot adjuk hosszabb, 2—3 hetes időközökben s csak az esetben, ha a kezelés suggestiv hatására fektetünk súlyt, történjék a besugárzás rövidebb időközökben kisebb adagokkal.

A besugárzásra használt x-sugár mennyiségét mindig pontosan meg kell állapítani s ezért a dosiméterek használata elengedhetetlen.

Nagy gondot kell fordítani a beteg bőrének megvédésére, különösen a besugározandó terület közelében, de egyebütt is.

A mikor reactiv bőrlöb áll fenn, újabb besugárzás a bőrlöbnek teljes lezajlása után engedhető csak meg.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(1907. évi január hó 26.-án tartott I. szakülés.)

Elnök: Purjesz Zsigmond. Jegyző: Konrádi Dániel.

1. Hevesi Imre a lépfene serumtherapiájáról értekezett. Bormans 1903 júliusáig már 300 esetet gyűjtött össze. Hazánkban a lépfene serumtherapiájának állásával Elfer foglalkozott legutóbb a „Gyógyászat” ez évi 3. számában egy előttünk is ismert belklinikai eset kapcsán, melyben a sebészi beavatkozás (ignipunctura) mellett a Detre-féle serumot használták eredménynyel. A bemutatandó eset szintén a mellett látszik bizonyítani, hogy a hazai készítmény ép oly hatásos, mint a külföldiek, pl. a Slavov- vagy Sobernheim-féle, melyekről a „The Practitioner” 1906. novemberi füzetében W. d'Este Emery emlékezik meg.

Esetünkre áttérve, betegünk, B. András, 43 éves választói földműves 1907. január 18.-án délben jelentkezett a sebészeti klinika járóbeteg-rendelésén. Előadta, hogy január 16.-án délben a jobb szemöldöke külső oldalának alsó szélén egy kis pattanást vett észre, mely viszketett. Aznap délelőtt a községen átvitt ló- és marhabőröket nézegette, melyeket lehet, hogy meg is tapogatott. Este a pattanás tetejét lekapaarta. Másnap reggelre jobb szeme bedagadt. Ő maga nem vette volna komolyan a dolgot, mert nem fájt, hanem a községi iskola igazgatója figyelmeztetésére mégis orvoshoz fordult, a ki baját veszélyesnek jelezve, klinikánkra utasította.

Az erőteljes, egyébként ép szervezetű betegen felvételekor a következő helyi elváltozás volt jelen. A jobb szemhéjak duzzanata miatt a szemrés zárva van, a duzzadás kiterjed a supraorbitalis, temporalis és infraorbitalis tájra körülbelül tenyérnyi terjedelemben, a beszűrődés merev tapintatú és fájdalmas. A jobb szemöldök külső szélén lenesényi, hámtól fosztott, vére pörkkel fedett terület. A felső szemhéj fölött csoportokban tüszúrás-mákszemnyi hólyagocskák. A testhőmérsék 38.2 C.

A szemhéjduzzanaton ejtett szűrésből nyert véres savót fedőlemezkészítményekre és ültetésekre használtak fel. Fedőlemezen Gram szerint festve csoportokban és elszórtan, magánosan vagy párosan előforduló hosszú, vastag lecsapott végű bacillusok és elszórtan staphylo- és streptococcusok találtak. A vérvizsgálat negatív. Délután 4 órakor a délben még egészen jó karban levőnek látszott beteg esettnek mutatkozott, aluszékony, apathiás, hőmérséke 39.8 C. 5 órakor a jobb vena medianába 25 cm³ anthraxellenes serumot (a budapesti Jenner-Pasteur-intézet készítménye) kap. Utána hidegrázás. Hőmenete:

| | | | | |
|------------------|---------|------------------|------------------|---------|
| 7 órakor | 40.0 C. | január 19. d. e. | 11 órakor | 36.9 C. |
| 8 | 39.6 C. | d. u. | 4 | 36.7 C. |
| 10 | 38.3 C. | január 20. d. e. | | 37.3 C. |
| 12 | 38.9 C. | d. u. | | 37.5 C. |
| január 19. d. e. | 2 | 37.5 C. | január 21. d. e. | 36.8 C. |
| | 4 | 37.5 C. | d. u. | 36.9 C. |
| | 6 | 36.8 C. | január 22. d. e. | 36.4 C. |
| | 8 | 36.8 C. | d. u. | 36.6 C. |

Azóta is állandóan lázralan. A helyi tünetek a serum adagolása óta nem súlyosbodtak. A felső és az alsó szemhéj külső felének bőre két nap alatt száraz pörkös lett, ma már élesen elhatárolódott.

A ferde agarra ültetett sebváladékból jellemző anthrax-bacillusok fejlődtek, staphylo- és streptococcusok mellett. A szintenyészetben előállított anthrax-tenyészet a többi ismert táptalajon is jellemzetesen eredt meg. A szintenyészetből beoltott 330 gm. súlyú tengerimalacz 48 órán belül jellemzetes lépfeneben pusztult el. (A bakteriológiai vizsgálatot Félégyházi Ernő dr. műtönövendék végezte.)

Ha nem is vonunk ezen esetből általánosító következtetést, mindenestre feltűnő a kórképnek a serumadás után beállott hirtelen jobbrafordulása minden sebészi beavatkozás nélkül. Régebben is láttunk bakteriologailag megállapított helyi anthraxokat sebészeti beavatkozásokra gyógyulni; ismeretesek gyógyulások egyszerű fomentatio mellett is, de a javulás nem állott be ily feltűnő hirtelenséggel.

Ezen eset pendantja gyanánt említésre méltó a sebészeti klinikán 4 hónappal ezelőtt keletkezett eset. A 36 éves nőt 1906. szeptember 17.-én, a most bemutatott betegéhez klinikailag teljesen hasonló kórképpel vették fel; az oedema malignum képét mutató beszűrődés felső bal szemhéján hat nappal előbb támadt hólyagocskából keletkezett. Bemetszések és ismételt ignipunctura ellenére a merev beszűrődés és collateralis oedema napról napra terjedt, elül a nyakig és hátul a tarkóig. Hőmérséke szeptember 20.-án d. e. 38.4 C., d. u. 40 C., 21.-én reggel 38.5 C. D. e. 10 órakor a jobb vena medianába 20 cm³ serumot kapott a budapesti Jenner-Pasteur-intézet készítményéből. Egy óra mulva hidegrázás, a hőmérsék 41 C., d. u. 39.5 C., másnap reggel 39.5 C.; 10 órakor ismét 20 cm³ serumot kap intravenosusan; egy óra mulva rázóhideg, 41.2 C. hőmérsékkel. Délután 38.0 C., három napon át subfebrilis, azután lázralan. A helyi tünetek a serum adagolása után nem fokozódtak, szeptember 24.-én a feszülés már csökkent s azontúl a javulás állandó volt a teljes gyógyulásig.

Ezen esetben az anthrax-fertőzés nem volt ugyan bakteriologailag kimutatható, mert a vizsgálati anyagból csak staphylococcusok tenyésztők ki; a klinikai kép azonban tökéletesen megfelelt a pustula maligna kórképnek. Az anthrax-ellenes serum adagolása után szembeötölő módon beálló reactio és javulás mindenesetre figyelemre méltó.

2. Kenyeres Balázs hivatkozással egy a mult félévben tartott előadására, a melyben ismertette azt az eljárást, a melynek segítségével az ember testének vastagabb részeiről, pl. a mellkasról, a koponyáról és a medenczéről is lehet pillanatnyi Röntgen-képeket készíteni, fel-

említi, hogy ezt az eljárást azóta is alkalmazták az intézetben, sokszor azonban, kivált akkor, ha rövid idő alatt egymásután több felvételt kellett készíteni, nem tudtak vele kellő eredményt elérni. Feltűnt, hogy a míg az első felvétel eléggé jól sikerült, a többi mind gyarlóbb lett. Az eredménytelenséget sem a Röntgen-esőnek, minthogy a minősége a felvételek közben számbavehető módon nem változott, sem pedig az érzékeny filmeknek, minthogy egy és ugyanabból a csomagból lettek véve, nem lehetett betudni. Minthogy egy alkalommal az egyik felvételen a közvetlen azelőtt készült felvételnek halvány képe is megjelent, arra kellett gondolni, hogy talán az erősítő ernyőnek van a későbbi felvételekre fátyolosító, rontó hatása. A pillanatnyi felvételek ugyanis úgy készülnek, hogy az érzékeny film két erősítő lemez közé lesz helyezve az átvilágítás alkalmával. Ezek az erősítő ernyők már most a R-sugarak hatása alatt fluoreskálnak, azokon zöldesen villogó képben jelenik meg az átvilágított testrészt árnyéka és ez a villogó kép támadja meg már most két oldalról az érzékeny réteget. Ez a fluorekáló kép egyidőre megmarad akkor is, ha az ernyőt a R-sugarak hatása alól eltávolítjuk és ez rontja meg azután a következő felvételre használt filmet. Hogy ez csakugyan így van, arra könnyen lehetett bizonyítékot szerezni. Az erősítő ernyőt, a melyre egy csontvázkéz volt helyezve, előbb egymagában világították meg s azután a sötét szobában érzékeny filmezre ráhelyezve két órán át otthagyták. Ugyanazt a lemezt egy alkar-felvételre használták s az előhíváskor nemesak az utóbbi, hanem az előbbi felvételnek a képe is jól látszott. Ezen az alapon további vizsgálatokat végeztek oly módon, hogy az erősítő ernyőre kulcsot helyezve, ezt megvilágították és azután a sötét szobában félóránként váltott filmelekkel hozták érintkezésbe. Az első kísérlet sorozat 8 óra hosszat tartott és a kulcsnak képe mind a 16 filmen megjelent, tehát az erősítő lemezen lappangó képek még 8 óra múlva is volt hatása. A 17. film egész éjjel, 12 órán át együtt maradt az erősítő ernyővel és reggel lett előhívva, a mikor is még nagyon szép képet lehetett kapni. Ekkor egy újabb 18. filmet helyezve közbe, ez fél óra múlva képet nem adott, a 19. azonban, mely 2 óra hosszat érintkezett az erősítő lemezzel, a kulcsnak képét még jól adta.

A vizsgálatokat az intézetben még tovább fogják folytatni annak eldöntése végett, hogy mennyi ideig marad meg a fluorekáló kép károsító hatása s hogy mennyi idő múlva lehet az erősítő ernyőt újból használatba venni, nemkülönbön arra nézve is, hogy lehetséges-e valamely módon a fluorekálást gyorsabban megszüntetni.

Ez alkalommal tapasztalatait csak azért említette, mivel tudja, hogy más egyetemi intézetek is dolgoznak erősítő ernyőkkel és elejét akarta venni, hogy másoknak is hasonló bosszúságuk legyen, mint a miylenben felvételeinek elromlása folytán neki volt része.

3. Veress Elemér dr. „A gátlás és más beidegzési jelenségek *Cossus ligniperda* hernyóin” az dolgozatát ismerteti. A gátlás annál könnyebben kiváltható, minél idősebbek a hernyók, vagyis a báb alakításához minél közelebb vannak. Már gubóba zárkozott hernyón a gátlás szabályszerűen kiváltható, ha a cuticulát a ganglion supraoesophageale közvetlen közelében érintjük. A nagyon kifejezett tapintási érzékenység s a metamorphosis menetére befolyást gyakorol.

Musculo-direct galvanos ingerlésre a tetanuséhoz igen hasonló összehúzódás jelentkezik; ez a jelenség a Pflüger-féle rángási szabály általánosítása ellen szól.

A ganglionoknak akár galvanos, akár farados ingerlésére olyan reakciók jelentkeznek, a melyek a hernyó normális helyváltoztatásának típusát is felüntetik: az áram zárásakor igen gyakran csoportos rángások, szakításakor a normális lépés görbéjéhez hasonló összehúzódások támadnak, farados ingerlésre pedig sohasem lehet tiszta tetanikus Plateau-vonalat kapni, hanem ennek mentén többé-kevésbé szabályos periodikus ingadozások láthatók.

Egy-egy indukált áramcsapás többszöri alkalmazásával a ganglionok közvetítésével a summatio és a refractorius periodus jelensége tűnik fel. Minthogy a hernyón a *Bowditch*-féle lépcsőzetességű tünetmenny is észlelhető, a hernyó munkakészüléke és a magasabb rendű állatok szíve között bizonyos hasonlóság tűnik szembe.

A szív jellemző tulajdonságai a heterolog ingerlésekre bekövetkező reakciókban szintén érvényesülnek.

Előadó erre példa gyanánt a superpositio típusú szívösszehúzódásokat hozza fel; meglegel ingerlés következtében ugyanis a superpositio élesebben jut kifejezésre.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Cheyne-Stokes-légzés két esetben tett megfigyeléseiről számolt be *F. Taylor* a „Royal medical and chirurgial society” január 8.-án tartott ülésén. Az egyik esetben a Cheyne-Stokes típusú légzés hat hónapig tartott; boncoláskor idült vesebajt találtak s a hid és a nyíltvelő mikroszkopi vizsgálata sclerososis verőerek körül ellágyult helyeket tüntetett fel. A másik esetben liften történt szerencsétlenség után allott be a Cheyne-Stokes-légzés; ez az eset gyógyulással végződött. Érdekesek a szerzőnek azon megfigyelései, a melyeket egyrészt tiszta oxigénnek, másrészt sok széndioxydot tartalmazó levegőnek belélegeztetésén után tett a betegeken. Azt tapasztalta, hogy mindkét fajta belégzés után a Cheyne-Stokes-légzés megszűnt s a légzés rendessé vált. Ezt olyan módon magyarázza, hogy felveszi ilyen esetekben az idegrendszernek csökkent ingerlékenységét, kapcsolatban a verőeres vér hiányosságával. A széndioxyd addig halmozódik fel és az oxigen mennyisége addig csökken, a míg végül a csökkent ingerlékenységű idegsejtek mégis csak

ingerületbe jönnek, a minek folytán a légzések mind mélyebbé válnak és ez a hyperpnoeában éri el a tetőfokát; e közben természetesen sok széndioxyd mosódik ki és elegendő oxigen vételük fel; ennek folytán hiányozván már most a széndioxyd megkevesbedett volna miatt a kellő inger, apnoea következik be. Ha már most oxigent lélegeztetünk be, nem lesz meg az oxigenhiány által feltételezett mély légzés; ha pedig 2%-nál több széndioxydot tartalmazó levegőt lélegeztetünk be, állandóan elég széndioxyd lesz a vérben, hogy izgató hatását a csökkent ingerlékenységű légzőközpontira kifejtthesse.

A nyelvtrák — **parasyphilises megbetegedés.** Poirier tanár abban az előadásban, a melyet nemrég a párisi Académie de Médecine-ben tartott, megemlítette, hogy az utóbbi 5 évben operált 32 esete közül 27-ben lehetett az anamnesisben biztosan, és 3-ban valószínűséggel syphilitis kimutatható. Az előadást követő eszmecsereben Fournier tanár hasonló tapasztalatokról számolt be s határozottan a mellett foglalt állást, hogy a nyelvtrák ép úgy, mint a tabes és paralyticus, parasyphilises megbetegedés. A syphilitis azonban egymagában nem elég a nyelvtrák kifejlődésére, hanem szükségesek hozzá bizonyos elősegítő momentumok, különösen, hogy az illető éveken át erős dohányos lett legyen. A nyelvtrákot majdnem mindig leukoplakia előzi meg. E leukoplakiás góczok mint fehér, gyakran gyöngyházfényű, érzéketlen, szinte észrevétlenül fejlődő foltok jelennek meg, a melyek az évek során a nyelv hátán, különösen a szélén ülő gömböské nagyobbnak meg, s e göbök ugyancsak lassan rákká fajulnak. A leukoplakiás foltok kétségtelenül syphilitises eredetűek, de már a parasyphilishez tartoznak, mely antiluetikus gyógyítással sem közelíthető meg. Fournier hozzászólásában energikusan követelte, hogy a syphilitis keneskezelését tovább kell folytatni, mint azt eddig teszik.

PÁLYÁZATOK.

143/907. sz.

A gyulai kerületi betegsegélyező pénztárnál Gyulán (Békés megye), hol a pénztári tagok átlagos létszáma 1100—1300 között váltakozik, a pénztári orvosi állás betöltése végett pályázat hirdettek.

A pénztári orvos évi tiszteletdíja: 1200 korona, azaz egyezkedésszáz korona, havonta utólagosan száz koronás részletekben utalványozva.

Az orvosi rendelő óra a pénztár helyiségében d. e. 8—9 óráig és d. u. ugyancsak egy óra tartamra állapítandó meg, azonban a délutáni rendelő óra az orvos lakásán is tartható.

A megválasztott orvos a pénztári orvosi teendőknél kívül egyéb orvosi praxist is végezhet; megjegyzetük azonban, hogy a pénztári tagoknál szükséges fogházások a pénztári orvost illetik, esetleg annak számlájára eszközöltenek. Az orvosi állás esetleg azonnal is, de legkésőbb f. évi márc. 15. hó 1.-én elfoglalandó.

Egyebekre nézve alapszabályaink intézkedései mindenben érvényben tartatnak.

A pályázati kérvények Gyulán, a kerületi betegsegélyező pénztárhoz nyújtandók be.

Gyula, 1907. évi február hó 1.-én.

Dutkay István,
ig. titkár.

2-1

Mayer István,
ig. elnök.

3401/907. sz.

Állami vasgyárhoz helyettesítésre okleveles orvos kerestetik.

A helyettesítés időtartama 1907. évi február hó 16.-ától június hó 30.-áig terjed, mely idő alatt a helyettesítő orvos 10 korona napidíjat és szabad lakást kap. Azon egyetemes orvostudor urak, kik helyettesítésre vállalkoznak, szíveskedjenek ajánlataikkal mielőbb Zakariás János dr. főorvosunkhoz (Diósgyőr-Gyártelep) fordulni.

Diósgyőr, 1907. évi február hó 5.-én.

Diósgyőri m. kir. vas-és acélgyár.

2-1

Fleischmann, főfelügyelő, gyárfőnök.

Békés vármegye közpörházának belgyógyászati és elmebeteg-osztályán egy-egy segédorvosi állásra pályázatot hirdettek.

Javadalmazás: a belgyógyosztályon 1000 korona, az elmebeteg-osztályon 1600 korona készpénzfizetés, és mindkét állásnál lakás, fűtés, világítás és I. oszt. ételmezés.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamodványaikat méltóságos Fabry Sándor dr. úrhoz, Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám f. évi február hó 20.-áig nyújtsák be.

Gyula, 1907. évi február hó 4.-én.

2-1

Békés vármegye közpörházának igazgatója.

A Bihari Erdőipar és Mészégető r.-t. betegsegélyező pénztáránál lemondás folytán f. évi március hó 15.-én elfoglalandó orvosi állásra pályázat hirdettek.

Az állás javadalmazása 3600 korona évi fizetés, lakás, fűtés és világítás. Megfelelően okmányolt pályázati kérvények legkésőbb f. évi március hó 1.-éig intézendők az alulírt betegsegélyező pénztár elnökségéhez Dobresten.

Az állás csakis nőtlen orvos által fog betöltetni.

2-1

Bihari Erdőipar és Mészégető részv.-társ. betegsegélyező-pénztára Bihar-Dobrest.

216/907. ig. sz.

A pécsvárosi közpörházban lemondás folytán megüresedett egy másodorvosi állásra pályázatot hirdettek. Az állás javadalmazása: 1200 kor. fizetés és I. oszt. ételmezés.

Felhívom a pályázni kívánó orvostudor urakat, hogy az 1876. évi XIV. t.-cikkben előirt minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket méltóságos Erreth János úrhoz, Pécs szab. kir. város főispánjához intézve nálam legkésőbb február hó 20.-áig nyújtsák be.

Megjegyzem, hogy a mennyiben kellő minősítésű orvostudor nem jelentkeznék, ideiglenesen — a jelzett javadalmazással — orvosgyakornok is kaphat alkalmazást.

Pécs, 1907. évi január hó 30.-án.

2-2

Körházigazgatóság.

242/907. sz.

Jászládány községében egy új községi orvosi állás szerveztetvén, ezen állásra ezennel pályázatot nyitok.

Ezen állással a községi pénztártól évnegyedenként fizetendő 800 korona évi fizetés és 200 korona lakbérfizetés jár.

A megválasztott orvos kötelessége a halottkémlés, melyet díjtalanul tartozik végezni, továbbá a védhimlőoltás az országosan megszabott díjazás mellett. Tartozik ezeken kívül mindent végezni, mit a törvény vagy szabályrendelet reábiz.

Orvosi rendelvevények díja: az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán 80 fillér, éjjel ezen díjak kétszerese jár.

Pályázati határidőül f. évi február hó 25.-ét tűzöm ki, mely időig a szabályszerűen felszerelt kérvények hivatalomhoz intézendők.

Jászapáti, 1907. évi január hó 31.-én.

2-1

Cseh József, főszolgabíró.

313/1907. sz.

Békés vármegyébe kebeleztet Endrőd községben elhalálozás folytán üresedésbe jött egyik községi orvosi állásra ezennel pályázatot nyitok.

Felhívom mindazon orvosokat, kik ezen havi előleges részletekben kifizetendő évi 1200 kor. készpénzfizetéssel, továbbá a beteg lakásán kétszeresen számítandó 80 fillér, az orvos lakásán 60 fillér és halottkémlésért 20 fillér szedésével javadalmazott és a szegények ingyen gyógyításával egybekötött állást elnyerni óhajtják, hogy eddigi alkalmaztatásukat, képesítésüket és életkorukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi február hó 22.-éig adják be.

Megválasztott az állást a választás napjától számított 15 nap alatt elfoglalni köteles.

Gyoma, 1907. évi február hó 3.-án.

2-1

Rohoska, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

 A Bór- és Lithion-tartalmú

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

MERAN, SANATORIUM HUNGARIA.

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

2756 Vezető orvos: **Dr. Gara Géza.**

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D^r EGGER

3040

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

Kapható minden gyógyszerertárban.

„GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7% Kal. Sulf. Guaj. és 70-80% Extr. Thymi és Extr. Tiliae-t tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyulladásoknál, nemkülönböztetve typhusos tüdőinfiltrációknál.

Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkívül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

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

2027

Szénsavfürdő-berendezéseket szállít és felszerel

Dr. Wágner és Zársai Egyesült gyárak m. b. t. cég

Budapest, IX., Tinódy-utca 3. sz. alatti gyártelepe.

A fürdők kitünő gyógyeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatoriumokban be vannak vezetve.

Prospektusok ingyen és bérmentve.



„Califig“

a sanfranciscói
California Fig Syrup Co. cég

kaliforniai
füge-szörpjének

szóvédjegye.

Enyhe és biztos hatású **hashajtó**, mely főleg a női- és gyermekgyakorlatban örvendő nagy kedveltségnek.

Használati utasítás minden üveghez csatolva.

Minden gyógyszerertárban kapható.

1/1 üveg 3 korona, 1/2 üveg 2 korona.

California Fig Syrup Co.,

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

3068

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerertára BUDAPESTEN, Király-utca 12.

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszívódást, mint a

Vasogen

Jod-Vasogen 6% és 10%

úgy belső, mint külső használatra.

Nincs izgató hatása, a bőrt feltűnően nem festi. Hatást illetőleg jelentékenyen felülmulja a jodtincturát és a jodsókat.

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

Lactagol

egy specifikus ható lactagogum.

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

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

Főraktár Ausztria és Magyarország részére:

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

A legjobb 4

tápszer, melyet a jelenkor produkál, a:

Perdynamin

Lecithin-Perdynamin

Perdynamin-Kakao

Lecitogen

Javaltok: **sápkór, vérszegénység, leukaemia, phthisis, reconvalescentia, idegbajok.**

Szabadalomtulajdonos:

H. Barkowski, Berlin D. 27, Alexanderstrasse 22.

Képvisező: Ausztria-Magyarország részére:

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

Legnagyobb kitüntetésekkel.

Irodalom és minták Perdynaminből bármikor ingyen küldetnek.

3172

Pilul. ferri protoxalati c. quassin Korányi.

Javalt: mindazon esetekben, midőn vas adagolása ajánlatos, vagyis vérszegénység, sápkór, reconvalescentia, női bajok, stb. Quassin-tartalmánál fogva a gyomorra nembogy káros, hanem étvágyjavító hatása van. Használat: Étkezés közben naponta 3-6 szem veendő. **Ára 2 korona.**

Készítője: **KORÁNYI LAJOS** gyógyszerész, BUDAPEST, VIII., Népszínház-utca 22. Orvos uraknak minták kívánatra rendelkezésre állanak. 3118

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

Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!

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

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES, DÖRNEK ÉS MŰSZERNEK NEM ÁRT

Málnási

A légzési szervek bántalmainál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Mária-forrás

Főraktár: **ÉDESKUTY L. BUDAPEST.**

Budapesti képviselő: 3289

Nádas Márton.

Természetes alkalisus sós savanyúvíz.

Kútkezelőség: Brassó.

„Bayer” **CONTRATUSSIN** „Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a **VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR** Budapest, VI., Andrásy-út 84. Minden gyógyszerárban kapható. Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen. 2282

Szabadalmazva.

Név törvényileg védve.

Histosan

(Guajakol-Albuminat)

Az eddigi guajakol-készítmények helyett, melyek közül egy résznek káros mellékhatásai vannak, míg a guajakol sulfosavas sók bizonytalan hatásuk miatt a therapiát rendkívül megnehezítik, a t. orvos uraknak melegen ajánljuk a **Histosan-t.**

Dr. Nevinny tanárnak az innsbrucki egyetemi gyógyszerertani intézetben, valamint a berni egyetem fertőző betegségek kutatására szolgáló intézetében végzett vizsgálatok, nemkülönben számos kórházban és sanatoriumban szerzett tapasztalatok szerint a histosannak feltűnően kedvező hatása van tuberkulosis és a légző szervek más fertőző bajai esetében. Histosan, mint fehérjeösszetétel — s ezt minden orvos a priori el fogja ismerni — föltűnően minden eddig ismert guajakol-készítményt és gyakorlati kísérletek minden esetben igazolni fogják, hogy az ezen bajoknál tekintetbe jövő eddig alkalmazott összes belső szereknek, hatás tekintetében jóval fölötte áll.

Rendelési alakok felnőttek részére:

Rp. Sirup. Histosani

Rp. Tablettae Histosani

Rp. Histosan pulv. 0.5

lag. orig. I

scat. orig. I

tal. dos. No. XX

S. naponta 3-4 kávékanállal

S. naponta 4-6 tablettá.

S. 3-4-szer naponta 1 port.

Á R A K:

1 eredeti doboz **Histosan-tejcsokoládé-tabletta** 1 eredeti üveg **Histosan-syrup**
4 korona (40 drbot tartalmaz). 4 korona.

Kimerítő irodalom és minta az orvos uraknak díjtalanul rendelkezésére áll.

Fabrik chemischer & diätetischer Produkte
Schaffhausen (Schweiz) Singen (Baden)

3263

Serravallo

China-bor vassal.

Egészségügyi kiállítás Wien 1906: államdíj és díszoklevél, nagy aranyérem.
Üdülőknek és vérszegényeknek orvosi szaktekintélyek által
legjobban ajánlva.

3850

Kitünő íze miatti főleg gyermekek és nők szívesen veszik.
Sokszor kitüntetve. — Több mint 5000 szakvélemény.
Orvos urak kívánatra irodalmat és mintát ingyen és bérmentve
kapnak.
J. Serravallo, Triest-Barcola.



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénas források. Iszapfürdők, iszapborogatások,
mindennemű thermális fürdők, vizgyógykezelés, massage. Lakás és gondos ellátás. Csúsz,
köszvény, ideg-, bőrbajok gyógykezelése és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospek-
tusú kiadványt ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán. 3376

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

DIGESTOL

(PULVIS DIGESTIVUS LAXANS)

Kitünő hatású emésztőpor gyomor- és bélbajoknál. Az emésztést elősegíti, a
székletet szabályozza. Adagolás: 3-szor naponta 1/2-1 kávékanállal, minkekor
étkezés után. Orvosi kitűnőségek által kipróbálva és ajánlva.

Ára egy doboznak 2 korona.

Készíti GLÜCK REZSŐ gyógyszerész, gyógyszerész „a fehér galambhoz”
Budapest, VI., Hungária-körút 93. szám. 1331

Telefon 932. Kapható minden gyógyszerárban. Telefon 932.

SOLVIN (Náthakrém).

Akut és chronikus nátha ellen jól hat. — Egy tubus ára 40 fillér.

Készíti: Klotild főhercegnő gyógyszerész, Váci-körút 66.

Raktár: TÖRÖK gyógyszerész, Király-utca 12; MÁDOR gyógyszerész, Váci-körút 17.
Kapható még: I., Attila-körút 51; II., Margit-körút 38; IV., Ferenciek tere 3; VII.,
Wesselényi-utca 30; VII., Lövölde-tér 5; VII., Dohány-utca 54; VII., István-út 10;
VIII., Rákóczi-út 43; VIII., Mátyás-tér 3; VIII., Múzeum-körút 18; IX., Üllői-út 65;
X., Jászberényi-út 7 szám alatti és a legtöbb fel nem sorolt gyógyszerárban is.

Guajacetin

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

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

Migrol

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

Eucasin

Kiváló táp- és erősítőszér
gyermek, lábadozó,
sápkórosok, gyomor-
vese-, cukor- és tüdő-
bajok részére.

Eucasin-Cakes

Rendkívül jóízű
és könnyen emészthető.
Táplálóbb mint a hús.

Kísérleti anyag és irodalom ingyen.

Dr. van GEMBER & Dr. FEHLHABER, Berlin-Grünau.

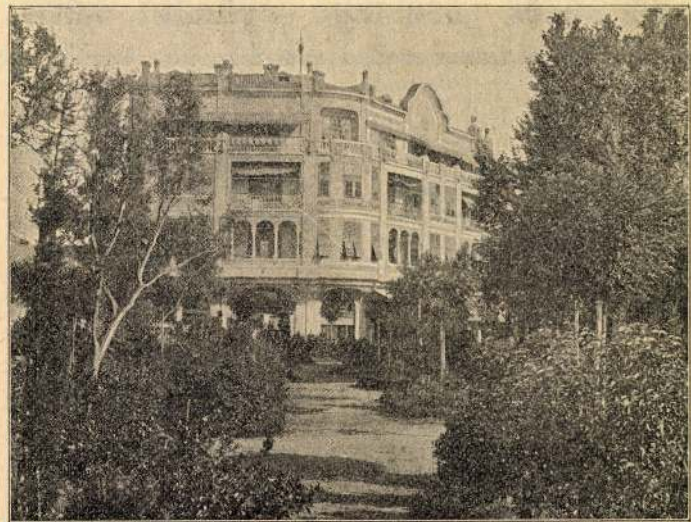
Főraktár és elárúsítás Ausztria és Magyarország részére: FERD. MAY, Wien,
VIII/2. Blindengasse 33.

Sanatorium Grimmenstein.

2838 Gyógyintézet tüdőbetegek részére.

Edlitz-Grimmenstein az Aspangbahn állomása, Alsó-Ausztria, 2 1/2
óránnyira Wien-től, posta, távirda. Telefon.

Adm. vezető: Th. Bachrich. Vezetőorvos: Dr. O. Frankfurter.



Cirkvenica. — Grand Hotel „Miramare“.

Téli gyógyhely üdülők, idegbetegek, légszű és vérkeringési szervek bán-
talmában szenvedők és vérszegények részére (tuberculosis kizárva). Víz-
gyógyászati melegített tengeri, szénsavas, villamos és fényfürdők: villany-
gyógyászati. Arsonvalisatio, hiszáló és soványító kúra. Elsőrendű konyha.
Pensio-rendszer. Vezető orvos: Bartsch Gusztáv dr., nyáron Feketehegyen.

3329

Dr. EMMERICH gyógyintézete

Morphium- Heroin- Alkohol-, Cocain stb.,

idegbetegek részére. BADEN-BADEN, Alap. 1890.

A morphium-elvonás legenyhébb módja kényszer nélkül: a fecskenő 4-6 hét múlva
nélkülözhető. Alkoholról való leszokás kipróbált eljárás szerint.

= Prospectusok díjmentesen. (Elmebetegek kizárva.) =

Tulajdonos és vezető orvos: Dr. Arthur Meyer. — 2 orvos.

HYGIAMA

HYGIAMA alimentum est concentratum valoris maxim.

HYGIAMA diaeticum exploratum et probatum est typho
abdominali laborantibus.HYGIAMA brevi augit vires reconvalescentium et aegro-
torum morbo minut.

HYGIAMAE excelsa est vis lactogenica.

HYGIAMA saporis suavis causa diu facile sumitur et libenter.

HYGIAMA ab inope quoque modico pretio emitur.

Literaturam etc. mittit

A dr. Theinhardt-féle tápszertársulat vezérképviselősege

Benedek János, Rákos Palota

Generalvertretung der Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft.

Alimentum Dr. Theinhardt pro infantibus solubile.

Alimentum Theinhardt lacti materno est simillimum.

Alimentum Theinhardt optimo iure nominatur „solubile“.

Alimentum Theinhardt facillime concoquitur.

Alimento Theinhardt dentitio optime iuvatur.

Alimento Theinhardt prae ceteris Cholera infantum et
gastroenteritis certe sanantur.

Alimentum Theinhardt in dies magis medicorum gratia floret.

Alimentum Theinhardt inopes quoque parvo pretio emunt.

Literaturam etc. mittit

A dr. Theinhardt-féle tápszertársulat vezérképviselősege

Benedek János, Rákos Palota

Generalvertretung von Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft.

Gyermekek csemege gyanánt kéri.



Szabadalmazott
„ENERGIN“

csukamájolaj-lecithin-
csokoládé.

Kitűnő ízű, csokoládé-
tablettákba formált
**csukamájolaj-
készítmény.**

Minden egyes tableta tar-
talmaz egy kávé kanál
csukamájolajat, 0.20 calc.
phosphore, 0.05 lecithint.

**Specificum: angolkóránál és görvélyes bántal-
magnál. Hízoló és erősítő tápszer: vérszegény-
ségnél, ideggyengeségnél, tüdővésznél stb.**

Kapható minden gyógyszerárban és drogeriában. 3287

Orvos urak kísérletezési célra mintákat ingyen
és bérmentve kaphatják.

== Szigeti és dr. Szilárd ==

Energin-vállalata, Pécs.

„Walther“-féle
Elixir Condurango peptonat.
„Immermann“.
Kiváló stomachicum.



Kitűnő hatásának elismerve mindennemű gyomor-
bántalomnál, emésztési zavaroknál, dyspepsiánál stb.
Ajánlja számos hírneves szaktekintély által.
Stóhr titkos tanácsos, Küssingen a következőket írja:
... A mindennapos praxisban a lehető legnagyobb becsű,
különösen öregebb egyéneknek és olyanoknak, kik idült
bajban szenvednek."

Csak gyógyszerárakban kapható. A hol nincs raktáron, kérem annak hozatalát
sürgetőn. Míntán készítményeim ismétellen utánaozva lesznek, igen kérjük ezeket
Eredeti Walther alatt rendelésnél külön megemlíteni.

Irodalom és próbatüvegek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre.

Egyedüli készítő

F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium
STRASSBURG, Elsass, Rheinleugelstr. 12.

Tulajdonos: **Walther F. özvegye, Dr. H. Kern,** gyógyszerész és vegyész.
Nagybani raktár Magyarország részére **Török József** gyógyszerésznél és
Thallmayer & Seitz-nál Budapesten. 3354

Budapesti Központi Tejcsarnok-Szövetkezet

VII., Rottenbiller-utca 31.

2751

Elismert kiváló minőségű palacktejen, pasteurizált tejen és
tejtermékeken kívül szállít

Székely-féle gyermeektejet

1 üveg 0.2 liter --- --- ára 12 fillér.

1 " 0.1 " --- --- " 8 "

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

Székely-féle diaetikus tej gyomor-
betegeknek,
Székely-féle diaetikus tej cukor-
betegeknek.

120 fiók saját kezelésben.

Telefon 57-04.

PANHANS szálloda és gyógyintézet, 'Erzherzog Johann' szállodával
Semmering, Wien mellett, magaslati hely, 1025 m. a t. sz. f.
Elsőrangú lakházak, legmodernebb berendezéssel, összesen 260 szobával.
Gyógy- és fürdőintézet az összes vizgyógyeljárás részére, villamos,
szénsavas és gőzfürdők, villamos massage, inhalatorium (Bulling-
rendszere), 2 házi orvos, házi gyógytár stb. Legjobb tartózkodás
magaslati kúránál. 1786 Közlebbit a prospektusokban;

Jodol

Legjobb jodoform-pótlék, szagtalan és nem mérgező. Minden-
nemű syphilitikus betegség ellen, sőt kiváló hatással (0.4—2.0 pro
die) mint a jodkalium pótléka belsőleg is alkalmazható.

— MENTHOL-JODOL —

Dormiol

Gyorsan ható altató szer 0.5—3.0 gm. adagokban.
Hatása a chloralhydrattal egyenlő, ennek hátrányai nélkül.
Mellékhatásai nincsenek.

— DORMIOL-CAPSULÁK à 0.5 gm. —

Bismon

Formicin

Drexin

Lysargin

Irodalmat ingyen és bérmentve küld

Kalle & Co. A.-G. vegyi gyár, Biebrich a Rhein.

Idegmegbetegedéseknél és neurastheniánál hat év óta legjobb eredménnyel
használják a

Syrupus Colae comp. „Hell“.

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

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

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

Egy pilula egy kávéskanálnyi szörp hatékony alkotórészeit tartalmazza.

3270

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

Irodalom és minták kivá-
natra küldetnek.

Fabrik pharmaceutisch-
chemischer Producte

G. Hell & Comp. in Troppau
und Wien.

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

Mellékletei: SZEMÉSZET Grósz Emil szerkesztésében 4 szám. GYNAEKOLOGIA Tóth István és Temesváry Rezső szerkesztésében 4 szám. ELME- ÉS IDEGKÖRTAN Babarcsi Schwartzter Ottó és Moravcsik Ernő Emil szerkesztésében 3-4 szám. — Egyéb tudományos mellékletek.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

- Hauer Ferencz: A gelatina subcutan alkalmazása rák eseteiben. 121. l.
- Makai Endre: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem II. sz. kórbonczani és kórszövetani intézetéből. (Igazgató: Pertik Ottó, ny. r. tanár.) Adatok az epitheltestekből kiinduló tumorok ismeretéhez három eset kapcsán. 124. l.
- Picker Rezső: A férfi idült kankójának helyi körjelzése. 126. lap.
- Tárca. Tauffer Emil: Tengeri kikötők egészségügyi felszerelése, különös tekintettel az 1903. évi párisi egészségügyi egyezményre. (A kereskedelemügyi m. kir. minister úrhoz intézett jelentés.)
- Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Julius Schwalbe: Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. — Budapest székes főváros közpórházainak évkönyve. — Pestí Alfréd: Magyarország orvosainak évkönyve és czimtára. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Frankenhüser: A gyógyszereknek elektrolysis és kataphoresis segítségével a bőrön át való bevitel. — Gyógyszertan. Krieger és Velden: A bromural. — Belorvos. Langstein: Az orthotikus albuminuria.

— Mendl és Selig: Adatok a heveny szivtágulás kérdéséhez. — Stensma: A sósav kimutatása a gyomortartalomban. — Kehrer: A gyomortartalomnak a bélbe jutásakor keletkező ideges jelenségek. — Pesci: Szer a vérnyomás csökkenésére. — Nonne: Idegkörtan. Meningitis cerebrospinalis purulenta fejlődése. — Decker: Az állatok hysteriája. — Sebész. Mayo Robson: Az általános hasbártyagyulladás kezelése. — Gyermekorvos. Comby J.: A mongolismus. — Húgyszervi betegségek. Carlier: Prostatectomia transvesicalis. — Forgue és Jeanbrau: Angioma urethraenak intersticiális elektrolysisal meggyógyított esete. — R. Bonneau: Urethral-injector. — Közegészségtan. Gedeon János: Érdekes tüdővészstatistika. — Tomarkin és Heller: Autan-desinfectio. — Kisebb közlemények az orcosgyakorlatra. Schrön: A prostatamegnagyobodásban szenvedők catheterizésének megkönnyítése. — Bouchet: A creosot rendelése. — Brodzki: Liton-kenyér diabetes mellitusban szenvedőknek. 130-134. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 134. lap.

Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 135. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek. 136-140. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gelatina subcutan alkalmazása rák eseteiben.¹

Irta: Hauer Ferencz dr., műtőorvos.

Mielőtt szerény tanulmányom előadásához fognék, egy kijelentéssel tartozom, és pedig azzal, hogy jelen előadásommal tudatosan vétkezem a híres horatiusi elv ellen, mely szerint: Nonum prematur in annum.

A tárgy nagysága, a kérdés bonyolult volta s az egész ügy fontossága százaszorosán indokoltá tennék, hogy egy lehetőleg tökéletes, lehetőleg minden feltételekre ha csak némileg is kielégítő választ nyújtó tanulmányon lépjen az ember a nyilvánosság elé. Alapos ok nélkül számos kartárs figyelmét egyéni munkánkra terelni és biztosan várható eredmény nélkül számos kartársnak munkát és fáradságot okozni lelkiismeretlenség és önzés volna.

De ugyanezen okok, melyek ily irányú tartózkodásra intenek, kényszerítettek szinte parancsolólag, hogy tanulmányomat publikáljam. Mert a tárgy nagysága egy ember munkakörét felülmúlja, a kérdés bonyolult volta a legellentétebb szakismereteket igényli, melyekkel egy gyakorlóorvos nem rendelkezhetik, s végül az ügy fontossága emínter azt kívánja, hogy a kérdés minél előbb dülőre jusson s hogy minél előbb eldöntessék, hogy mindazon eredményekben, a melyekről beszámolni bátor leszek, mennyi az objectív valóság, a melyre tovább építeni s remélhetőleg egy üdvös gyógyeljárás kifejlesztési lehet, vagy mennyi a subjectív csalódás, a min épen ezen közlés után mások lesznek hivatva javítani.

Ha van is ily csalódás mindazokban, a mikről szó lesz, az legjobb meggyőződés szerint csak azon következtetésekre vonatkozhatik, a melyeket hozzáfűzök; de merültek fel olyan tények, a melyek elfogulatlan tárgyilagossággal állapíthatók meg, s a melyekről bátran állíthatom, hogy méltók az érdeklődésre.

¹ A budapesti kir. orvosegyesület 1907 január 19. én tartott rendes tudományos ülésén tartott előadás.

Engedjék meg, hogy elmondjam, hogy jelen kísérleteimre s tanulmányomra miképen és miáltal határozottam el magamat.

A Budapesti Orvosi Ujság „Gyermekorvos” című mellékletében 1905 március 9. én Kálmán Mór dr., a Bródy-kórház alorvosának tollából cikk jelent meg „A gelatina vérzéscsillapító hatásáról”, a melyben lelkes hangon és meggyőző erővel magasztalja a szer ezen hatását, különösen melaena neonatorum ellen. Ugyanezen időben véletlenül több inoperabilis méhrák volt kezelésem alatt magángyakorlatomban, melyek közül különösen egy (az I. számú eset) tünt ki a vérzések felette profus és csillapíthatatlan voltával. Az összes belső haemostaticumok és lokális stypticumok, még a Paquelin is teljesen hatástalanok maradtak.

A gelatináról gyakran lehetett az utolsó években egymással ellenkező véleményű jelentéseket olvasni, de nem annyira a szer bizonytalan hatása, mint inkább az utolsó időkben többször hangoztatott tetanusveszedelem tartotta vissza a gyakorlóorvosokat az alkalmazásától. Kálmán dr. épen a Merck-féle gelatina ez irányban való teljes megbízhatóságát hangsúlyozta és 6 esetben újszülötteken 40 gm. mennyiséget pro dosi használva, semmi kártékony mellékhatását sem észlelte. Ennek alapján elhatároztam, hogy az említett esetben vele kísérletek teszek. A beteg közel 40^o os lázzal reagált az injectiora, a mi mindenféle complicatiótól való rettegés kellemetlen helyzetébe juttatott, de a láz csakhamar elmúlt s a vérzésnek legnagyobb meglepetésemre és öröömre, egy-két izben észlelt, de egészen rövid ideig tartó kivétellel, egészen a betegnek közel 5 hónap múlva bekövetkezett haláláig teljesen megszűntek.

Mellékesen jegyzem csak meg, hogy néhány nappal ezen első kísérletem után egy melaena neonatorum-esetem is volt, a melyben a hatás a lehető legpromptabb és legkielégítőbb volt. Z. M. 24 óras leányka végbeléből 1905 április 10. én este 6 órakor 2-3 gyűszűnyi tiszta vér távozik; belsőleg ferrum sesquichloratum solutiót rendelek. Éjjel 1 órakor férfimareknyi, részben alvadt, részben folyékony vér ürül a végbélen át. A vizelet erősen véres. Két órakor 25 gm. Merck-féle 10%-os gelatina a bőr alá. 11. én reggel 7 órakor kevés véres köpet és ismét jelentékeny mennyiségű vér távozik a bélből. 20 gm. Merck-gelatina subcutan. A vérzés többé nem ismétlődött, a gyermek szépen fejlődik, ma is él és teljesen egészséges.

Ezen meglepő hatás felbátorított, hogy magángyakorlatomban más esetekben is alkalmazzam s ekkor nyertem azt a benyomást, hogy a gelatina nemcsak a vérzést csillapítja, hanem a beteg általános állapotára is jótékony hatást fejt ki, sőt magát a rákos folyamatot is befolyásolja. Hogy felderítsem, vajjon ezen utóbbi észleletem valóban megállja-e helyét, elhatároztam, hogy a közpórházakban nagyobb számú kísérletet eszközölök. Müller Kálmán ö méltósága a legnagyobb készséggel adott erre engedelmet és Hochhalt Károly főorvos úr volt szíves az osztályán levő rákos betegeket ezen célra átengedni. Ezenkívül Illyés Géza magántanár úr a poliklinikán fektűt két betegét is rendelkezésemre boosátotta. Fogadják mindannyian e helyen is leghálásabb köszönetem kifejezését.

Összesen kezeltem gelatinával, úgy kórházi, mint privát-eseteimet számítva, 40 beteget. Ezekből 37 rák és 3 sarkoma, melyek tájékok szerint így oszlottak meg:

1. Rák: 21 uterus, 6 pofa, 4 emlő, 2 szájpád, 2 gyomor, 1 homlok, 1 fül.

2. Sarkoma: 1 nyak, 1 hasfal, 1 méh.

Engedjék meg immár, hogy áttérjek eljárásom és a vele elért eredmények ismertetésére.

Eljárásom lényege és technikája a következő:

A Merck-féle 40 gm.-os, 10%-os sterilizált gelatinát tartalmazó phiola (Rp. gelatinae sterilisatae pro injectione sec. Merck grmmta 40, D. in phiola orig.) meleg vízbe állítatik, míg az egész tartalma hígán folyóssá lesz. Az üveg beforrasztott végét letörvén, főzéssel gondosan sterilizált 50 cm³-es fémcseksendővel az egész gelatinát direct a phiolából kiszívom s az egész mennyiséget egyszerre fecskendezem lassú egyenletes nyomással a beteg bőre alá. A befecskendezés helyétől rendszeren a két hypochondriális tájékokat vagy a két kulesesontalatti árkot választottam, szükség esetén a has vagy a czomb bőrét. A bőrt előzetesen szappannal, kefével és aetherrel tisztítom meg. A tűszúrás helyét leukoplasttal betapasztom.

A befecskendést a betegek jól türik s csak kissé jelzik fájdalmasnak. Tekintve a 40 gm. gelatina elég nagy térfogatát, törekedni kell, hogy az egész mennyiség lehetőleg pontosan a bőr alatti kötőszövetbe jusson, mert ha egy része a bőrbe jut, vagy ha a gelatina nem eléggé hígán folyó, a befecskendés fájdalmas szokott lenni. Érzékenyebb betegeken czélszerű mégis előzetesen kevés cocainnal vagy eucainnal anaesthetizálni a bőrt. Nyugodtan állíthatom azonban, immár elég nagyszámú tapasztalat alapján, hogy más kellemetlen complicatiótól, mint a befecskendés idejéig tartó kicsiny fájdalomtól, nem kell félni. A befecskendett gelatina kissé érzékeny púpot alkot a bőr alatt, mely néhány óra alatt, kivérzett betegeken 1—1½ óra alatt teljesen felszívódik. Ekkor már nem marad nagyobb érzékenység vissza, mint akár egy kis morphiuminjection után. Gyuladás, duzzanat, orbáncz vagy tályog egyetlen egy esetben sem keletkezett, pedig már közel 200 injectiót alkalmaztam. A sokszor említett és méltán annyira rettegett tetanus sem állott be egyetlen egyszer sem, úgy hogy a Merck-féle gelatinát teljesen tisztának és teljesen megbízhatónak lehet tekinteni, s ha valakinek ily irányban volnának aggályai s ezért nem akarná ezen eljárást megkísérteni, teljesen megnyugtathatom, s nyugodt lelkiismerettel biztathatom, hogy rákos betegek érdekében ezen ártalmatlan eljárást kísérelje meg. Én részemről már annyira bízom a Merck-gelatina ártalmatlan voltában, hogy újabb időben két vidéki beteget ambulanter kezelek, kik az injectio után azonnal elutaznak s csak 6—8 nap mulva az újabb injectiora jelennek ismét meg.

A befecskendéseket eleinte ritkán, az első esetekben több heti intervallumokban isméttem, később 10—12 napos, utóbb már 5—8 napos időközökben adtam. Erre nézve pontos directívát egyrészt azért nem adhatok, mert mint az egész eljárásom, úgy ezen részletkérdés sincs még teljesen kitanulmányozva, másrészt mint alább látni fogjuk, a hatás is esetenként annyira különböző, hogy itt is, mint minden gyógyeljárásnál, pontosan individualizálni fog kelleni. Erre nézve irányadó lesz a beálló láz, az általános reactio s a helybeli folyamat változása. Egyelőre ajánlanám az injectiokat hetenként megismételni.

A gelatina hatásáról és a rákra gyakorolt befolyásáról a következőket közölhetem.

1. Az eredeti indicatióból kiindulva azt állíthatom, hogy a gelatina *vérvéscsillapító hatása* rákos vérzésekben nagyon jó, de nem mindig teljesen megbízható, kissé szeszélyes.

Némely esetben meglepő szépen hat, pl. az I, II, IV, XVII, XVIII, XXVIII, XXIX és XXXIII-as esetekben, a hol a vérzések csekély megújulásoktól eltekintve hónapokra megszűntek s részben a mai napig sem tértek vissza.

Ellenben voltak esetek, a hol a gelatina vérvéscsillapító befolyása teljesen elmaradt, különösen a XIX. sz. esetben, a hol szinte concedálnom kellett a beteg azon állítását, hogy minden injectiora fokozódik a vérzése. Ugyancsak kevés haemostatikus hatást értünk el vele a VI. sz. esetben (ez azonban csak egy injectiót kapott), a VII.-ben, továbbá a VIII. és XX.-ban (két súlyos gyomor cc.) és a XXIV.-ben.

A többiben, ha a hatás nem is volt oly jó mint az első helyen említettekben és nem is oly csekély, sőt negatív mint az utóbbiakban, mégis állíthatom, hogy nagyjából jobb volt a vérvéscsillapító hatása mint a különben használatos haemostatikumoké s így annál inkább feltűnt nekem, hogy az utolsó évekről szóló bő ráktherapiái és gelatina-irodalomban épen a gelatinának rákvérzést csillapító hatásáról nem lehet olvasni egy referatutumot sem.

Mindenesetre bátran ajánlhatom ezen eljárás alkalmazását már pusztán ezen indicatio alapján is minden erősebb vérzéssel járó cc.-esetben. Ha néha cserben is hagy, ezt ne annyira az eljárás, mint inkább azon köztudomású tény rovására írjuk, hogy különösen az uterus cc.-k néha oly profus és makacs vérzésekkel járnak, hogy Krönig és több követője ellenük az arteria iliacaék lekötését végezte, de ezt is csak rövid ideig tartó sikerrel. Pedig ezen műtéti eljárás mindenestre hasonlíthatlanul súlyosabb beavatkozás, mint néhány gelatina injectio.

Feltűnő, hogy azon esetekben, a hol a gelatina a vérzést jól csillapítja, egy-két, legfeljebb három befecskendés elég szokott lenni; ha ezután sem csillapszik, akkor úgy tapasztaltam, hogy nem is várhatunk tőle haemostatikus hatást.

A mi a gelatina további hatásait illeti, meg kell említeni azokat, a melyeket a *szervezetre általánosságban* kifejt, mint pl. hőmérsék, testsúly, közérzet stb.

a) A legtöbb befecskendés után néhány órával gyakran rázóhideg kíséretében *hőemelkedés* szokott beállani. Ez 37.2—37.3^o°-tól egész 40^o-ig ingadozhatik. Némely betegen mindig beáll, így volt ez a VII, XI, XXIV és XXVIII. sz. esetben. Ezen hőemelkedés ritkán tart 24—36 órán túl s ezen idő alatt is remittáló typust mutat. A defervescentia alatt némelykor izzadás kíséri. Subjectiv kellemetlenséget nem igen okoz. Más esetekben egy injectiora sem állott be hőemelkedés, mint pl. a XIX, XX, XXVI és XXXV. sz.-ban.

Megint az esetek más csoportjában az egyik injectio okoz hőemelkedést, a másik nem. Sőt azt lehet tapasztalni, hogy az esetek túlnyomó részében az első injectiók magasabb, a későbbiek kisebb lázzal járnak vagy lázas reactio nélkül maradnak. Igen kifejezetten lehetett ezt észlelni a III, VII. és XXIV. esetben. De a többiben is az injectiók számával arányosan csökkent a hőemelkedés.

Feltűnő továbbá — habár véglegesen a megfigyelt anyag kicsinysége miatt ítéletet mondani nem akarok —, hogy lokálisan, a rákon magán azon esetekben állottak be a legelőnyösebb változások, a hol legalább eleinte magas lázas reactio következett be, pl. a III. és VII.-ben, bár szépen javult olyan is (XXVII. és XXVIII.), melyben magas láz soha nem támadt.

A testsúlygyarapodás úgy látszik a lázas reactiótól teljesen függetlenül következik be, mert jelentékeny hízást mutatott mindig lázasan és sohasem lázasan reagáló eset egyaránt, pl. VII. és XXVI.

Tekintettel arra, hogy az eljárás technikája, valamint a befecskendezett anyag mennyisége és minősége mindig ugyanaz volt, kénytelenek vagyunk feltenni, hogy a rákos szervezetnek gelatinával szemben supponálható specifikus reactio képessége egyénenként s a betegség különböző szakában más és más. Talán ezen körülmény is további tanulmányozás után a gelatinával való kezelés indicatioiban szerepet fog játszani.

b) A *testsúlyt* illetőleg meg kell jegyezni, hogy eddigi beteg-

anyagom természete hozta magával, hogy nem minden esetben és nem mindig lehetett pontosan meghatározni. Betegeim legnagyobb része ágyhoz volt kötve vagy legalább is nehezkre esett a locomotio. Azonkívül tekintetbe veendő, hogy betegeim legnagyobb része olyan súlyos cachexiában szynlödött már, hogy valami lényeges gyarapodást már a priori a legnagyobb optimizmussal sem lehetett várni. És csodálatosan mégis egy nagy részében mérlegen kimutatható tekintélyes súlynövekedés állott be, megjegyezvén, hogy készakarva kerültem az egész kezelés ideje alatt a mesterséges tápszereket, mint: somatose, hygiama, sanatogen stb; legfeljebb kevés china-tincturát vagy más hasonló amarumot kaptak az étvágytalank.

A gyarapodásra példa gyanánt említem a következő eseteket:

| | |
|---|---------------------|
| VII. május 26.-tól szeptember 6.-ig . . . | 2'400 kilót hízott. |
| XI. június 11.-tól július 11.-ig . . . | 0'600 " " |
| XVII. augusztus 6.-tól október 10.-ig . . . | 1'500 " " |
| XXVI. szeptember 14.-tól január 8.-ig . . . | 5'300 " " |
| XXVII. október 10.-tól január 7.-ig . . . | 2'100 " " |
| XXVIII. október 1.-tól január 7.-ig . . . | 3'380 " " |
| XXIX. október 11.-tól január 7.-ig . . . | 1'210 " " |

Azokról, a kikenél külső okokból mérlegelést végezni nem lehetett, állíthatom, hogy legnagyobb részük szintén kissé gyarapodott vagy legalább is hónapokon át nem fogyott. Testsúlyfogyást alig 2—3 esetben tapasztaltam, azt is csak oly esetben, a hol a beteg állapota már kezdetben egészen kétségbeesetten elcsigázott volt, vagy pedig teljes étvágytalanság, hasmenés stb. komplikálta a helyzetet.

c) Ugy látszik, hogy a vér összetételét is befolyásolja a gelatina, mert a betegek tekintélyes részében az arcszín, a nyálkahártyák színe kifejezetten élénkült és pirosodott. Sajnos, hogy ez irányban pontos adatokkal még nem rendelkezem. Körmözei Emil dr. egy esetben (XXVII.) volt szíves néhány vérvizsgálatot végezni, azonban lényegesebb változások nélkül csupán a vörösvérsejtek csekély szaporodását találta. A jövőben igyekezni fogunk ez irányban pontosabb adatokat beszerezni.

d) Az általános hatásnál említem meg, hogy a gelatinabefecskendések után a fájdalmak is lényegesen engednek. A betegek egy része ezt spontán jelentette ki és volt olyan is (XXII.), ki nagy aversioval viseltetett a befecskendések iránt, s ezeket mégis követelte, mert különben igen nagy fájdalmak voltak. Másoknál a fájdalmak nem szűntek meg és aspirinhez, néhány esetben morpiumhoz kellett nyúlni.

e) Valamely szer objectiv kritikájában tulajdonképen nem játszik nagy szerepet, hogy a közérzetre milyen hatással van, mert sohasem lehet pontosan elkülöníteni, hogy mennyi esik az esetleg beálló javulásból a manipulatioval járó suggestio és az orvos rábeszélő képességének javára, s mennyi a szer érdeme. Nagyobb beteganyag észlelésekor mégis azt a benyomást nyerjük, hogy a betegek közérzete javul, psychéjük nyugodtabb és sorsukkal elégedettebbé lesznek, a mit teljesen megmagyaráznak a fentebb felsorolt javulások.

3. A mi a gelatinakezelésnek lokális hatását magára a rákos folyamatra illeti, a mi az egésznek a punctum salientis, a következőket közölhetem.

a) Legfeltűnőbb lokális hatás a váladék csökkenése, főleg pedig a váladék bűzének kisebbedése. Hogy ezt pontosan ellenőrizhessem, betegeimet lokálisan semmiféle kezelésben sem részesítettem. A rákos sebeket steril gaze zel kötöttem, a méhrákosokat pedig vagy egyáltalán nem kezeltem vagy tiszta vízzel irrigáltattam, csak némelyiknek s különösen azoknak, kik már előzetesen is használtak desinfiens vagy desodorans szereket, adattam gyenge kalihpermanganos oldatot. Ezen eljárás mellett határozottan állítható, hogy a váladék erősen csökkent s a váladék bűze ad minimum redukálódott. Különösen feltűnik ez privátbetegeknél, a hol abban a szobában, hol a beteg fekszik, a gelatinakezelés előtt állandó volt az a jellegzetes nehéz szag, később ez teljesen eltűnt, annyira, hogy ezt a betegek környezete minden figyelmeztetés nélkül spontán is észrevette. A tamponok, a miket a vaginából 1—2 nap mulva kivettünk, ha tele is ivódtak váladékkal, alig voltak bűzősek.

Volt 1—2 eset, a hol ezen leirt hatás nem volt ennyire kifejezett, de javulást még ezekben is észleltünk; legkifejezettebb volt a hatás azokban az esetekben a melyekben előzetesen kiállhatatlan büzt terjesztett a betegség.

b) Ugy látszik a fenn részletezett hatással függ össze, helyesebben mondva a fenti hatást az okozza, hogy a legtöbb esetben sokszor már az első befecskendést követő napon, máskor a 2. vagy 3. befecskendés után, többnyire a következő változásokat vesszük észre magán a rákon: A míg kezelés előtt az egész rák felülete nedvűs és borítva van szürkés-sárgás szövettörmelékkel és szétesett szövetszövetekkel, a melyedéseket és a fekélyeket eves barnás-sárgás vagy szürkés-genyés váladék tölti ki, addig befecskendés után, szinte meglepően és csodálatosan fellisztul a kép: a rákos tömeg tiszta, cszafatok és törmelékek nem fedik, az egyes szövetszövetek tisztán láthatók, halványak s mondhatnám olyan benyomást kelt, mint egy jól lemosott anatómiai praeparatum.

Azon esetekben, a hol ezen változás ily kifejezetten áll be, tartós is marad, pl. a III, VII, XVI, XVII, XXVII, XXVIII. és XXXIV. sz. esetben. Némely esetben ezen hatás nem állott be, pl. a X, XIII, XV, és XXI számúban. A legtöbb esetben mégis kifejezett hatást lehetett ily irányban konstatálni, különösen méhrákokban.

c) Áttérek most azon tünet tárgyalására, a melynek bekövetkezésére kísérleteim kezdetén magam sem számítottam s a mely leginkább lephet meg mindenkit és egyúttal alapja azon reményemnek, hogy a gelatinával kellő időben kezdve talán többet is fogunk elérni, mint palliativ hatást. Azonnal hozzáteszem, hogy csak néhány esetben konstatálhattam kétségtelenül ezen tünetet. Az esetek nagyobb részében nem. A mi azonban elvi szempontból mellékes, mert ezek kórszövettanilag diagnosztizált rákok voltak és semmi okunk sincs kételkedni, hogy a mit néhány rákban elérünk, ugyanazt ne érhesük el a többiben is, különösen az eljárás tökéletesedésével.

A tény maga a következő:

A rákos terület és fekély, miután a fent leirt módon fellisztult, napról napra nem látható módon, de néhány hét alatt kisebbedik. Szélein klinice azt a képet nyerjük, mint akármilyen hámosodó sebnél. Sarló- vagy gyűrűalakban rózsaszínű vagy fehér, sima, teljesen a hám kinézésével bíró szövet támad, mely concentrikusan mindinkább nagyobbodik s ezzel párhuzamosan a rákos terület mindinkább kisebbedik. Ily módon a rákos terület teljesen csak egy esetben gyógyult meg, a VII. sz.-ban, melyben május 26.-án gyermektenyérynki kifeléyesedett cc. volt a portión és a vagina hátulsó falán. Julius 5.-én ez teljesen eltűnt, csak a boltozatban maradt egy 2 cm. hosszú és 2 mm. széles tiszta sarjadzó csík, október 20.-án pedig ez sem volt látható, csupán a portio hátulsó ajakán foglal helyet 4—5, egyenként jókora gombostűfejnyi, a niveauból kissé kiemelkedő, puha, élénkpiros göbese. A többi terület teljesen normális vagina és portio képét nyújtja. Ezen göbésék kórszövettanilag megvizsgálatván, rákos structurát mutattak.

Hasonló eredményt adott a XVI, XVII, XIX, XXVI, XXVII, XXVIII és XXXIV számú eset azzal a különbséggel, hogy itt a begyógyulás nem volt teljes, hanem visszamaradt, többnyire a külső méhszáj belső felületén, kisebb-nagyobb rákos terület.

Gyógyulásnak lehet tulajdonképen számítani a XVI. sz. esetben tapasztalt azon jelenséget is, hogy a homlokknak tenyérynki rákja körül disseminált rákos göbcsék a kezelés elején teljesen meggyógyultak, és nyomukban behúzódó sima heg maradt. Sajnos, az eset később progrediált s a nagy cc. magába olvasztotta ezen gyógyult hegeket is.

Hogy csakugyan gyógyult a cc., s hogy ez nem autosuggestio vagy csalódás, erre igen instructiv példát hozhatok fel és pedig a XVI. sz. beteget, a kin július 21.-én a portión 8 cm. átmérőjű, többszörösen kifeléyesedett, a portio mindkét ajakára és a vaginára átterjedő cc. volt. Augusztus 28.-án a portio hátulsó ajakán, még a vagina hátulsó falára átterjedő, 4—5 cm.-nyi exulcerált cc. van jelen, de olyan tisztult állapotban, mint azt fentebb leirtuk, míg a felső ajkon rákos rész egyáltalán nem látható, hanem egy jókora lencsényi behúzódó heg s egy jókora babnyi tiszta sarjfelület. Más szóval ez esetben ad

oculos van demonstrálva a gyógyulási folyamat három különböző stadiumban, még pedig a mikor a cc. feltisztul, a mikor tiszta sarjszövet foglalja el helyét s amikor már heg van a nyomában.

Ismételten hangsúlyozom, hogy itt a klinikai képről beszéllek. Ezen legutóbb említett esetben is történt parallel kórszövet-tani vizsgálat, mely nem congruens a klinikai képpel, mert ezen klinice gyógyult részlet kórszövet-tanilag rákosnak bizonyult.

A gyógyulási folyamatot demonstrálja a XXXIV. sz. eset is, a hol két próbaexcisio történt pontosan ugyanazon helyről a kezelés előtt és 10 heti kezelés után, s míg először a rákos szövet felett semmiféle hámborítékot sem találtunk, addig a második vizsgálatkor, a klinikai kép változásának megfelelően, ha vékony és rendetlen szerkezetűt is, de *hámréteget* lehetett kimutatni.

Ezen meglepően szép lokális hatással szemben állanak, sajnos, olyan esetek, a hol a lokális folyamatra semmiféle hatást sem tapasztalhatunk. Ilyen a X, XIII, XV, XXI, XXIV sz. eset. Ezen esetekben a megszokott módon progrediált a folyamat minden megállapodás nélkül.

Egy harmadik csoportját lehet megkülönböztetni itt is az eseteknek, a hol t. i. vagy beállott kezdetben a fent leirthez hasonló javulás (ilyen a III. és XI.), de ez nem volt tartós, mert csakhamar rosszabbodás következett be, vagy lokális javulás ugyan nem következett be, de azt a benyomást nyertük, hogy a folyamat egyidőre megállott, a betegség tempoja lassubbodott. Ilyen az I, II, IX, XVIII, XXXV.

Ez természetesen már annyira a subjectiv vélemény és impressio dolga, hogy nem akarom a cc. haladásának tempójára vonatkozó objectiv mérték hijján feltétlenül eljárásom előnyű felhozni. Sokkal nagyobb számú kísérlet nyújthat csak eziránt pontos felvilágosítást.

d) A cc.-ra való lokális hatáshoz tartozik ugyan, de külön akarok foglalkozni a regionaer és távoli *metastasisokra* való hatásnak a kérdésével. Teljes nyíltsággal bevallom, hogy egy esetet kivéve (VII.) egyetlen egy esetben sem tapasztaltam, hogy a kezelés folyamán akár a cc.-s mirigyek kisebbedtek, akár a cc.-s terület körüli infiltratio csökkent volna. Két pofarékeseben mobilisabbak lettek ugyan az állalatti mirigyek, de ezt úgy is lehet magyarázni, hogy a kórházi kezelés alatt mégis csak gyakrabban folytatott szájbörlítés a mirigyekben fennálló secundaer lobosodást csökkentette. Ellenben a legnagyobb örömmel konstatálhatom azt a tényt, hogy azon esetekben, a hol a primaer rák gyógyulási folyamatot mutatott, ott az egész idő alatt az infiltratio változatlan maradt, nem növekedett, mirigyinfiltratiók legalább kimutatható módon nem keletkeztek.

e) Még egy impressiomról óhajtok beszámolni, s ez az, hogy úgy látszik a cc.-k és cc.-s szervezete a gelatina-reactio tekintetében nagyon különbözők. Hogy ezen külön gelatina-reactióképesség összefügg-e a histológiai structurával, vagy egy ismeretlen chemiai tulajdonság által van-e feltételezve, ezt a nehéz kérdést nem volt még alkalmam tanulmányozni. Tény, hogy némelyik cc. — és erről mindazok, kik érdemesnek fogják találni kísérleteimet megismételni és controllálni, meg fognak győződni — egyszerűen bámulatosan reagál. Ne vegyék túlzásnak, ha azt mondom, hogy pl. a VII. sz. esetben a cc. rövid idő alatt klinice egyszerűen eltűnt, mintha varázskéz emelte volna el onnan. Más esetben meg alig van vagy épen nincs reactio. Hogy talán ez a tájékoktól is függő volna, erre sem válaszolhatok, mert egyrészt felette különböző volt a reactióképesség a 21 méhrákban, másrészt a többi testtáj cc.-ja, melyet kezeltem, sajnálatos véletlen folytán többnyire mind oly előrehaladott volt, hogy a reactio intensitását megítélni igen nehéz volt. Mégis az a benyomásom, hogy legjobban az uterus cc.-k reagálnak, már kevésbé az egyéb tájékok rákjai, s eddig legrosszabbaknak mutatkoztak a pofarékak. Az eddigi esetek kis száma miatt kérem ezt végleges véleménynek nem tekinteni.

f) A szent István-kórházban kezelt betegeknek tumoraiból vett szövetrészeket Entz Béla dr. tanársegéd úr vizsgálta meg kórszövet-tanilag s eredményeiről röviden a következőkben számolt be:

„A vizsgálatokat úgy végeztem, hogy a gelatinakezelés előtt a rákos fekélyből vágunk ki egy részletet, majd a kezelés után azon részletből, mely látszólag begyógyult. A képződményeket 10%-os formaldehyden fixáltam s a szokásos keményítés után

paraffinba ágyaztam. Hogy az eredmények összehasonlíthatók legyenek, az összes készítményeket teljesen egyformán kezeltem.

Vizsgálataim eredményét a következőkben foglalhatom össze: Mindazok a készítmények, melyeket megvizsgáltam, rákosnak bizonyultak. A portióból kiinduló mind laphámrák (egyik-másik elszarusodó, pl. a XXVII.), a többi spinocellularis rák. A gelatinabefecskendések után megejtett vizsgálatnál a rákos szöveten semminemű számbavehető vagy feltűnő eltérés sem mutatható ki, még a rákos szövet szaporodása sem esökken, mert a befecskendés előtt és után kimetszett részletekben egyformán sok magoszlást látunk. A kötőszövetben levő gömbsajtú beszűrődés egy esetben (XVI.) ugyan feltűnően nagyfokú, de a többi készítmény ebben sem mutat semmi számbavehető különbséget.

A VII. sz. esetben, melyben jóformán teljes gyógyulás következett be, a mennyiben a fekély helyén sima, nyálkahártyaszerű réteg képződött, a sima portión utólagosan keletkezett göbese rákosnak bizonyult.

Nagyon érdekesek a XXXIV. sz. esetből származó készítmények. Itt ugyanis a fekély szélein szintén sima nyálkahártyaszerű szövet képződött. A góresői metszeteken is összefüggő hámréteget találunk a felületen, de a hám rosszindulatú burjánzása a mélyebb rétegekben változatlanul tovább halad.

Az érváltozást illetően ezekben az apró szövetrészekben semmi felvilágosítást sem kapunk, mert nagyobb erek, sőt még capillarisek is csak nagyon elvétve találhatók bennük.

Azt sem mondhatjuk határozottan, hogy a rákos szövet talán egyáltalán nem változik meg valamiképen, mert eddig csak a felületről vett szövetrészeket vizsgáltuk, míg a rák növekedése épen a mélység felé történik. E tekintetben szükséges volna, hogy az operabilitás határán levő rákoknál a műtét előtt gelatinabefecskendéseket végeznénk, hogy műtét után azután esetleg a szövet mélyében levő elváltozásokat megállapíthassuk.“

(Folytatása következik.)

Adatok az epitheltestekből kiinduló tumorok ismeretéhez három eset kapcsán.

Irta: *Makai Endre* dr. I. tanársegéd.

(Vége.)

Ha már most az említett casuistikai adatok alapján az epitheltestek daganataira vonatkozó ismereteinket összefoglalni akarjuk, első sorban konstatálnunk kell, hogy e tumorok az esetek túlnyomó részében a pajzsmirigy-től teljesen izoláltan fejlődnek, még pedig rendszeren az alsó epitheltest fekvésének megfelelően, a legtöbb esetben pár mm. — 1—2 cm.-nyire a lebenyek alatt, még pedig feltűnő gyakorisággal jobboldalt. *Erdheim* szerint az alsó epitheltest, mely már rendes körülmények közt is gyakran a thymus esücsán fekszik, néha határozottan a thymus állományában foglal helyet; nem lehetetlen, hogy a VI. sz. esetben a középvonalban fekvő tumor tulajdonképen egy intrathymikus fekvő epitheltestből indult ki.

Legérdekesebb mindenesetre a VII. sz. eset, mely mutatja, hogy az epitheltestek embryonális csirái egészen a mellhasürbe kerülhetnek, a hol azután daganatok fejlődésének kiinduláspontjai lehetnek, épen úgy, mint az ide aberrált thyreoideacsirák.

Mint már *Schaper* s utána mások is kimutatták, intrathyreoideálisan fekvő epitheltestek nemcsak állapotokban, hanem embegekben is előfordulnak. Ez alapon értelmezhető azután az epitheltest fekvése az I. s VIII. számú esetben, midőn ugyanis a tumornak megfelelő oldalon tulajdonképen thyreoideaállomány nem volt található, hanem annak helyét a daganat teljesen elfoglalta. Tekintve azt, hogy mindkét esetben a daganatok jókora nagyságúak voltak (gyermekfej-almányi), nagyon valószínű, hogy ezek expansiv növekedésük miatt az epitheltestet burkoló pajzsmirigyállománynak előbb nyomási atrophijára, majd teljes pusztulására vezettek. Viszont nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a lehetőséget sem, hogy esetleg a megfelelő oldali pajzsmirigy-lebeny aplasiája is fennforoghatott, sőt, hogy talán ezen körülmény az epitheltesttumor fejlődésével oki kapcsolatban is állhatott.

A daganatok nagyságviszonyai általában változók. Az iro-

dalomban közölt esetekben — leszámítva az első gyermekfejnyit, a melylyel később e szempontból is óhajtunk foglalkozni — a tumorerő alig érték el a diónagyságot. Eseteimből a daganatok narancs-egész férfükölnagyságúak voltak, mindenesetre azonban számbaveendő azon körülmény, hogy a három eset közül kettőben a tumor főtömegét cysta tette ki, a solid állomány ezekben sem volt nagyobb terjedelmű. Részint fekvésüknél, részint nagyságuknál fogva e tumoroknak mint ilyeneknek nagyobb klinikai jelentőségük alig lehet valamely kisebbfokú pajzsmirigyhypertrophiánál; más elbírálás alá esnek természetesen a kivételes nagyságot elérő vagy az aberrált epitheltestesírákból kiinduló epitheltesttumorerő.

Ha már most az epitheltesttumorerőben foglalt ezen cysták jelentőségét akarjuk kutatni, ki kell részben terjeszkednünk azon kérdésre is, mely az epitheltest autonóm, önálló voltára vonatkozó tudományos vita folyamán igen fontos szerepet játszott, arra t. i., hogy képződik-e egyáltalában colloid az epitheltestben, s ha igen, mennyiben bír fontossággal a cysták képződésében. Kohn szerint az epitheltesteknek mintegy potenciálisan megvan az a képességük, hogy bennük ürök képződhetnek, a mennyiben embryonális telepekből általában üregek képző szervek (gl. thyreoidea) fejlődnek. Ezen üregképződésnek s a vele járó colloid-termelésnek e szerző annyi és csakis annyi jelentőséget tulajdonít, mint azon leletének, hogy colloid-cystákat olykor curiosum gyanánt a thymusban is talált. Ezen „ürképző képesség“ szerinte azonban csak ritkán jut érvényre, a mennyiben ilyen leletek normális epitheltestben csakugyan meglehetősen ritkák. Annál érdekesebb, hogy az epitheltestek tumoránál ezen ür és colloidképzés mennyivel gyakoribb, a mennyiben colloidtömegek az ismertetett 8 eset közül 5-ben voltak találhatóak. Mindenesetre azonban megfontolandó az, hogy ezen adatok általában csak a megfelelő colloidfestődési reakción alapulnak; hogy ezen tömegek tényleg teljesen megfelelnek e a közönséges pajzsmirigy-colloidnak, az ez idő szerint pontos chemiai vizsgálatok híján teljes bizossággal nem dönthető el.

Kérdés tárgya lehet már most, vajjon az epitheltestekben talált cysták valamennyien olyan jelentőségűek-e, mint a pajzsmirigy colloid-cystái, hogy tehát általában retentiós cysták gyanánt fogandók-e fel? Fennáll ugyanis annak a lehetősége is, hogy ezen cysták képződése összefüggésben van azon lapos, köbös, vagy csillószőrös hengerhámú bélelt ürökkel, melyeket Kohn, Wölfler és Prenant egyes állapotoknál a pajzsmirigy-lebenyekben talált, szoros vonatkozásban az intrathyreoideálisan fekvő epitheltestek fejlődésével. Ep e szempontból bírnak kiváló értékkel Genssich és Mc Callum esetei. Az elsőben (V.) a daganatban köbös vagy hengerhámú bélelt, egynemű, van Gieson szerint a colloid reactiót nem adó anyaggal telt ürök voltak találhatóak, a másodikban (III.) a tumor centrumában víztiszta folyadékkal telt cysta foglaltatott; a szövettani vizsgálat a tumor állományában ez esetben is csillószőrös hengerhámú bélelt üröket konstataált, míg colloidtömegek egyáltalában nem voltak találhatóak. Fájdalom, ez utóbbi eset referatumban nem történi említés arra vonatkozólag, találtatott-e, s ha igen, minő sejtbélés a cystafalon; saját eseteimből pedig a cystafal belfelületén sejtbélés konstataható nem volt (mindkét esetben egyébként colloidtömegek jelenléte határozottan meg volt állapítható). Így tehát, a nélkül, hogy a kérdést végképp eldöntöttnek tekinthetnők, fel kell vennünk, hogy az epitheltestek tumoránál cystája egyfelől a normálisan ugyan ritkán, pathologicusan azonban annál gyakrabban jelenlevő colloid vagy hasonlómű anyag túlproductioja, retentioja folytán jön létre, másfelől azon ür szerű járatok maradványát vagy módosulatát képezi, melyeket a szerzők, így első sorban Kohn egy belső zsigerbarázda rudimentuma, illetőleg diverticuluma gyanánt fognak fel.

Az epitheltesttumorerő genesisére a priori fontos világot látszik vetni azon kérdés megállapítása, vajjon a tumorerő fennforgása esetén a normális epitheltestek viszonyai minő viselkedést mutatnak?

Mielőtt azonban ennek megállapítására rátérnénk, számba kell vennünk, hogy valamint az epitheltestek helyzetében lehetnek különféle variációk, úgy még nagyobb ingadozásnak van kitéve az epitheltestek száma. A rendszerint jelenlevő 4 epithel-

test közül hiányozhatik egy-kettő, lehet, hogy az epitheltest tulajdonképpen nem is hiányzik, hanem intrathyreoideális elhelyezkedésű vagy egyebüvé aberrált, s így számuk pl. pontos sorozatos metszetek nélkül meg sem állapítható. Operatív úton nyert tumoroknál a megfelelő esetben jelenlevő epitheltestek számának megállapítása alig képzelhető, vagy ha meg is történik, természetesen legbiztosabb. Az ismertetett esetek közül a II., III., V. és VI. számúban találunk e kérdésre vonatkozó pontos adatokat: a II. és V. számúban normális epitheltestek egyáltalában nem találtatnak, a III. számúban két, a VII.-ben contralaterálisan egy parathyreoidea volt jelen. Ez adatok annyiban szolgáltatnak adatot az epitheltesttumorerő jelentőségének megvitatására, hogy ott, hol normális epitheltestek egyébként hiányoznak, szóba jöhet az a kérdés, vajjon e „tumorerő“ nem compensatorius hypertrophia eredményének tekintendők-e. De e kérdés megfontolásában is óvatosságnak kell lennünk, a mennyiben tudva levő, hogy egyes esetekben a legpontosabb sorozatos metszetek átvizsgálása azt derítette ki, hogy normálisan is hiányozhatnak az epitheltestek a nélkül, hogy a szervezet ennek bármely pathologiai tünet képeiben kárát látná. Ehhez képest viszont úgy az irodalomban ismertetett esetekben, mint a sajátjaimban is szorgos utánjárás ellenére sem volt az illető individuumban oly pathologiai jelenség konstataható, mely a parathyreoidea tumorok képződésével vagy jelenlétével kapcsolatba volna hozható. Egyedül Hulst tesz említést arról, hogy azon öregasszony, kinek bonczolásakor az epitheltesttumorerőt mellékes lelet gyanánt találta, élete utolsó éveiben demens volt.

Ha már most a klinikai tünetek alapján nem dönthető el az epitheltesttumorerő jelentősége, nézzük, hogy a makro- és mikroskopi vizsgálat minő választ ad e tekintetben. Láttuk, hogy e tumorerő szövettani viselkedése nagyban és egészben megfelel a normális epitheltestekének, miért is — tekintve az utóbbiak több oldalról a legminutiosabb módon ismertetett voltát — a fenti tumorerő szövettanának összefoglalása feleslegesnek látszik. Kétségtelen, hogy minden kategóriába való osztályozás mesterséges s éppen a határesetekben egyik vagy másik irányban erőltetett; az adenomák és a hyperplasiák közt a határ egyébként is nagyon elmosódott. Ha azonban Lubarsch-sal adenomák alatt csupán olyan újképződéseket értünk, melyek epitheltestekkel kibélelt külön kötőszövetes üregekből állanak; ha számbaveszünk azt, hogy a tumorerő autonóm, bár az anyatalajból kiinduló, de attól lényegileg eltérő szövettanú állanak: akkor a szövettani kép leírta azonosságát figyelembe véve nagyon is kérdéses, hogy az epitheltesttumorerő — s itt a „tumor“ kifejezését, mint eddig is, általános, „terimenagyobbodás“ értelemben használjuk — ilyen autonóm újképzőletek gyanánt fogandók-e fel. Kivételt e tekintetben csupán az első eset képez, melynek leírója, Benjamins, viszont egyenesen utal arra, hogy éppen csak a tumor peripheriás részein lévő sejtek felelnek meg a parathyreoidea rendes sejteinek. Ez esetben a daganat centrumának „papillaris szerkezete“ volt konstataható. Bár a leírásból meglehetősen nehéz megállapítani, hogy e papillaris structura hogyan alakult ki, ezen eset talán valóban ilyen adenomának fogható fel, annál is inkább, mert ellentétben a többi tumor egyenletes, sima felszínével, ennek felszínéről másodlagos kis göbök emelkedtek ki. A többi eset azonban — s ez érdekességükből s fontosságukból mit sem von le — nézetünk szerint adenomának sensu stricto nem minősíthető. Tekintetbevéve azt, hogy ez esetekben minimális módosulatokkal tulajdonképpen csak a normális epitheltestállomány megszapordított volta van jelen, legalkalmasabb talán a struma gl. parathyreoideae elnevezés volna olyan értelemben, a mint ez a pajzsmirigy vagy a mellékvese sok tekintetben hasonló jellegű daganatainál használatos.

Ha végül retrospective tekintjük a fent leírt epitheltestumorerő szövettani leírását, s egybevetjük az epitheltestek histológiájával, lehetetlen, hogy fel ne tűnjék a góresői képek hasonlósága a struma adenomatodes, nevezetesen pedig a struma foetalis szövettani képehez. E hasonlóság pedig nemcsak a hámsejtek morphologiai viselkedésére vonatkozik, hanem sok tekintetben ezen hámelemek structurájára, a hám és kötőszövet egymáshoz való viszonyára is, úgy, hogy lényegbeli eltérés alig található a kettő közt. S e tekintetben az irodalomban szétszórva

számos igen érdekes és megfontolandó adat áll rendelkezésünkre. Ismeretes dolog, hogy úgy a pajzsmirigyek, mint az epitheltestek embriológiai fejlődése egyazon telepből indul ki; az utóbbi szövettani képének az emberben talált sokféle variatioi *Sandström* szerint nagyjában megfelelnek a különböző fejlődési stádiumban levő pajzsmirigy görcsövi viselkedésének. *Schaper* szerint az epitheltestek legalább részben pajzsmirigyállományára alakulhatnak át, s e felfogást támogatják *Gley* kísérletei is, ki az ú. n. thyreoidectomie incomplète után — ha t. i. az állatnak pajzsmirigyét az epitheltestek bennhagyásával irtotta ki — az utóbbiakon hypertrophiát s pajzsmirigyállományára való átalakulási tendenciát konstatait, s az állat életbenmaradását egyenesen az epitheltest compensativ tevékenysége eredményének tulajdonította. Noha több szerző, ki *Gley* kísérleteit ismételte, ezen átalakulást konstataitni nem tudta; noha, mint *Kohn* kiemeli, a sejtek morphologiai viselkedése további következtetésekre alapul már csak azért sem szolgálhat, mert számos más, a pajzsmirigygyel semmiféle vonatkozásban nem álló mirigy a fejlődés bizonyos stádiumában a fejlődő pajzsmirigynek s a parathyreoideának megfelelő görcsövi képpel bír; és noha végül az epitheltestek állandó, szabályos megjelenése s kiirtásuk után a kiesési tünetek specifikus volta a mellett szól, hogy az epitheltestek teljesen autonom s a pajzsmirigygyel csupán genetice összefüggő szervek: az alábbi kórbonzolástani adatok megfontolása arra utal, hogy a vélemények e tekintetben véglegesen még nem zárhatók le.

Érintettük már *Kohn*, *Wölfler* és *Prenant* vizsgálatait, melyek szerint egyes állatokban — például házinyúlban — a pajzsmirigy mindkét lebenyében egy széles, lapos, köb- vagy csillószőrös hengerhámval bélelt ür található, a melynek szomszédságában egy belső epitheltest foglal helyet; az utóbbinak állománya egyfelől ezen ürjáratot bélelő hámval van szoros vonatkozásban, másfelől pedig fokozatosan megy át a pajzsmirigyállományba. Láttuk, hogy ezen ür az epitheltestek „adenomaiban“ is megtalálható. Tudvalevő e mellett, hogy az adenoma congenitale gl. thyreoideae eseteiben a kerek vagy köbalakú sejtek solid csoportjaiból álló daganattömegben hasonlóképen található néha epitheltest kibélelt ürok. *Zielinska* kutyák pajzsmirigyében embryonális hámsejtekből álló keskeny kötegeket vagy nagyobb, kerekded csoportokat igen gyakran talált; mások az ilyen leletet intrathyreoideálisan fekvő epitheltest gyanánt fogták fel, a mi — ritkán ugyan — az emberben is előfordul. *Müller* viszont epitheltestekben talált igen gyakran a pajzsmirigy folliculusaihoz hasonló, részben szemcsés, részben homogen, colloiddartalmú hólyagokat, a minők — mint láttuk — epitheltesttumorkban is elég gyakran előfordulnak. Ha már most *Wölfler* tisztán a foetális adenomák sejtmorphológiájára támaszkodva, ezeket a mirigylebenyecskék peripheriáján ülő foetális szövetmaradványokból származónak tartja, a fentiek alapján talán nem vetjük fel jogtalanul a kérdést, hogy nem hozható-e a foetális adenomák fejlődése az intrathyreoideális epitheltestekkel vonatkozásba oly értelemben, hogy az előbbieket vagy epithelteststrumának felelnek meg, vagy az epitheltest burjánzásából, daganatos elfajulásából származnak.

* * *

Munkám befejezése után jutott kezeim közé *Verebely*-nek a *Virchow's Archiv* 187. kötetében (1907. 80. lap) az epitheltestek pathológiájára vonatkozó, beható tanulmányok alapján készült értékes cikke, melyben az epitheltesttumorkok egy újabb esetét közli. A 42 éves asszonynak colloid degeneratiót mutató jobb pajzsmirigylebenye alatt talált egy 2.5 cm. hosszú, 1.3/4 cm. széles és 1.1/2 cm. vastag, a pajzsmirigyhez laza kötőszövettel fixált testet, melynek világosbarna metszéspapján a lágy állomány elődomborodik. A daganat histologiai tekintetben az epitheltestnek felel meg.

A szövettani viselkedés alapján *Verebely* sem tartja helyesnek az adenoma elnevezést, hanem inkább a *hyperplasia diffusá*t ajánlja, a mely a mi nézetünk szerint is a legmegfelelőbb.

A szerző esetét mint harmadik epitheltesttumort sorozza *Erdheim* és *Mac Callum* esetei mellé. *Benjamins* és *Hulst* eseteire vonatkozólag azonban kérdésesnek tartja, vajjon ezen tumorkok valóban az epitheltestekből származtak-e. *Verebely* az előző három

esetben az epitheltestből való származás kriteriumait abban látja, hogy az illető tumorkok tipusos helyen fejlődtek, a meglévő epitheltestekhez való viszonyuk tisztázott s szövettani structurájuk is megfelelő az epitheltestekének. Ezen utóbbi kriteriumot *Benjamins* és *Hulst* eseteire vonatkozólag azért nem tartja egymagában döntőnek, mivel hasonló szövettani viselkedést számos más, a gl. thyreoideából kiinduló tumor is mutat; ezen ellenvetés azonban ugyanily joggal *Erdheim*, *Callum* és *Verebely* eseteivel szemben is szóba jöhet. Három esetem közül *Verebely* szerint tehát csak a VII. sz. sorozható azon daganatok közé, melyek csakugyan epitheltestekből származnak, a másik két, operatív úton eltávolított tumor — a mennyiben a meglévő epitheltestekhez való viszonyuk megállapítható nem volt — csak parathyreoideálshoz hasonlóknak minősítendő. Nézetünk szerint nem szenved ugyan kétséget, hogy *Verebely* reserváltsága sok tekintetben szükséges és megszívlelendő, a tumorknak topographiai viselkedése s a többi epitheltestekhez való viszonya azonban e tekintetben döntő szempontok gyanánt már csak azért sem szerepelhetnek, mivel, mint már említettük, az epitheltestek számának ingadozása és változatos topographiai elhelyezkedésük kétségbevonhatatlanul beigazolt tény; ez utóbbira vonatkozólag még csak arra óhajtanánk utalni, hogy a pathologia számos példája arra tanít, hogy épen a rendellenes helyzetű és viszonyú szervek mutatnak nagyon gyakran hajlamot kóros elváltozásokra. Látnivaló tehát, hogy *Verebely* is csak a valószínűség kisebb vagy nagyobb fokát különbözteti meg annak a megállapításában, hogy valamely tumor az epitheltestekből származik-e, vagy sem. Tisztázottnak e tumorkok kérdése egyáltalán nem tekinthető olyan irányban, hogy ezidőszerint még nem ismerünk oly cardinális kriteriumot, mely az epitheltesttumorkokra feltétlenül jellegző volna s a morphologice hasonló képletaktól abszolút biztonsággal elkülönítené. Ez alapon még nyomatékosabban kell felvetni a kérdést, hogy abban az esetben, ha csakugyan essentialis különbség van az epitheltestek s a fejlődés egy bizonyos stádiumában megállott pajzsmirigytelepek közt, nem minősítendő-e a thyreoidea „foetális adenomái“ intrathyreoideális epitheltestekből kiinduló tumorkoknak?

* * *

Végül kedves kötelességnek teszek eleget, midőn mélyen tisztelt főnökömnek, *Pertik Ottó* ny. r. tanár úrnak az anyag szíves átengedéseért s támogatásáért benső köszönetet mondok.

Irodalom. *Benjamins*: Ueber die Gl. parathyreoideae. (*Ziegler's Beiträge z. path. Anat.* XXXI. 1902. 143. lap.) — *Mac Callum*: Tumor of the parathyroid gland. (*Johns Hopkins Hospital Bull.* Vol. 1905. 16. 168. sz. Ref.: *Centralbl. f. allg. Path. u. path. Anat.* 1905. 19. sz., 789. lap.) — *Erdheim*: Zur normalen und pathologischen Histologie der Gl. thyreoidea, parathyreoidea und Hypophysis. (*Ziegler's Beiträge*, XXXIII. 1903. 159. lap.) — *Erdheim*: Beiträge zur path. Anatomie der menschlichen Epithelkörperchen. (*Zeitschr. f. Heilkunde. Abth. f. path. Anat.* XXV. 1904. 1. lap.) — *J. P. L. Hulst*: Ein Tumor der Gl. parathyreoidea. (*Centralbl. f. path. Anat.* 1905. 3. sz. 103. lap.) — *A. Kohn*: Studien über die Schilddrüse. (*Arch. f. mikrosk. Anat. u. Entwicklungsgesch.* 1895. 44. k. 366. lap. és 1897. 48. k. 398. lap.) — *Petersen*: Anatomische Studien über die Gl. parathyreoideae des Menschen. (*Virch. Archiv.* 174. k. 413. lap.) — *Sandström*: Az ember és különböző emlősök egy új mirigyéről. (Ref. *Hoffmann-Schwalbe: Jahresberichte.* IX. k., 1. fejt.) — *Schaper*: Ueber die sogen. Epithelkörper. (*Arch. f. mikr. Anat.* 46. k.) — *Zielinska*: Zur Kenntniss der Schilddrüse. (*Virchow's Archiv.* 136. k. 1894.)

A férfi idült kankójának helyi kórjelzése.

Irta: *Picker Rezső* dr.

(Vége.)

Az ilyen esetek úgyszólván legfogasabb kérdései a chronikus kankó helyi kórisméjének és gyógyításának, mert világos, hogy addig, míg a hátulsó húgycső, vagy mirigyves függelékei gonococusaikat az elülső húgycsőbe ürítik, ennek elváltozásait sem lehet eredményesen kezelni, mert a vizelés alkalmával mindig elég nagy mennyiségben előreszállított gonococcusok állandóan fertőzik a húgycső elülső szakaszát is.

Az első ilyen eseteket úgy tanultam felismerni, hogy az elülső húgycsőnek több hetes eredménytelen kezelése hátulsó gócz

felvételére indított. A vizeletvizsgálat megerősítette gyanúmat, s az objectiv vizsgálat a kóros esetet megmagyarázta és figyelmemet egyszer s mindenkorra ezen lehetőség fennforgására terelte.

Egy ilyen típusos eset a következő:

B. 22 éves; 1906 március elején jelentkezék azon kérés-el, hogy vizsgáljam meg, vajjon van-e még kankója. Három hónap előtt szerezte második kankóját, melynek kifolyása két hónapig tartott; egy hónapja egyáltalában nem érez semmit sem, nem is kezeli magát, de szeretné tudni, vajjon beteg-e még, vagy sem. Kérdéseimre előadja, hogy első kankója is nagyon sokáig tartott, de sem ezen, sem mostani kankója alkalmával hátulsó húgyveszélőnek semmiféle tünetét nem észlelte. A vizelet teljesen tiszta, első részében néhány *kis czafat*, melyekben sok a gonococcus. Az elülső húgyveszélő közepén nagy, érzékeny beszűrődés. Bővebb vizsgálatot ekkor nem végeztem azon hiedelemben, hogy elülső idült húgyveszélőkkel van dolgom, melynek fészke a tapintott beszűrődés. Naponta háromszor végzendő lapis-befecskendéseket (10/00) rendeltem. A beteg négy hét múlva jelentkezett és jelentette, hogy a lapisra kezdetben bőséges volt a kifolyás, sőt még most is van nyomásra állandóan váladék. Az első vizeletvizsgálat tiszta, sok apró czafattal, melyek részben igen sok gonocococust tartalmaznak; a második és harmadik részlet tiszta, csillogó, de a genypróbát adja. Az előző vizsgálatkor a *pars pendula* közepén tapintott csomó alig érezhető és alig érzékeny. Tekintve, hogy a gonococcus-lelet nem felel meg a klinikai vizsgálat eredményének és hogy a genypróba pozitív, gyanúm a beteg ily irányú panaszai hiányának ellenére is a hátulsó húgyveszélőnek, illetőleg mirigyveszélőknek beteg voltára terelődött s ezeknek vizsgálatát az előbb leírt módon végrehajtottam. Már a prostata enyhe megnyomása után az öblítő-víz első részében néhány czafatot kaptam, melyek kevés genyest, sok amorph alapanyagot és meglehetősen sok gonocococust mutattak. Egy következő alkalommal ugyanezt a vizsgálatot még egyszer és lehetőleg még nagyobb gondal hajtottam végre és ekkor a prostatából, melyet most már határozottan megnagyobbodottnak találtam, három-négy csepp egészen világosszürkés váladékot tudtam kiszorítani. A váladék oly világos és emulsiószerű volt, hogy szabad szemmel kórosnak alig volt mondható és csak egy-két alig kivethető finom fehér fonálka terelte a figyelmet más irányba. Legelőször ezen fonalakat balásztam ki a váladék közül. Vizsgálatuk aránylag kevés genyest és igen sok gonocococust mutatott. A diffúz váladékot megvizsgálva, ebben szintén meglehetősen sok gonocococust találtam. A prostata kezelése, mely most természetesen előtérbe lépett, mintegy nyolcz heti időt vett igénybe; de midőn a prostata már egészséges volt, azaz váladékában gonococcus hosszabb ideig nem volt található, a húgyveszélő váladéka még mindig tartalmazott gonocococusokat. Ennek az volt az oka, hogy az elülső húgyveszélő közepén tapintható beszűrődés csekély mértékben még mindig fennállott, a mennyiben Kollmann-féle tágitóval a húgyveszélőt kifeszítve 33 Charrière-fokra, az első jelentkezés alkalmával oly határozottan ki-domborodott beszűrődés helyén valamivel kisebb, lapos, de még érzékeny beszűrődést lehetett tapintani. Ezen egyetlen folliculust azután harmad-negyednaponként a tágitó felett massziroztam, miközben 39 Charrière-t értem el, mikor is ezen kezelésnek mintegy 3 heti tartama után a beteg végleg megszabadult gonocococusaitól. Az öt hónappal később végzett ellenőrzés a prostatát teljesen gyógyultnak mutatta és az elülső húgyveszélő 40 Charrière-ig volt tágitható, a nélkül, hogy a beteg fájdalmat érzett volna; csak a nagy beszűrődés helyén volt egy igen kistokú, lapos, fájdalmatlan beszűrődés tapintható.

Egy másik esetem fiatal orvost illet, a ki 1905 nyarán szerezte harmadik, de kezdetől fogva igen enyhe tünetekkel járt kankóját, melynek igen gyér váladékában mindig sok volt a gonococcus. Az illető baját elhanyagolta. Öt hónappal később enyhe, négy nap alatt lefolyt jobb oldali mellékhereregulatást kapott. Lezajlása után hozzám jött és ekkor kifolyása alig bántotta; a nyomásra nyert váladékban tömegesen voltak gonocococusok. Az első vizeletvizsgálat majdnem egészen tiszta volt czafatokkal, melyek szintén igen sok gonocococust tartalmaztak; a második és harmadik részlet egészen tiszta, csillogó. Befecskendésekre a folyás igen gyorsan megszűnt, beszűntetésük után azonban az előbb jelzett enyhe módon ismét jelentkezett. Az elülső húgyveszélőben néhány lobos folliculus volt, melyeket tágitásokkal kezeltem. Ezen kezelés kapcsán azonban a gonocococusok nem tűntek el, hanem a folyás erős-bővödött és a húgyveszélő majdnem valamennyi folliculusa megduzzadt, lobos és érzékeny lett. A kezelés ezután hosszabb ideig szünetelt és csak az év őszén láttam ismét a beteget, a ki azóta kezelésben egyáltalában nem részesült. Csak reggelenként tudott igen kevés, egészen világosszürkés váladékot kinyomni. Semmiféle excessus a váladék szaporodását nem vonta maga után, úgy hogy csak azért jött, hogy meggyőződjék, van-e még kankója, vagy nincs. Hosszabb vizelési szünet után megjelentén, erős nyomásra igen kevés és világos váladék volt nyerhető, melyben tömérdek gonococcus volt; ezeknek a mennyisége sehogyan sem állott arányban a genyestek mennyiségével. Legnagyobb részük nem is volt intracelluláris, hanem extracelluláris, kettős, négyes és ennek többszörösét tevő csoportosulásban.¹ A vizelet első része kissé nyálkásan zavaros, czafatokkal, melyek szintén bőven tartalmaztak gonocococust. A 2. és 3. részlet teljesen tiszta, a genypróbát azonban gyengén adta. Az elülső húgyveszélőben beszűrődés nem volt tapintható. A húgyveszélő hólyag gondos kiöblítése után végbélvizsgálatot végeztem, és tekintettel a lezajlott epididymitisre, az azoldali ampulla vasis deferentist különös

figyelemmel vizsgáltam és valóban csakis ezt találtam érzékenynek. Az első öblítővízben igen subtilis nyálkás váladék úszott; ezt kihalásztam, kiterítettem, megfestettem és mikroszkop alá vittem. Majdnem az egész praeparatum átvizsgálása után csak egy genyest találtam telve gonococcusokkal. Néhány massage és egészen enyhe antisepticumokkal végzett öblítés teljes gyógyulást eredményezett.

Az utolsó betegnél, a ki ez év novemberében jelentkezett, már teljesen céltudatosan jártam el.

Az illető (S.) november végén jelentkezett és előadta, hogy négy hónap óta van kankója, mely a két első héten igen erős folyással járt. Legnagyobb részt befecskendésekkel kezelte magát, orvosa azonban néhány Uzmann-féle becsipegetést is végzett és csupán ezek után érzett a rendestől eltérő vizelési ingert. Midőn baja már körülbelül két hónapja állott fenn, a folyás egy ízben egy hétre visszatért. Tegnap este közöszült és másnap reggel, azaz ma erős kalium hypermanganicum-oldattal fecskendezett. A vizeletet épen a vizsgálatra való tekintettel hét órán át visszatartotta. Nyomásra a húgyveszélőből kevés, a hypermanganitól még barnás genyest váladék volt nyerhető, melyben igen sok volt a gonococcus. A vizelet első része kissé zavaros, czafatokkal, a második és harmadik rész tiszta. Az elülső húgyveszélőben volt ugyan néhány érzékeny, nagy beszűrődés, de ezeket a külső húgyveszélőnyílás igen szűk volta miatt behatódtnak nem vizsgálhattam. A vizelet második és harmadik részét a genypróbat adta és így dacára annak, hogy a subjectív tünetek teljesen hiányoztak, szokott eljárásom szerint a hátulsó húgyveszélő mirigyveszélőknek vizsgálatát végeztem. Az ondóhólyagok, a prostata stb. nyomásra nem érzékenyek, normális nagyságúak. A prostata jobb felében egy igen kis, talán 1 cm. hosszú, keskeny beszűrődés érezhető, mely egyáltalában nem érzékeny. A húgyveszélőből spontan nem ürül váladék; az öblítő víz első része igen gyengén zavaros, benne egy kis czafat. Az öblítő víz második és harmadik része tiszta. A czafatot kihalásztam, kiterítve és megfestve, igen sok, legnagyobb részt extracelluláris gonocococust találtam. Ezen lelet most már megmagyarázta az elülső húgyveszélő váladékában talált gonococcusok rendkívüli mennyiségét.

Az elülső kankó chronicitásának egy másik igen jól ismert oka a paraurethrális menetek, melyek ugyan a Morgagni-lacunák hóli kiinduló mirigyekkel egy megítélés alá esnek, de aránylag könnyű gyógykezelhetőségük miatt mégis külön tárgyalandók. Rendes nyílással bíró húgyveszélő heveny kankójában könnyen elkerülhetik a figyelmet, különösen ha az alsó vagy felső húgyveszélőnyílás széléhez igen közel, vagy ezen belül nyílnak, mert ekkor váladékuk teljesen észrevétlenül vegyül a húgyveszélőnyílásból egyébként is bőven kiömlő váladékhoz. Ha azonban a kankó lefolyt, egyrészt a húgyveszélőnyílás nagy érzékenysége, másrészt a folyás állandó kiújulása főképen azon esetben fogja ily fertőzött képletekre irányítani a figyelmet, ha a húgyveszélő elülső vagy hátulsó szakaszában kankós gócot nem tudunk kimutatni.

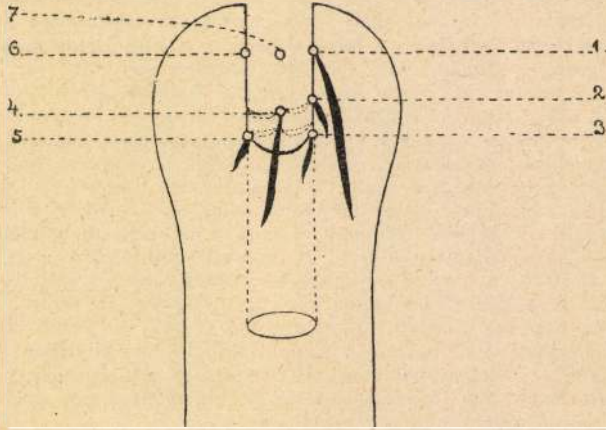
F. három napos heveny kankóval kérte ki tanácsomat. Az igen bő folyás 1:3000 töménységű albarginoldattal való rendszeres fecskendezés után három nap alatt teljesen megszűnt és csak reggel volt nyomással váladék nyerhető. Az ezen kezelés folytatása mellett pár nappal később a vizeletben talált néhány laza czafat majdnem tisztán epithelből állónak mutatkozott. Egy héttel később, a fecskendés megszüntetése után ismét mutatkozott váladék, de kezelésre ismét gyorsan eltűnt. A vizsgálat napján kezelés nem történt és ekkor nyomásra híg, világos váladék volt nyerhető, melyben genyest, hámsejt és sok gonococcus volt. Az elülső húgyveszélőnek középső harmadában két érzékeny csomót tapintottam. Kollmann-féle tágitóval tágitás 31 Charrière-ig, utána húgyveszélőnyílás. Egy hét múlva ismét jelentkezett a beteg, előadván, hogy a kezelés után lényegesen csökkent a váladék; reggel óta nem fecskendezett. Ismét egészen híg váladék volt kinyomható, a mely meglehetősen sok, csak részben intracelluláris gonocococust tartalmazott. Tágitás 34 Charrière-ig. Öt nappal később a beteg még mindig reggelenként megjelenté némi csekély váladékról tesz említést. Az előbb említett csomók azonban már nem voltak érzékenyek. A két tágitás alkalmával feltűnt, hogy az egyébként mintegy 20–22 Charrière-nyi eszközt befogadható húgyveszélőnyílás a mintegy 20–21 Charrière átmérőjű Kollmann-féle tágitó bevezetésekor igen érzékeny volt. Pontos megtekintéskor a húgyveszélőnyílás alsó sarkában, majdnem az áthajlási vonalban egy kis, szabad szemmel épen észrevehető nyílást találtam, melyből nyomásra gombostűfejnyi, egészen világosszürkés, nyálkás váladék szorítható ki, a melyben mikroszkop alatt igen sok a gonococcus. Letompított végű vékony Pravaz-tű az alig 3 mm.-nyi járataba épen be volt vezethető és a gyógyszerrel való kifecskendezés kitűnt, hogy a járat a húgyveszélőnyílással közlekedik. Az 1%-os albarginnal végzett egyszeri kezelés úgy a paraurethrális járatban székelt kankót, mint a belőle kiindult folytonos recidivákat végleg megszüntette.

F. első kankója házi orvosának kezelésében hátulsó complicációk nélkül hat hónapig tartott és fecskendésre gyógyult, 1906 januárjában három hetes, kezdetben erős folyással járt kankóval jelentkezett és előadta, hogy ezen folyás az utolsó időben a rendszeres kezelés mellett szépen megszűnt, de a kezelés abbahagyása után ugyanolyan gyorsan ismét előállott. A midőn nálam jelentkezett, 2 napig nem fecskendezett és noha igen rövid idő előtt vizelt, nyomásra mégis kevés váladék volt nyerhető, rendkívül sok gonocococussal. 1:3000 al-

¹ Praeparatumok és culturák bemutatta az Orvosegyesület 1905. november 3-i ülésén.

bargin-oldattal való feccskendezésre a kifolyás azonnal megszűnt, úgy hogy újból való jelentkezésekor csak erősebb nyomásra volt váladék nyerhető, mely rendkívül nagy gonococustartalmával hívta fel a figyelmet, annál is inkább, mert a vizelet teljesen tiszta volt és csak néhány finom szálat tartalmazott. A húgyesőnyílás gondos megtekintésekor a jobb ajak felső szélén, már a húgyeső felé néző felületen, a nyálkahártyán nyílás tűnt fel, melyből nyomásra kevés, világos, de igen sok gonococust tartalmazó váladék ürült. Itt egy hosszabb, kb. 5 mm. hosszú, vakon végződő járat volt dolgom, mely háromszori kezelésre végleg meggyógyult.

Már elejétől fogva figyelni kell az ilyen járatok fennforgására a hypospadiasis minden alakjában, mert ilyenkor tudvalevőleg igen gyakoriak a paraurethrális járatok.



2. ábra. 1, 2, 3, 4, 5. kankósan fertőzött járatok. 6, 7. nem fertőzött gödröcskék.

Cz. három hónapos idült kankóval keresett fel, melynek heveny szakja két hét alatt folyt le és mely után folytonos feccskendezés ellenére a mai napig tartó, állandó váladéktermeléssel járó állapot következett be. A húgyesőnyílás teljes hypospadiasis glandis-t mutatott, melynek partjain összesen öt különféle hosszúságú paraurethrális járat nyílása volt látható. Ezek valamennyien, mint az a minden járatra nézve külön végzett mikroskopi vizsgálat mutatta, kankósan voltak fertőzve. Maga a húgyeső nyomásra váladékot ürített ugyan, de fájdalmas csomó nem volt benne érezhető. A húgyesőből két napi feccskendés után váladék már nem mutatkozott; a járatokat azonban külön-külön egy hétig kellett az előbb leirt módon kifecskendezni, mire gyógyulás következett be.

Ritka esetekben azonban fennállhat az idült húgyesőkankó oly alakban is, hogy kórisméje csak a *posteriori* lehetséges. Ezek az esetek, a melyekben a többé kevésbé súlyos szövődényekkel járt kankók a heveny szak lezajlása után részben annyira megbékültek, hogy a beteg váladékot már egyáltalában nem észlelvén, teljesen gyógyultnak vélte magát, részben pedig a váladékképződés illetve a kifolyás változó hevességben állandóan megvolt. Ezen régi keletű (4—6 hónap a legkorábbi időpont a betegség kezdetétől számítva) fertőzések, melyek ellen annak idején a kankókezelés összes eszközeivel hiába küzdöttek volt, egyetlen egy beható, de csak enyhe antisepticummal végzett kezelés után egy csapásra megszűnnek; sem az első, sem a következő vizsgálatok alkalmával az előbb kankósan megbetegedett és most is még elváltozott mirigyvese függelékek váladékában mást, mint egyszerűen hurutos vagy lobos folyamatot nem tudtam felfedezni. Sem a mikroskopi vizsgálat, sem a tenyésztési eljárás segítségével gonococust nem sikerült kimutatni.

E. J. Öt negyedév előtt második, igen erős fertőzés, melynek 3—4. hetében súlyos, lázzal járó hólyaghuruton ment át. Ennek lezajlása után Ultzmann-féle becsipegetéseket és belső szereket használt igen múlt sikerrel; kihagyásuk után a kifolyás mindig visszatért, úgy hogy a beteg végre a kezelésbe beleunva, mintegy 8—9 hónapja kezelés nélkül van, állandó, eléggé erős folyással, a mely ivás és közönség után egy-két napra még jobban fellobban. A váladékban igen sok a gonococcus, a húgyeső nem érzékeny, benne csomók nem tapinthatók. A vizelet első része igen zavaros, a második és harmadik tiszta. Alapos átöblítés után a vérbé vizsgálat alkalmával a jobb ondtóhólyagot nagyobb-nak és keményebbnek találom. Az öblítő vízben több nyálkás cszafat, melyekben genyent kivül mást nem találok. A vizsgálat befejezése után 1:1000 töménységű kalium hypermanganicum-oldattal öblíttem át a húgyesövet és hólyagot. Ezen egy kezelésre, mint a későbbi lefolyás mutatta, az egész kankós folyamat végleg megszűnt.

Egy másik esetben (Sz.) 1903 májusban folyt le a fiatal ember első kankója, melyhez kétoldali prostatitis és mellékherelob társult, mely az egyik oldalon később két ízben kiújult; ugyanazon év október havában még bő folyás állott fenn, a nélkül, hogy a hátulsó góczok bármelyikében, a melyekből annak idején a gonococcusokat ki is tenyésztettem, gonococcus lett volna kimutatható. A húgyesőfolyás, a melyből most is ugyanazon gonococcus volt kitenyészthető, mint májusban, egyetlen egy erőlyes átöblítésre végleg meggyógyult.

Véleményem szerint ezen kórforma a kankó önmagától való gyógyulásának utolsó állomása, a melynek állandósulásáért én leginkább azon retentió tokozom, melyre bő húgyesővek ránczainak mélyedései adhatnak okot.

Vannak végül olyan kiújuló idült kankóesetek, melyekben a most leirtam vizsgálati módszerekkel sem az elülső, sem a hátulsó húgyesőben, illetőleg mirigyvese függelékeiben nem lelhető meg azon gócz, mely a betegség idültté válásának az oka volna. Ilyenkor magasabban fekvő, váladékviszartartásra alkalmas helyen fogjuk keresni a kankó fészket, és ez a teljesen jól ürülő, maradék-vizeletet nem mutató hólyag mellett a vesemedence. Hogy ilyen esetekben szintén a mikroskopi vizsgálatból és a gonococcusleletnek *miféleségéből* mily fontos útmutatást nyerhetni, a leirandó eset mutatja, melyet, saját gyakorlatomban ilyenemű megbetegedésről nem számolhatván be, Bransford Lewis¹ nyomán idézek.

A 24 éves fiatal ember 4 év óta szenved kankóban, mely ellen mindennemű kezelés csak múlt eredményű volt, úgy hogy végre minden hónapban megújult a mindjobban gyengülő folyás, a mely *bőségesen* tartalmazott gonococcusokat.

Bransford Lewis az első két héten az alsó húgyutak tisztításán és a mellett a váladékok gondos vizsgálatán fáradozott. Segédeinek, kik a görösövi vizsgálatot végezték, feltűnt, hogy sem a prostata váladékában, sem a húgyeső váladékában nem volt oly sok a gonococcus, mint a hólyagból catheter útján nyert vizelet üledékében. Ezen lelet a magasabb húgyutak bántalmazottságának felvételére indította. A tájékozató hólyagtükri vizsgálat baloldalt a lig. intrauretericumon két és jobboldalt egy nyílást mutatott. Egy következő vizsgálat alkalmával először a 2 baloldali vesevezeték nyílásába vezetett egy-egy cathetert, ezek útjukban nem érintkeztek és mindkettő rendes hosszúságban volt feltölthető a vesemedenczéig. Mindkét catheter különböző vizeletet adott. Ezen vizeletek eltérő elválasztási rhythmust is mutattak. A bal középső catheterből nyert vizelet fajsúlya 1010, sárga, tiszta, normális. A bal szélső 1005 fajsúlyú, világossárga, felhős, cszafatokat tartalmazó, a melyekben sok genyent, hámot és kevés vért láthatni; a genysejtek nagy számában „valóságos gonococustelepek” voltak, mely gonococcusok egyébként a megszokott alakot mutatták, s Gram szerint nem festődtek. E vizsgálat befejezésekként mindkét vesemedenczét ezüstnitrattal töltötték meg és ekkor térfogatuk is különbözőnek bizonyult. Egy következő vizsgálatkor a jobboldali ureter a középső ballal, melyet már előzőleg egészségesnek találtak, teljesen egyforma, 1000 fajsúlyú, tiszta, normális vizeletet adott. A beteg bal vesemedence, melyhez a bal szélső húgyvezér tartozott, ez alkalommal ismét megkatheterizáltatván, jóval tisztább vizeletet adott; ez igen kevés genyent tartalmazott, gonococcusok pedig egyáltalában nem voltak benne találhatóak. Egy következő vizsgálatkor ólomdrót-mandriannel felszerelt ureter-cathetereket vezetnek be egymásután mind a három vesevezetékbe és az így végzett Röntgen-felvétel a két baloldali ureternek jellegzetes keresztződését mutatta, a mennyiben a középső ureter a szélsőt a linea innominata magasságában keresztelte. A beteg, a mint a további megfigyelés mutatta, az argentum nitricummal végzett *egyszeri* kezelésre gonococcusaitól végleg megszabadult.

Röviden összefoglalva eljárásom tehát abban áll, hogy annak az eldöntése után, vajjon van-e a húgyesőváladékban kórokozó, vagy nincs, positiv mikroskopi lelet után az *anamnesisre* és a *beteg subjectiv bemonlására való tekintet nélkül az objectiv vizsgálat* útján zárom ki először a *hátulsó húgyesőnek és mirigyvese függelékeinek fertőzött voltát*, és csak ezután keresem meg az *elülső húgyesőben azon góczokat*, a melyeknek fertőzött volta a betegségnek idültté válását okozhatta. Különösen azt kívánom még egyszer hangsúlyozni, hogy *idült húgyesőhurutban a „kankó” kórismét a beteg helyek váladékaira nézve csakis a mikroskopi vagy tenyésztés útján lehet felállítani*, nem pedig a váladék mennyiségének *makroskopi* megbecslése alapján, mert akárhányszor vannak esetek, a melyekben a gonococcusmentes, postgonorrhoeás húgyeső-, illetve prostata- stb. hurut nagyobb váladékképződéssel jár, mint a még gonococust tartalmazó.

¹ Bransford Lewis, St. Louis. Three ureters demonstrated during life; ureterocatheterisation giving three different urines, one infected with gonococci. Medical Record, 1906. október 6.

TÁRCZA.

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

A fertőző betegségek és különösen az ú. n. „veszedelmes fertőző betegségek” (pestis, cholera és sárgaláz) terjedésében lényeges szerep jutott a tengerhajózásnak.

A keleti járványokat úgy a régebbi, mint a közelmúltban tett megfigyelések és tapasztalatok szerint többnyire a tengeri hajók hurczták Európába. A járványok szárazföldi terjedését a népvándorlások, tömeges zarándoklások s a vasúti hálózatok segítik elő. Ez utóbbiak terjedése kelet felé némileg helyettesíti az elmúlt századok népvándorlását, de jelenleg még nem bír a pestis és cholera behurczolásában oly jelentőséggel, mint a tengeri forgalom. Közvetlen vasúti személy- vagy teherszállító kocsik Európa belseje és Ázsiának állandóan fertőzött területei között még nem közlekednek, míg ellenben tengeri hajóink által állandó és gyakori érintkezésben vagyunk oly országokkal és kikötőkkel, amelyekben a pestis és cholera épen olyan otthonos, mint nálunk a typhus vagy diphtheritis.

A nagy járványok elleni védekezés sikere karöltve jár az orvostudomány tökéletesedésével.

Járványtani ismereteink fejlődésének legfényesebb bizonyítéka, hogy a pestis, mely a múlt század utolsó s a jelen század első éveiben (1896—1903) óriási mérvben pusztított Indiában, Európában járványává fajulni nem tudott, annak ellenére, hogy alkalom erre bőven kínálkozott. Anglia, Franciaország, Olaszország, Portugál, Törökország és Magyarország-Ausztria főbb kikötőiben ugyanis ismételt fordultak meg pestisbetegekkel vagy pestispatkányokkal érkező hajók, sőt egyes kikötőkben kisebb járványok vagy szórványos esetek elő is fordultak, de elharapózni a keleti vész mégsem tudott, mert járványtani ismereteink fejlődése folytán mindinkább sikerült a veszedelmet megfelelő egészségügyi intézkedésekkel elfojtani.

A tengeri kereskedelem érdekei egyrészt, Európa egészségügyi jólléte másrészt, szükségessé teszik, hogy a pestis és cholera elleni védekezés az összes európai kikötőkben lehetőleg egyöntetűen történjék. E meggyőződés, sajnos, nagyon nehezen tud tért foglalni, mert sokan gondolkoznak úgy, hogy ha a tudomány és a védelem eszközei mindenütt azonosak is, de eltérők nemesak az országok és kikötők egészségügyi viszonyai, hanem a külső körülmények is, melyek közt ugyanazon rendszabályokat egyformán alkalmazni legalább is nehéz.

Kiviláglik e nézet abból, hogy a múlt században (1851, 1859, 1866, 1874, 1881, 1885, 1892, 1893, 1894, 1897) tartott nemzetközi értekezletek határozmányait egyes országok kormányai vagy nem vették kellő komolyan vagy — a megegyezés ellenére — minden ország úgy cselekedett, a mint épen kedve tartotta az egyezményekhez ragaszkodni vagy sem. Tulajdonképeni „egyezmény” is csak 1851, 1892, 1893, 1894 és 1897-ben jött létre. Ezen egyezmények közül Európát illetve az európai kikötőket közvetlenül csak az 1893.-i drezdai s az 1897.-i velencei egyezmények érintik. Az előbbi a cholera, az utóbbi a pestis veszélyének elhárítására irányul. Magyarországon a cholera-ról szóló 1893. évi drezdai egyezményt az 1894.-i IX. törvényczikk, a pestis-ről szóló 1897.-i velencei egyezményt az 1900. évi XXIII. törvényczikk tartalmazza. Az 1892.-i velencei s az 1894.-i párisi egyezményeket szintén az ország törvényei közé iktatták, de ezek országunkat csak kisebb mérvben érdeklik, mert az első az egyptomi tengeri egészségügyi szolgálat reformjára, az utóbbi a mekkai zarándoklat s a Perzsa-öböl egészségügyi kezelésére vonatkozik.

A törvénybe iktatott egyezmények életbeléptetése és gyakorlati alkalmazása folytán az idők során kitűnt, hogy egyes részleteikben nem fedik egymást, itt-ott következetlenségbe esnek s némely intézkedéseik nem engednek teret a tudomány haladásából folyó szükségszerű változtatásoknak.

Az említett négy egyezmény szövegének és intézkedéseinek összeegyeztetése s a tapasztalat által tisztult nézetek gyakorlati érvényesítése céljából ült össze 1903. októberében a legutolsó

párisi nemzetközi egészségügyi értekezlet. Az értekezlet eredeti programja a velencei egyezmény revisioja volt csupán, de hála az összegyűlt nemzeti képviselők gyakorlati tapasztalatainak, az 1897 óta szorgalmasan csoportosított adatoknak s a felvilágosodás és járványtani tudományunk meggyőző erejének, az értekezlet eredményeként sikerült oly szövegezésben létesíteni egy egyezményt, a mely kerekded foglalatja a fentebb említett négy egyezménynek és szabatos összhangban van az utóbbi évek tudományos tapasztalataival.

A pestis, cholera- és sárgaláz-járványok okai és terjedési módjai, valamint a betegségek lappansági időszakának szabatos megállapítása képezik ezen egyezmény intézkedéseinek alapját. A modern orvostudomány alapkövén, a *fertőtlenítés* eszméjén épült fel az egyezmény szövege s biztosítja a benne megnyilvánuló elveknek szilárdságát, megbízhatóságát és célszerűségét. Legnagyobb mérvben kívánatos, hogy ezen egyezmény az összes érdekelt országokban minél előbb érvényre jusson, s minden állam iparkodjék főbb kikötőiben egységes és azonos intézkedésekkel védeni úgy a saját, mint a szomszéd államok egészségügyi érdekeit. Az intézkedések s a kikötők egészségügyi felszerelésének harmoniája azért szerepel a tengeri kereskedelem főérdekei közt, mert csakis ily harmonia adja meg a civilizált országok közt a kölcsönös bizalmat és szüntetheti meg a kereskedővilágban s a tengerészek körében az egészségügyi intézkedésekkel szemben még maig is gyakran tapasztalható ellenszenvet. Ezen ellenszenv fő kútforrását épen azon eltérések képezik, a melyek az egyes országokban alkalmazott rendszabályok közt tapasztalhatók.

A nagy közönséget, de kiváltkép a hajósnépet csak úgy lehet valamely egészségügyi intézkedés helyessége és jogosultsága felől meggyőzni, ha mindenütt az azonos esetekben azonos és észszerű rendszabályokat talál. Ezen egységes eljárás megteremtése a célja a nemzetközi egészségügyi egyezményeknek s ebben rejlik azok szükségessége és létjogosultsága még akkor is, ha nem nyujtának a theoretikus tudomány szempontjából tökéleteset.

A párisi 1903.-i nemzetközi egészségügyi egyezmény életbeléptetése rövid idő alatt várható Európa összes államaiban. Ennek szükségképen be kell következnie, mert ha végig megyünk a leginkább érdekelt államokon, Törökország, Olaszország, Franciaország, Németország, Anglia és Magyarország-Ausztria főbb kikötőin, a párisi egyezmény befolyása a tengeri érkezmények egészségügyi kezelésében máris mindenütt előtérbe lép, annak ellenére, hogy az egyezmény határozmányai törvényerőre az európai államok legtöbbszörében még nem emelkedtek.

Előljár a párisi egyezmény elveinek érvényesítésében Németország, Ausztria és Franciaország. Franciaország már 1904 óta alkalmazza az egyezményt s Ausztria főkikötője, Trieszt 1904-ben rendeletileg léptette életbe az egyezmény I. címét, míg Németországban „tacite” érvényesülnek a párisi egyezmény határozmányai addig is, míg törvényes alapot kapnak. Hogy az egyezmény Európában még nem lépett általánosan életbe, annak részben formai, részben technikai akadályai vannak.

A formai akadályok a burokratismusban gyökereznek, melyen az egyezmény ratificatiojának és törvénybe iktatásának keresztül kell mennie. A technikai akadályok pedig egyes, még nagyobb szabású kikötőkben is található, egészségügyi felszerelési hiányokban vannak.

Magyarországra nézve főként az elmúlt két év kedvezőtlen politikai viszonyai okolandók azért, hogy az egyezmény határozatai még nem voltak életbeléptethetők. Vannak azonban technikai hiányok nálunk is, melyek az egyezmény életbeléptetése esetén egyetlen nemzetközi kikötőnk, Fiume egészségügyi berendezéseiben és szolgálatában pótlásra vagy átalakulásra várnak.

Az 1903.-i párisi egyezmény 35. pontja megkívánja, hogy minden állam minden tengerének legalább egy kikötőjét oly szervezettel és felszereléssel lássa el, a melylyel bármily egészségügyi állapotban érkező hajót befogadhasson s ne legyen kénytelen azt oly kikötőtől, a melyben fertőzött helyről érkező hajók ki-köthetnek, egészségügyi kezelés végett más kikötőbe küldeni.

Az egyezmény 36. pontja a következő igényeket támasztja nyílt tengeri kikötőkkel szemben. A kikötő legyen ellátva:

a) rendszeresített egészségügyi szolgálattal s állandó egész-

ségügyi felügyelet gyakoroltassék a hajók személyzete s a kikötő lakossága felett;

b) betegek elkülönítésére s gyanús egyének megfigyelésére alkalmas helyiségek álljanak rendelkezésre;

c) a kikötő legyen ellátva oly fertőtlenítő készülékekkel és intézményekkel, a melyek a hathatós és alapos fertőtlenítéshez szükségeltetnek s bakteriologiai laboratóriumok is álljanak rendelkezésre;

d) a kikötő legyen ellátva megbízható vízvezetékkel s köztisztasági intézményei olyanok legyenek, hogy a hulladékok és szennyvíz eltávolítása akként történjék, hogy a fertőzés veszélye a lehető legnagyobb megbízhatósággal legyen elkerülhető.

E követelményekre egyetlen tengeri nyílt kikötőnk, Fiumét illetőleg fejtegetésünk végén konkrét javaslatokkal térünk vissza.

Az egészségügyi védekezés szempontjából az épen mondottakon kívül nagyfontosságú kijelentés és haladás foglaltatik az egyezmény 11. pontjában is, a mely szerint „oly áru, mely önmaga mint ilyen pestist vagy cholérát tudna terjeszteni, nem létezik. Áruk csak úgy lehetnek fertőzés terjesztői, ha pestises vagy cholérás anyagokkal fertőzve lettek“.

A helyi egészségügyi hatóság belátására bizza az egyezmény 12. pontja annak megítélését, hogy valamely áru vagy szállítmány fertőzöttnek tekintendő-e vagy sem.

Ha a kikötő egészségügyi hatósága valamely szállítmány fertőtlenítését szükségesnek tartja, e művelet csak úgy lesz megbízható, ha minden segédesszköz a fertőtlenítés keresztülvitelére rendelkezésre áll. Az egyezmény semmiféle áruira vagy behozatali cikkekre nézve sem engedi meg, hogy valamely ország az áru átvitelt (transito) feltétlenül betiltsa. A behozatali tilalom határát is a minimumra redukálta az egyezmény. Szerinte ugyanis viselt ruhaneműekre, használt ágyneműekre s rongyokra nézve bizonyos körülmények közt kiadható a behozatali tilalom, de ez sem kivétel nélkül, hanem csak úgy, ha e cikkek kereskedelmi áruként, s nem mint személypodgyász vagy költözködési cikk szállítatnak. Utóbbi minőségben s kellő fertőtlenítés lehetősége mellett (ha erre szükség volna) bármiféle cikk behozatalát meg kell engedni, s az államok feladata gondoskodni, hogy legalább egy-egy kikötőjükben minden modern fertőtlenítő eljárás eszközölhető s az áruk kirakása izoláló és fertőtlenítő raktárakba keresztülvihető legyen. A dolog természetéből folyik, hogy a kikötők kifogástalan egészségügyi szolgálata csak úgy van biztosítva, ha nemesak elegendő nagyságú fertőtlenítő gőzkazánokkal, hanem formalinkamarákkal és fertőtleníthető raktárakkal is el vannak látva. Hogy a fertőtlenítést megbízhatóan végezzék, ahhoz kellően betanított állandó személyzet elkerülhetetlenül szükséges. A fertőtlenítést végző személyzet oktatása időnként nagyon ajánlatos, mert még a legjobban szervezett fertőtlenítési szolgálatban is sokszor neveltséges félszükségek tapasztalhatók; ezek részint a személyzet intelligenciájának alacsonyabb fokából, részben pedig a megfelelő és egyszerű berendezés hiányából származnak. Hogy példával éljek: Hamburgban — az európai kikötők legjobban szervezett egészségügyi szolgálata mellett — magam láttam, hogy posta- illetve áruküldemény gyanánt szállított költözködési cikkeket, háziszereket, kulcsokat, gyertyatartókat, olajfestményeket, fényképeket s egyéb papír-, fém- és börtárgyakat 5% os carbollódatba mártott seprűkkel kengettek végig, mint szentelt vízzel a húsvéti kalácsokat. Hogy ilyesminek értelme nincs s méltán provokálja a közönség idegenkedését, mihelyt „fertőtlenítésről“ van szó, magyarázatra alig szorul. A dolog még furcsábbá válik, ha a fenti módon működő desinfector szomszédságában megpillantjuk a légüres térrel dolgozó formalinkamarát, a mely oly tárgyak fertőtlenítésére szolgál, a melyek gőzfertőtlenítésnek ki nem tehetőek.

Hogy a formalinkamarák célszerűen és megbízhatóan működjenek, a formalingőzt légüres térben kell alkalmazni, mert e nélkül a formalin nem hatol a podgyások belsejébe s azok kellően fertőtlenítve nem lesznek. A formalinkamarák következőképen kezeltenek:

Oly fertőtlenítendő tárgyak, melyeknek a meleg és nedves vízgőzök ártanak, lehetőleg lazán, nem zsufolva helyezendők a formalinkamarákba. A kamara megtöltése után a nyílások légmentesen elzárandók s a levegő lehetőség szerint kiszivattyúzendő. Ennek megtörténtével a kiszivattyúzott levegő formalingőzökkel

pótoltatik; csakis ily módon érhető el, hogy a fertőtlenítő gőzök a kamarába helyezett árukat átjárják, és a csomagok belsejébe is hatoljanak. Formalin egyszerű elpárologtatása csukott kamarákban légüres tér nélkül alig bir fertőtlenítő képességgel, mert a formalingőz a csomagokat csak felületükön éri, belsejükbe azonban alig hatol néhány centimetryire. A kikötőforgalomban s nevezetesen oly kikötőkben, melyekben kivándorlási forgalom van és ennek folytán nagy mennyiségű személypodgyász fertőtlenítésére van szükség, az igényeknek megfelelő nagyságú formalin-kazánok és kamarák nélkül hathatósan fertőtleníteni nem lehet. A személypodgyások külső permetezése valamely fertőtlenítő folyadékkal nem egyéb a közönség neveltséges zaklatásánál, gyakorlati haszna nincs, s nem más önámításnál; legfőbb ideje, hogy a gyakorlatból a fertőtlenítés ezen módját legalább a személypodgyászra nézve kiküszöböljük s légüres térben alkalmazott formalinfertőtlenítéssel helyettesítsük.

Tauffer Emil dr.,

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

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Therapeutische Technik für die ärztliche Praxis. Herausgegeben von Prof. Dr. Julius Schwalbe. Erster Halbband. Leipzig, 1906. Verlag von Georg Thieme. Ára 8 márka 80 fillér.

Általános a panasz, hogy a tankönyvek csak nagyon röviden és hézagosan foglalkoznak a gyógyító eljárások technikájával. Ezen a hiányon iparkodott segíteni Schwalbe tanár, a mikor neves szerzők közreműködésével összeállította az előttünk fekvő munkát, még pedig tisztán a gyakorló orvos és az orvostanhallgató igényeire való tekintettel.

A munka a lehető legnagyobb részletességgel ismerteti nagyszámú rajz kíséretében az egyes gyógyítóeljárások technikáját, az előfordulható hibák és veszélyek elhárítását, az esetleges ellenjavatokat stb., szóval mindazt, a mire a gyakorlóorvosnak a mindennapi életben a betegek gyógyításakor szüksége lehet. A történelmi és elméleti fejtegetéseket, az irodalomismertetést mellőzték, s így elérték, hogy a munka aránylag nem nagy terjedelmű, a mennyiben most megjelent első fele csak negyedfélszáz lap, s előreláthatólag a másik fele sem lesz nagyobb. A munka átnézésekor könnyen meggyőződhetni, hogy az egyes fejezetek szerzői kevés kivétellel jól eltalálták a kört, a melyen belül a kitűzött cél érdekében mozogniok kell, úgyszintén a módot, a melyen tárgyakat előadják.

Az első rész a következő fejezeteket tartalmazza: Hoffa, A massage, a gymnastika és a mechanikai orthopaedia technika; O. Vierordt, A hydro- és thermotherapia technika; H. E. Schmidt, A radiotherapia technika; Kobert, Az orvosságok készítésének és alkalmazásának technika; Hildebrand és Bosse, Válogatott fejezetek az általános sebészeti technika köréből; Eversbusch, A szemgyógyítás technika.

A munka második fele már sajtó alatt van és néhány hét múlva szintén megjelenik.

Budapest székes főváros közkórházainak évkönyve.

Az 1905. év adatait tartalmazó évkönyv néhány hét előtt hagyta el a sajtót a megszokott gondos szerkesztésben és gazdag tartalommal. A munka tudományos része a következő dolgozatokat tartalmazza: Pertik Ottó, A szt. Rókus-kórházi prosecturában az 1905. évben boncolt ritkább kórboncoltani leletek; Gerlóczy Zsigmond, A szt. László-kórházban 1905-ben serumtherapiával elért eredmények diphtheriában; Gener-sich Antal, Érdekesebb esetek a szt. István-kórház 1905. évi boncolási anyagából; Goldzieher Vilmos, Adatok a trachoma kórboncoltanához; Hirschler Agoston, A gyomor nedvelvasztó működésének a Sahli-féle desmoidreactioval való vizsgálatáról;

Hirschler Ágoston, Friedreich-féle betegség esete; Pesthy István, A gyomor zsírhasító képességéről; Dieballa Géza, Anaemia perniciosa esete myeloid léptumorról és excessiv hydraemiával; Morelli Károly, A „Henrietal” hatása gümös nyelvfekély helyi kezelésénél; Donath Gyula, További adatok a poriomaniához; Krepuska Géza, A szt. István-kórházi VII. orvosi fiókosztályon kezelt fülbetegek forgalma; Prochnov József, A X. fiókosztályon 1905-ben végzett hasmetszések; Freisich Kornél, Téves és kétes kórismék a heveny fertőzések betegségei köréből; Stein Adolf, Esetek a szt. Rókus-kórház Röntgen-laboratóriumából; Balás Dezső, Az a. meningeae media vérzéséből származó agygyulladás koponyalékelés útján gyógyult esete; Rotter Henrik, A pubiotomiáról; Preis Károly, Secundaer bélszékrekedés érdekesebb esete. Kór- és gyógytani megjegyzések; Fischer Ernő, A szívérülésekről. Az évkönyv végén Ludvik Endre, a jobbparti kórházak igazgatója részletesen ismerteti a szt. János-kórház területén épült id. báró Wodianer Albert üdülők házat. Kiemelendők a kötethez mellékelt igen szép Röntgen-felvételek is.

Pesti Alfréd: Magyarország orvosainak évkönyve és címtára.
Budapest, 1907. A „Petőfi”-vállalat kiadása.

Immár tizenhetedik évfolyama fekszik előttünk ezen hasznos és hézagpótló munkának, a mely az évek hosszú során át a hazai orvosi közönségnek mind kedveltebb, sőt nélkülözhetetlen segéd-könyvévé vált. Az évkönyv érdemes megalapítója és kiadója, Pesti Alfréd, az idén a szerkesztés munkáját Hajnik Emil dr. kartársunkra bízta, a ki ezt a művet a múltban megszokott lelkiismeretes és kifogástalanul pontos adatgyűjtés alapján állította össze. A címtárban megtaláljuk az összes magyar orvosok névjegyzékét községek szerint rendezve, továbbá Horváth-Szlavonország és Bosznia-Hercegovina orvosi személyzetét, ezenfelül a különféle hatósági orvosoknak, az orvosi fakultások, köz- és magánkórházak, valamint különféle orvosi intézetek és társulatok személyzetének névjegyzékét, végre az 1906. évben elhalt orvosok névsorát. Az évkönyv az idén is közli a közegészségügyre vonatkozólag a lefolyt esztendőben kiadott ministeri rendeleteket és elvi jelentőségű határozatokat, továbbá az összes hazai fürdőhelyek meggyógyforrások betűsoros lajstromát és rövid ismertetését. Az évkönyvben Hajnik Emil dr. a mult esztendő orvosi szakirodalmáról részletes és jól áttekinthető bibliographiai szemlét közöl.

Az évkönyvhöz a napi jegyzetek számára szolgáló és közkedveltségnek örvendő, négy részből álló zsebnaptáron kívül még egy melléklet van csatolva, nevezetesen Doctor Károly dr.-nak „Laboratóriumi vizsgálati módszerek” című compendiuma, a melyben a gyakorló orvosokat röviden és szabatosan tájékoztatja a modern diagnostika legbecesebb segédeszközzeiről.

Tihanyi Mór dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A gyógyszereknek elektrolysis és kataphoresis segítségével a bőrön át való bevitelét kutatta Frankenhäuser. Kitünt, hogy a kataphoresis nem, de az ionvándorlás (szerinte iontophoresis), mely az állandó galvanárammal eszközölhető, igen alkalmas a gyógyszereknek percutan bevitelére. Kísérletei mutatják: 1. Az oldatokból, melyekkel az elektrodokat megnedvesítette, a kationok az anódról, az anionok a kathódról vándorolnak a szervezetbe; mennyiségük arányos az áram erősségével és tartamával, független az oldószer minőségétől. 2. Oldószerek, elektrolytosan nem disszociáló vegyületek (cukor, gummi) nem kebelezhetők be, hanem csak elektrolytok. 3. Az oldatok concentratioja lényegtelen, de fontos azoknak s az elektrodoknak tisztasága, hogy más elektrolytok ne zavarjanak. E kísérletek eredményeiből a gyakorlatra nézve fontos: A kataphoresis, illetve az ezen alapuló hydroelektrikus fürdő, mint hatástalan eljárás törlendő. Az elektromos árammal való percutan gyógyszerbevitel jogosult. Technikája egyszerű s takarékos; pl. a térdizület kezelésekor következőképen járunk el: az izületet bepólyázzuk az illető oldattal átitatott s kifacsart hydrophil vattával, rá az izület kerületénél jóval rövidebb stanniolszalagot fektetünk, az egészet körül-

csavarjuk gummikötéssel, bekötve egyúttal egy a stanniollemezt érintő elektrodot is. A folyamatot galvanometerrel s órával kezünkben szabályozhatjuk, minthogy a bevitt izmok mennyisége arányos az áram intenzitásával s tartamával. A helybeli hatás még függ attól a felülettől, a melyen a behatolt ionok a bőrben eloszolnak, a mit az áramsűrűség határoz meg. A bekebelezett izmok absolut mennyiségének kiszámítása sokszor nem lehetséges. Az a kísérleti tény, hogy a toxikus ionok felvétele (strychnin-anion) halált okoz, visszatart a toxikus anyagok iontophoresisától, de másfelől épen bizonyítéka ezen eljárás hatásosságának. (Zeitschrift f. exper. Pathologie u. Therapie, 3. k., 2. f.)

Gyógyszertan.

A bromural (α -monobromisovalerianylhúgyanyag) fehér, kissé keserű ízű lemezeket alkot, a melyek forró vízben, alkoholban, aetherben, alkáliákban jól, hideg vízben azonban nehezen oldódnak. A Gottlieb tanár gyógyszer-tani intézetében végzett állatkísérletek szerint a bromural erős altató hatást fejt ki a vérkeringés és a légzés megkárosítása nélkül. Betegeken Krieger és Velden próbálták ki Brauer tanár marburgi klinikáján. Azt tapasztalták, hogy könnyebb esetekben már 0.3 grammos adagban, átlag azonban 0.6 grammos adagban kifejezetten altató hatású; a hatás 5—25 perc után szokott bekövetkezni és alkalmasint már 3—5 óra után megszűnik. Sok esetben azonban ezen időn túl, az egész éjjel át tart az alvás, a mi úgy magyarázandó, hogy a gyógyszer által létesített mesterséges álomhoz hozzácsatlakozik a természetes álom. A bromural hatástalan azon esetekben, a melyekben fájdalom, köhögés, angina pectoris, izgalmi állapotok vagy deliriumok vannak jelen; ebből az következtethető, hogy narkotikus hatása csak nagyon csekély lehet. A bromural által előidézett álom teljesen olyan, mint a természetes; minthogy — a mint a hatás gyors megszűnéséből következtethető — a szervezetből nagyon hamar kiürül illetve gyorsan bomlik, kellemetlen utóhatások nem támadnak. 0.6 grammnál nagyobb adagok nem hatnak erősebben. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 6. szám.)

Belorvostan.

Az orthotikus albuminuriáról élénk eszmecsere folyt nemrégiben a berlini orvosegyletben Heubner tanár előadásának kapcsán. Az eszmecsereben részt vett Langstein is, összefoglalva jórészt már előbb is közzétett tapasztalatait az orthotikus albuminuria eseteiben a vizeletben található, eczetsavra kicsapódó fehérjéről, a melyet már sok észlelő kimutatott (Noorden, Pavy, Pribram stb.). Több mint 100 esete alapján az orthotikus albuminuria 3 típusát különbözteti meg: 1. Oly esetek, melyekben csak az eczetsavval kicsapható fehérje mutatható ki; ezekben az esetekben általában csekély a fehérjekiválasztás. 2. Esetek, a melyek az eczetsavval kicsapható fehérjén kívül valóságos albumin is tartalmaznak. 3. A harmadik csoport esetében a fehérjéknek mind a három félesége kimutatható, tehát úgy az eczetsavval kicsapható fehérje, mint a globulin és a valóságos albumin. A kérdésnek további tanulmányozása azután a következő eredményre vezetett: 1. Az orthotikus albuminuriának minden esetében megtalálható az eczetsavra kicsapódó fehérjeanyag. 2. Ha a vizeletben csak ezt az eczetsavra kicsapódó fehérjét találjuk, az idült nephritis már eleve kizárható. 3. Gyermekek idült nephritisében az eczetsavra kicsapódó fehérje vagy hiányzik, vagy legalább is kisebb mennyiségű, mint a többi fehérje. Az eczetsavra kicsapódó fehérjének megjelenését különben Noorden is kedvező prognostikai jelnek tekinti és nagyobb mennyiségben jelenléte esetén a valódi nephritist kizárhatónak tartja. (Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 4. szám.)

A heveny szívtágulás kérdéséhez szolgáltat adatokat Mendl és Selig. Két birkózót vizsgáltak meg különböző irányban a legnagyobb alaposággal; a szív nagyságát a többi között orthodiagraphia segítségével is meghatározták. Eredményeikből — tekintettel arra, hogy csak két esetre vonatkoznak — nem akarják már véglegesen bebizonyítotttnak állítani, hogy az egészséges szív semmi esetre sem tágul ki túlságos testi munka végzése után. Megfigyeléseik azonban támogatják de la Camp állítását, hogy

maximális testi megerőltetés után csak az esetben fejlődik heveny szívtágulás, ha a szív izomzata komolyabban beteg. (Medizinische Klinik, 1907. 6. szám.)

A sósav kimutatására a gyomortartalomban *Steensma* a következő eljárást ajánlja: A Güzburg-féle kémlőszerben a phloroglucin ugyanannyi phloridzinnel helyettesítendő. Ezen kémlőszerből egy cseppet porcellánfedélen bepárolgatunk, a mikor is világossárga gyűrű marad vissza. Ennek a közepére egy csepp gyomortartalom-szűredéket teszünk, a melyet bepárolgatva, sósav jelenléte esetén világosvörös szegélyű lesz a sárga gyűrű belső része. Ez a próba állítólag sokkal érzékenyebb, mint az eredeti Güzburg-féle. (Tijdschr. voor Geneesk., 1907. 3. szám.)

A gyomortartalomnak a bélbe jutásakor keletkező ideges jelenségnek tartja *Kehrer* a németektől „Alpdrücken“-nek nevezett oppressiót, valamint az ijesztő jellegű álmokat. Ez utóbbiaknak keletkezés módja tekintetében fel lehetne ugyan venni, hogy az emésztés idején a gyomorban és a belekben támadó erős vérbőség miatt túlságosan kevés vér jut az agyba és ez váltja ki az ijesztő álmokat. De ez a felvétel több okból nem valószínű. Inkább gondolhatunk arra, hogy a bélbe átmenő chymus azonnal felszívódik s a vérrrel a többi között az agyba is eljutva, ezt izgatja. Olyanoknak, a kik az említett jelenségekről gyakrabban panaszkodnak, mindenesetre ajánlhatjuk, hogy nagyon korán vacsorázzanak, vagy ha ez nem lehetséges, nagyon későn fektessenek le; ezenkívül ne egyenek és ne igyanak sokat este, és ez a kevés se álljon nehezebben emészthető, zsírban sültött vagy erősen fűszerezett ételekből; alkohol is csak nagyon mérsékelt mennyiségben engedhető meg. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 6. sz.)

A vérnyomás csökkentésére *Pesci* nagyon ajánlja a veratrum viride-t. Kivonatából 20–30 cseppet bevéve, az erek erősen kitágulnak. Ezen hatása alapján ajánlható magas vérnyomással járó állapotokban, de csak ha az erek még megtartották rugalmasságukat. Ennek megfelelően nagyon jó eredménnyel járhat a használata idült veselő esetekben, a melyekben megakadályozza az uraemia kifejlődését, vagy ha már megvolna, leküzdí. Ajánlható továbbá a has ereinek görcsös állapotaiban, mint a melyek például idült ólommérgezésben támadnak avagy néha arteriosclerosisban szenvedőkön is jelentkeznek kólikarohamok alakjában. Kezdődő arteriosclerosisban is hasznos lehet a veratrum viride, a mennyiben a vérnyomás csökkentése útján megakadályozza a folyamat továbbfejlődését. (Gazzetta degli ospedali, 1906. 60. sz.)

Idegkörtán.

Meningitis cerebros spinalis purulenta 6 évvel golyóval történt sérülés után fejlődött abban az esetben, a melynek agyát és gerinczagyvelejét *Nonne* mutatta be a hamburgi orvosegyesületben. A beteg felvétele előtt 2 nappal hirtelen betegedett meg, a nélkül, hogy okát lehetett volna tudni a bajnak. A vena medianából vett vér és a cerebrospinalis folyadék mikroszkop vizsgálatára pneumococcus lanceolatus tiszta tenyészetét adta. Két nappal a megbetegedés után a beteg meghalt. Bonczoláskor a capsula interna elülső könyökében fél golyót találtak. E körül a szövet genyesen be volt szűrődve. A genyes beszűrődés a nucl. caudatust is magában foglalta. Érdekes, hogy a lött esatornának nyomát sem lehetett találni. A golyó másik fele a halántékesont innenső felületén állott. A kórelőzményből kitűnt, hogy a beteg 6 év előtt pisztolyal halántékon lötte magát. Ezután hosszú ideig semmi idegrendszeri sérülésre valló tünet sem jelentkezett, csak 2 év múltán tört ki két ízben egy-egy epilepsziás roham. Minthogy a hulla gondos átvizsgálása sehol sem derített ki olyast, a miből a genyedés magyarázható lett volna, más hasonló esetekkel egybevetve, a genyes cerebrospinalis meningitis a golyó következményének tekinthető. Jellemző, hogy az ilyen lövés után hosszú idő múlva támadó tályogok mindig az agyvelő mélyében székelenek. (Neurolog. Centralbl., 1907. január 16.) *Kollarits Jenő* dr.

Az állatok hysteriája olyan kérdés, a mely iránt régóta nagy az érdeklődés. *Dexler* (Prága) kifejti azokat az okokat, a melyek miatt az idegbajokat, különösen a psychosokat, nehéz az

állatokon megfigyelni. Az úgynevezett psychés nyilvánulások alig hozzáférhetők, majdnem kizárólag a mozgásra és a mozgászavarokra kell tekintettel lennünk a vizsgálatkor. Az állatok hysteriájáról szóló eddigi közlések legnagyobb részével szemben tartózkodó álláspontot kell elfoglalni. Abból a körülményből, hogy az állatorvosi belorvostani könyvek a hysteriával nem foglalkoznak, következik legalább is az, hogy ez a baj felette ritka. *Dexler* különös figyelemmel kereste az ilyen eseteket és 7000 beteg kutya észlelése közben egy hysteriára sem bukkant. Az idevágó közlemények szerzői közül az állatorvosok nem ismerik eléggé a hysteriát, az idegorvosok pedig nincsenek tisztában az állati neurosisokkal. Így pl. hysteriás görcsöknek néznek olyan görcsöket, a melyek epilepsziások is lehetnek, különösen a mikor a pupillareactio egy esetben sem volt megfigyelve és hysteriás stygmák vizsgálatáról az állatorvostan eddig egyáltalán semmit sem tud; Arra is hivatkoznak, hogy ezek a görcsök „kedélyfelindulás“ után keletkeztek. A kedélyfelindulás azonban epilepsziás görcsöket is válthat ki. Különben is emotioról állatokon beszélni nem lehet *Dexler* szerint. A kórosan fokozott suggerálhatóság tünete sem vehető tekintetbe az állaton.

Dexler arra a meggyőződésre jut, hogy a hysteriáról állaton beszélni egyáltalán nem lehet, a míg az állati idegbajok tünetana nem lesz jobban kidolgozva. (Neurologisches Centralbl., 1907. február 1.) *Kollarits Jenő* dr.

Sebészet.

Az általános hashártyagyulladás kezeléséről tartott előadást *Mayo Robson*. Röviden áttekint azokon a különféle módokon, a melyekkel a hashártyagyuladást gyógyítani igyekeztek. Emlékeztet azokra az időkre, midőn opiummal, éheztetéssel, meleg borogatásokkal kezelték a hashártyagyuladást, tekintet nélkül az okára; ezen időkből kivételes volt, ha egy-egy eset megmaradt. Azután jött a hashajtókkal való kezelés időszaka; ezeknek az lett volna a céljuk, hogy a hashártyaizzadmányt a bél felé levezessék és *Lawson Tait* a postoperatív peritonitisek megelőzésében kiváló jelentőséget tulajdonított nekik. Azonban ezen hashajtók, ha a peritonitist előidéző ok eltávolítása után hozhatnak is hasznót a belek kiürítése, feszülésüknek csökkentése által, különösen a folyamat kezdetén és különösen ott, hol a gyomorbeltractus átfürödése van jelen, rendkívül káros hatásúak lehetnek a helyhez kötött gyuladással általánosítása által. Idézi *Roux*-t, a ki azt tapasztalta, hogy a mióta Lausanne környékén az orvosok appendicitis esetén tartózkodnak bármiféle hashajtó rendelésétől, az acut esetek 95% a elmúlik, vagy lokalizált marad.

Ezután az operatív beavatkozás korszaka következett: a gyuladást keltő ok eltávolítása, a perforatio ellátása, a hasürdrainage a hasür kimosásával vagy a nélkül. Később még tovább mentek: a hasür állandó irrigatioja, fürdőkezelés, az összes belek evisceratioja. Azt hiszi, hogy e methodusok áldozataikkal együtt kimúltak, sőt bizonyos reactiót keltettek, a mennyiben oly sebészek, mint *Ochsner* Chicagóban, ha bizonyos módosításokkal is, visszatértek a régi conservatív kezeléshez. *Ochsner* a peristalticát, mint a mely leginkább keni szét a fertőző anyagot a hasüregben, igyekszik lehetőleg kiküszöbölni. E miatt gyakran mossa a gyomrot, hogy a hányást elkerülje s a bél felső részéből a gyomorba visszaáramló folyadékot eltávolítsa. Ezenfelül konyhasó-infusiókat ad a bőr alá, konyhasós esőréket s azonfelül tápláló beöntéseket a végbélbe. A peritonitis megelőzésére az appendix korai eltávolítását ajánlja, ha a sebész még az első 36 órában jut a beteghez. Ezen conservatív-kezelés azonban már azért sem általánosítható, mert épen a heveny hasi folyamatok diagnostikája nem igen biztos és ha appendicitisben a folyamatnak ily kezelés mellett való megnyugvására inkább lehet remény, gyomor- és duodenumfekélyátfürödés, belső bélzáródás eseteiben, melyeket heveny appendiculis peritonitissal vajmi könnyen lehet összetéveszteni, a műtéti beavatkozás halogatása lényeges kárral járna. Például perforált gyomorfekély esetében a 6 órán belül végzett műtét 90% gyógyulást hoz, míg ha a műtét 48 órán túl végeztetik, 95% a halálozás; így van ez a typhusperforatioval és még más heveny hasi megbetegedésekkel is, úgy hogy a gyors beavatkozásnak elvből keresztülvitelével számos élet lesz megmenthető, mely különben biztosan

elveszett volna. Igen józan sebészi elvek alapján épül fel *Murphy* eljárása, a ki eddig meg nem közelített gyógyeredményeket (35 gyógyulás 36 esetből!) ért el. Az ő technikája mindent, a mi káros és felesleges, kiktűzőből. *Murphy* szerint az infectio súlyossága, virulentiája kevésbé befolyásolja a sebészi beavatkozás eredményeit; a múltban tapasztalt balsikerek szerinte főleg azzal függnek össze, hogy a műtét későn történt s a beavatkozás vagy hiányos, vagy túlságosan nagy volt. Kiterjedt manipulációk a bélben, mosások egyfelől, másfelől pedig septikus gőcz bennhagyása, nem kellően drainezett secundaer tályogok, postoperativ ileus voltak az okai annyi sikertelen operationak. Jelen sikereit annak tulajdonítja, hogy 1. a nyomást csökkenti az infectio helyén; 2. állandó drainageről gondoskodik; 3. kerül minden felesleges fogdosást, törést, mosást a peritoneumban s igen gyorsan operál; 4. a ptomainok és toxinok eltávolítását a vérből nagymennyiségű folyadék per rectum való adagolásával elősegíti; 5. gondoskodik a betegnek Fowler-féle helyzetbe való hozásával (magasan ültetés, ref.), hogy a geny a peritoneumnak felszívódásra legkevésbé alkalmas területére, a kismedenczébe folyjon; 6. nagy adag streptolytikus serumot ad. A legnagyobb fontosságot ezek közül a gyors műtétnek, a kielégítő drainagenak s a rectumba vitt folyadék tulajdonítja.

A peritonitis helyes kezelésének megértésére a következő tényeket kell figyelemre méltatni. 1. A halálos kimenetel peritonitis esetén mérgezés következménye, a mely mérgezés a peritoneális ürben képződött s onnan felszívódott toxinokból származik. 2. Az infectio vagy valamely bakteriumtartalmú üreges szerv átfürödéséből, vagy a gyomorbeltractusnak és diverticulumainak folytonosságában meg nem szakadt, de gyuladás vagy paresis és kitérés által átjárhatóvá vált falán át történik. 3. Ott, a hol a peritoneum nincs elárastva septikus mikroorganizmusokkal, mint pl. valamely üreges szerv átfürödésakor, az első mikroorganizmusok, melyek átlépnek, mint azt *Dudgeon* és *Sargent*, továbbá *Moszkowitz* beigazolta, a jámbor staphylococcus albusok, melyek fokozódott phagocytosist idéznek elő s bizonyos mértékben előkészítik a peritoneumot a virulensebb csírák bevándorlására. *Bond* a nem kiterjedt műtétek egyik előnyének éppen azt tekinti, hogy nem károsítja ezeket a protectiv mikroorganizmusokat és protectiv serumokat. 4. Vannak esetek, midőn a peritoneum el van árastva septikus bakteriumokkal, melyek, ha el nem távolíttatnak, rövid idő alatt elpusztítják az egyént; ilyenkor *Bond* szerint a hashártya tökéletes kitisztítása, ha kell, a belek kipakolásával, jogosult. 5. Az opium használata, mint már *Lawson Tait* kimutatta, eltakarja a symptomákat, csalfán biztosság érzetét kelti s így végzetes halogatáshoz vezethet, azonfelül növeli a bélparesist és mint újabb vizsgálatok kimutatták, gátló befolyása van a leukocytosira. 6. Sikeres drainaget csak úgy érhetünk el, ha a peritonitis okának megszüntetésével, illetve eltávolítással a friss mérge behatolását a hasüregbe megakadályozzuk. Igazolják e tételt a duodenumperforáció körül szerzett tapasztalatok, a melyekben az egyszerű drainage állandóan sikertelennek bizonyult, míg drainage a perforatio ellátása után az esetek egy bizonyos számában gyógyulásra vezetett. 7. Sós víz adagolása a végbélben át már régen hasznos eljárásnak bizonyult, de hogy a végbél óriási mennyiségű folyadékot tud felvenni, csak újabban bizonyította be *Murphy*. Szerinte ez eljárás megfordítja a nyirokáramlás irányát; a helyett, hogy a peritoneum felületéről történne a felszívódás, a peritoneum stomáiból ömlik bő lymphá, mely az infectiosus anyagot a kismedencze felé viszi. Azonfelül a felszívódott folyadék megtölti az érrendszert, leküzdí a shockot s a veséken át kiválasztatván, magával viszi azt a septikus anyagot, mely már a vérbe került. 8. A félülő helyzet által a folyadék a kismedencze felé irányítatik, hol a felszívódás sokkal kisebb, mint a diaphragma fölül; továbbá innen drainage által is jobban eltávolítható; végül e helyzet által a mellkas is szabadabb s a tüdő és szív jobban működhetik. 9. Mindenféle étel és ital, ha a szájon át adjuk, nemcsak a gyomorban, de a bélben is peristalticát okoz, a mely viszont szétkeni a septikus anyagot az egész hasüregben. Ebből következik, hogy az evéstől és ivástól való teljes tartózkodás és csupán a végbélben át eszközölt táplálás elő fogja mozdítani, hogy az infectio terjedése megszűnjék. *Ochsner* appendicitisesetek nagy számában

mutatta ki, hogy a gyuladás ily módon körülírt marad. 10. Hasajtók adagolásától éppen ez okból tartózkodnunk kell mindaddig, míg a peritonitis oka megszüntetve nem lett; ezután hasznos lehet, ha nincs jelen mechanikai akadály vagy bélbénulás.

Végül saját tapasztalatainak ecsetelésére tér át az előadó. Szerinte a siker legfőbb tényezői: a korai diagnózis s az idővesztés nélkül való operálás; e tekintetben igen sok bűn terheli a morphininjectiókat, melyek hatása alatt a korai symptomák eltűnnek, a mi azután végzetes halogatásra vezethet. Korai operálással igen súlyos esetek is megmenthetők, a melyekben bélsárral van elárastva a hasüreg; még az öregkor sem akadály a gyógyulásnak; egyik esetében meggyógyult egy 70 éves aggastyán, kit perforativ appendicitisből származó diffus peritonitis miatt operált. Azt hiszi, a korai operálással a gyomor- és duodenumperforációk halálózása 5--10%-ra fog leszállani, s hogy ez nem utópia, bizonyítja az, hogy *Sinclair Kirk* 11 gyomorperforatiót operált halálózás nélkül. A technikára vonatkozólag a lehető egyszerű beavatkozás híve, öblítést csak akkor végez, ha a peritoneum gyomorbéltartalommal kiterjedten be van mocskolva; a kiterjedt evisceratioval igen rossz tapasztalatokat szerzett; nagy puffadás mellett temporaer enterostomiát végez. Az utókezelésben nagy mennyiségű sós vizet ad per rectum, azonfelül, ha kell, subcutan és intravenosusan is; a csőrékhez peptont, stimulansokat kever. A táplálást szőlőcukoroldat és steril olaj bőr alá fecskendezésével egészíti ki. A peritonitis okának eltávolítása után comelt, terpentinesöréket ad. Ha a has felső része telt, hányásinger és hányás van jelen, gyomormosást alkalmaz. Strychnin subcutan, melegítés, ültetés egészíti ki a kezelést. Végül arra utal, hogy a peritonitis igen sok esetben el volna kerülhető, ha a gyomorfekély, appendicitis, epekövek idejekorán megfelelő sebészi kezelésben részesülnének. (The Lancet.) *Pólya.*

Gyermekorvostan.

A mongolismus vagy idiotia mongolica kórképét 22 eset kapcsán, melyek közül kettő kórbonecolástani igazolást is nyert, rajzolja meg *Comby J.* Velezületett idiotiában, melyet ázsiai arectypus jellemez, a gyermek születésétől kezdve chinaihoz, japánhoz vagy mongolhoz hasonlít és ezen typusát élete végéig megtartja. Elég gyakori a gyermekkorban és 100 többféle categoriájú idiotára körülbelül öt mongol typus esik. Mindig congenitális eredetű, de nem öröklékeny, és nem is családi jellegű. Majdnem valamennyi esetben a terhességnek főleg első hónapjaiban szenvedett súlyosabb pszichikai rázkódtatása az anyának mutatható ki. Bonecoláskor a pajzsmirigy és thymus teljesen normális képet mutatott; gyakran található szivanomaliák. Állandó laesio a lissencephalia: az agytekervények lelapultak, szélesek, kevésbé kacsaringósak és elágazók; a koponya brachycephal. Szövetileg a pyramis-sejtek sorvadtak, a neuroglia megszorodott. A radiographia főleg a kezek és lábak középesontjai és ujjpercei elváltozását mutatja, a csontok vékonyabbak, kisebbek, sorvadtak. Jellemzők az arezra a kerek fej, a kicsiny, ferde metszésű szemek, a tátott száj. A kutaeska tátongó, a nyelv vastag, később desquamáló, fissurás; a fülezimpa odanőtt, az orr besüppedt, stertor, adenoid vegetatiók. A fogzás igen késői. A testi fejlődés visszamarad, kicsiny a testsúly, rövid a törzs, de esontdiformatiók nincsenek. Az izületek nagy fokban mozgékonyak. Az intelligentia nagy fokban csökkent, azonban az érzelmek kifejezésének képessége és az emlékező tehetség bizonyos fokban megtartott. Az utánzási képesség eléggé kifejlődött, és feltűnő a zene iránti szeretet. A mongol-typusúak későn kezdenek beszélni és nehezen tanulnak — csak egyszerű kézi munkákat tudnak elsajátítani. A prognosisa a mongolismuskor rossz, igen kevésbé ellenállóknak lévén, többnyire a serdülő kor előtt intercurrents betegségeknek esnek áldozatul, a hülyeintézetekben már csak elvétve találni mongolt. A typosos arez teljesen lelegendő más gyermekkori betegségektől, mint a myxoedemától, rhachitistól, achondroplasiától való megkülönböztetésre. Leginkább összehasonlítható a myxoedemával, de különbözik tőle, az arectypustól eltekintve, abban, hogy a pajzsmirigy a mongolismusból normális, a myxoedemában hiányzik, a pajzsmirigykezelés a myxoedemát gyógyítja, a mongolismust nem befolyásolja; a myxoedemás gyermek stupid, renyhe, a mongol élénk, nyughat-

tatlan. A mongolismus nem gyógyítható. A szerző szerint tehát a mongol-idiotia különválasztandó a többi idiotiaságtól, melyektől úgy anatómiai, mint klinikai, sőt aetiologiai szempontból is különbözik. (Arch. de Médec. des Enfants, 1907. január.)

Singer G. dr.

Húgyszervi betegségek.

A prostatectomia transvesicalis hívének vallotta magát most lezajlott francia urológiai congressuson a felszólalóknak a többsége. *Carlier* szerint ennek a műtétnek az előnyei a következők: a hátulsó húgycső megrövidül, mert a prostatikus rész csakhamar a hólyagnak a testében vész el; nincsen utána sem incontinentia, sem sipolyképződés; a recidiva lehetetlen, mert az egész mirigy ki lett vágva; az utólagos mellékherelobnak a veszélye sem kísért; a megoperált egyén többnyire (50%) még ezután is nemzőképes; végül, ha a hólyagot már megnyitottuk, kiszedhetjük belőle a húgyköveket és a nekrotikus cszafatokat és ezen az úton még könnyebben férünk a középső lebenyhez, mint a gátmetszéssel. A műtétnek hátrányai a drainage és a nagyobb vérzés. Az eredeti Freyer-féle műtétől annyiban tér el, hogy a prostatát a hólyagnyakra apró bemetszésekkel és nem a körmével fejt le. *Legueu* szerint a tamponálással eszközölt vérzéscsillapítás ma már tetemesen enyhítette a primaer és secundaer haemorrhagiával járó veszélyt. Újabban úgy jár el, hogy a prostatának a nyálkahártyáját meghagyva, ezt ráborítja a mirigyöböl vérző felületére. Ezt azonban csak aseptikus esetekben szabad megkísérteni. *Escat* egy igen súlyos esetében az erős vérzést úgy állította el, hogy az erős selyemfonálra kötött tampont a hólyagon át, úgy mint az a hátulsó orrfreg kitöltésekor szokás, jó mélyen a hártás húgycsőbe erősen behúzta. *Lasio* (Milano) a prostataöblöt a végbélbe vezetett bal mutatóujjnak a segítségével tamponálja. A tampon fölé 1 cm. átmérőjű, alsó végén átlukasztott és köröskörül jodoforgazéval pólyázott kaucukcsövet helyez, a melynek külső vége egy antiseptikus vizelettartányba ér. 2—3 nap mulva a Guyon-Perrier féle szifont és 8—10 nap mulva az állandó kathertert alkalmazza. (A X. francia urológiai congressuson 1906. október 5.-én tartott előadások.)

Drucker Viktor dr.

Angioma urethrae nek interstitiális elektrolysis-sel meggyógyított esetét mutatta be *Forgue* és *Jeanbrau*. A 14 éves fiúcskának a húgycsőve már napok óta állandóan vértzett; az urethroscopiai vizsgálat a húgycső elülső részletében egy nagy, dudoros felületű, kékes színű duzzanatot állapított meg, a nyálkahártya két helyen vértzett. A 14 ülésben alkalmazott elektrolysis után a tükrözvizsgálat bizonyossága szerint az angiomának a nyomai is eltűntek. A daganat helyén a nyálkahártya halvány rózsaszínű és rajta apró, fehér, hegszövetből álló szigetecskék láthatók. Maga a húgycsőnek a nyálkahártyája megtartotta lágyságát és rugalmasságát. Ez az eljárás annyiban előnyösebb, mint a véres beavatkozás, mert ez utóbbinál a húgycsőből egy körülbelül 12 cm. hosszú szelvényt ki kellett volna vágni, a mi a fejlődésben levő gyermekben idővel a húgycsőnek az induratioját és szűkületét eredményezte volna. (A X. francia urológiai congressuson 1906. október hó 5.-én tartott előadás.)

Drucker Viktor dr.

Urethral-injectornak nevezi *R. Bonneau* azt a készüléket, a mely egy a Janet-féle üveganulere erősített kaucuklabdából áll. Ez az eszköz az elülső húgycsőnek a kiöblítésére szolgál és föelőnye, hogy egy kézzel megtölthető és kiüríthető. (Bemutatva a X. francia urológiai congressuson 1906. október hó 5.-én.)

Drucker Viktor dr.

Közegészségtan.

Érdekes tüdővészstatistikát közöl *Gedeon János* dr. kassai orvos a „Tuberkulózis“ 2. számában. 25 magyarországi városra vonatkozólag dolgozta fel az adatokat, a melyekből kitűnik, hogy a míg a tekintetbe vett városokban 1890-ben 35,468 volt az élő tüdővészesek száma, 10 évvel később ez a szám 45,655-re rugott, vagyis 10,187-tel megszorodott. Ha a szóban levő városok lakosságának szaporodását is tekintetbe vesszük, azt találjuk, hogy míg 1890-ben 1000 élő közül 26-5 volt tüdővészese,

addig 10 évvel később 1000 élő közül csak 25-78. Ebből tehát az állapot javulására lehetne következtetni. Ez a javulás azonban csak látszólagos, a mennyiben városaink lakossága főleg egészséges vidékiek odatelepülése útján szaporodik, a csekély javulást a számokban tehát a letelepült egészséges idegenek hígító hatása okozta. A 25 város közül 17-ben nem csupán absolute, hanem relative is szaporodott a tüdővészesek száma, különösen erősen Hódmezővásárhelyen, Marosvásárhelyen, Debreczenben, Nagyváradon, Baján, Kolozsvárt, Selmecz-Bélabányán és Pancsován; ez utóbbi helyen 1890-ben 1000 lakos közül 19 volt tüdővészese, 1900-ban pedig 29-9! Pozsonyban változatlan maradt az arányszám, 7 városban pedig (Sopron, Komárom, Kassa, Pécs, Szatmárnémeti, Arad és Budapest) kisebbedett.

Autan-desinfectio. Néhány héttel ezelőtt már ismertettünk egy cikket, a mely nagyon dicsérően nyilatkozott az autan-fertőtlenítésről. Az eljárást a berni közegészségtani intézetben szintén kipróbálták s az eredménynyel — a mint azt *Tomarkin* és *Heller* közli — nagyon meg voltak elégedve. Előnyeit a következőkben foglalják össze: 1. Az autan lehetővé teszi, hogy rendkívül gyorsan fejlődjenek nedves gőzök, a melyek formaldehydet erős töménységben tartalmaznak. 2. Az autan használata a gyakorlatban rendkívül egyszerű, semmiféle külön készüléket nem igényel. 3. Semmiféle előkészület nem szükséges. 4. Nem jár tűzveszéllyel. 5. Noha az illető helyiség levegője már rövid idő alatt magas töménységben tartalmazza a nedves formaldehydet, ez a szomszédos helyiségekre nem jár kellemetlenséggel. 6. A mellékelt ammoniafejllesztővel könnyen és teljesen eltávolítható a fertőtlenítés befejeztével a formaldehyd. 7. Minthogy a tömités s más eféle fölösleges, olcsóbb, mint valamennyi többi eljárás. 8. Az autan-eljárás fertőtlenítő értéke az adott utasítások betartása esetén legalább is olyan, mint az eddig használatos többi formaldehyd-módszeré. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 6. szám.)

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

A prostatamegnagyobbodásban szenvedők kathereterezésének megkönnyítése. Ismeretes, hogy mily nagy nehézséggel jár akárhányszor a túltengett prostatával bíró egyének kathereterezése és hogy mily könnyen támadnak ilyenkor a húgycső nyálkahártyáján sérülések, a melyek fertőzésre vezethetnek. Néhány évvel ezelőtt *Schrön* ajánlotta, hogy langyos steril vízzel végzett húgycső-irrigálással nyissunk mintegy utat a katheretnek. Újabban *Prince* helybeli érösszehúzóadás létesítésével akarja a húgycső ürterét tágabbá tenni. Ebből a célból 1/1000-es adrenalin-oldat és 4/1000-os cocain-oldat egyenlő mennyiségéből készült elegyet fecskendez be a húgycsőbe, mire néhány percz mulva beáll az érszűkülés és könnyen sikerül a kathereterezés, még olyan esetekben is, a melyekben előbb a punctiót kellett végezni a vizelet kibocsátása céljából. (Ref. La semaine médicale, 1907. 4. szám.)

A creosot rendelése. *Bouchet* azt találta, hogy 1 rész creosotot 2 rész szénporral keverve olyan készítmény keletkezik, a melyet a betegek undorodás nélkül vesznek be és a mely nem okoz zavarokat a gyomorban. (Progr. méd. 1906. 35. szám.)

Diabetes mellitusban szenvedők részére újabban a *litenkenyeret* ajánlják, a mely a buzasikér alkotórészeiből és a rozs-csírák (*Roggenkeimlinge*) anyagából áll. *Brodzki* nagyobb számú esetben használta ezt a kenyeret és tapasztalatai alapján oda nyilatkozik, hogy ez az első sütemény, a mely természetes kenyéríze mellett csakugyan kevés szénhidratot (3—10%) tartalmaz. (Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 4. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 6. szám. *Pándy Kálmán*: Elmekórtani ritkaságok. *Roth Alfréd*: A syphilis gyógyítása corrosol-injectiókkal.

Orvosok lapja, 1907. 6. szám. *Székelly Zsigmond*: Unguentum Credével és lysoformmal kezelt súlyos gyermekági fertőzések.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 6. szám. *Manning Vilmos*: Az idiült genymell kezeléséről. *Forbát Leó*: Észrevételek a syphilis kezeléséhez. „Gégészet“ melléklet 1. szám. *Donogány Zakariás*: A garatmandola eltávolításával összefüggő vérzésekről.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Hainiss Géza* dr. budapesti egyetemi magántanárnak a közegészségügy terén szerzett érdemeiért a királyi tanácsosi címet adományozta.

Kinevezés. A király *Aujeszky Aladár* dr.-t az állatorvosi főiskolához a bakteriologia nyilvános rendes tanárává nevezte ki. — *Boleman János* dr.-t Turócsmegye főispánja vármegyei tisztii főorvossá nevezte ki. — *Momorivics Dusan* dr.-t a szabadkai közkórházhoz alorvossá nevezték ki.

Választás. *Törös László* dr.-t Bárádon orvossá választották.

A tisztiorvosi vizsgák Budapesten újabb megállapodás szerint április 29.-én kezdődnek. Ennek megfelelően az előkészítő kurzusokat április 2.-án kezdik meg.

Az „**Országos védőegyesület a nemi betegségek ellen**” február hó 18.-án, hétfőn d. u. 6¹/₂ órakor az új városháza közgyűlési termében (IV., Váci-utca 62–64) felolvasó ülést tart, a melyen *Blaschko* dr., a nemi betegségek elleni német védőegyesület főtitkára ad elő „*Der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten*” czímmel.

Az **Országos Gyermekvédő Liga** jótékonyági bélyegeinek gyógyszerészek által való alkalmazhatása tárgyában a következő rendeletet adta ki a belügyminister: A tüdővész gyermekének érdekében működő Országos Gyermekvédő Liga — melynek eddigi működése iránt is teljes elismeréssel adozom — ama kéréssel fordult hozzám, hogy az Országos Gyermekvédő Liga 2 filléres jótékonyági bélyegei a gyógyszerészek szíves közreműködésével oly módon terjesztessenek, hogy a szóban levő jótékonyági bélyegek a gyógyszerárakban kiszolgáltatott orvosságról szóló vényekre alkalmaztatván, a jótékonyági bélyeg után járó 2 fillérnyi összeg a gyógyszer árához számíttassék. Az Országos Gyógyszerész Egyesület — mint a melyhez a nevezett Liga ez ügyben támogatásért fordult — a nemes cél elősegítése érdekében a legnagyobb készséggel vállalkozott a Liga jótékonyági bélyegeinek terjesztésére, hogy így társadalmi úton, az adakozók minden nagyobb megterhelése nélkül a gümőkórban szenvedő gyermekek megmentésének magasabb céljaira bizonyára számottevő összegek gyűlhessenek be. A Ligának szóban levő, életrevaló nemes törekvését a magam részéről is elősegíteni óhajtván, az összes gyógyszerártulajdonosok figyelmét az Országos Gyermekvédő Liga emberbaráti igyekezőire kívánom irányítani azzal, hogy a Liga jótékonyági bélyegét — mindazon esetekben, a midőn a gyógyszer vásárló fél a szóban levő jótékonyági bélyeg alkalmazása ellen kifogást nem emel — a kiszolgáltatott gyógszerről szóló vényre alkalmazza s annak 2 fillérnyi árát nem a gyógyszer árához hozzáadva, hanem a gyógyszer árának összege alatt külön kimutatva számítsa fel. Megjegyzem azonban, hogy az országos betegápolási alap, továbbá más állami vagy nyilvános felügyelet alatt álló alapok, betegsegélyező pénztárak és társulások terhére rendelt gyógyszerek kiszolgáltatásánál a szóban levő jótékonyági bélyegek nem alkalmazhatók s így azok értéke fel nem számítható.

Felhívom tehát a Címet, hogy ezekről a törvényhatósága területén működő nyilvános gyógyszerártulajdonosokat azzal értesítse, hogy ha az Országos Gyermekvédő Liga 2 filléres jótékonyági bélyegét az említett módon alkalmazni óhajtják, ezen jótékonyági bélyegek beszerezhetése iránt közvetlenül az Országos Gyógyszerész-Egyesület elnökségéhez forduljanak.

A **tuberculosis ellen való védekezést népszerűen ismertető munkára** hirdet pályázatot a belügyminister: „Ezennel pályázatot hirdetek a nép között való szétosztásra alkalmas olyan rövid munkára, mely a tuberculosis ellen való védekezést a tudomány mai állásának megfelelőleg, de könnyen megérthető népies módon ismerteti. Az előadás modora és iránya azonban ne legyen pórias, úgy hogy a munkát a műveltebb körök is érdeklődéssel olvassák. Tudományos fejtegetéseket, még el nem döntött vitás kérdések belevonását kerülni kell. A munka terjedelme ne legyen nagyobb egy nyomtatott ívnél. Az idegen kézzel vagy írógéppel írott, esetleg nyomtatott pályamunkákat jellegével kell ellátni s a szerző nevét rejtő és azonos jellegű borítékkal együtt folyó évi május hó 1.-éig kell a m. kir. belügyministerium közegészségügyi osztályába postán beküldeni. A beküldő borítékon jelezni kell, hogy annak tartalma pályamunka. A kitűzött pályadíj 500 korona, melyet a legjobb mű igazolt szerzőjének a pályázatok megbirálása után azonnal ki fogok utalni. Megjegyzem, hogy a pályadíj-nyertes nevé, az ő beleegyezésével, nyilvánosságra hozom ugyan, de maga a pályanyertes mű a m. kir. belügyministerium tulajdona és hivatalos kiadványa gyanánt a szerző neve nélkül fog megjelenni.”

Az I. sz. női klinikán január hóban 130 szülés történt: először szülő volt 62, többször szülő 68. A született magzatok száma 130, még pedig élő 121, halott 3, macerált 6; érett 110, kora 13, éretlen 7; fiú 66, leány 62, kérdéses nemű 2; törvényes 50, törvénytelen 80. A gyermekágyasok közül meghalt 1. A nőbetegosztályon 79 beteget ápolnak, halálozás nem fordult elő.

Az I. sz. női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinika segélyét január hóban 70 esetben vették igénybe. A műtétek száma 50 volt.

Tátrafüreden a téli idényben február 7.-éig 322 személy tartózkodott.

Ehunyt: *Berger János* dr., Szilágy vármegye tisztii főorvosa, a Ferenc József-rend lovagja, február hó 8.-án 64 éves korában Zilahon. — *Zboray Zboray Béla* dr., a székesfővárosi Artézia-fürdő rendelő orvosa e hó 12.-én 35 éves korában. — *Ebner János* dr., székesfővárosi gyakorló orvos e hó 10.-én 64 éves korában. — *Steiner Soma* dr. Ujvidéken e hó 8.-án 67 éves korában.

Kisebb hírek külföldről. A párisi Pasteur-intézetnek egy Osiris nevű bankár 25 millió frankot hagyományozott. — A giesseni belorvostani tanszékre *Fr. Voit* tanárt hívták meg Baseltől, ki a meghívást elfogadta. Voit tanár azelőtt Erlangenben volt poliklinikus s csak azelőtt négy hónappal foglalta el a baseli tanszéket. — *Oerton* dr., tanársegéd a würzburgi egyetem élettani intézetén, a lundii egyetemen a gyógyszer-tan rendkívüli tanárává neveztetett ki. — *Romanovskij* dr., a szent-pétervári Helena-Pawlowna-intézetben a belorvostan tanára lett. — *Bonnet* tanár utódjává a greifswaldi anatómiai tanszékre *E. Kallius* rendkívüli tanárt hívták meg Göttingenből.

A **dispensaire-intézmény** bölcsője nem francia vagy belga földön ringott, mint a köztudat hiszi, hanem éppen úgy, mint ezt a tüdőbeteg-sanatoriumokról most tíz éve beigazoltam, angol földön. A sanatoriumi kezelés alapfölkötlete nem *Brehmer* agyveleijében fogamzott meg először, hanem *H. Mc Cormack* munkájában. A tüdővész természetéről, gyógyításáról és prophylaxisáról vannak a tüdőtuberculosis sanatoriumi kezelésének alapvelei először és fundamentálisan letéve: A dispensaire-ek, a gümőkór elleni küzdelemnek ezen másodfokban leg-hathatósabb fegyverei, a közhit szerint részben francia, részben belga intézmények. Franciaák volnának annyiban, a mennyiben a francia *Calmette*-é lett volna a tüdőbeteg-gondozó intézetek alapfölkötlete; belgák annyiban, a mennyiben az „első” dispensaire e század elején *Monsban*, Hainaut belga kerület fővárosában létesült volna *Malvoz* buzgókodása révén, mint a hogy azt *Stuertz* is írja a „Fürsorgestellen für Lungenkranke” czimű, 1905-ben megjelent kimerítő munkájában. Amde egyik felvétel sem felel meg a való tényállásnak. Mint a nemzetközi gümőkórellenes szövetség központi irodája által kiadott „*Tuberculosis*” folyóirat 1906. évi 4. füzetében (160. oldal) olvasható, az „első dispensaire-t” *R. W. Philip* edinburghi orvos, a gümőkór elleni küzdelemnek az ő hazájában egyik régi harcosa, alapította Skócia fővárosában 1887-ben, tehát az 5–6 éves belga dispensaire-rel szemben kerek 20 év előtt, lényegében teljesen a mostani dispensaire-ek rendeltetésével, s már a nevet is ő állapította meg, emez igazán első tüdőbeteg-gondozó intézményt így nevezvén el: *Royal Victoria Dispensary for Consumption*. Az edinburghi dispensaire működésének eddig lefolyt 19 évében 17.556 szegénysorsú gümős beteget részesített orvosi és főleg szociális gondoskodásában. *Okolicsányi-Kuthy* dr.

Száz éven felüliek Nagybritanniában. Angolországban az utóbbi 20 esztendőben a hivatalos kimutatás szerint 868 ember lett 100 évesnél idősebb; jelenleg 57 a 100 éven felüliek száma. Érdekes, hogy a 868 közül 63% volt a nő, s hogy az 57 között is 41 a nő s csak 16 a férfi.

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

Vízgyógyintézet

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

Dr. NIERDMANN-SANATORIUM (Széchenyi-télen, az Erzsébet királyné-úti villamos végállomásánál) felvezet ideg- és kedélybetegségeket, alkoholistákat, morfinistákat lezoktatási gyógymódra. Sürgöny: Budapest, Telephon 79–72. Posta Rákospalota Prospectus. 3170

Marilla

sanatoriumban a napi pensio: lakás, kiszolgálás, világítás, élelmezés, orvosi kezelés és az összes gyógyszerközközök használatával együtt — **12.50-16** koronába kerül. — Az igazgatóság. 2878

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

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

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

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

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

Simonyi Béla dr.

Modern Röntgen-laboratorium. Röntgen-therapia; átvilágítás; Harminczad-utca 6. (Erzsébet-tér sarok) Röntgen-felvételek. 2798

Telefon 49–57.

Vibrációs massage.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (V. rendes tudományos ülés 1907. február 9.-én.) 137. l. — Közkórházi orvostársulat. (I. bemutató szakülés 1907. január 16.-án) 139. l. — Országos rákértekezlet. (III. ülés 1906. november 17.-én.) 139. l. — Szemlények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 140. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(V. rendes tudományos ülés 1907. február 9.-én.)

Elnök: Erőss Gyula. Jegyző: Kiss Gyula.

Stenosis arteriae pulmonalis, ductus arteriosus Botalli persistens et foramen ovale apertum.

Kövesi Géza: A beteg megtekintésekor a cyanosissnak rendkívül nagy foka látszik, a mely a felső és az alsó végtagokon is kifejezett, s azonkívül dobverőujjak fejlődésével járt együtt; e mellett az utolsó ujjperc mesterséges vértelenítésekor tágult gyűjtőerek tűnnek elő. Ezen cyanosis már a születés óta áll fenn. A szív harántirányban mérsékelten megnagyobbodott úgy jobb mint bal felé, s a szívtompulat valamivel magasabban, már a II. bordaközben kezdődik.

A szívhangok közül a diastolés hang mindenütt tiszta, a szívesúcs felett gyenge diastolés hang mellett diastolés zöreje, a jobb kamara felett azonban már két hang, míg a nagy erek felé haladva a diastolés zöreje hosszabbá és hangosabbá válik; jól hallható a szegycsont felett a III. borda tapadásának megfelelőleg, hasonlóképen az aorta felett, s talán legerősebb az arteria pulmonalis helyén; a systolés zöreje mellett mindenütt systolés hang van jelen, azonkívül a pulmonalis diastolés hangja ékelt. Kiemelendő, hogy a systolés zöreje a nyaki erek felé is jól vezetődik, továbbá, hogy belégzés alkalmával a zöreje a pulmonalis hallgatódzási helyén erősebb. E jelenségek mellett általános pangás jelei nincsenek, úgy hogy kétségtelenül a nagymérvű cyanosis méhenbelüli fejlődési zavar következménye. A tünetek túlnyomó része az arteria pulmonalis szűkülete mellett szól, első sorban már a beteg kora, továbbá a cyanosis rendkívüli foka, leginkább azonban a hallgatódzási jelenségek és a beteg részéről említett gyakori orrvérzés és vérköpés. Egyes jelenségek azonban egyedül a pulmonalis-stenosis felvétele alapján nem fejthetők meg; ilyen a szívesúcs felett a systolés hang mellett hallgató systolés zöreje, a zöreje tovavezetődése a nyaki erek felé, s a pulmonalis második hangjának ékeltsége, a mely épen a pulmonalisban uralkodó gyenge nyomás miatt a stenosisban gyenge vagy nem is hallható. A jelenségek egységesebben fejthetők meg a ductus arteriosus Botalli nyitvamaradásának felvételével. Ilyenkor az aortában létrejövő zöreje jól vezetődik a nyaki erek felé, s bár gyengébben, visszafelé is; ekként a systolés hang mellett gyenge zöreje is hallható, s minthogy az aorta a pulmonalissal közlekedvén, a pulmonalisban levő nyomáshoz hozzátevéődik az aortabeli nyomás, így jön létre második hangjának az ékeltsége. A már Gerhardt által leírt jellegzetes keskeny tompulat a II. és III. bordaközben baloldalt a szegycsont mellett azonban ez esetben nem mutatható ki, de a szívről felvett orthodiagrammban, a melyen szintén kifejezésre jut a jobb szívfél megnagyobbodása, az arteria pulmonalis kisebbfokú elődomborodása látható. Ebben az esetben a ductus Botalli nyitvamaradása összefüggésbe hozható a pulmonalis-stenosisal. Ugyanis az esetek egy részében a Botalli-vezeték nyitvamaradása a vezeték rendellenes szöveti szerkezetére vezethető vissza; normális körülmények között rugalmas elemeket nem tartalmaz a vezeték, ha azonban a verőerekéhez hasonló szöveti szerkezete van, az elzáródása nehezített. Tudvalevőleg az obliteratiót az első légzéssel meginduló pulmonaliskeringés vezeti be, a mint a tüdő felé való véráramlás a ductus felől a vért eltéríti; ha azonban a pulmonalis szűkülete áll fenn, ez pangásra vezet a jobb kamarában és pitvarban, s minthogy a pulmonalis-stenosisok 70—80 százalékában a foramen ovale nyitvamaradása mellett a két pitvarban uralkodó csekély nyomáskülönbség folytán vérátáramlás alig van, ily esetben a jobb pitvarban fennálló magasabb nyomás miatt vér jut át a bal pitvarba, s innen a bal kamarába is; ez

ismét maga után vonja az aortabeli nyomás növekedését, a mely a ductus Botalli tágulására vezet, s nyitvamaradását eredményezi; ez alapon valószínű, hogy ez esetben stenosis arteriae pulmonalis, ductus arteriosus Botalli persistens et foramen ovale apertum áll fenn.

Neuritis retrobulbaris után keletkezett atrophia n. optici képe teljes látással.

Leitner Vilmos: Ismeretes, hogy a szem functionális és objectiv vizsgálatának eredményei nincsenek mindig teljes összhangzásban. Gyakoribbak azon esetek, melyekben az objectiv leletben nem találjuk meg a kielégítő magyarázatát a rossz látásnak vagy a működésképeség egyéb hiányosságának. Ennek az ellenkezője ritkábban észlelhető.

A bemutatott eset az utóbbiak közé tartozik. A 16 éves leány mindkét szemén tükörrel atrophia n. opt. képe látható, e mellett azonban a látásélesség teljes, a színlátás, fényérzés jó, s a látóterek úgy a peripherián, mint a centrumban physiologiai viszonyokat mutatnak.

Az ilyen súlyos elváltozást mutató szemfenéki kép s az absolut normális működési képesség között fennálló incongruentia magyarázata az adott esetben nem ütközik nehézségbe, mert a bántalom lefolyása kezdetétől fogva ismeretes.

A beteg 1 $\frac{1}{4}$ év előtt jelentkezett első ízben a Stefánia gyermekórház szemészeti rendelésén hirtelen beállott vakság miatt.

Fényérzése nem volt, s mindkét szemén nagyfokú pangásos papillát találtak. Salicyl adagolására gyors javulás következett be, s a látás visszatérével mindkét szemén megszűnik peripheriás látóterek mellett nagy kiterjedésű absolut centrális scotoma volt kimutatható, mely a gyógyulás folyamán kisebbedve, végül teljesen eltűnt. A papillitis is gyorsan visszafejlődött, s a szemfenék csakhamar normális képet nyújtott. Két héttel a látásélesség teljes helyreállta után azonban mindkét papilla, először a halántéki oldalon, halványodni kezdett, s alig két hónap alatt egészen elszíntelenedett. A látás e közben nem rosszabbodott, sőt a bal szemén nyomokban jelen volt scotoma is feltisztult; kb. 1 év óta a lelet változatlan.

Kétségtelen, hogy a betegen acut retrobulbaris neuritis folyt le, mely oly rohamos és bőséges izzadmánytermeléssel járt, hogy az erős nyomás mindkét n. opticus vezetéképességét rövid időre teljesen felfüggesztette. Később a nyomás csökkenésével a tengelyfonál visszanyerte működésképeségét, a kevésbé ellentálló, s a nyomással szemben sokkal érzékenyebb velős hüvely azonban a bántalom székhelyétől, a foramen opticumtól kiindulólá peripherián egészen a papilláig — legalább nagyrésztben — elszórt. Innen származtatható a papilla atrophias színe, míg viszont az ép működésképeségből az ideg tulajdonképeni vezető alkotórészének, a tengelyfonálnak érintetlen voltára következtethetünk.

Fejér Gyula: Papillitis eseteiben gyakran látunk hosszú időn keresztül teljes látóképességet. Az atrophia n. optici képe mellett jó látóképességet gyakran találunk veleszületett látóideggyökben, a melyek néha bizonyos családokban otthonosak. Kérdi, hogy a bemutatott eset családjában nincs-e atrophia n. optici?

Leitner Vilmos: Nem vizsgálta a családot, de erre nem is volt ok, mert a bántalom a kórházban szeme előtt fejlődött ki és vissza.

Spontán támadt teljes méhrepedés három esete.

Scopiades Elemér: A II. szülészeti poliklinikum anyagából kerültek az esetek, melyek közül egy harántfekvés kapcsán keletkezett, mindegyik mérsékelten szűk medence mellett s az

egyik hólyagrepedéssel s a cseplesznek a hüvelybe való előesésével is szövődött.

Ugy az első két esetben, melyeket a poliklinikán észlelt, mint a harmadikban, mely a klinikán keletkezett, per vaginam fejezték be a szülést, s jodoformgaze-tamponálással és nyomókötéssel kezelték a beteget. A szülés idején behelyezett tampont 7—9 napig hagyták benn, majd üvegdrainnal s később gummdrainnal cserélték fel. Nem kis jelentőségűnek mondja főként tisztán a nagy gyakorlatban foglalatokoskodó orvosok részére, hogy tisztán conservatív kezelés mellett állott be a gyógyulás.

Lovrich József: A méhrepedések kezelésében az utóbbi időben a conservatív eljárás lépett előtérbe. Egy esetükben azonban eltértek tőle 26 éves III.P.-hoz hívták a poliklinikát. Aznap indultak meg a fájdalmai, terhességének 5. hónapjában. A bábához még maga ment, de ez ágyba fektette és hívta a poliklinikát. Az odaérkezett orvos tűnőfélben levő méhszájat, feszülő burkot talált, ezt megrepezttette, az éretlen magzatot kihozta, de nem tudta eltávolítani a lepényt és a tanársegédet hívatta. A beteg collabált, behozatta a klinikára. Itt köröskörül le volt repedve a hüvelyboltozat, de hátul baloldalt kétujjnyi nyelv alakjában tapadt a hüvelyboltozathoz. A lepény a méh üregében volt. Pulsus 100; emphysemának tünetei nincsenek. Bársony tur. laparotomiát végzett. A hashártya mindenütt véresen volt beivódva, áttörés nem volt. Félő volt a méhet eltávolítani. Ezért megelégedve az exploratioval, zárták a hasat és a rupturát tamponálták. A beteg eleinte lázas volt; a varratok eltávolítása után erős gyenyedés indult meg, de a beteg láztalan lett. A 4. héten a méh a hüvelyhez rögzített volt, teljesen normális viszonyok közt; a nő gyógyultan távozott.

Fischl Armin: Kérde, megvizsgálták-e, mi volt a colpo-rhexis oka? Egy esetében a Rókus-kórházban méhrepedés történt a hüvely és a portio között levő heg miatt. A peritoneum sértetlen maradt. A heget átvágták, a méhszáj rögtön tágult, a magzat megszületett, a repedést összevarrták és a beteg meggyógyult.

Lovrich József: A méhrepedés oka nem volt kideríthető.

Trigeminushűdés esete.

Sarbó Arthur: A bemutatott esetben az ugyanazonoldali szem keratitis neuroparalyticában tönkrement. E. Dezső, 33 éves könyvkötőmester 1906 február 12.-én kereste fel a bemutatót azzal a panaszszal, hogy 14 nap óta bal arczfelében heves szakgató, lüktető fájdalmai vannak. Három hét előtt náthája volt, egyáltalán sokat szenvedett náthában. Fájdalmai miatt már kihuzatta baloldalt az alsó fogait, de minden eredmény nélkül. Az első vizsgálat alkalmából csupán a bal n. infraorbitalis nyomási érzékenysége volt megállapítható, úgy hogy az esetet mint infraorbitalis neuralgiát fogta fel és a megfelelő antineuralgiás kezelést rendelte, de eredménytelenül. Zwillinger az orr- és mellüregeket rendben levőnek találta. Márczius közepén újra jelentkezett a beteg, de ekkor már más volt a kórkép. A trigeminushűdés kétségtelen jelei voltak már megállapíthatók. A bal corneán kezdődő homályosodás. Tekintettel arra, hogy az egyénnek 1893-ban kemény fekélye volt, mely miatt kenőkúrában is volt része (de elégtelen módon); tekintettel továbbá arra, hogy a trigeminushűdés leggyakrabban lueses meningeális folyamat szerepel, antilueses gyógykezelést kezdtek.

Ezen kúra alatt Vermes dr. értesítése szerint a szaruhártya hámosodni kezdett, a fájdalmak csökkentek. Újabb jelentkezésekor erős gingivitis, a bal alsó ajak belfelületén két fekély. Kenőkúra helyett jodkaliomot kezdtek szedni a beteggel. Minthogy a fájdalmak csökkentek, ritkábban is jelentkezett a beteg. Április havában szemének állapota ismét rosszabbra fordult, a beszűrődés mélyebb lett, a hámszél nagyobbodott, az izgalmi tünetek is fokozódtak. Ekkor újra kenőkúra alá vette a beteget, mire a szem ismét javult. („Eltekintve kis pontszerű csupasz helytől, az egész cornea már hámmal fedett. Az izgalmi tünetek visszaféjldnek.“) A kenőkúrát azután tovább folytatta (eddig 206 grammot kent be), majd jodkálit szedett. 1907. februárban újra jelentkezett; bal szeme in toto kisebb, a cornea teljesen elhomályosodott, belővelt, a felső szemhéj kissé duzzadt.

A jelen esetben baloldalt úgy a mozgató, mint az érző trigeminus teljes hűdése van jelen. A bántalom helyét az agyalapra, közelebből a pons és cavum Meckelii közé kell helyeznünk. A pons nincs bántalmazva, s ennek jeléül hiányzanak a végtagok részéről a tünetek és rendben van a facialis és az abducens is. Magában a cavum Meckeliiben sem lehet a bántalom, mert ott oly közel fekszenek egymáshoz az abducens, oculomotorius, trochlearis idegek, hogy ezek részéről is kiesési tüneteknek kellene jelen lenni. Ezek szerint a folyamatnak, mely a trigeminus kilépő gyökeit éri, olyannak kell lennie, mely a jelzett helyen laposan terül el. Ilyen folyamat a lueses meningitis gummosa. Tehát a localisatióból is a lues felé terelődik a figyelmünk, s felvételünk még inkább nyer valószínűségében, hogy csakugyan lueses infectio előzte meg a bajt. A folyamat székhelyét a Gasser-dűcz és az agyalap közötti területre lokalizálná az előadó, oda, ahol a trigeminus-gyökök a durát elhagyják, hogy a cavum Meckeliibe haladjanak. Kizárás útján is a lueses eredetre kell gondolnunk. Trauma nem történt, basalis csonttörést tehát kizárhatunk. További ok lehetne valamely újképlet, mely a középső koponyarokban (a csontból vagy az agyhártyából kiindulva) székel; de ez ellen szól az a körülmény, hogy valamely nagyobb térszűkítő folyamat tünetei hiányoznak, másrészt a bántalom egy évi fennállása mellett ilyenkor előrehaladó tünetekkel kellene találkozunk. E helyett pedig azt látjuk, hogy a tünetek egy része visszaféjldött, nevezetesen javultak a motoros trigeminus részéről fennálló tünetek; különösen kiemelendő pedig, hogy az egyén erőbeli állapota lényegesen javult, a mi tehát rosszindulatú álképlet ellen szól; ugyanily megítélés alá esik az is, hogy a neuralgiás fájdalmak lényegesen csökkentek. A tünetek egy részének javulása az alkalmazott antilueses kúra javára irható és így ezen oldalról is támogathatjuk a bántalom lueses eredetének felvételét. Igaz ugyan, hogy a szem elpusztult, de ez csak azt jelenti, hogy a megindult keratitis neuroparalyticát még az antilueses kúrával sem tudtuk feltartóztatni.

A luesen kívül talán csak egy folyamatra gondolhatnánk még és ez az íckonk cariese.

A mi a therapiát illeti, a szemet a jövő héten eltávolítják. Mielőtt a bántalom helyének feltáratására határozná el magát az előadó, még egy higany-injectió és jodkali-kúrát végeztet a beteggel. Ha ez sem vezetne célra, sebészi feltárást fog javasolni. A lueses eredetet az eddigi antilueses eljárások részleges sikertelensége ellenére fenntartandónak véli és el tudja képzelni, hogy a lezajlott lueses meningeális folyamat oly hegképződésekre vezetett, melyek a trigeminust megnyugodni nem engedik; ezek ellen hiábavaló a higany- és jodkali kezelés, csak az operatív beavatkozás vezethet eredményre. Annak idején a beteg további sorsáról be fog számolni.

A húgyszervek staphylococcus-fertőzésének esetei.

Picker Rezső: Az utóbbi időben három e fajta esetet volt alkalmam megfigyelni, a melyekben egyrészt a tünetek, másrészt a mikroskopi készítmény is eleinte kankós megbetegedésre terelte a gyanút.

Az egyik készítmény egy klinice és bakteriologicus lefolyt heveny prostatagyulladás után 3 héttel beállott, látszólagosan gonorrhéas recidivából származik és az egyszerűen festett készítményben típusos intracellularis diplococcusokat mutat, melyek egy másik készítményen Gram-positivnek bizonyultak.

A második esetben a beteg recidiváló folyással, hólyaghuruttal és mellékheregyuladással keresett fel és az egyszerű festéssel kezelt készítményben szintén intracellularis diplococcusok voltak jelen nagy számmal. Itt a helyes diagnosist csak a klinikai lefolyás alapján utólag tettem meg, midőn a készítmény átfestésekor a kérdéses diplococcusok Gram-positivnek bizonyultak.

A harmadik esetben a beteg szintén folyással, hólyaghuruttal és rheumás fájdalmakkal keresett fel; itt is sok volt az intracellularis diplococcus, de a klinikai kép és a vizelet kankó ellen szól, a mit a tenyésztés be is igazolt.

Ezzel szemben bemutatok egy olyan készítményt is, mely időült elülső megbetegedésből származik; a bal ondóhólyag-

ból nyert egészen világos és normálisnak látszó váladékban a tenyésztés által is igazolt gonococcusok egészen szabadon találhatóak.

Kétes esetekben tehát csakis a Gram negatív diplococcusokat szabad gonococcusoknak minősíteni, mert mint látható, az „intracellularis“ elhelyezés a gonococcusnak nem feltétlen megbízható jellege; a szabad húgycsőváladékban mindennemű pathogen és nem pathogen csírákat találhatni intracellularisan.

Egy másik dolog, a melyre a figyelmet fel akarom hívni, a bakteriologiai vizsgálat fontossága a staphylococcus okozta betegség végleges gyógyulásának megállapításában. Míg a kankós megbetegedésben, a mint ezt ez irányban végzett vizsgálataim mutatták, a rendszeresen végigkezelt és górcsőleg rendszeresen ellenőrzött esetekben a gonococcusok elmaradása után legfeljebb 2 hetes recidivamentes várakozási idő után a végleges gonococcusmentesség, azaz a fertőzőképesség megszűnése biztosan kimondható, addig a staphylococcusfertőzésben a kórokozók végleges elmaradása csakis a tenyésztés által állapítható meg. Ilyenkor ugyanis hónapokig is elhúzódó latens állapot lehet jelen, mely alatt sem a vizelet magatartása, sem a czafatok mikroskopi vizsgálata nem utal kórokozók jelenlétére. Ezen állításmat igazolják a 3. esetből származó culturák. A kezelés folytatását ily esetekben tisztán a bakteriologiai vizsgálat eredményétől teszem függővé.

Detre László: Staphylococcus-urethritis esetét észlelte Párisban. Igen heves helyi tünetek voltak jelen 39^o-os lázzal. A baj néhány nap alatt lezajlott. Az aetiologiára vonatkozólag sikerült megtudni, hogy a beteg barátnőjének előzőleg angínája volt.

Ráskai Dezső: Ezelőtt 8—9 évvel végzett bakteriologiai vizsgálatai alkalmával 10 esetben talált staphylococust a húgyutak lobos folyamataiban, még pedig 6-szor tiszta tenyészetben, 1-szer colival, 1-szer pseudodiphtheria-bacillussal társulva. Egy esetben az ondóhólyagcsa izolált megbetegedésében sikerült az expressio útján nyert és aseptikusan vett genyben staphylococust kimutatni. A húgyutak fertőzésében a staphylococcus igen nagy szerepet játszik, annyira, hogy a coli és a proteus mellett a leggyakoribb kórokozónak mondható. Mindamelllett némi tartózkodással tekinthetjük csak a genyesztő bakteriumokat primaer kórokozóknak, tekintettel arra, hogy még ép húgycsőben is gyakran található, postgonorrhoeás folyamatokban pedig kivétel nélkül. Gyors és buja szaporodásuk azután a primaer kórokozót szaporodásában elnyomhatja, úgy hogy bizonyos idő múlva egyedüli kórokozóként szerepelhet, holott csak saprophytikus jelentőségük van.

Meisels Vilmos: 10 év előtt végzett ily irányú vizsgálatakat. Három esetben talált gonorrhoea mellett streptococust. Más három esetben a streptococcusok voltak túlnyomók, de lehetett gonococust is találni. Gyakran előfordul, hogy streptococcus-infectio van a húgycsőben, de ha gondosan utána nézünk, gonococust is találunk.

Picker Rezső: Még egyszer megjegyzi, hogy a bemutatott és említett esetekben a folyamatot tisztán a staphylococcus idézte elő. Igen sok esetben a postblennorrhoeás hurut alapján fejlődik a fertőzés, de azért vannak kétségtelen elsődleges esetek is. Ezen megbetegedés spontan gyógyulásra is alkalmas, de vannak valóban gyógyíthatatlan esetek is, melyekben a prostatában vagy ondóhólyagban teljesen saprophyta módra élnek ezen mikrobák és onnan ki nem irthatók. Ezen mirigyekből azután folyton beleburjánzanak a húgycsőbe, itt phosphatokkal incrustálódnak, de a kínos vizeleti inger csak akkor áll elő, ha az ilyen mikrobák a hólyagzáró izomba is benőnek. A női hólyagban is előfordul ilyen makacs, csak a beteg hely kimetszése által gyógyítható staphylococcus-megbetegedés, az úgynevezett „Stalaktitfekély“, melyre Zuckerkandl hívta fel legújabbán a figyelmet.

Vizsgálatok a vér oldhatóságáról.

Kiss Gyula: A vörösvérsejtek oldódása cukor- és sóoldatokban — physikai haemolysis — egy manapság is eléggé elterjedt elmélet értelmében azon alapszik, hogy a vérsejt tartalma és a környező folyadék különböző osmosisnyomással bír. Ezen

elmélet szerint a vörösvérsejt festenyét mindenkor ugyanazon osmosisnyomáskülönbségnél kezdi a környező folyadéknak átadni és erre a folyamatra még a hőmérséknek sincsen befolyása, mert a hőmérsék az osmosisnyomást a sejten belül és kívül is hasonló módon emeli, tehát a különbséget nem változtatja. Hamburger vonta le ezen következtetéseket kísérleteiből és mint tényeket fogadták el azokat van't Hoff és számos más szerző.

Azonban egyszerű vizsgálati eljárással is ki lehet mutatni, hogy a hőmérséknek nagyon jelentékeny befolyása van a véroldásra és hogy azok a sóoldatok, a melyekről Hamburger állítja, hogy isotoniás oldatokban a véroldást egyenlő mérvben akadályozzák, a valóságban elég jelentékenyen eltérnek egymástól.

A KCl-nek 0.1 normál oldata egy óra alatt + 3 C.^o hőmérséken 1.5% vért old fel, holott ugyanazon oldat + 30 C.^o-on csak harmadrésznit old. Viszont a KJ és NaJ 0.1 normál oldatai + 3 C.^o-on is csak körülbelül 0.2% vért oldanak, magasabb hőmérséken még kevesebbet. A véroldás tehát gyorsabb alacsony hőmérséken és ugyanazon oldat nagyobb mennyiségű vért is tud oldani. A natrium halogen sói közül a fluorid oldata aránylag kevésbé gátolja a haemolysist, a chlorid, bromid, jodid, növekedő molekulaszulvaiknak megfelelően, erősebben. Az átmenet az oldásból a nem oldásba egyenes és lassú, és mert ilyen esetben a vizsgálók egyéni ítélete változó, az ú. n. vérresistentia-kísérletek eredményei nem is lehetnek egyöntetűek. A haemolysis határa azonkívül az időtől is függ, 24 óra múlva még nem állapodott meg a folyamat, az oldásnak csak egy minimuma van egy bizonyos töménységben.

Általános szabály, hogy a só, mely híg oldatban a haemolysist gátolja, tömény oldatban előmozdítja. A vizsgált sók közt az a szabály van, hogy az erősebben gátló tömény oldatban erősebben old. A halogen sók közül tehát a jodid oldata a leg-erősebb véroldó. A nitrat úgy a gátlás, mint az oldás tekintetében a chloridhoz áll közel.

A sulfat viselkedése az egyes positiv gyökök szerint változó. A positiv gyökök közül — ugyanazon negativ gyökkel való összekötetésben — a földfémek gátló és oldó hatása erősebb, mint az alkalifémeké.

A natrium erősebb gátló és oldó, mint a kalium. Az egy vegytani csoportba tartozó elemek közül a nagyobb atomsúlyiak általában erősebben hatnak.

Az ammoniumchlorid oldat véroldóképessége szintén kisebb a vízenél, de a haemolysist csak aránylag igen tömény oldatban és csak néhány óráns észlelési idő alatt akadályozza meg tökéletesen. Még nagyobb töménységben ismét erősen old, de egyszerűsmind a fehérjét is lecsapja.

A húgyanyag tömény oldatai lassabban oldanak, mint a hígabb oldatok; de a húgyanyag minden töménységben old. Az analog vegyi szerkezettel bíró két cukor, a dextrose és a laevulose is különbözőképpen oldja a vért. A laevulose híg oldatban erősebben gátol, tömény oldatban pedig gyengébben old. Ez a tény a mellett szól, hogy a véroldó hatás a molekulát alkotó elemek mineműsége és mennyisége által még nincs teljesen meghatározva, vagyis nem tisztán additív tulajdonság.

A víz, a vér és a vegyi anyag változó mennyiségeinek egymásra hatásában a kísérletek szerint egy reakciós zónát lehet megállapítani, melyen belül a reactionak, az antihaemolysises hatásnak egy maximuma van.

Hasonló zónák a colloidok reactionokban gyakran fordulnak elő, de az anorganikus anyagoknak egymásra való hatásában is vannak reakciós zónák. Így az ezüstnitrat a vízben, bár minimális mennyiségben, oldódik.

Oldatából akár a konyhasó, akár az ezüstnitrat minimális mennyisége által kiválasztatik, viszont azonban ugyanazon sóknak igen tömény oldataiban ismét oldódik. Az ezüstchlorid kicsapódásának konyhasóoldatban szintén van egy bizonyos optimuma. A különböző chloridok tömény oldatai az ezüstchloridot különböző mértékben oldják, a földfémek chloridjai erősebben, mint az alkalichloridok; ebben is megvan az analogia a véroldással.

Az oldás folyamatának ismerete fontos az élettanra nézve és a véroldás példát szolgáltat arra, hogy az oldószer sajátága, a közeg természete, a különböző mennyiségi viszonyok szerint hogyan változik.

Detre László: Az elhangzott előadás egészéhez nem lehet hozzászólni, mert oly tényeket tartalmaz, melyeket igaznak kell elfogadni. Inkább csak a következtetéseket akarom levonni, melyek más, rokonszámokra vonatkoznak. Az első a zóna, a két határ kérdése. A toxinok tanában sok contravers nézet van. Az agglutininek, bakteriolyisinek, praecipitinek, toxinok tanában a zónakérdés mindenütt szerepel és az immunitás tanában sok zavart okozott, mert egy hatás két határát másképp mint ellendolgozót nem tudták felfogni.

Az előadás kísérleteiben *egy* anyag szerepel és rendkívül fontosnak tartom, hogy a hol egyéb gátló anyagok hatása ki van zárva, a két kezdő határt, a zónát konstatálni lehet.

A második a temperaturák hatása. Ugy látszik, nagy különbség van a fizikális és a toxikus haemolysis között, hogy toxikus vérméreggel vagy sublimattal végezzük-e a kísérleteket; az előbbi esetben magasabb hőmérsék mellett intenzívebb a hatás. Ez fundamentális eltérés és megvizsgálandó a theoria szempontjából is.

Némi aggályaim vannak azon kísérletekre nézve, melyekben az előadó kizártnak tartja a bakteriumhatást. A Na Cl 48 óra múlva mutat haemolysist, de ilyenkor már megjelennek a bakteriumok is. Én nem végeztem steril vizsgálatokat. A natrium jodidnak nincs nagy antiseptikus hatása és így megvizsgálandó volna, hogy a 48 óra múlva beálló haemolysis nem bakteriumhatás-e.

Kiss Gyula: Helyesnek tartom, hogy a felszólaló aggályait azon a téren tette meg, melyhez kiválóan ért. A kísérletekhez ezek a megjegyzések csak távolabbi vonatkozásban vannak, a mennyiben nem mondhattam el mindent, a mit még mondani tudnék; de a hőmérsékre nézve az a megjegyzésem, hogy az alacsony hőmérsékeken levő erősebb oldódás egyszerű körülmény által magyarázható; az által, hogy az oxyhaemoglobin így hamarabb képződik. De ez nem tartozott nagyon a dologra, mert az volt a célom, hogy kimutassam, hogy Hamburger kísérletei nem megbízhatók és így a mélyebb okokat nem volt okom kimutatni.

A natriumjodid fejlődésgátló hatásáról mások nem végeztek kísérleteket, én azonban végeztem és azt találtam, hogy igen lényeges a különbség a natriumjodid és a natriumchlorid fejlődésgátló hatása között. A kísérleteket +30-on végeztem, a mi a bakteriumok fejlődésére nézve nem valami kedvező.

Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató szakülés 1907. január 16.-án.)

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

Hysteriás astasia-abasia esete.

Keller Kálmán: D. M. 24 éves hajadon kórelőzményéből említést érdemel az a körülmény, hogy anyja és több testvére tüdőbajban halt el és hogy csaknem egész életében beteg volt, állandó fejfájás és epés hányás kinozta, ájuldozott. Menstruálni 16 éves korában kezdett. 17 éves korában laivoirszáma hányta a vért és 1 1/2 hónapig fekvődött. Ekkor romlott meg járása oly értelemben, hogy lábaival járás közben nagy kilengésű gyors íveket irt le és csak támogatással tudott járni.

Ha betegünk mai állapotát tekintjük, domináló jelenség a nagyobb fokú vérszegénység és lesóványodás. Az idegrendszer a fokozott reflex-irritabilitás tüneteit mutatja a legtöbb inreflex fokozottságával; lábclonus mindkét oldalt kiváltható. A pupillák functioi jók. A szemmozgások vizsgálatokor összehívási elégtelenség mutatható ki. A kezek szorító ereje csaknem nulla, de mozgásaik minden irányban helyesen vitetnek ki. A beteg sem állni, sem járni nem tud. Az alsóvégtag reflexeinek kiváltásakor, valamint bárminemű mozgás szándékolásakor, továbbá az állás avagy járás megkísérlésekor, sőt ennek még gondolatára is mindkét alsó végtag gyors oscillatiojú clonusba jön a lábak erős equinus-tartásában. Az alsó végtagok állandóan kereszttezett tartásban vannak, párhuzamosan tartani nem tudja őket. A lábszárak és lábak izomzata úgy a feszítő, mint a hajlító oldalon meglehetősen sorvadott. A beteg sensibilitása nem vizsgálható. A szellemi kör zavarai a szellemi hyperaesthesiában nyernek kifejezést. A fokozott impressionabilitás a külvilág minden behatása iránt s az ebből keletkezett szenvedélyes indulatkitörések a kedélyhangulatot rendkívül labilissá teszik.

A mi a beteg bemutatását különösen érdekessé és jogosulttá teszi, az a már említett astasia-abasia.

Ha a kórképet röviden jellemezni akarjuk, a következőkben tehetjük. A beteg nem tud a talajon megállni, vagy csak egy lépést is tenni támogatás nélkül, a kíséreltnél rögtön összeesik és a földön fekvő marad. Ha felemeljük, lóg a levegőben felemelt czombokkal, kissé behajlított térdekkel és a talaj felé irányított lábbal. Az arc kifejezés e közben aggodalmas, mert attól fél, hogy vezetője ott hagyja. Akkor érzi magát jól, ha ágyába újra visszakerül.

Betegünk tehát elveszté állási és járási képességét, a helyváltoztatást csúszással végzi, nagy energiával két méteres ugrásokat is tesz a földön.

Jackson-féle tünetcsoport gyermekeken.

Keller Kálmán: Zs. B. nyolcz éves leánykát hat hét előtt vettük fel. A kórelőzményből megtudjuk, hogy négy éves korában volt eszméletlenséggel járt görcsroham, állítólag megijedés következtében. Öt hét előtt újból eszméletlenséggel járt görcsrohamok jelentkeztek, melyek a jobb oldalra lokalizálódtak és nyolcz napig tartott zavartsággal jártak. A jobboldali görcsök azóta éjjel-nappal ismétlődnek és a bal oldalra is átsugároznak.

A lefolyásból kiemelendő, hogy a kórházban léte első napján inreflexeket, mindkét oldali lábclonust, jobboldali flaccid hemiplegiát találtunk 18 jobboldali Jackson-féle rohammal.

Az ezutáni napokon naponta 25–40 jobboldali Jackson-rohamot jegyeztek fel a hemiplegiás testfelen; a görcsök a rohamok vége felé a bal oldalra is áttértek és némileg eszmélet mellett folytak le, a mennyiben ilyenkor mindig enni kért. Később azt is sikerült megállapítanunk, hogy a görcsök a jobb kézen kezdődnek és innen terjednek tovább. A mily mértékben megkevesbedett körülbelül egy hét leforgása alatt a Jackson-féle görcsrohamok száma, ugyanolyan fokban indult javuláshoz a jobboldali teljes hemiplegia is. A lábclonus elmaradt, a hűdött felső és alsó végtag mozgásképesége visszatért, a Jackson-rohamok megszűntek, s jelenleg a gyermek gyógyultnak tekinthető.

Ha a fentieket összegezzük, habár feltűnőbb lázról, előzetes fertőző betegségről nem hallottunk említést tenni a hozzátartozók részéről, még sem zárkozhatszunk el egy meningeális haematoma, illetőleg encephalitis folyamat felvétele elől a bal motoros kéregmezőben. Fontos az eset differential-diagnostikai szempontból, különösen tekintettel a hysteriára és az epilepsiára.

Weisz Ferenc: A bemutatotthoz hasonló esetet ő is észlelt. A beteg az első vagy második menstruatioja után ágyba fekvődött és nyolcz évig fekvődött, hangtalan volt és járni nem tudott.

Ekkor decubituszerű sebet kapott, mire visszanyerte beszé ő és járó képességét. Férjhez ment, három gyermeke született, de öt év múlva vesaniás lett és ebben pusztult el.

Donath Gyula: Az ilyen betegek a szokásos eljárásokkal nem gyógyíthatók meg. Charcot az ilyen esetekben osztályán ünnepléses egyházi szertartásokat rendezett, a mi rendesen oly impressiót gyakorolt a betegeknek, hogy meggyógyultak. Így magyarázhatók az egyes búcsújáró helyeken és templomokban elért csodás gyógyulások.

Keller Kálmán: Ugyanazon ágyon, a melyiken a bemutatott beteg fekszik, fekvődött egy másik hysteriás nyolcz hónapig mozdulatlanul, a ki azután egyszerre meggyógyult.

Kiviselt méhenkívüli terhesség esete.

Rotter Henrik: L. J. hajadon eseléd 1906 november 10.-én jelentkezett osztályunkon és elmondja, hogy a terhesség 9. hónapjában van, két hét óta magzatmozgásokat nem érez és vérzik. Első szülése tíz év előtt volt; élő, érett fiú. Az első vizsgálatkor intra-uterin terhességre gondoltunk. Figyelmesebben vizsgálva azonban az asszonyt, az elülső hüvelyboltozatban ökolayi resistenciát lehetett érezni, a mely időnként összehúzódott. Ez a körülmény a méhenkívüli terhesség lehetőségére terelte a figyelmet és a nyakcsatornának digitális kitágítása után megállapíthattam, hogy az elülső hüvelyboltozat daganata az üres méh. A pete tehát a méhen kívül van elhelyezve. Ennek megfelelőleg laparotomiára határoztam el magam. Hasmetésés a linea albanában a symphysistól a köldöktig. A petezsák a fali peritoneummal összenőtt és a 2100 gm. súlyú, 48 cm. hosszú, 34 cm. fejkörületű maczerált fiúmagzatot a petezsákból kiemelhettem a szabad hasúr megnyitása nélkül. A placenta a méh hátulsó falán és a coecumon tapad és vérzés nélkül eltávolítható. A petezsák a nagyfokú összenövés miatt nem irtható ki, ezért az alsó szögben át a petezsákokat steril gazezal draineztam. Láztalan gyógyulás. A bemutató a diagnosis nehézségeire utal és felhívja a figyelmet arra a körülményre, hogy a ligamentum rotundumok kikapintásának előrehaladottabb terhesség eseteiben a méhen-belüliség és méhen-kívüliség megkülönböztetésében milyen nagy szerepe van.

(Folyt. következik.)

Országos rákértkezetlet.

III. ülés. (1906. év november 17.-én.)

Elnök: **Dollinger Gyula dr.** Titkár: **Zimmermann Károly dr.** Jegyzők: **Manninger Vilmos dr., Milkó Vilmos dr., Mihalkovics Elemér dr.**

(Folytatás.)

Marschalkó Tamás dr.: Egy munkálata van közlés alatt, a mely a rákos szövetekben (bőrrákok) a Röntgen-sugarak behatására előálló szövettani átváltozásokkal foglalkozik. Ezek a vizsgálatok érdekes magyarázatát adják azoknak a klinikai tapasztalatoknak, a melyeket a rákoknak Röntgen-sugarakkal kezelésében eddig szerzettünk.

Vizsgálatai arra az eredményre vezettek, hogy a Röntgen-sugarak hatása a rákos szövetekre két irányban érvényesül.

Egyben a ráksejtek direct tangáltatnak a Röntgen-sugarak által úgy, hogy primaer laesiojukról lehet szólni; másrészt azonban erős

reactív kötőszöveti lob támad, továbbá nagyfokú kissejti beszűrődés és óriássejtképződés, csakhamar kötőszöveti burjánzás és a későbbi szakban a kollagen erős hypertrophiája.

Ez a kettős hatás egy időben és egymástól teljesen függetlenül jelentkezik a Röntgen-sugarak behatásának direct következményeként.

A ráksejtek azután részint az elfajulás, részint a reactív lob következtében tönkremennek, nekrosis áll be, és a rákfészkek helyét rostos kötőszövet foglalja el.

Hogy miben áll ez a degeneratio, vajjon speciifikus-e, vagy a ráksejtekben már rendes körülmények között is előforduló elfajulásoknak csak quantitativ szaporodásáról van-e szó: e tekintetben hajlandóbb az utóbbi esetet felvenni. A typus, a mely szerint az elfajulás történik, az, hogy előbb a protoplazma fajú el, és ez az úgy látszik szintén elfajult kollagenrel együtt homogén tömeget alkot, a melyben még sokáig láthatók egyes jól megtartott ráksejtmagvak; ezek azután halványabbak lesznek és tönkremennek, miközben leukocyták hatolnak be a sejtek közé és a fészkek körül levő lobos sejtbeszűrődés rovására mindinkább érvényre jut a kötőszövet szaporodás.

Vizsgálatai megerősítik azt, a mit más szerzők is találtak és a mit a klinikai tapasztalat is igazol, hogy ez a hatás csak felületlen, nem terjed a mélybe. Igaz, hogy tudunk nagyobb, kiemelkedő, különösen kifehélyesedett daganatokat is eltüntetni, a mi nézete szerint úgy történik, hogy a mint a daganat felső része beolvad, mindig mélyebb részek válnak a Röntgen sugarak számára hozzáférhetővé. A mint azonban a daganat a bőr felszínét elérte és különösen, ha be is hámosodik, a hatás már nem terjed a mélybe. A mikroszkop alatt csakugyan a látszólag gyógyult esetekben is találhatunk itt-ott ráksejteket, a melyek látszólag még épek és hogy tényleg burjánzásnak is indulhatnak, mutatják a klinikai tapasztalatok is, így azon eset, melyről a berlini dermatologiai congressuson referált és a mely ott is feltűnést keltett; ezen esetben 1 1/2 éves látszólagos teljes gyógyulás után helybeli recidiva támadt.

Érdekes, hogy a Röntgen-fény hatása tekintetében úgy látszik nincsen különbség a basocelluláris és spinocelluláris rákok között. Legalább egy típusos spinocelluláris ajakrák Röntgen-fényre ép úgy reagált és ép úgy teljesen eltűnt, mint a basocelluláris rákok szoktak.

Úgy látszik, hogy a Röntgen-sugarak hatása nem annyira a rák különböző szövettani szerkezetétől, mint inkább attól a körülménytől függ, vajjon a bőrnek csak felületesebb rétegeiben, vagy pedig a mélyebekben is székel. Úgy látszik, hogy csak egészen felületesen fekvő rákok alkalmasak a Röntgen-kezelésre. Tény, hogy aránylag még csak kevés oly hosszú időn át észlelt esettel rendelkezünk a végleges gyógyulás megítélésére.

Kanitz Henrik dr.: A kolozsvári egyetem bőrvostvati klinikáján már 3 év óta foglalkozunk a bőrrák Röntgen-kezelésével. Ezen idő alatt összesen 56 eset került észlelés alá, mely esetek között a bőrrákknak különböző klinikai és histologiai formái voltak képviselve. Ezen nagy beeganyag nem értékesíthető a maga tejjességében a Röntgen-kezelés értékének elbírálásánál, mert igen sok esetben nem sikerült a betegség további sorsáról adatokat beszerezni. Ha azonban csak azon eseteket vesszük tekintetbe, a melyeket a kezelés után hosszabb-rövidebb ideig ellenőrizhettünk, akkor is elég oly eset felett rendelkezünk, melyek határozottabb következtetésekre feljogosítanak.

A mi a kezelés javatait illeti, egészben véve mi is az előadó álláspontját foglaljuk el. A mi tapasztalataink szerint a Röntgen-kezelés nemcsak a tartósság, hanem a kosmetika tekintetében is kifogástalan eredményeket ad felületlen bőrrák esetekben, tehát azokban, a melyek még nem nőttek át a bőr egész vastagságát. A folyamatnak felületlen volta mellett végleges és biztos gyógyulást ad a Röntgen-kezelés még akkor is, ha a rák igen nagy kiterjedésű. Sőt éppen ezen esetek a Röntgen-kezelés leghálásabb tárgyai, mert ezekben a műtéti beavatkozás csak nagyobb és néha torzító plastikai műtétek árán használ, míg a Röntgen-kezelés ilyenkor is nemcsak quoad sanationem, hanem quoad aspectum is kitünő eredményeket ad.

Mélyebbre terjedő rák esetekben, tehát olyanokban, a melyek a bőrt egész vastagságában infiltrálják és a mélyebb képletekre is reáterjedtek, feltétlenül az operatív eljárást ajánlom. Ezeknél a Röntgen-kezelés kilitástalan kísérletezés számba megy, mely azt eredményezheti, hogy a műtétre alkalmas időpontot elmulasztjuk. Az átmeneti alakoknál, melyek a felületlen és mély rákok között állanak, czélszerű a Röntgen-kezelésnek a műtéti beavatkozással való kombinált alkalmazása olyképen, hogy előbb Röntgen-sugarakkal a daganat felületesebb rézeit pusztítjuk el, míg a mélyebbre terjedő és rendszeren kisebb részt késsel távolítjuk el.

Javaltnak tartjuk a Röntgen-kezelést teljesen inoperabilis daganat esetekben, a mikor a műtét lemond az operatio keresztülviteléről. Ilyen esetekben a Röntgen-kezelés a legjobb palliativ eljárásnak bizonyul. Végre nagyobb teret kellene biztosítani a Röntgen-kezelés postoperatív alkalmazásának, esetleges recidivák megakadályozása czéljából.

A javalatoknak ilyen csoportosításában befoglaltatik azon beismerő vallomás, hogy a Röntgen-kezelés a mélyebbre terjedő rákoknál — egyelőre — cserben hagy. Pedig éppen ezen rákformák azok, melyekkel szemben a sebészi kezelés eredményei sem kielégítőek és a melyeknél éppen ezért kívánatos volna oly módszer, mely jobb eredményeket ad. És itt bátorodom a figyelmet egy oly eljárásra felhívni, melyet éppen azok, kik inaguráltak, kezdenek elhagyni, noha véleményem szerint nagyon alkalmas a Röntgen-kezeléssel elérhető eredmények fejlesztésére, nevezetesen a mélyre hatás fokozására. Ez az eljárás a sensibilizálás, vagyis a szöveteknek fény iránti érzékenységét fokozzuk, a mi által esetleg a mélyebb fekvésű rákoknál is érvényesülni fog a Röntgen-sugarak gyógyító hatása. Véleményem szerint ebben az eljárásban rejlik

a Röntgen-kezelés továbbfejlesztésének kulcsa. A kolozsvári egyetemi bőrbetegklinikán folytak most ilyen sensibilizációs kísérletek, melyekről annak idején be fogunk számolni.

Hosszabb idő óta figyelemmel kísérem klinikai irányban azt a kérdést, hogy a ráknak histologiai szerkezete szerepet játszik e annak a megítélésében, vajjon R. kezelésre alkalmas-e vagy sem. Nevezetesen figyelemmel kísérem azt, hogy a basalsejtű és a tövissejtű rákok között van-e a R. fényvel szemben való viselkedést illetőleg oly nagy különbség, mely feljogosítana, hogy a gyógyító eljárás megválasztásakor a histologiai képre támaszkodjunk. Marschalkó tanár szövettani vizsgálatait, melyek azt bizonyítják, hogy a spinocelluláris rákszővet egészen hasonló módon pusztul el a R.-fény behatására, mint a basocelluláris, megerősítik a klinikai észleletek is. Ulcus rodensnek, a basalsejtű bőrrák klinikai képviselőjének számos esetét láttuk meggyógyulni R.-kezelésre, de láttuk canceroidok — spinocelluláris szerkezettel — visszafajlását is a R.-sugarak behatására. A recidiva kérdésében sincsen lényeges különbség e két daganatfajta között, mert basalsejtű rákok is kiújulhatnak, míg canceroidok hosszabb-rövidebb ideig recidiva mentesek maradnak a kezelés után. Azt pedig, hogy canceroidok a R.-kezelés közben, és a mint némelyek állítják, nemcsak post, hanem propter hoc rosszabbodnának, a mi tapasztalataink nem erősítik meg.

Mindezeket tekintetbe véve nem esatlakozhatunk azon nézethez, mely szerint a canceroid noli me tangere a radiotherapia számára és a mely szerint a R.-kezelés gyökeres therapia gyanánt kizárólagosan a basocelluláris rák esetében javalt. A basocelluláris rák nem szerkezete miatt alkalmas, és a spinocelluláris nem szerkezete miatt alkalmatlan a R.-kezelésre, hanem mindkét rákfajta esetén jó eredményeket szolgáltat a R.-therapia, ha a folyamat felületlen. Véleményünk szerint tehát annak a megítélésében, hogy mely eseteket foglalhat és foglaljon le magának a R.-therapia, ne támaszkodjunk a szövettani szerkezetre, hanem legyünk tekintettel a ráknak klinikai tulajdonságaira és durva makroszkopi helyzetére, t. i. arra, vajjon csak felületen fekvésű-e, vagy a mélybe is terjed.

Ezzel természetesen nem zárjuk ki annak a lehetőségét, hogy a ráksejtek érzékenysége a R.-fényvel szemben különböző. De hogy az érzékenységnek ezen feltételezett különböző volt milyen szövettani szerkezettel függ össze és hogy azzal egyáltalában összefügg-e, e tekintetben eddigelé sem a klinikai észlelés, sem a szövettani vizsgálat nem ad útbaigazítást.

Róna Sámuel dr.: Holzwarth kimerítő és objectiv előadása után csak azért emelek szót, mert sajnálatomra Holzwarth és Kanitz félreértett engem. En ugyanis sohasem állítottam, hogy a Röntgen-fényt azért nem alkalmazzuk spinocelluláris rák esetekben, mert az x-sugarak nem úgy hatnak a tövises típusú sejtekre, mint a basalis típusú sejtekre, ha utoléri őket. Ezt az én felszólalásomból nem lehet kiolvasni. Az, a mit én mindig hangsúlyozok, és ma jobban, mint valaha, a következő:

Mindaz, a mit ma a tövisesrákok — és ilyenek csaknem kivétel nélkül az ajak- és szájrak — természetéről tudunk, tehát az, hogy a mélybe törnek és rendszeren mirigy-fertőzésre vezetnek, ellene szól az x-sugaras therapiának, melynek hatása, a mint ma is hallottuk Holzwarth előadásából, felületlen, csak néhány milliméternyi mélységre terjed, és a mely felületlen hatás elérése is heteket, sőt hónapokat vesz igénybe.

Ezeknél a rákoknál tehát az összes rákfészkeket már akkor sem éri el az x-sugár, ha a rák klinice egészen felületlennek látszik, és ezért a felületlennek látszó spinocelluláris ráknál az x-sugár nyomán látható javulás csak látszólagos, és a baj, mint hamú alatt a tűz, tovább harapódzik.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Acokanthera Schimperi mint szívser. A „Berliner medizinische Gesellschaft“ november 14-i ülésén Lewin előadta, hogy az Acokanthera Schimperi nevű növény nedvéből sikerült egy amorph glycosidot előállítani, a mely chemiai összetétele tekintetében azonos a wabai nevű nyilméregből előállított kristályos oubainnal, a szívre való hatása azonban sokkal kifejezettebb. Arnaud szerint az oubain azonos a strophanthinnal, de ezt Lewin tagadja. Az amorph oubain szászszorta erősebb hatású mint a digitalis; az érverések számát csökkenti, a szívet nagyobb munkára készíti, a systolét erősíti; a vérnyomást fokozó hatása rendkívül nagy: 12 kiló súlyú kutyában 1 milligramm oubain bevétele után 153 mm.-ről 213 mm.-re emelkedett a nyomás. (Medizinische Klinik, 1906. 47. szám.)

Az anaphylaxisről tartott előadást Remlinger a párisi „Société de biologie“ január 19-i ülésén. Már régebben tudjuk, hogy az olyan állat, a melynek bőre alál normális vagy antitoxikus löserumot fecskendezünk, ezen serummal szemben anaphylaxisossá, vagyis túlérzékenynyé válik, úgy hogy ezen második befecskendezés súlyos tüneteket vonhat maga után. Azt is tapasztalták, hogy diphtheria-toxinnal és -gyógyszóval kezelt tengerimalacok elpusztulnak ugyan legalább is súlyosan megbetegsznek, ha utólag normális löserumot fecskendezünk beléjük. Alállítják már szerfelett kis mennyiség befecskendezésére is mutatkozik ezen túlérzékenység, a mely hónapokon át megmaradhat. A serumtherapia alkalmazása mellett bekövetkezett halálesetek némelyikét is már az anaphylaxisra vezették vissza. Remlinger vizsgálatai szerint

azonban ezek az állítások túlzottak. Kutyán sohasem észlelt anaphylaxist, és nyulakon valamint tengerimalaczkokon is csak kivételesen; a halál csak akkor következett be, ha nagy adagokat fecskendezett be rövid időközökben és gyakran. Nem hiszi, hogy a gyakorló orvosnak számolnia kellene az anaphylaxissal.

PÁLYÁZATOK.

5079/906. kig. sz.

A megüresedett vétesacsai körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom mindazokat, kik ezen állásra pályázni óhajtanak s a pályázatra jogosítva vannak, hogy kellően felszerelt kérvényüket nálam 1907. évi márczius hó 11. napjának d. u. 5 óráig beadják, mert a később érkező kérvények figyelembe vételni nem fognak.

A körorvosi székely Vétesacsá és a körhöz Vétesacsá, Vétesboglár, Pázmánd és Vereb községek tartoznak. Az összes lakosság száma 7000 lélek. A körorvos fizetése: a körhöz tartozó községek által előleges negyedévi részletekben fizetendő évi 1600 korona. Nappali látogatási díja 50 fillér, éjjeli látogatási díja 1 korona.

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

A választás határnapjául 1907. évi márczius hó 13. napjának d. e 9 óráját Vétesacsá községéhez tűzőm ki. V á l, 1907. évi február hó 8.-án.

A főszolgabíró.

752/907. sz.

Urszentiván község szerb és német lakosságú községben újonnan rendszerezített, kézi gyógytartási joggal egybekötött községi orvosi állásra 1907. évi február 26-iki határidővel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona napidíj és szabad lakást kap. Kellően okmányolt kérvények fenti határidőig nyújthatók be hozzám. U j v í d é k, 1907. évi február hó 8.-án.

2-1 *Fratricevits István, tb. főszolgabíró.*

3401/907. sz.

Állami vasgyárhoz helyettesítésre okleveles orvos kerestetik. A helyettesítés időtartama 1907. évi február hó 16.-ától június hó 30.-áig terjed, mely idő alatt a helyettesítő orvos 10 korona napidíj és szabad lakást kap. Azon egyetemes orvostudor urak, kik helyettesítésre vállalkoznak, szíveskedjenek ajánlataikkal mielőbb Zakariás János dr. főorvosunkhoz (Diósgyőr-Gyártelep) fordulni.

D i ó s g y ő r, 1907. évi február hó 5.-én.
Diósgyőri m. kir. vas- és acélgyár.

2-2 *Fleischmann, főfelügyelő, gyárfőnök.*

242/907. sz.

Jászládány községében egy új községi orvosi állás szerveztetvén, ezen állásra ezennel pályázatot nyitok. Ezen állással a községi pénztártól évnegyedenként fizetendő 800 korona évi fizetés és 200 korona lakbérfizetés jár. A megválasztott orvos kötelessége a halottkémlés, melyet díjtalanul tartozik végezni, továbbá a védliműoltás az országosan megszabott díjazás mellett. Tartozik ezeken kívül mindent végezni, mit a törvény vagy szabályrendelet reábiz.

Orvosi rendelvények díja: az orvos lakásán 40 fillér, a beteg lakásán 80 fillér, éjjel ezen díjak kétszerese jár. Pályázati határidőül f. évi február hó 25.-ét tűzőm ki, mely időig a szabályszerűen felszerelt kérvények hivatalomhoz intézendők. J á s z a p á t i, 1907. évi január hó 31.-én.

2-2 *Cseh József, főszolgabíró.*

313/1907. sz.

Békés vármegyébe kebelezett Endrőd községben elhalálozás folytán üresedésbe jött egyik községi orvosi állásra ezennel pályázatot nyitok. Felhívom mindazon orvosokat, kik ezen havi előleges részletekben kifizetendő évi 1200 kor. középfizetéssel, továbbá a beteg lakásán kétszeresen számítandó 80 fillér, az orvos lakásán 60 fillér és halottkémlésért 20 fillér szedésével javadalmazott és a szegények ingyen gyógyításával egybekötött állást elhnyerni óhajtják, hogy eddigi alkalmaztatásukat, képesítésüket és életkorukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi február hó 22.-éig adják be.

Megválasztott az állást a választás napjától számított 15 nap alatt elfoglalni köteles. G y o m a, 1907. évi február hó 3.-án.

2-2 *Rohoska, főszolgabíró.*

143/907. sz.

A gyulai kerületi betegségélyző pénztárnál Gyulán (Békés megye), hol a pénztári tagok átlagos létszáma 1100—1300 között váltakozik, a pénztári orvosi állás betöltése végett pályázatot hirdettek. A pénztári orvos évi tiszteletdíja: 1200 korona, azaz egyezerkettőszáz korona, havonta utólagosan száz koronás részletben utalványozva.

Az orvosi rendelő óra a pénztár helyiségében d. e. 8—9 óráig és d. u. ugyancsak egy óra tartamra állapítandó meg, azonban a délutáni rendelő óra az orvos lakásán is tartható.

A megválasztott orvos a pénztári orvosi teendőkön kívül egyéb orvosi praxist is végezhet; megjegyeztetik azonban, hogy a pénztári tagoknál szükség-lendő fogházások a pénztári orvost illetik, esetleg annak számlájára eszközöltetnek. Az orvosi állás esetleg azonnal is, de legkésőbb f. évi márczius hó 1.-én elfoglalandó. Egyebekre nézve alapszabályaink intézkedései mindenben érvényben tartanak.

A pályázati kérvények Gyulán, a kerületi betegségélyző pénztárhoz nyújtandók be. G y u l a, 1907. évi február hó 1.-én.

2-2 *Dutkay István, ig. titkár. Mayer István, ig. elnök.*

Békés vármegye közokmányos belgyógyászati és elmebeteg oszttályán egy-egy segédorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: a belgyógyosztályon 1000 korona, az elmebeteg-oszttályon 1600 korona középfizetés, és mindkét állásnál lakás, fűtés, világítás és I. oszt. ételmezés.

Pályázni kívánókat felhívom, hogy képesítésükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal felszerelt folyamodványukat méltóságos Fábry Sándor dr. úrhoz, Békés vármegye és Hódmezővásárhely város főispánjához intézve, hozzám f. évi február hó 20.-áig nyujtsák be. G y u l a, 1907. évi február hó 4.-én.

2-2 *Békés vármegye közokmányos igazgatója.*

A Bihari Erdőipar és Mészégető r.-t. betegségélyző pénztárnál lemondás folytán f. évi márczius hó 15.-én elfoglalandó orvosi állásra pályázatot hirdettek.

Az állás javadalmazása 3600 korona évi fizetés, lakás, fűtés és világítás. Megfelelően okmányolt pályázati kérvények legkésőbb f. évi márczius hó 1.-éig intézendők az alulirt betegségélyző pénztár elnökségéhez Dobresten. Az állás csakis nőtlen orvos által fog betölteni.

2-2 *Bihari Erdőipar és Mészégető részv.-társ. betegségélyző-pénztára Bihar-Dobrest.*

Az Első Leánykiképzési Egyesület m. sz. Gyermek- és életbiztosító intézet Budapesten. Folyó év január havában 1.841,200 k. értékű biztosítási ajánlat nyújtatott be és 1.663,800 k. értékű új biztosítási kötvény állítottat ki. Biztosított összegek fejében f. év január havában 100,626 k. és az intézet fennállása óta 11.303,871 k. 91 f. fizettetett ki.

HIRDETÉSEK.



A Bór- és Lithion-tartalmú Salvator-forrás

kitűnő sikerrel használtatik vesebajoknál, a húgyhólyag bántalmainál és közhvényenél, a cukorbetegségnél, az emésztési és lélegzési szervek hurutjainál.

Húgyhajtó hatása!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

Természetes forró-meleg kénes források. Iszapfürdők, iszapborogatások, mindennemű thermális fürdők, vizgyógykezelés, masszázs. Lakás és gondos ellátás. **Öszű, közhvény, ideg-, bőrbajok** gyógykezelése és a téli fürdőkúra felől kimerítő prospectust küld ingyen a Szt.-Lukácsfürdő Igazgatósága Budapest-Budán. 3376

NESTLÉ

az egészséges **gyermeklisztje**

és a beteg gyermek, a gyomor bajosok régóta bevált tápláléka. Megv. a hányástól, hasmenéstől, belhuruttól és elhárítja ezeket. **A gyermekápolásról ismertető füzetet ingyen küld: NESTLÉ** Wien I., Biberstrasse 11.

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

SOLVIN (Náthakrém).

Akut és chronikus nátha ellen jól hat. — Egy tubus ára 40 fillér. Készíti: Klotild főhercegnő gyógyszerész, Vaczi-körút 66.

Raktár: **TÖRÖK** gyógyszerész, Király-utca 12; **NÁDOR** gyógyszerész, Vaczi-körút 17. Kapható még: I., Attila-körút 51; II., Margit-körút 38; IV., Ferenczék tere; VII., Wesselényi-utca 30; VII., Lövölde-tér 5; VII., Dohány-utca 84; VII., István-út 10; VIII., Rákóczi-út 43; VIII., Mátyas-tér 3; VIII., Múzeum-körút 18; IX., Üllői-út 65; X., Jászberényi-út 7 szám alatti és a legtöbb fel nem sorolt gyógyszerészben is.

Zuberculosisnál és hurutos bajoknál

a vízben oldható, jó ízű és kitűnően emészthető
Guajacol-készítmény:

Syrupus Guajacoli comp. Hell

Synonim: **Sphtisin** szörpalakban vagy

Capsulae Guajacoli comp. Hell

Synonim: **Sphtisin** capsulákban

legjobb sikerrel alkalmaztatik.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte

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

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

Irodalom és minta kívánatra rendelkezésre állanak.
Ára egy üvegnek 3 kor., betegpénzt. csomagolásban 2 kor., egy doboz tokoeska 2 kor.

Betegpénztárak és szegényebb betegek részére szíveskedjék rendelni:

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

A gyógyszerárak csak orvosi rendelésre adják.

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

Anämin
EISENPEPSIN-
SACCHARAT-
LIEBE

0.20% vas, mint Ferrisaccharat

Tartós! Jó ízű!

**Gyomornyomást nem okoz!
Székrekedést nem idéz elő!**

(még hosszabb használatnál sem.)

Étvágygerjesztő!

Kitűnő bármily gyengeségi állapot, vérvesztés, idült gyomorbajok stb. ellen.

**Liebe-féle
Sagrada-Tabletták**

bevonattal
à 0.5, 0.25, 0.15 gramm.

Olecsó,
biztos és enyhe hashajtók.

Dobozokban à 50 fillér.

Mintákat ingyen küld.

**LIEBE'S
SAGRADA-
WEIN**
Mild
abführende
Verdaugungsmittel

2758

J. PAUL LIEBE. TETSCHEN A/E.

LASSNITZHÖHE

Graz mellett az államvasút mentén.

Gyógyintézet idegbetegek és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyszerkészítők, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependance-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosítás szívesen szolgál a kezeléség.

2880

Prospektusok díjmentesen.



Vereingte Chininfabriken
ZIMMER & Co
FRANKFURT A.M.



EUCHININ

keserű ízétől megfosztott chinin.

SALOCHININ

Antineuralgicum.

RHEUMATIN

Antirheumaticum.

ARISTOCHIN

Antipyreticum.

CHINAPHENIN

Antipyreticum és Antineuralgicum.

LYGOSIN - KÉSZÍTMÉNYEK:

LYGOSIN-CHININ
Antisepticum.

LYGOSIN-NATRIUM
Uterusgonorrhoea ellen.

Minták, irodalom és egyéb részletek rendelkezésre állanak.

EUNATROL

Cholagogum.

VALIDOL

Analeptic., Antihysteric.,
Stomachicum.

UROSIN

köszvény és húgysav-diathesis ellen.

FORTOIN

Antidiarrhoicum.

DYMAL

antiseptikus sebhintőpor.

Szabadalmazva.

Név törvényileg védve.

Histosan

(Guajacol-Albuminat)

Az eddigi guajacol-készítmények helyett, melyek közül egy résznek káros mellékhatásai vannak, míg a guajacol sulfosavas sók bizonytalan hatásuk miatt a terápiát rendkívül megnehezítik, a t. orvos uraknak melegen ajánljuk a **Histosan-t**.

Dr. Nevinny tanárnak az innsbrucki egyetemi gyógyszerintézetben, valamint a berni egyetem fertőző betegségek kutatására szóló intézetében végzett vizsgálatok, nemkülönben számos kórházban és sanatoriumban szerzett tapasztalatok szerint a histosannak feltűnően kedvező hatása van tuberkulózis és a légző szervek más fertőző bajai esetében. Histosan, mint fehérjeösszetétel — s ezt minden orvos a priori el fogja ismerni — felülmúl minden eddig ismert guajacol-készítményt és gyakorlati kísérletek minden esetben igazolják, hogy az ezen bajok al tekintetbe jövő eddig alkalmazott összes belső szereknek, hatás tekintetében jóval följötte áll.

Rendelési alakok felnőttek részére:

Rp. Sirup. Histosani lag. orig. I
S. naponta 3-4 kávéskanállal

Rp. Tablettae Histosani scat. orig. I
S. naponta 4-6 tablettá

Rp. Histosan pulv. 0.5
tal. dos. No XX
S. 3-4-szer naponta 1 port

ÁRAK:

1 eredeti doboz **Histosan-tejcsokoládé-tabletta**
4 korona (40 drbot tartalmaz).

1 eredeti üveg **Histosan-syrup**
4 korona.

2623

Kimerítő irodalom és minta az orvos uraknak díjtalanul rendelkezésére áll.

Fabrik chemischer & diätet. Produkte
Schaffhausen (Schweiz) Singen (Baden)

Liquor Thiorobin Comp. Eibach

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

2721

Ára üvegenként 2 korona 50 fillér.

Készítője:

Szamossy Gyula gyógyszerész laboratoriuma

„II. Rákóczy Ferencz gyógyszerára“, VIII., Rákóczy-út 25.
Főraktár: „Szent Bertalan gyógyszerár“, VI., Andrassy-út 55.



Cirkvenica. — Grand Hotel „Miramare“.

Téli gyógyhely üdülők, idegbetegek, légső és vérkeringési szervek bántalmaiban szenvedők és vérszegények részére (tuberculosis kizárva). Vízgymögöd melegített tengeri, szénsavas, villamos és fényfürdők: villanygymögöd. Arsonvalisatio, hízaló és soványító kúra. Elsőrendű konyha. Pensio-rendszer. Vezető orvos: **Bartsch Gusztáv dr.**, nyáron Feketehegyen. 3829

Reiniger, Gebbert & Schall

elektrotechnikai gyár, 2998

Budapest, VIII., Rákóczi-út 19 (Szentkirályi-utca sarkán).

Különlegesség: Villamos orvosi készülékek, galvanisatio, elektrolyse faradisatio, franklinisatio, kaustik, endoskopia stb. orvosi kaposoló készülékek villamos fényvezetékkezek.

— Röntgen-berendezések. — Villamos fény-gyógykészülékek. — *Gazd-gon illusztrált árjegyzék ingyen es bérmentve.*

Dr. Faragó és Társa

vegyi, orvosi és gyógyszerészeti labororium

Budapest, IV., Deák Ferencz-utca 21.

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

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

Vidéki megrendelések is pontosan eszközöltetnek.

Sanatorium Rekawinkel Wien mellett nyugoti vasút.

Kedély- és idegbetegek részére. 1658

7 pavillon saját kertekkel. 160,000 □-meter erdő és rétterület. Teljes elválasztás a megbetegedés minemúsége szerint. Individuális kezelés. Hydro-elektrotherapia. Alkalmazási- és fekvő-kúrák. Egész éven át nyitva.

Főorvos: **Univ.-Prof. Fritsch.** Tulajdonos: **Dr. Sigmund Weiss.**

Szénsavfürdő-berendezéseket

szállít és fölszerel

Dr. Wágner és Zársai Egyesült gyárak m. b. t. czég

Budapest, IX., Tinódy-utca 3. sz. alatti gyártelepe.

A fürdők kitűnő gyógyeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatoriumokban be vannak vezetve.

Prospektusok ingyen és bérmentve.

Amerikai rendszerű **hygienikus központi légfűtés** egycsaládos házak, villák, 1949

sanatoriumok, gyógytermek, kórházak számára.

Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!

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

Telefon 96-96.

Telefon 96-96.

Gyermekek csemege gyanánt kéri!



Szabadalmazott.

ENERGIN!

csukamájolaj-lecithin-csokoládé.

Kitűnő ízű, csokoládé-tablettákba formált

csukamájolaj-készítmény.

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

Specificum: angolkórnál és görvélyes bántalmaknál. **Hízaló- és erősítő-tápszere:** vérszegénység, ideggyengeség, tüdővész, stb.

Orvos uraknak szívesen szolgálunk mintaküldeménynyel.

Kapható: minden gyógyszerárban és drogeriában. 3287

— Készíti: SZIGETI és dr. SZILÁRD —

Energin-vállalata, Pécs.

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A

LYSOFORM

OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

„ATOXYL“

új, majdnem mérégmentes arzénkészítmény.

Még nagy adagok bőr alá fecskendése sem jár kellemetlen mellékhatásokkal (tályogképződés, izgalom, fokhagymaszag).

„Atoxyl“ oly kevésbé mérgező, hogy alkalmazása által 40-50-szer annyi arzént vihetünk a testbe, mint a szokásos szerves arzénkészítmények által.

Mindazon bántalmakra, melyek tapasztalat szerint arzénre reagálnak (bőr-, vér-, idegbajok stb.), Atoxyl igen előnyösen hat.

Adagja: 0.05-0.2 gm. pro die bőr alá fecskendezve.

Irodalom: *Dr. Schild W.* (Prof. Dr. Lassar klinikája): Berliner med. Gesellschaft 1902. március 5. — *Dr. Blumenthal F.* magántanár (v. Leyden titkos tanácsos klinikája): Ibid. — *Prof. von Zeissl:* Wiener med. Wochenschrift. — *Dr. Mendel F.,* Essen a. Ruhr: Therap. Monatshefte 1903. április.

Vereinigte Chemische Werke, Akt.-Ges., CHARLOTTENBURG, Salzufer Nr. 16.

Kérjük az orvos urakat, hogy az ismert és kedvelt

kaliforniai füge-szörp

hashajtó rendelésénél határozottan a



„Califig“

szóvédjegyet írják elő, mert ezen néven csak a

California Fig Syrup Company, San-Francisco

készítménye nevezhető.

Használati utasítás minden gyógyszer-tárban kapható.

1/1. üveg 3 korona, 1/2 üveg 2 korona.

California Fig Syrup Co.,

London, E. C. 31—32, Snow-Hill.

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszer-tára BUDAPESTEN, Király-utca 12.

3068

Orvosi minták ingyen és díjmentve.

Pilul. ferri protoxalati c. quassin Korányi.

Javalt: mindazon esetekben, midőn vas adagolása ajánlatos, vagyis vérszegénység, sápkór, reconvalescentia, női bajok, stb. Quassin-tartalmánál fogva a gyomorra nemhogy káros, hanem étvágyjavító hatása van. Használat: Étkezés közben naponta 3—6 szem veendő. **Ára 2 korona.**

Készítője: KORÁNYI LAJOS gyógyszerész, BUDAPEST, VIII., Népszínház-utca 22.

Orvos uraknak minták kívánatra rendelkezésre állanak. 3118

Név védve. Extractum Név védve Chinae „Nanning“

(A jelenkor legjobb stomachicuma.)

Rendelése a berlini betegpénztárnál megengedve.

Javallatok:

1. Sáp-kórosok étvágytalansága (Dysmenorrhoe eltűnt e szer hosszabb használatánál).
2. Gümőkórosok és tüdőbetegek étvágytalansága.
3. Heveny és idült gyomorkatarrhus.
4. Lázak és sebekelés.
5. Lábadóznáknál.
6. Terhes nők hányásánál.
7. Szeszkes italok élvezése által előidézett idült gyomorkatarrhus.
8. Hg- és jodkali-dyspepsia.
9. Tuberkulózisnál.

Egyedül gyáros:

H. NANNING, gyógyszerész, s'Gravenhage.

Minták és irodalom ingyen.

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

3032

Budapest, Városligeti fasor 11.

Magángyógyintézet idegbetegek, belbetegek és üdülők részére.

Felvétnék **benlakók** és **bejárók**. — Vízgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villanyos fényfürdők. — Szénsavas fürdők. — Diatetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell-gyógymód, diabetes kezelés, soványító gyógymódok.) — Állandó orvosi felügyelet. — Kitűnő ellátás. — Mérsékelt árak.

Telefon 15—39. — Prospektus.

Igazgató-főorvos: Dr. GLÜCK GYULA.

Málnási Mária- forrás

Természetes alkalkikus
— sós savanyúvíz. —

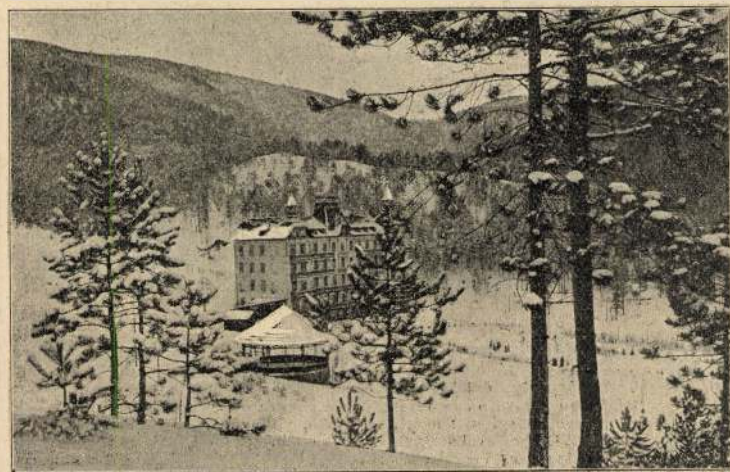
A légzési szervek bántalmánál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Főraktár: ÉDESKUTY L. BUDAPEST.

Budapesti képviselő: 3289

Nádas Márton.

Kútkezelőség: Brassó.



= Sanatorium Wienerwald. = Zéli kúrák tüdőbetegek részére.

Posta: Ortman, vasúti állomás Pernitz, N.-Ö. Béctől 2 1/2 órányi távolságban. — Legmodernebb kényelem. Lift, fekvőcsarnokok, majdnem valamennyi szoba balkonnal. — Egész éven át nyitva. — Dr. A. Baer. Kívánatra prospektus. Dr. H. Kraus.

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

„Bayer” CONTRATUSSIN „Bayer”

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a **VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR** Budapest, VI., Andrásy-út 84. Minden gyógyszer-tárban kapható. 2282 Kívánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

„Neuroborin sec. Glück.”

Idegerősítő és csillapító szer.

Javalt a funkcionális idegmegbetegedések mindazon esetében, a hol úgy az idegrendszer megerősödését, mint csillapítását akarjuk elérni. Kipróbálva több idegklinikán és közkórházban. Káros mellékhatásokat nem okoz. Az egyes Neuroborin-pastillák súlya 1/2 gramm, ebből 20 cgm. bromkalium, 1/2 cgm. codéin, a többi részt hypophosphitok alkotják. — Adagolás: Naponta 8—10 tablettát. — Kapható minden gyógyszer-tárban. — Ára 3 korona. 1873

Főraktár: „Fehér galamb” gyógyszer-tár, Budapest, VI., Hungária-körút 93.

EPILEPTIKUS intézet BALF gyógyfürdőben.

A nagym. m. kir. belügyminisztérium 1903. jun. 17-én kelt 56445/1903. sz. rendeletével engedélyezve, 200 férfi és női betegre berendezve. Apóliási díj: I. oszt. évi 1600 k., II. oszt. évi 1000 k. Ezen osztályokon kívül szegény betegek, az országos betegápolási alap terhére vehetők fel, a mely esetben a nagym. m. kir. belügyminisztériumnak 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 Ferenc-rendű apácák vannak megbízva. Prospektusokkal és egyéb felvilágosítással szolgál: Dr. Wosinski István, Balf gyógyfürdő igazgató tulajdonosa. Posta, vasút, 3324 telefon helyben.

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D. EGGER

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhachitis. Kapható minden gyógyszer-tárban.

ORVOSI HETILAP.

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

KIADJÁK ÉS SZERKESZTIK:

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

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

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Morelli Gusztáv: Közlemény az I. sz. belgyógyászati klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr.) Az elsődleges tüdőrákról három eset kapcsán. 141. lap.
Hauer Ferenc: A gelatina subcutan alkalmazása rák eseteiben. 144. l.
Tárca. Tauffer Emil: Tengeri kikötők egészségügyi felszerelése, különös tekintettel az 1903. évi párisi egészségügyi egyezményre. (A kereskedelemügyi m. kir. minister úrhoz intézett jelentés.) 147. lap.
Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Bókay Árpád: Vénygyűjtemény a magyar gyógyszerkönyv alapján, tekintettel a legújabb gyógyszerekre és a gyermekgyakorlatra. — O. Marburg: Die sogenannte akute multiple Sklerose. — A. Pollatschek: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1905. — *Lapszemle.* Általános kör- és gyógytan. Müller és Jochmann: Módszer a gümökóros és más eredetű genyvedések megkülönböztetésére. — *Gyógyszertan.* Witthauer: Novaspirin. — Vilmar: Cellotropin. — Belorvostan. A hastyphus gyógyítása. — Thorspecken: Diabetes és tüdővész. — Mikhailov: A rák és a harmadlagos syphilis megkülönböztetése. — Sebészet. Kümmell: A vese- és hólyagtuberculosis korai diagnózis és műtete. — Phelps: Szükséges-e a korai műtét intracranialis sérülések

eseteiben? — Orandon és Wilson: A koponyaalapi törések. — R. G. Le Conte: A gyomorfekélyátfordás sebészeti kezelése. — *Gyermekorvostan.* Escherich: A pyocyanase használata a csecsemők járványos influenzájában és a járványos agygerinczártyalobban. — *Bőrkórtan.* F. Bruck: A hirtelen támadt orrpírosság gyógyítása. — E Saalfeld: A hajszálak ú. n. esomóképződése. — *Húgyzervi betegségek.* Eseat: Az epididymitis blennorrhagica tüneti kezelése. — St. Galatzi: Incontinentia diurna esete. — *Veneréus bántalmak.* J. Franceschini: Némely uteruscarcinomának syphilises eredete. — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.* Loew: Hirsch fele infectio syphilis ellen. — Osendovsky: Az onania új tünete. Tisopirin. 151—155. lap.
Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 155. lap.
Vegyes hírek. — Pályázatok. — Hirdetések. 155—156. lap.
Tudományos társulatok és egyesületek. 157—160. lap.
Mellékletek. Elme- és idegkórtan. 3. szám. Szerkesztik: Babarcsi Schwartzert Ottó udvari tanácsos és elme- és ideggyógyintézeti igazgató és Moravcsik Ernő Emil egyet. tanár.
— Austria-gyógytár prospektusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az I. számú belgyógyászati klinikáról. (Igazgató: Korányi Frigyes dr.)

Az elsődleges tüdőrákról három eset kapcsán.

Írta: Morelli Gusztáv dr., klinikai gyakornok.

Az elsődleges tüdőrák a ritkább és nehezebben felismerhető rákok közé tartozik. Gyakoriságára nézve néhány statistika áll rendelkezésünkre. Päseler¹ 9642 bonczolt esetben 16-szor talált elsődleges rákot, a mi 0.17%-nak felel meg. A rákok összes számát (870) tekintve az elsődleges tüdőrák 1.80%-kal szerepel. Fuchs² 12,307 bonczolat között nyolcz esetet talált, a mi csak 0.065%-nak felel meg, míg K. Wolf³ 20116 bonczolat között 45-ször, vagyis 0.2%-ban látott elsődleges tüdőrákot. Az eddigi statistikák tehát arra látszanak mutatni, bár meglehetősen nagy különbség van közöttük, hogy az elsődleges tüdőrák a rákos megbetegedések egyik igen ritka alakja, a mennyiben az összes rákok között legfeljebb csak 2%-ot ér el. Ha tekintetbe vesszük, hogy Magyarország 1903. évi statistikája szerint⁴ 286,206 orvosilag megállapított halálok közül 6908 esetben volt rák, a mi 2.42%-ot tesz ki, úgy elsődleges tüdőrákban Magyarországon a fenti statistikák szerint évenként legfeljebb 138 és legalább 5 egyén halna meg.

Hogy a betegség eddig csak aránylag kevés esetben lett az életben kórismézve, az a diagnosis felállításának nehézségeiben rejlik. Az irodalom is mindössze körülbelül 200 esetről számol be (lásd az „Irodalom”-ban, 1—10. cikk), melyeknek legnagyobb része csakis a kórbonczatani lelet szempontjából van feldolgozva, míg az esetek klinikai megjelenése, lefolyása, épen a félreismerés gyakoriságánál fogva csak kevésbé ismert.

Mint hogy a közelmúltban három oly esetet észlelhetünk klinikailag, melyekben a bonczolás elsődleges tüdőrákot mutatott ki, azt hiszem nem lesz érdektelen az esetek ismertetése.

Az eddigi közlések szerint az elsődleges tüdőrák az öregebb kor betegsége, 40 évtől kezdve, de a nagyon magas korban

ritka. Gyakoribb a férfiakban, mint a nőkben (3:1), gyakoribb egy lebenyben, mint az egész tüdőszárnyban, gyakrabban fordul elő a jobb, mint a bal tüdőben és ritka mind a két tüdőfélben.

A makroszkopi megjelenés szerint megkülönböztetik az elsődleges tüdőrák következő alakjait:

1. A rák nagyobb csomót alkot a tüdőlebeny közepén, ezt kisebb csomók veszik körül és ugyanilyenek vannak más lebenyekben is.

2. A rák a tüdőhilusból indul ki, s a bronchusokat magába foglalja; ilyenkor megállapítható, hogy a rák a hörgőfalakból veszi kezdetét.

3. Megkülönböztetjük a scirrhosus alakot, mely az által tűnik ki, hogy a bronchusok a hilustól kezdve a legfinomabb elágazásokig vastag falúak, szűkek, scirrhosus hüvelyekkel vannak körülveve és fibrosus, rákos kötegeket küldenek a környezetbe. Ilyenkor a tüdő kicsi, tömött.

4. Infiltráló alak, mely pneumonia képében támad.

5. Miliáris alak, melyben számos apró miliaris és submiliaris, fehér huzalokkal összekötött göböcske látható. Ehhez rendszerint lymphangoitis carcinomatosa és hydrothorax esatlakozik.

Végül vannak oly esetek, melyek e csoportok egyikébe sem illenek bele, vagy több alak combinatioi. Leggyakoribb az első alak.

A makroszkopi lelet nem áll szoros összefüggésben a mikroszkopival. Mikroszkopice háromféle rákot különböztetnek meg a kiindulási pont szövettani minősége szerint, ugyanis bronchiális hámból, alveoláris hámból és bronchiális mirigyhámból kiinduló rákot.

Bár theoretice e szerint a ráksejtek alakjából mindig ki lehetne mutatni, hogy milyen rákkal van dolgunk, mégsem vagyunk képesek minden esetet e felosztásba biztossággal besorolni, tudván azt, hogy metaplasia útján milyen változáson mennek át a sejtek. Rendesen csak azt tudjuk eldönteni, hogy lap-, vagy köbshámra van-e jelen, és így a bronchus fedőhámjából kiindult rákot a bronchiális mirigyhámból kiinduló ráktól csak

akkor tudjuk elválasztani, ha az elsődleges megbetegedés helyét véletlenül mikroskopi vizsgálat alá vehetjük és a környezet még teljesen szabad.

Az elsődleges megjelenés kriteriumát mindig az képezi, hogy a tüdő rákos megbetegedésén kívül sehol a testben más gócot ne találjunk, illetőleg más góczok jelenléte esetében ki kell mutatni, hogy ezek a tüdőfolyamat metastasisai.

Lehmkuhl⁵ 57 esetben 17-szer nem talált metastasist. A metastasisek leginkább a májban (15), a mediastinális és bronchiális mirigyekben (8), az agyban, vesében, mellékvesében (4-4) lettek kimutatva. Metastasisok előfordultak még a lépben, keményagyburokban, pajzsmirigyben, gyomorban, herében, széles mellizomban, valamint a kulescsontban, a bordákban, a sternumban és egy uterusmyomában.

Míg azonban kórboneztani szempontból ezek alapján a körkép eléggé körvonalazható, klinice a bántalom felismerése sokkal nehezebb.

A betegség kezdeti tünetei homályosak és nem jellemzők. A betegek rendszeren valamely acut meghűléssel hozzák kapcsolatba a keletkező köhögést, mellkasi fájdalmakat, szúrást, légzési nehézségeket. A betegek lesoványodnak, elesettek, gyengék lesznek, bár *különösebb erős cachexia nem igen fordul elő*. A köpet eleinte nyálkás, genyes, néha véres (mint első esetünkben), a mi mindenkor komoly jelnek tekintendő. A többi jel ezek után a szerint fejlődik, hogy a rák milyen elhelyeződésű és kiterjedésű. Mindjárt itt megjegyzendő, hogy a hol a mediastinális mirigyek vannak metastatikusan megbetegedve, ott a mediastinális daganat jeleit fogjuk főképen találni és ilyenkor rendszerint az elsődleges gócot nem ismerik fel. A tüdőrákban ritkábbak bár a mediastinális daganattá fejlődő metastasisek, melyek inkább sarkoma és egyéb daganatok eseteiben fejlődnek ki. Mindazonáltal ily esetben mindig kell gondolnunk tüdőrák lehetőségére is. Épen ezért röviden felemlíthetem a mediastinális daganat tüneteit. Mindenekelőtt feltűnhet a trachea összenyomatásából, vagy a daganatnak a tracheába való áttöréséből származó dyspnoé, a betegek nehézlégzése rohamokban is jelentkezhet, úgy hogy néha csak egy ily roham keletkezése ad okot az orvosi vizsgálatra. Ugyanezen okból származhat még stridor is.

A dyspnoé foka szerint a betegek néha cyanotikusak. Ezenkívül a nyaki és mellkasi vénák erősen teltek és kanyargós lefutásúak lehetnek, midőn a vena cava superior, vagy ennek valamely főbb ága nyomatik a mediastinális daganat által. Ugyanezen okból néha a radialis pulsusokon is található differentia. Felemlítendő az Oliver-Cardarelli-tünet, mely akkor jön létre, ha a bal bronchus a felette lefutó aortaívvel daganattömeg révén összenő és ily módon az aorta pulsatioja esetleg a bronchussal és gégevel közöltetik. Ilyenkor hangszalagbénulás vagy nyelési nehézség is lehet jelen. A sternum feletti tompulat és a Röntgen átvilágítás útján nyert árnyék adja a további mediastinális daganat jeleket. Mindezek hiányoznak természetesen ott, a hol a mediastinális mirigyek épek. Ilyenkor a mellkas fizikális tünetei lépnek előtérbe. Ha a rák metastasisok nélkül a tüdő szövetében fejlődik, úgy jó ideig rejtve maradhat. Később tompulat mutatható ki, a rák helyének megfelelőleg; de a tompulat azért még korántsem mutat a tüdőrák nagyságára. Ugyanis másodlagos folyamatok, mint catarrhalis pneumonia, reactiv kötőszöveti szaporodás, atelektasia igen gyakran, sőt majdnem minden esetben komplikálják a folyamatot és ilyenkor található az a jellemző tünet, hogy ott, a hol egy időben tompulat van, bizonyos idő múlva a tompulat feltsztlul és dobos kopogtatási hangot nyerünk, a mi csakis a másodlagos folyamatok javulásával vagy eltűnésével függ össze (lásd a 3. esetet). *A kopogtatási hang ilyen változása, főleg ha többszörös, igen jellemző*. Tüdőrákra mutat továbbá tapasztalat szerint a csakis *egy felső lebenyre kiterjedő tompulat*. A szövödményt igen gyakran a pleura megbetegedése és exsudatum fejlődése is képezi, mely az előbbiekkal együtt szintén tévedésekre adhat alkalmat. A legkisebb gyanú esetén is tehát minden exsudatumnál gondolnunk kell tüdőrákra. A complicatiók közül gyakori még a tüdőgangraena (1. eset), míg ritka a pneumothorax és igen ritka az empyema. A hallgatódzási tünetek rendszeren a szövödmények által vannak feltételezve, *tüdőrákra jellemző azon-*

ban a tompulat felett hallható igen halk légzés, mely főleg az infiltráló alaknál jön létre.

A köpet vizsgálata igen fontos. Mindenekelőtt gyakori a véres köpet (I. eset), melyre nézve jellemző, hogy a vérben, a nyálkában és a genyben nem pontokban és csíkokban jelenik meg, mint az legtöbbször tuberculotikusok köpetében látható, hanem a nyálkával *egyenletesen el van keverve* és áfonyageléeszerű. A vérfesteny elbomlása és változása folytán a köpet ritkán élénk- vagy olivzöld színű is lehet. Rendkívül fontos továbbá, hogy a köpetben néha elszakadt rákszövetrészek, vagy rákos sejtcsoportok találhatók, a mi mindenkor kétségen felüli kórismező jel. Azon esetekben, midőn pleurális exsudatum van jelen, a punctiók folyadék alakelemei közt is lehetnek rákos sejtek vagy szövetrészek. Felemlítendő, hogy véres exsudatum gyakran fordul elő a pleura rákos megbetegedéseiben és a hámsejtek zsíros degeneratioja folytán az exsudatum néha zsírossá válhatik (hydrops adiposus), mint az a peritonitis carcinomatosában lenni szokott. A klinikai tünetek közül fájdalom rendszeren csak akkor van, ha a bántalom körébe a pleura is bevonatik. Láz a tüdőrákot rendszeren nem kíséri, de azért igen gyakran támad, egyrészt talán a rákos szövet elhalása által termelt és felszívódott toxinok hatása folytán, másrészt a másodlagos folyamatok (pneumonia catarrhalis, pleuritis) következtében. Ilyenkor szabálytalan, intermittáló, hasonlíthat egy chronikus tuberculosus láz lefolyásához, mint azt harmadik esetünkben tapasztaltuk.

A tüdőrák lefolyása igen különböző. Egyrészt a folyamat előhaladásával lépést tartó cachexia és kimerülés fokozódhatik a végkimerülésig, másrészt a tüdőfelületek csökkenésével légszomj, fuladás fejezheti be az életet. Ezek azonban után ritkább lefolyások.

Leggyakrabban a szövödmények révén következik be a halál. Atelektasia, indurativ pneumonia, gangraena fejlődik ki, esetleg nagy erek arrosioja folytán tüdővérzés okoz hirtelen halált, mint az első esetünkben történt. Ez utóbbi körülmény a véres köpettel együtt szintén gyakran ad alkalmat a tuberculosissal való összetévesztésre. E tekintetben utalok a kórtörténetekben foglaltakra is.

A tüdőrák diagnosisa mindenkor csak igen sok körülmény tekintetbe vételével állítható fel és e miatt az esetek több csoportba oszthatók. Mindenekelőtt tüdőrák intra vitam csak ott diagnosztizálható kétségen felül, hol a daganat topographiai helyzete és a fentebb leirt jellemző tünetek mellett a sputumban, a pleurafolyadékban található szövetrészek vagy a felületesen fekvő kiirtott metastatikus mirigyek szövettani vizsgálatából kimutatható.

Igen gyakran ezek hiányában a fizikális jelekből és újabban a diagnostikai célra használt Röntgen-átvilágítással csak azt vagyunk képesek megállapítani, hogy valamely idegen szövet-tömeg foglalja el a tüdő egy részét, a nélkül, hogy ennek természetét pontosabban meg lehetne határozni. A tüdőhiluson és a felső lebenyeken nyert intenzív Röntgen-árnyék jellemző. Néha pedig a tüdőrák egészen rejtve is maradhat, főleg ha a daganat központi elhelyeződésű, vagy pedig a másodlagos folyamatok tünetei a tüdőrák tulajdonképeni jeleit annyira fedik, hogy a figyelmünket elkerülik. Az ily esetekre nézve legjobb példa a 3. helyen leirt esetünk.

Mint hogy a tüdőrák rendszeren a tüdőhilus tájáról indul ki, a tompulat könnyen téveszthető össze aneurysmával. Ilyenkor tehát mindig szem előtt tartandó, hogy egyrészt aneurysma esetében a daganat centrálisan pulzál, a mellkason rendszeren surranás tapintható, zörejek hallhatók, valamint az aneurysma egyéb jelei (pulsus-differentia stb.) kutatandók, míg másrészt a tüdőrák jelei, mint a tompulat elhelyezése, a légzési tünetek, a köpet, a metastasisok hiányzanak. A tüdőtuberculosissal a tüdőrák, mint fentebb érintettük, szintén összetéveszthető. Vért köpő vagy tüdővérzéses betegnél a tuberculosisbakteriumok többszöri negatív lelete tüdőrák mellett szól, főleg idősebb egyéneknél. Megjegyzendő azonban, hogy tuberculosis-bacillusok tüdőrák mellett is előfordulhatnak és a két folyamat egymás mellett fejlődhet, a mire nézve utalok a második eset kórtörténetében foglaltakra.

A szövödmények közül a pleuraexsudatumokról felemlítendő, hogy tüdőrák eseteiben a punctio után, ha a folyadék hamar meg-

nem újul, feltűnő thoraxretractio fejlődhet ki, a mi főleg a daganatszövet miatt tágulásra képtelen tüdőszövet zsugorodásából magyarázható. A tüdőrák lefolyása meglehetősen gyors, hat-hó egész két év az az idő, a meddig a kezdeti jelek keletkezéséig számítva a beteg élhet. A therapia mindaddig, sajnos, csak tüneti és így úgyszólván teljesen tehetetlenül állunk a bajjal szemben.

Igen erősen felszaporodott pleuraexsudatum esetén az ezen folyamatra nézve fennálló szabályok szerint járunk el. Hogy a tüdőrák klinikai megjelenése, tünetei, lefolyása, valamint kórbonczani tulajdonságai milyen változatosak, következő eseteink mutatják:

S. S. cipész, 46 éves. Felvételt 1904. március 20-án. Jelen bajjáig egészséges volt. 1 éve bal oldalán szúrást érzett, majd köhögni kezdett és sok köpetet ürített. A köpet gyakran véres volt, sőt tiszta vért is köpött, egy ízben állítólag 1 liternyit. Láza nem volt, éjjel nem izzad. Erős baloldali mellkasi fájdalmak vannak, lesóványodott.

Jelenállapot. A beteg lesóványodott, étvágya csekély. A mellkas gyengén felett, a kulcsfeletti árkok besüppedtek, a légzés hasi-mellkasi jellegű, száma percenként 16. A légzőskor a bal mellkasfél felső része visszamarad. A bal tüdő felett elül tompa a kopogtatási hang, mely mint ilyen a szívtempulattal összefolyik. Hául mindkét tövisfeletti árkban erősen tompult a kopogtatási hang és e tompulat baloldalt leterjed az intrascapularis tér közepéig. A bal tüdő felső része felett hangos, érdes, hörgőhez közel álló belézés, hangos megnyúlt kilézés hallható, elül a kulcsfont alatt és a II. bordaközben metallikus színezetű szörtyözrejek kíséretében. A jobb kulcsfont felett tompult a kopogtatási hang és ugyanitt igen érdes be-, hangos, megnyúlt kilézés hallható, búgás és füttyhangok kíséretében. A beteg erős baloldali szúrásokról panaszkodik, láztalan, erőtlén, köhög, bő köpete van, mely felül hig, habos, alul sötétebb szürkés-nyúlós, 2 rétegre oszlik.

A köpet erősen bűzös. Festett praeparatumban számos coccus és rhombus alakú cholestearinjegecs található. Rugalmas rost nem volt kimutatható. A klinikán való tartózkodása alatt a beteg állandóan sokat köhög, nagy mennyiségű bűzös köpetet ürít. A physikális jelek változatlanlansága mellett igen nagy baloldali szúrásai vannak. Erőbeli állapota rohamosan fogy, alig táplálkozik. Április 8-án hirtelen igen nagyfokú csillapíthatatlan tüdővérzése támad és fuladás tünetei közt néhány perc alatt exítál.

Az anamnesis és status praesens alapján a diagnosit gangraena pulmonis I. s.-re tettük, melynek keletkezésére nézve tumor lehetősége véteztett fel, tekintettel a beteg korára, a baj kezdetére, a köpetre, valamint a physikális vizsgálat eredményére. A bonczolator e feltevése be is lett igazolva, a mennyiben a következők találtak: A tetem lesóványodott. A bal tüdő felső része a mellkasfalhoz rögzített, míg a bal mellkas alsó része szabad és benne 1/2 liter kissé imbibált serosus sárga savó található. A jobb tüdő teljesen szabad. A pericardium parietale a bal tüdőhilushoz odanőtt és itt gyermektenyényi terjedelemben tömött, sűrű, genyes fibrinnel borított. A szívburok üregében 60 cm³ sűrű, alvadt, vörhenyes savó. A pericardium említett területe felső csúcsán közvetlenül az áthajlás alatt mintegy fillérnyi helyen a pericardium ezafatosan ellágyult és áttört. Ez áttörés a tüdőnek hatalmas üregébe vezet. A bal pitvar külső falát kb. tyúktojásnyi, tömött daganatszövet hatja át, mely a pitvarat meglehetősen beboltosítja. A daganat a niveauból mérsékelten kiemelkedő sárgásszürke, az áthajlásnál üszkös szétésett. A daganat teljesen összenőtt az art. pulmonalis bal felszínével, a melyen a billentyűk felett 3 cm.-nyire egy körülbelül fél babnyi terjedelmű, partjain sugarasan behúzódtott, üszkös alapú áttörés látható, melyen át a szonda a tüdőnek fentebb említett cavernájába vezet. A jobb tüdő rendkívül puffadt, metszslapja az alveolusokba aspirált vértől igen tarka, párduczborserű. A bronchusok és a trachea alsó részeiben friss vérvaladékok vannak, melyek a bifurcationál a bal főbronchusba is benyúlnak.

A bal tüdő jelentékenyen kisebb, felső lebenye a falzathoz hegesen odanőtt. Pleurája nagyjából fényt veszítette és több helyen lencsényi- fillérnyi területen genyes, zöldes színű és ellágyult. A csúcs kemény, alatta a tüdő szövete nagy terjedelemben besüppedt. Metszslapján a következő viszonyok tárnak elénk: a csúcs alatt 8 cm. átmérőjű, genyes, zöldes, bűzös, ezafatos szövettömegegél és friss vérvaladékkal kitöltött caverna foglal helyet. A caverna falzata részben ezafatos, ellágyult, részben pedig tömöttebb dudorokat tüntet fel, főképen a csúcsnak a hilus felé eső részletén. A felső lebeny megmaradt részlete tömött, teljesen légtelen és metszslapján a véreket és kitagult bronchusokat köpönyegszerűen fehérészürke, tömött szövet veszi körül. A közbeeső tüdőszövet kötőszövetesen indurált, palaszürke.

A caverna mediális szélét a főbronchus alkotja, melynek jelentékeny része teljesen szétésett, elpusztult, a caverna képzésében résztvevő szélé ezafatos, demarkált, elhalt porczdarabokat tartalmaz. A tüdő alsó lebenyében elszórvva még számos borsó- egész kisdiónyi üszkös gócz található, melyek némelyike már ezafatosan szétésett. A megmaradt tüdőszövet halvány, kevés levegővel kevert savót tartalmaz.

A hasüreg, a peritoneum, a máj, a lép ép. A kórbonczani diagnosit ezek alapján a bal főbronchusból kiinduló carcinoma primarium lobii sup. pulmonis sinistri, mely a szövet ichorosus beolvadása folytán férfikölnyi caverna képzésére vezetett. A tumor a bal pitvarba, valamint az arteria pulmonalisba tört át, a mi véres serofibrinosus szívburokgyuladást, illetőleg tüdőhaemorrhagiát eredményezett, mely mint közvetlen halál oka a fuladást okozta. A tumor mikroszkopi vizsgálata

igazolva a carcinoma diagnositát, ennek természetére nézve kimutatta, hogy közvetlen az arteria pulmonalis adventitiáján kifejezett basalsejt-typust mutató sejtekből álló keskeny, helyenként sejtűsabb solid kötegek láthatók, a melyek egymással különböző alakban összefonódnak, sőt elszórvva szabálytalan mirigyesevekhez hasonló structurát is utánoznak.

A sejtek hengeralakúak, illetőleg nem differenciált hengersejteknek (basalsejteknek) megfelelők.

Erősen festődő nagy maggal bírnak és csak mérsékelt nagyság- és alakbeli eltérést mutatnak. Mindenütt, hol kötegek alakjában jelennek meg, a kötőszöveti stromától élesen vannak elkülönítve, helyenként azonban egyes sejtek alakjában a stromában is feltalálhatók. A stroma nagyjára sejtsejzegény, rostos kötőszövet, a mely részben homogén hyalinkötegektől áthatott, főleg ott, hol a hámszejtek sejtűsabb kötegeket alkotnak. A metszetnek azon részén, a mely a daganat tüdő felőli részletének, vagyis az idősebb résznek felel meg, a hámkötegek fokozatos elhalást mutatnak, a sejtek rosszul, végül egyáltalán nem festődnek, sőt maga a stroma is teljesen elhalt. A daganat caverna felőli részének metszetein a hámkötegeknek egyes göczokban keletkező, avagy teljes elszarósodása konstatalható. A kötegek homogén sárga pikrinfestést mutatnak, e mellett azonban a sejtmagvak nagyjára kivehetők, haematoxyliinnel gyengén megfestődnek (parakeratosis).

Esetünk ezek alapján mint elsődleges (basalsejttypusú) hengerhámra a bronchiális hám hengersejtjeiből kiindult ráknak tekinthető, melyben a folyamat metastasisok képzése nélkül csakis a bal tüdőre és főleg annak felső lebenyére szorítkozik.

Második esetünk a következő:

A. J., 50 éves hivatalosolga, felvételt 1904. január 28-án. A kórelőzményből felemlítendő, hogy mint szolga gyakran meghűlt és ilyenkor a jobb mellkasban szúró fájdalmak voltak. Utóbb lázas lett és lélegzete is nehezebbé vált, mire 1903. decemberében jobboldali exsudatum pleuriticum tüneteivel véteztett fel először, mikor is 3500 cm³ tiszta sárga savó bocsáttatott ki jobb mellűrűből. Állapota azonban nem javult, lélegzése is nehezebbé, majd szaporábbá vált, lázai ismétlődtek. Ezenkívül igen heves fájdalmak keletkeztek a jobb lapocza alatt, mely fájdalmakat heves göresös köhögés követett, erős rázóhideg kíséretében. E miatt 1904. január 28-án másodsor véteztett fel.

Jelenállapot. A beteg lesóványodott, elgyengült, vérszegény. A mellkas erősen asymmetriás, a jobb mellkasfél tágult, a bordaközök elsimultak. A mellkasméreték jobboldalt a hónaljkiúp, a bimbó és a proc. xiphoides magasságában 1-2 1/2, 3 1/2 cm.-rel nagyobbak, mint baloldalt. A légzés felületes, főleg hasi jellegű, száma percenként 48. A jobb mellkasfél légzőskor erősen visszamarad.

Csúcslövés az V. bordaközben 3 harántujjal a bimbóvonalon kívül tapintható. A pulsus elég könnyen elnyomható, rhythmusos, száma percenként 108.

Jobboldalt a máj a bimbóvonalban 1 harántujnyira haladja meg a bordaívet és a jobb mellkasfél gyenge légzési kitéréseiből képest a légzést gyengén követi. A lép 2 harántujnyira haladja meg a bal bordaívet.

A mellkas physikai vizsgálata kimutatja, hogy a jobb csúcs felett elül a II. bordáig, hátul a tövis felett és alatt infiltratio van, mely felett érdes be- és hangos, megnyúlt kilézés hallható.

Ettől lefelé relaxált tüdő van elül a III. borda alsó széléig, hátul az interscapularis tér alsó harmadáig, ugyanitt hasonló érdes a légzés néhány középhályagú szörtyözrejtől kísérve. Ezután elül a IV. bordától, hátul az előbbi határtól lefelé abszolút tompulatot nyerünk, mely az exsudatum pleuriticum kétségtelen egyéb jeleit mutatja és mint ilyen hátulról a gerinceoszlopon két ujjal terjed át balra.

A bal tüdő felett eltérés nincs, a szívtempulat balra a csúcslövés helyéig ér, jobbra a tompulattal összefolyik. A léptompulat a III. bordán kezdődik és lefelé a XI.-ig terjed, előre a tapintható lép tompulatába folytatódik.

A vizeletben 1/20/00-nél több fehérje mutatható ki, kóros alakelemek nem találhatók.

A köpet bő, nyálkás, genyesszürkés, sárgászöld. Górcsó alatt sok genysejt és tömérdek coccus látható. Tuberculosis-bakterium és diplococcus nincs benne. A betegnek állandó hőingadozásai vannak 36.5 reggeli és 38.5 esti hőmérsék között.

Február 1-én a jobb mellkasfelől 1800 cm³ erősen haemorrhagikus izzadmány lett kibocsátva, melyben bőven volt nuclealbumin. A punctio után léghang csak az elülső IV. és a hátulsó VI. bordáig kapható, ettől lefelé tompa marad.

Február 7-én a jobb kulcsfont alatt és a III. bordaközben erősen dobos a kopogtatási hang, mely befelé a sternum jobb széle előtt már tompává lesz és mint ilyen a sternum bal széléig kissé meghaladja.

A sternum felett mindenütt tompa a kopogtatási hang és a tompulat a manubrium sternit mindkét oldalt egy harántujjal meghaladja. A jobb mellkason az elülső hónaljvonalban közvetlenül a bőr alatt babnyi, hosszúkás, nem fájdalmas mirigy van; két nagyobb mirigy a hónaljárkban is található. A mellkas bőrén erősen kifejezett venosus érhálózat látható. E tünetekhez esténként hőemelkedések járultak. A beteg sokat köhög.

Ily állapotban február 26-án reggel hirtelen szivgyengesség támad és a beteg pár másodperc alatt exítál.

A bonczolat eredményéből felemlítendő a következők: A beteg lesóványodott, a köztakaró igen halvány, az arcz kissé cyanotikus, a fülek és az ajkak szintén. A rekeszállás j. o. a VII. bordaköznek felel meg, a máj a

jobb bordaívet 10 cm.-rel meghaladja. A rekesz mély állását megmagyarázza a rekesz és a jobb tüdő basisa között levő eltolt 2400 cm³ vörhenyes tiszta savó. A jobb tüdő leválasztása nehéz, mert a felső lebeny a bordákhoz kérgesen odanőtt; a bal tüdő téphető szalagokkal hátulsó felében félig odanőtt.

A jobb tüdő a szivburokkal is össze van növe, a pericardium parietale jobb része megvastagodott és rajta gyermektenyérszerű területen kölesnyi egész gombostüfejni száraz, szürkésfehér, átlátszatlan, nagyrészt confláló gőböcskék vannak. Átmetszetük szürkésfehér, részben transparens, részben átlátszatlan. A jobb tüdő megvastagodott, parietalis pleurája kérges és állományában átlátszatlan szürkésfehér foltok és gőböcskék mutathatók ki.

A jobb tüdő a pleura pulmonális zsugorodása és vastagodása miatt deformált és megkisebbedett. A tüdőmetszésponton halványpiros alapszínben számtalan nagy, gombostüfejni egészen borsónyi, szürkésfehér, a metszésponton gyengén kiemelkedő, a közepén hólyagszerű gőcz van elhintve.

A jobb alsó lebeny diffuse alakult át szürkéspiros, kaparásra velőszerű tömeget őrítők alképletté, mely apró gőböcskék egybefolyásából származott.

A középső lebenyben helyenként még tüdőszövet látható. A felső lebenyben diónyi caverna, mely nyúlós masszával van kitöltve. Az elülső gátorban igen tömött nagy babnyi mirigy, melynek metszéspontja részben ellágyult, részben szürkésfehér, szemcsés; ehhez hasonlóak a pigmentált hörgőmirigyek is. A bal tüdő egészében finoman gőbes tapintatú. A felső lebenyben különösen a csücs felé nagyobb gümőkhoz hasonló szürkésfehér mintegy gombostüfejni gőböcskék, szintúgy az alsó lebenyben, itt ezenkívül egy bronchus szomszédságában cseresznyenagyságú, szürkésfehér, finoman szemcsés, mirigyos, a közepén besüppedt áttételi gőcz található. Az egész hashártya, úgy a fali, mint a zsigeri, és a cseplesz számtalan submiliaris és mákszemnél is kisebb szemcséktől érdes, helyenként a serosa igen vékony, sárgás, genyes, rostonyás hártával takart.

A lép megnagyobbodott, szintén számtalan miliáris gümöktől érdes. A máj normális, a ductus choledochus kísért nyirokmirigyek lencsényiek egész féldiányiak, a metszésponton a szürkésárga áttünő nyirokszövet mellett a niveauból kiemelkedő áttételi gőczok. A retroperitoneális mirigyek mind erősen duzzadtak, a metszéspontból velős-szürkés, vörös, kenhető kaparékot nyerünk. Nyomásra számos comedoszerű szürkésárga csapot és tejfelszerű nedvet őrít. A makroszkopikusan carcinomásnak felismert tüdőrészek göröcsövi vizsgálata kimutatta, hogy a tüdőmetszeten adenocarcinomára jellemző kép látható, a mennyiben hengerhámsejthez hasonló rendkívül nagy sejtekből álló sejtdús, atypusos hámkötegek láthatók, melyek nagyrészt atypusos mirigyecskéket utánoznak, de ezek mellett solid hámcsapok is nagy számmal vannak jelen.

A daganat rendkívül sejtdús, az interstitium igen kevés, elszórva kisebb elhalások találhatóak.

Helyenként a tüdőalveolusok hámsejtjeiket megtartották és ezen az alveoláris hám jelentékeny szaporodása és desquamatioja konstatalható.

Ugy a klinikai tünetek, mint a kórlefolyás, ellentétben első esetünkkel, daganat jelenlétére mutatott. A kimutatható és gyorsan szaporodó sanguinolens exsudatum, a mediastinum felett nyerhető tompulat, a mellkas bőrének tágult gyűjtőérhálózata, a mellkas bőre alatt tapintható és metastatikusan megbetegedett mirigy jelenléte mind csakis alképletre engedtek következtetni. Igaz ugyan, hogy a helyére vonatkozólag a mediastinum lett megjelölve, minthogy a kóros elváltozások főképp a mediastinális alképletek tünetesportjához tartoztak. A csapolás után is teljesen légtelenül maradó tüdő keltette fel annak gyanuját, hogy a tüdő is afficiálva van.

Ez összhangzó tünetek mellett az állandóan intermittáló és esti emelkedéseket mutató láz nem volt kellőleg magyarázható, főleg mert a jobb tüdőben kimutatott csücsfolyamat befejezettnek mutatkozott. A sectio azután megadta a felvilágosítást az acut miliáris tuberculosis képében, mely főleg a peritoneumra lokalizálódott.

Ha tekintetbe vesszük a beteg rohamos gyengülését, utóbb állandó lázait és szivgyengeségben történt exitusát, kétségtelenné válik, hogy a gyors lefolyást kizárólag, vagy legalább is főképpen a gümőkór hatásának tulajdoníthatjuk. A beteg korát, és a sectiokor észlelt lezajlott tuberculosis gőczot számba véve, az a kérdés merül fel: van-e összefüggés a rák és a tuberculosis folyamatai között?

E kérdésre nézve a vélemények igen eltérők. Míg Nossauer⁶ a legszélsőbb irányzatot képviseli az általa felállított antagonisticus elmélettel, addig mások, mint Mettershausen⁷, a carcinomát, különösen a carcinomás cachexiát találta praedisponálónak a tuberculosis kifejlődésére.

Ezzel ellentétben Löwenheim,⁸ Nägeli⁹ és mások a tuberculosis tekintik elsődlegesnek és a carcinomát másodlagosnak,

annál is inkább, mert tapasztalataik szerint a két folyamat gyakran található együtt. Ilyenek különösen a gyógyult tuberculosis cavernák falából kiinduló carcinomák, melyekről több ízben kimutatták, hogy a tuberculosis sarjszövet a carcinomás burjánzás előtt elpusztul és annak nem tud ellenállni.

Némelyek a cc. és tuberculosis találkozását csakis véletlennek és nem okozati összefüggésnek tekintik, minthogy az emberiségnek közel 1/3-a tuberculosis. Mindazonáltal az a tény, hogy a cc. gyakran cavernák falából indul ki, a két folyamat közötti összefüggést talán valószínűvé teszi. Ez összefüggés abban áll, hogy nem a tuberculosis sarjszövet, hanem a hegyszövet teszi tulajdonképpen a rák kiinduló pontját, mely mindenkor hajlamos rákos el-fajulásra. Minthogy pedig a tuberculosis általában a fiatalabb kor betegsége, míg a cc. az öreg koré, ha összefüggés van a két folyamat között, úgy ez is a mellett szól, hogy rendszeren az előbbi tekinthető elsődlegesnek. Hogy azonban néha a cc. is alkalmul szolgálhat acut tuberculosis kitörésére, kizárni nem lehet és mellette szól esetünk is, hol a lefolyt és kialudt tuberculosis gőczből a cc. növekedő cachexiájától elgyengített szervezetben acut miliáris gümőkór jött létre. Kórbonczatani szempontból esetünkben a rák a bronchiális mirigyekből kiindultnak tekinthető, mely főleg a jobb alsó lebenyre szorítkozik és a mediastinális, retroperitoneális, periportális mirigyeknek, valamint a májnak metastikus megbetegedését vonta maga után.

(Vége következik.)

A gelatina subcutan alkalmazása rák eseteiben.

Irta: *Hauer Ferencz* dr., műtőorvos.

Mindezekben elmondottam tárgyilagosan azon észleleteket, melyeket 40 eset kapcsán tettem. Mielőtt most egész tanulmányom végconclusioit is elmondanám, engedjék meg, hogy egészen röviden azzal a kérdéssel is foglalkozzam, hogy ezeket a hatásokokat a gelatina miképpen idézheti elő, miképpen befolyásolhatja a fent leirt irányban a carcinomát. Ez mindenesetre nehéz vállalkozás, tekintettel arra, hogy a betegség lényegét sem ismerjük még s bizonytalan, hogy a jövő a különböző elméletek közül, mint a parasitaer theoria, az elszórt csirák elmélete, vagy a szövetek versengésének suppositioja stb., melyeknek javára fogja eldönteni a harcot.

Ha mégis elmélkedünk a kérdésen, úgy talán a következő lehetőségeket kell számba venni:

a) A legegyszerűbb és legközelebb álló magyarázat az volna, hogy a gelatina csökkenti a cc. s beteg vérzéseit, s a beteg ezáltal megerősödve, több eredménnyel folytathatja a harcot a betegséggel. De ezt a felvételt azonnal el kell vetnünk. Először azért, mert kifejezett javulás mutatkozott oly esetekben is, a hol vérzés sohasem volt, például a XXVI. sz.-ban s még inkább azért, mert kifejezett gyógyulási tendenciát észleltünk oly esetben is, a hol a vérzés egy napra sem állott meg teljesen, pl. a XIX. sz. eset.

b) Egy pillanatra arra lehetne gondolni, hogy a gelatina mint albuminoid s így fehérjekímélő anyag a szervezet táplálkozását javítja. Ez sem állja meg helyét, mert egyrészt, különösen eleinte, ritkán kaptak a betegek injectiót, másrészt még gyakori alkalmazásakor is oly kevésnek mondható a mennyisége (4 gm. gelatina pro dósi), hogy számba sem jöhet.

c) Már inkább gondolkozóra ejt azon körülmény, hogy az injectiók után sokszor elég magas lázak keletkeznek, és mint említettük, de facto azon esetekben láttuk a legszebb javulásokat, a hol a láz bekövetkezett. Ha már most számba vesszük, hogy sokan a bűvárok közül azt állítják, hogy minden magasabb láz bir némi gyógyhatással a cc.-ra, és hogy Coley streptococcus-kezelése, Emmerich serumkezelése s egyéb gyógyeljárások is mind lázat provokálnak, ezen kérdésen egyszerűen átsiklani nem lehet.

De ha kórtörténeteinket átnézzük, azt látjuk, hogy voltak eseteink kifejezett javulással, a melyekben hőemelkedés alig, vagy egyáltalában nem következett be. Azonkívül tekintetbe kell venni, hogy azon esetekben is, a hol a láz bekövetkezett, ez aránylag nagyon rövid ideig, ritkán 36 órán túl, tartott és inkább csak

az első injectiók után következett be s így neki valami különös gyógyhatást tulajdonítani nem lehet.

d) Felmerülhet az a kérdés is, hogy a gelatina, mely állati szövetekből állítatik elő, nem tartalmaz-e valamely supponált rák-mikroba vagy ennek productumai ellen ható antitestet vagy antitoxint. Részemről egyénileg ezen felvételt valószínűtlennek tartom, habár teljes bizonyossággal kizárni nem lehet, de csak nehéz és körülményes vizsgálatok után lehetne érdemlegesen hozzászólni.

e) Egy praeparatum (a XVI.) a fenn részletezett gyógyulás stadiumában azt a képet mutatja, hogy a sok karyomitotikus alakot feltüntető, tehát élénken burjánzó cc.-s sejtek között felette dús fiatal kötőszövet keletkezett. Ezen tapasztalat arra enged gondolni, hogy talán a gelatina a kötőszövetet erősíti, ennek burjánzását segíti elő, a mi által a hámszövet abnormis növekedésében meggátoltatik s az egész cc. egy jobb indulatú alakká változik át. Ezt klinice támogatná azon egy esetben (XXVII.) tett észleletet, hogy a három hónap óta folyó gelatinakezelés után eszközölt próbaexcisionál a szövet sokkal keményebbnek, érdesebbnek tűnt fel.

Ezen kérdés is csupán a praeparatumok egész seriesével lehetne felderíteni.

f) Az utóbbi években nagy szerepet játszanak a cytolsinek és autolysinek, melyek, mint tudjuk, a legkülönbözőbb élettani és pathologiai ingerekre keletkeznek és fejtik ki változatos hatásukat. Épen nem tartom valószínűtlennek, hogy a rákos szervezetbe bevitt gelatina mint fermentanyag szerepel, mely ilyen cytolsiniket kelt életre, a melyek a cc. chemiai productumaira vagy talán magára a cc.-ra is bizonyos irányban hatnak.

Ez irányban semmi chemiai vagy biologiai vizsgálatot nem eszközölhetünk. De ezen suppositio megegyeznék azon tapasztalattal, hogy a gelatina némelykor kifejezetten nagy és erős hatást fejt ki a cc.-ra, máskor meg teljesen hatástalan. T. i. a priori valószínűnek kell tartani, hogy a cc. biochemiája nagyon különböző és hogy ugyanazon fermentum nem egyforma reactiót idéz elő. Másrészt talán útmutatást ad annak a magyarázatára is, hogy a metastasisokra, melyeknek talán más a pontosabb biochemiájuk mint a primaer laesionak és a melyek rendszeren már erősen alterált szervezetben fordulnak elő, miért nem hat klinikailag észlelhető módon. Talán ez magyarázná azon körülményt is, hogy némelykor nagyobb a bekövetkező láz s ez különösen a jól reagáló esetekben volt észlelhető, máskor meg majdnem teljesen kimarad. Az utóbbi esetekben talán nem keletkeznek vagy csak igen kis mennyiségben ezen cytolsinek.

g) Mindezen erőltetett és nehézkes magyarázatoknál sokkal egyszerűbb és egyúttal plausibilisabb az, melyet először Török Lajos magántanár adott s melynek lényege a következő:

Ha nem is tudjuk pontosan, hogy a gelatina miért és miképpen fokozza a vér megalvadó képességét, ezt nagyszámú tapasztalat alapján bebizonyítottnak tekinthetjük, ámbár ugyancsak nagyszámú szerző még kétségesnek tartja. (Irodalmi ismétlésekbe bocsátkozni nem akarván, e helyen Kálmán dr. fent említett cikkére hivatkozom.)

Igen valószínű már most, hogy a cc. legapróbb verőereiben, a hol a circulatio úgyis gyengébb, a fokozott alvadóképesség folytán thrombusok keletkeznek. Ezen thrombusok viszont a cc. táplálkozását csökkentik, a minek első következménye, hogy a már természetüknél fogva is csökkent vitalitással bíró cc. sejtek, mint a tumor esékényebb részei, elpusztulnak, vagy legalább is szaporodásukban erősen korlátoztatnak.

Természetesen ennek igen egyszerű bizonyítása volna, ha a kórszöveti praeparatumokban ezen thrombotizált arteriákat meg lehetne találni. Eddigi kevés kórszöveti vizsgálatunk ez irányú felvilágosítást nem nyújt, de a jövőben ezen körülményre figyelmünket fokozottan fogjuk irányítani.

Klinikailag az észlelt tüneteket ezen teoriával nagyon szépen meg lehet magyarázni, mert a supponált nekrobiosis megmagyarázza a csökkent váladéktermelést, a csökkent büzt s a kisebbedett fájdalmasságot, továbbá és első sorban a vérzések megszűnését s azon említett tényt, hogy jól reagáló esetekben a rákos szövet miért halványul el, s miért oly tiszta. Nem magyarázza meg azonban, hogy miért nem hat a metastasisokra.

* * *

Az eddigiekben igyekeztem elmondani, hogy mint a gyakorlat embere, milyen tapasztalatokat tettem egy gyógyszer alkalmazásával és minden tudományos praetensio nélkül elmondottam, hogy milyen magyarázatokra gondoltam kísérleteim folyamán. Magam elé tűzött feladatomban kereteim túl lépnek, ha több teoriába bocsátkoznám s azért visszatérve a practikus szempont által megjelölt álláspontra, engedjek meg, hogy röviden összefoglaljam tanulmányom végconclusioit:

1. A gelatina az esetek túlnyomó részében lényegesen csökkenti vagy meg is szünteti a rákos vérzéseket.

2. Lényegesen csökkenti a cc.-s váladékot és jelentékenyen kisebbiti a cc.-s büzt.

3. Tetemesen kisebbiti a betegek fájdalmait.

4. A legtöbb esetben a betegek testsúlyának gyarapodására, cachexiás állapotuk javulására és közérzetük emelkedésére vezet.

5. Mint nem minden esetben várható, de remélhető eredmény konstatalható, hogy a primaer carcinoma némely esetben kisebbedik, sőt klinice a gyógyulás képét nyújtja gelatinakezelésre.

Ha az utóbbtól el is tekintünk, azt hiszem bátran állíthatom, hogy a gelatina által oly szer birtokába jutottunk, mely a ráknak legtöbb és legkeserveesebb tünetét enyhíteni tudja. Ha másrészt figyelembe vesszük, hogy ezen tünetek ellen eddig-élé úgyszólván semmiféle hatásos gyógyeljárás sem állott rendelkezésünkre és hogy ezen nyomorult betegek, a kik teljesen sorukra hagyva, legfeljebb egy kis morphiumkábulatba hozva önmaguknak, családjuknak, sőt az egész társadalomnak csak terhére voltak, a kezelőorvosnak pedig a kínos tehetetlenség miatt csak fájdalmas gondot okoztak, úgy nem szerénytelen azon reményem, hogy a mélyen tisztelt kartárs urak örömmel fogják felkarolni ezen eljárást, mely az eddigieknél legalább is jobb palliativum s a rák-kezelésnek sok nehézségén fog átsegíteni.

De ennél még többet is lehet remélni.

A néhány esetben tett tapasztalat arra indít, hogy különösen a nagyobb osztályok és klinikák mélyen tisztelt vezetőit arra kérjem, hogy ezen eljárást ne csak tisztán mint palliativumot kíséreljék meg, hanem alkalmazzák az operabilitás határán álló azon esetekben is, a hol a műtét sem tekinthető másnak, mint exact kísérletnek; sőt talán nem leikiismeretlenség, ha egy csak némi eredménnyel is kecsegtető gyógyeljárás érdekében arra kérem, hogy néhány olyan esetben is kíséreljék meg, mely egészen friss és operabilis, a melyben azonban a betegség székhelyénél fogva pontosan lehet a terjedését ellenőrizni s így a gelatina kezelés netáni eredménytelensége után néhány héttel az operatio a beteg nagyobb kára nélkül még mindig jól végezhető. Ilyenekül ajánlanám első sorban az arcz epitheliomáit, másodsorban a mamma kemény tumorait, harmadszor az alajk friss carcinomáit.

Mert csak az ilyen esetek észlelése és kezelése fogja véglegesen eldönteni, hogy a gelatina a carcinomának igazi gyógyszerül is tekinthető-e vagy csak jó palliativuma, a mit máris bebizonyítottnak tekintek.

A kórtörténeteket az alábbiakban közlöm, helyszüke miatt azonban csak kivonatossan.

I. Sz. N.-né, 50 éves. 2 éve beteg. St. pr. 1905 január végén: Közepesen táplált és vérszegény beteg. Nagy carciolszerű kifeléyesedett cc. a portión. Rákos beszűrődés majdnem az introitusig és mindkét parametriumban. Folytonos nagy vérzés. Belsőleg ergotin, stypticin stb., helyileg adrenalin, ferr. sesquichlor.-tamponade, február 8.-án paquelin, teljesen hatástalan. Márczius 24.-én 40 gm. gelatina. Márczius 25. r. 39-5, e. 38-1. A vérzés teljesen megszűnt. Márczius 26. láztalan, április 8.-ától 10.-éig kis véres szivárgás. Junius 5.-étől 6.-áig közepes vérzés. Azóta a vérzés sohasem ismétlődött meg. Április végéig a beteg erőbeli állapota is szépen javult. Innen kezdve állandóan hanyatlik, augusztus 6.-án exitus.

II. U. I., 82 éves hajadon. 1 év óta koronként vérzik. 1904 augusztus havában a kórához képest jól táplált betegnek teljesen mozgatható méhtestében kisökölnyi daganat mutatható ki. Erős büzös folyás. A teljes kiirtásba nem egyezik bele. 1905 júliustól kezdve a vérzés gyakoribb, a beteget nagyon kimeríti. Novemberben két ízben 40 gm. gelatina. Innen február elejéig a vérzés nem ismétlődik. A beteg erőbeli állapota javul, újra felkel. A büzös folyás megszűnik. Februárban újra jelentkeznek a vérzések; márczius elején exitus.

III. N. N.-né, 44 éves. Másfél év óta beteg. 5 partus. 1902 decemberében teljes méhkiirtás. 1905 nyarán jelentkeznek az első recidívás tünetek. Októberben a boltozatban 5 cm.-nyi kifeléyesedett lapos daganat, a Douglas-ürben galambtojásnyi daganat. A vérzések mérsékeltek, de gyakoriak. 1906 februárban erős vérzések, melyek a beteget

az ágyba döntik. A szokásos vérzés elleni eljárások hatástalanok. Március 12. 40 gm. gelatina, aznap este 38.80, Március 13. r. 38.2, e. 37.5. E naptól kezdve teljesen lázalan és a vérzés szünetel. Az étvágy visszatér s 2-3 hét alatt erőbeli állapota annyira javul, hogy ismét kijárhat. Arcszíne pirosodik, fájdalmai nincsenek. Junius végéig ezen állapot változatlan, valamint a helyi tünetek sem mutatnak előrehaladást. Junius végén vérzik újra először. Két izben 40 gm. gelatina, mire a vérzések július végéig i-mét elmaradnak. Ekkor a beteg fogyni kezd, a fornixban levő fekélyes daganat teljesen változatlan, a Douglas-fülből levő férfököllyi. Augusztus elején véres vizelés és incontinentia. A beteg három hetenként kap gelatina-injectiót, mire a vérzés csökken. Szeptember elején a medencebeli daganat kétököllyi, a boltozati fekély változatlan. Október elejétől kezdve a cachexia folyton súlyosodik. Fistula recto-cysto-vaginalis. November végén exitus.

IV. B. I.-né, 50 éves. Kiterjedt cc. portiois. 5 év óta beteg, az utolsó három hónapban folyton vérzik. 1906 augusztusban két izben 40 gm. gelatina. A beteg felette hitvány állapotban van. Az injectiók után a vérzés megszűnik s a december elején bekövetkezett haláláig nem ismétlődik.

V. (Dolog-kórház.) K. M.-né, cc. portiois. Április 23. 40 gm. gelatina. A beteg harmadnap elutazott, további értesülések hiányzanak.

VI. (Dolog-kórház.) B. I.-né. Kiterjedt cc. portiois. Április 23.-án 40 gm. gelatina. Április 26.-áig a vérzések nem szűnnek meg. A hőemelkedés az első napon 37.6 volt. A beteg eltávozott, nem volt tovább észlelhető.

VII. Sz. A.-né, 44 éves, 7 hónap óta állandóan vérzik s fájdalmai vannak. Május 26. St. pr. Anaemiás, lefogyott beteg. Ts. 48.700. A portio hátulsó felületén, a vagina hátulsó falán és a boltozatra áttérjedően a végbelt egészen szeszorító, mintegy gyermekenyérnyi, sokszorosan kifekélyesedett erősen bűzös cc. A méh rendes helyzetben rögzített, mindkét parametrium beszűrődött, folyton vérzik. Ezen napon 40 gm. gelatina. A vérzés egy napra megszűnik, aztán újra jelentkezik, közben oly erősen, hogy tamponálás szükséges. Május 31. 40 gm. gelatina. A vérzés tovább tart. Junius 6. A vérzés megszűnik. Junius 11. 40 gm. gelatina, vérzés nincsen. Junius 22. A vérzés állandóan szünetel. Ts.: 48.000. Julius 5. A vérzés állandóan szünetel. Tükri lelet: A kifekélyesedett carcinomás fekély helyén a portio a hátulsó vaginafallal összekapaszkodó heges tömeget alkot. Az átmeneti hajlásban 2 cm. hosszú és 2 mm. széles, tiszta, piros, sarjadzó, hámnélküli csik. A végbél az ujjal átjárható. A vaginából kevés tejfelszerű, alig bűzös váladék ürül. A beteg közérzete teljesen kielégítő. arcszíne jobb. Julius 8. 40 gm. gelatina. Julius 11. Ts. 49.485. Julius 15.-étől 18.-áig csekély vérzés. Julius 23. 40 gm. gelatina. Augusztus 5. 40 gm. gelatina. Julius 28.-ától 11.-éig állandóan vértett. Augusztus 16. 40 gm. gelatina, vérzés nincs. Augusztus 26. Ts. 51.800. Augusztus 28. A beteg közérzete kitűnő, a fájdalmak ritkán jelentkeznek, mersékelték. A portio elülső ajkát teljesen behámosodottnak találjuk. A hátulsó ajkon koronányi kiterjedésében néhány piros, puha, elődomborodó gőb. Augusztus 29. 40 gm. gelatina. Szeptember 6. Ts. 52.100. Szeptember 10. 40 gm. gelatina. A közepes véres szivárgás még tart. Szeptember 15. 40 gm. gelatina. Szeptember 20. A véres szivárgás az utolsó napokban sem engedett. Az augusztus 28.-án látott gőbesék főleg a hátulsó ajak méhszáji peremén látszanak, számuk 4-5. Közöttük csak egy nagyobb, a méhszáj jobb oldali zugában. Ezt histológiai vizsgálat czéljából a curette-tel kiemelik. A vérzés is láthatólag innen s a méh belsejéből jön. Szeptember 21. Profus vérzés, tampon. Szeptember 26. A vérzés csökken. A beteg a kórházban tovább nem tartható, vidékre utazik. November végén levélben értesít, hogy odahaza két napon át volt vérzése, különben nem.

VIII. (Szt. István-kórház.) Cs. Gy. 60 éves. 1 1/2 év óta beteg. Diagnosis: cc. ventriculi. Május 29.-én és június 6.-án kap egy-egy 40 grammos gelatina-injectiót, minden kimutatható eredmény nélkül. Junius 10.-én áttették a sebészeti osztályra, a hol hirtelen halt meg.

IX. (Szt. István-kórház.) J. J., 40 éves. 7 hónapja beteg. A bal pofa belfelületén kiterjedt cc. Az áll alatt 3-4 kemény, diónyi mirigy. Ts. 50.150. Junius 10., 18. és 29.-én 40 gm. gelatinát kap. A szájbűz teljesen megszűnik. Az állalatti mirigyek némileg kisebbedtek. Maga a cc. sem haladást, sem visszafejlődést nem mutat. Julius 6.-án saját kívánságára elbocsátották. Távozásakor testsúlya 50.700.

X. (Szt. István-kórház.) P. K., 45 éves. Kiterjedt cc. buccae recidivans. A beteg súlyos cachexiás állapotban van, állandóan lázas. Junius 10., 17. és július 4.-én kap gelatina-injectiót. Semmiféle reactiót sem mutat. A kezelés alatt egy kilót fogy. A kezelést beszüntetjük. Augusztusban exitus.

XI. (Szt. István-kórház.) P. M.-né, 61 éves. 1 év óta beteg. A homlok bal felén 9x8 cm. nagyságú, dudoros, kifekélyesedett, erősen bűzös cc. Junius 7. és 18.-án 40 gm. gelatina. A fekély feltisztult, a váladék kevés, bűz nincs. Junius 29. 40 gm. gelatina. A nagy carcinoma körül disseminált gőbesék hegesen begyógyultak. A cc. nem terjedt. Julius 12. és 15.-én gelatina-injectio. A cc. a széleken terjed. Augusztus 5. 40 gm. gelatina, a cc. terjed, a váladék ismét bűzös. Augusztus 9.-én a beteg a kórházat elhagyja.

XII. G. M.-né, 55 éves. 8 év óta beteg. Kiterjedt cc. a bal emlőben. A beteg teljesen leromlott erőbeli állapotban 1906 áprilisban kap két izben 40 gm. gelatinát minden kimutatható hatás nélkül. A kezelést beszüntetjük; júliusban exitus.

XIII. (Szt. István-kórház.) Gy. J., 56 éves. 1/2 év óta beteg. A bal pofa nyálkahártyáján krajczárnyi, kifekélyesedett cc. A bal trigonum carotideumban jókora férfököllyi, felszínén 7x5 cm. nagyságú, krátereszerű fekélyt mutat, az alapjához erősen rögzített daganat. Julius 4.,

15. és 25.-én 40 gm. gelatina minden kimutatható hatás nélkül. A beteg saját kívánságára távozik.

XIV. (Szt. István-kórház.) Sz. I.-né, 62 éves. 1 év óta beteg. Erősen bűzös, kiterjedt, inoperabilis portio-cc. Julius 19., 27. és augusztus 2.-án 40 gm. gelatina. A vérzés csökken. A beteg a kórházi ételt nem bírja, folytonos hányásingere van, miért is augusztus 5.-én távozik.

XV. (Szt. István-kórház.) L. J., 40 éves. 1 év óta beteg. Kiterjedt cc. a jobb fülkagylón. Ts. 47.560. Julius 20., augusztus 5., 11., szeptember 2. és 15.-én 40 gm. gelatina. A cc. ezen idő alatt lassan halad. Szeptember 30.-án saját kívánságára elbocsátjuk. Ts. 48.230.

XVI. (Szt. István-kórház.) J. M.-né, 45 éves, fél éve folyton vérzik, nagy fájdalmai vannak. 7 partus. St. pr. A portió teljesen elfoglaló, a hüvelyre minden irányban ráterjedő, 8 cm. átmérőjű, sokszorosan kifekélyesedett, erősen bűzös cc. A méh rögzített, a parametriumok beszűrődöttek. Julius 23. 40 gm. gelatina, mire a vérzés teljesen megszűnik. Julius 31. és augusztus 8.-án 40 gm. gelatina. Augusztus 19.-20.-án kevés darabos vérzés. Augusztus 21.-én 40 gm. gelatina, mire a vérzés teljesen megszűnik. Augusztus 28. A vérzés állandóan szünetel, a portio hátulsó ajkán még a vagina hátulsó falára is áttérjedő, mintegy 4-5 centimeter átmérőjű, kifekélyesedett terület látható, mely azonban tiszta, nem lepedékes, nem ezafatos. Az elülső ajkon kifekélyesedett rákos rész már nem látható, hanem egy jókora lencsényi behúzódnó heg, s egy jókora bábnyi, tiszta niveauban levő sarjfelület, melynek szélein a befelé nőző hámcsapok mint fehéres gyűrű látszanak. A parametriális beszűrődés kissé puhább, nagyjában változatlan. Augusztus 29. 40 gm. gelatina. Szeptember 10. A felső ajkon ráknak nyoma sincs, tükkorsima hámmal borított. A hátulsó ajkon 2x1/2 cm. nagyságú sima sarjfelület, körülben ez is s a vagina fala is teljesen behámosodott. A beteg újra vérzik. Szeptember 12.-én saját kívánságára elbocsátjuk.

XVII. K. J.-né, 34 éves. 1/2 év óta vérzik és fájdalmai vannak. St. pr. Az erősen lefogyott s anaemiás beteg méhe rendes helyzetben rögzített. A portio narancsmekkoraságú, sokszorosan kifekélyesedett, erősen bűzös váladékot termelő cc. Ts. 48.500. Augusztus 6., 13., 22., 29. és szeptember 5.-én 40 gm. gelatina; a vérzés állandóan szünetel. A fekély kisebbedett, a bűzös folyás megszűnt, fájdalom alig van. Ts. 49.500. Szeptember 2., 18. és 26.-án 40 gm. gelatina. A vérzés állandóan szünetel, az állapot teljesen kielégítő. A fekély újra kisebbedést mutat. Minden injectio után 30.000-nyi hőemelkedés. Október 2. és 9.-én 40 gm. gelatina. Ts. 50.000. Október 14. 40 gm. gelatina. Október 17. Fájdalmak jelentkeznek, aspirin-morphium-porok. Október 19. Profus vérzés. Tampon. Október 22. és 25. 40 gm. gelatina. A vérzés újra megszűnt, a fájdalmak engedtek, a méh kissé megnagyobbodott. November 27. A beteg ezen időt vidéken töltötte, hol egy izben erős vérzése volt. A fájdalmak gyakoriabbak, aspirin-morphium-porok. December 5. és 14. 40 gm. gelatina. Két napig volt közepes vérzése. Január 3. és 12. 40 gm. gelatina. A vérzés állandóan szünetel, a fájdalmak fennállnak. A cc.-ás fekély kissé nagyobbodott.

XVIII. B. I.-né, 54 éves. 2 év óta beteg, a mikor fibromyoma uteri miatt supravaginális amputatio uteri végeztek rajta közkórházban. Néhány hónappal utána felette vérzékeny és fájdalmas sarkoma fejlődött a portio csomkján. 1906 augusztustól december végéig átlagosan egy heti időközben összesen 12 gelatina-injectiót kapott. A vérzések ezekre teljesen megszűntek; helyi javulást nem lehetett kimutatni, de a folyamat december elejéig megállani látszott. Innen kezdve rohamosan rosszabbodik az állapot, 1907 január végén exitus.

XIX. (Szt. István-kórház.) Sz. I.-né, 40 éves, 6 hónap óta beteg. Az erősen anaemiás beteg portioja gyermekököllyi s az egész felület boritva van bűzös, kraterszerű fekélyekkel, melyek a hüvely falával minden irányban összekapaszkodnak. A parametriumok beszűrődöttek.

Augusztus 29., szeptember 2., 10., 15., 21. és 28.-án 40 gm. gelatina. A vérzés az egész idő alatt alig 1-2 napra szűnt meg. Az injectiók után a legmagasabb hőemelkedés 37.40. A fájdalmak tűrhetők. Október 1.-én a méh külső szájadékának megfelelően harántirányú, 1 1/2 cm. széles, 2 cm.-re bemélyedő, rendetlen, bolyhos daganat-szövvettel bélelt, de teljesen tiszta, váladékmentes, semmiféle szagot sem mutató anyaghiány áll fenn. A portio ajkai teljesen simák, teljesen behámosodott terület benyomását keltik. A parametriális beszűrődés változatlan. Október 6. és 11.-én 40 gm. gelatina. A vérzés 1-2 napos megszakításokkal állandóan tart. A beteg október 20.-án saját kívánságára távozik.

XX. H. I.-né, 50 éves. 2 év óta beteg; a gyomortáján jókora ökölyi dudoros daganat, sok véres hányadék. Augusztus 31., szeptember 6., 13. és 19.-én 40 gm. gelatina. A beteg már a kezelés kezdetekor felette súlyos állapotban van, lábai vizenyősek. A vérhányás csak 1-2 napra marad el. Szeptember 28.-án exitus.

XXI. (Szt. István-kórház.) E. J.-né, 56 éves. Kiterjedt inoperabilis portio-cc. hólyagsipolyiál. Szeptember 2. és 15.-én 40 gm. gelatina. Objectív elváltozások nem következtek be; szeptember 16.-én saját kívánságára elbocsátották.

XXII. (Szt. István-kórház.) K. M., 42 éves hajadon. 1 év óta fogy és vérzik. St. pr. A portio felső ajkán a vaginára áttérjedő, mintegy 6 cm. átmérőjű, kifekélyesedett, erősen bűzös cc. A parametriumok beszűrődöttek. Szeptember 5. és 10.-én 40 gm. gelatina, a vérzés megszűnik. Szeptember 17., 24., 30. és október 15.-én 40 gm. gelatina. Közben vérzések kis mértékben. A közérzet igen jó, fájdalmak alig vannak. Október 23. 40 gm. gelatina. Október 25. A vagina és a portio mindkét ajka teljesen sima, behámosodott felület képét nyújtja, a külső méhszáj 1 1/2 cm. hosszú, 4 mm. széles, 1 cm. mély, kissé lepedékes daganat-szövvettel bélelt bemélyedést alkot. Október 30., november 21., december 4. és 1907 január 10.-én 40 gm. gelatina. Ezen idő alatt a vérzések

állandóan ritkák és mérsékeltek. A cc. a portio felső ajkán ismét némi terjedést mutat.

XXIII. (Poliklinika). P. I., 57 éves férfi. 2 éve beteg. A nyak mindkét oldalára kiterjedő, közel két emberfejnyi sarkoma. A beteg a kezelés kezdetekor már in ultimis. Szeptember 16., 22. és 29.-én 40 gm. gelatina, objectiv elváltozás nem mutatkozik, október 2.-án exitus.

XXIV. W. I., 48 éves férfi. 9 hónapja beteg. A jobb lágycéktáján daganata támadt, melyet kétszer kiirtottak. St. pr. Szeptember elején: A jobb lágycéktáján 19 × 10 × 5 cm. nagyságú, a mélységgel erősen összekapaszkodott sarkoma. Szeptember 28., október 2., 8., 14., 20., 24., 30. és november 5. én 40 gm. gelatina. A beteg a kezelés első heteiben 1 kilót hízott. A daganat folyton nagyobbodott. Az utolsó két héten arrodált nagyobb erekből erős vérzések, melyek a különben is legyengült beteget hirtelenül kimerítik. November 12.-én exitus.

XXV. (Szt. István-kórház). I. K.-né, 40 éves. Inoperabilis méhrák. 1906 szeptemberben 1 gelatina-injectio, de a beteg a kórházat másnap elhagyta.

XXVI. (Poliklinika). B. O., 54 éves férfi. 5 hónapja beteg. St. pr. A jobb mandula helyén a garatívet erősen balra toló, a középvonalon túlterjedő, majdnem férfőköllyű, a környezettel erősen összekapaszkodó, spontán fájdalmas daganat, mely majdnem a lágyszájpadlásig terjed fel. A daganat s a pofa belfelülete között levő vonalszerű bemélyedésben két egymás mögött álló, hosszúkás, egyenként 12—14 mm. hosszú és 4—5 mm. széles, szürkés lepedékkel fedett, mintegy 3 mm. mély, kissé jelhánt szélű, rendetlen alakú fekély. A jobb állszöglet alatt tyúktöjásnyi mirigy. A beteg fogcsorait egymástól alig 1 cm.-nyire tudja távolítani. Testsúly 58-700. Szeptember 16., 22., 29., október 5., 9. és 17.-én 40 gm. gelatina. A beteg fogcsorait bőven 2 cm.-re tudja távolítani. Az említett két fekély közül az alsó teljesen behámosodott, a felső 5 mm. átmérőjű, de alapját szennyes lepedék helyett tiszta rózsaszínű sarjszövetnek létesző szövet borítja. A szájban levő daganat nagysága változatlan. Testsúly: 59-870 k. Október 23., 26., 31., november 5. és 10.-én 40 gm. gelatina. A közérzet jó, a nyelés könnyebb. A szájban levő daganat kissé nagyobbodott. Ts. 60-500 k. November 16., 25., december 3., 9. és 14.-én 40 gm. gelatina. Ts. 63-400 k. A szájban levő daganat és fekély változatlan, az állalatti mirigy felfakadt, belőle véres savó szivárog. December 20., 27., 1907 január 2. és 8.-án 40 gm. gelatina. Ts. 64-000. Kitérő közérzet, az állalatti mirigy kissé nagyobbodott, a szájüreg daganata változatlan.

XXVII. (Szt. István-kórház). O. J.-né, 55 éves. 2 1/2 éve beteg. Közepesen cachexiás. A portio mindkét ajkára kiterjedő, a vagina falával helyenként összekapaszkodó, 7 cm. átmérőjű, kifehélyesedett, erősen vérzékeny cc. A cervix körül beszűrődés. Ts. 49-830. Október 13., 21. és 29.-én 40 gm. gelatina. Vérzés nincs. Ts. 48-250. Gyakran szenved szívdobogásban. A portión levő fekély átmérője mintegy 5 cm.-nyi. Az egész rákos tömeg tiszta, nem lepedékes s a vagina felé sima, behámosodott gyűrű övezi. Bűzös folyás alig van. November 12., 21. és december 4.-én 40 gm. gelatina. Ts. 51-370. Vérzés nincs. A közérzet jó. December 13., 20., 28. és 1907 január 7.-én 40 gm. gelatina. Ts. 51-930. Az egész idő alatt egyszer volt két napig tartó vérzése. A portión levő rák átmérője alig 3 cm., nem elődudorodó, hanem sima, majdnem sarjszövet benyomását tevő. Próbakimetszések ezen szövet keményebbnek tűnik fel, a curette alatt serezeg.

XXVIII. (Szt. István-kórház). Sz. Gy.-né, 47 éves. 4 hónap óta beteg, erősen lefogyott és nagy fokban cachexiás. A portión koronányi, karfiolszerű, kifehélyesedett, erősen bűzös és vérzékeny cc. A cervix körül beszűrődés. Ts. 45-570. Október 2., 8., 15., 21. és 26.-án 40 gm. gelatina. Az egész idő alatt a vérzés szünetel, csak két napig volt közepes mértékben. A fekély kisebb, tiszta, jobb oldalán sarlóalakú hámos csik borítja. November 2., 12. és 21.-én 40 gm. gelatina. Vérzés nincs, kitérő közérzet. Ts. 47-500. December 1., 13., 20., 28. és 1907 január 7.-én 40 gm. gelatina. Ts. 48-950. A vérzés állandóan szünetel, a közérzet kitérő, fájdalmak ritkán jelentkeznek, helybelileg további javulás nem mutatkozik.

XXIX. (Szt. István-kórház). M. S.-né, 56 éves. 1/2 év óta beteg. A méh megnagyobbodott és rögzített. A portión és a vagina falán elszórtan számos egész lenesényi, részben kifehélyesedett göbcső. Ts. 47-540. Október 17., 25., november 2., 12., 21., december 1., 12., 20., 28. és 1907. január 7.-én 40 gm. gelatina. Ts. 48-750. Vérzés az egész idő alatt nem volt. A fájdalmak alig engedtek. Helybelileg javulás nem mutatható ki.

XXX. R. L., fél éve beteg. Az erősen lefogyott betegen kiterjedt cc. buccae van jelen. Október 14., 20., 26., november 2., 8., 14., 20., 26., december 2., 11. és 21.-én 40 gm. gelatina. Úgy az általános mint a helyi tünetek állandóan rosszabbodnak, csupán a fájdalmak engedtek lényegesen a kezelés folyamán. 1907 január 10.-én exitus.

XXXI. K. K., 41 éves. Egy év óta beteg. 1906. szeptemberben közkórházban exstirpatio cc. buccae. Október közepén recidiva a pofa belfelületén. Október 19., 24., 30., november 9., 15., 21., 27., december 3., 13., 20. és 1907 január 3.-án 40 gm. gelatina. Egészen december közepéig a folyamat igen lassan haladt és feltűnő kevés váladékot termelt, melynek úgyszólván semmi bűze sem volt. Ettől kezdve gyorsabban terjed, az arczon karfiolszerű daganat támad. A fájdalmak most is mérsékeltek, de a váladék több és bűzös.

XXXII. T. N.-né, 46 éves. Cc. mammae recidivans. Szeptember 27. 40 gm. gelatina. A beteg vidékre távozik, további sorsáról nem értesültünk.

XXXIII. (Szt. István-kórház.) K. S.-né. Egy év óta vérzik és bűzös folyása van. Két hét óta vizelete csurog. Kiterjedt portio-cc. gyermekfejnyi daganattal a medencében. Október 22., 29., november 12., 21., és

december 1.-én 40 gm. gelatina. A kezelés alatt a vérzés teljesen megszűnt, de helybeli javulás nem volt észlelhető. December 10.-én a beteg hirtelen collabál, december 11.-én exitus.

XXXIV. (Szt. István-kórház.) Sz. M.-né, 49 éves. Három hónapja beteg. St. pr. Narancsmekkoraságú, kifehélyesedett, karfiolszerű, erősen bűzös daganat a portión. A parametriumok beszűrődtek. A testsúly 66-920. Október 22., 26., és november 2.-án 40 gm. gelatina. A vérzés közepes mennyiségben majdnem állandó. A testsúly 68-350. November 11., 21. és december 1.-én 40 gm. gelatina. Ezen idő alatt vérzés nem volt, a bűzös folyás megszűnt. December 12., 29., 27. és 1907 január 7.-én 40 gm. gelatina. A vérzések közepes mennyiségben újra jelentkeztek. A beteg erőbeli állapota gyengült. A testsúly 63-100. A daganat nagysága változatlan, de szélein mindenütt 1—2 cm. széles hámszerű sima boríték húzódik rá.

XXXV. K. I., 60 éves férfi. Hét hónapja beteg. St. pr. A lágyszájpad jobb oldalán babnyi, elég tiszta fekély. A nyelvgyökön és a nyelv jobb felén jókora diónyi daganat. A szájfenék és a jobboldali állalatti mirigyek erősen beszűrődtek. November 9., 15., 21., 27., december 3., 15., 21., 31., 1907 január 7., 14.-én 40 gm. gelatina. A fekély kisebbedik, a daganat az egész idő alatt nem nagyobbodik, a szájfenék beszűrődése, valamint a mirigybeszűremkedés kifejezetten csökken. A fájdalom és a testsúly változatlan. Megjegyzendő, hogy a beteg párhuzamos Röntgen-kezelés alatt áll.

XXXVI. V. A., 50 éves férfi. Inoperabilis cc. buccae. November folyamán négy ízben egy heti időközökben 40 gm. gelatina. A folyamat változatlanul tovább terjed. Általános javulás sem igen észlelhető. A beteg vidékre távozik, további sorsáról nem értesültünk.

XXXVII. (Szt. István-kórház). K. I.-né, 47 éves. Néhány hónapja beteg. Kis almányi kifehélyesedett cc. a portión. November 29., december 4. és 13.-án 40 gm. gelatina. A vérzések a kezelés ideje alatt nem szűnnek meg teljesen, de nagyon mérsékeltek. A beteget saját kívánására elbocsátják.

XXXVIII. (Szt. István-kórház). B. L.-né, 49 éves. Egy éve beteg. Az erősen cachexiás betegen inoperabilis cc. portionis uteri mutatható ki. November 13., 21., december 1., 13., 27. és 1907 január 7.-én 40 gm. gelatina. A vérzések nem szűnnek meg, a nagyon lehangolt beteg általános állapota is folytonosan rosszabbodik.

XXXIX. (Szt. István-kórház). S. I.-né, 52 éves. Két év előtt Bécsben emlíkiirtást végeztek rajta. Jelenleg kiterjedt recidiva, a kar óriási vizegyűjével. November és december folyamán 10 napi időközökben öt ízben 40 gm. gelatina. Sem heíyi, sem általános reactio nem mutatható ki.

XL. M. M.-né, 50 éves. Cc. mammae recidivans. A beteg már teljesen reménytelen állapotban kap 1907 január 6.-án gelatina-injectiót. Néhány nap múlva meghal.

T Á R C Z A.

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

(Folytatás.)

A legutóbbi évek járványtani tapasztalataiból kitűnt, hogy a pestis terjedése ellen való védekezés nem állhat meg a személy-podgyász fertőtlenítésénél, a velencei (s még előbb a drezdai) egyezmény által előírt hajófenékvíz fertőtlenítésénél s az ivóvíz kicserélésénél. Sőt az ivóvíz kicserélése, mely a cholera elleni védekezésben nagy fontosságú lehet, a pestis elleni védekezésben szerepét sem játszik. Míg ugyanis az ivóvíz gyakori terjesztője a cholera-nak, a pestis terjedése szempontjából a hajó víztartói nem veszélyesek, mert a pestisbacillusok a vízben alig tenyésznek, hamar elpusztulnak benne s a pestist a legritkább esetben visszük vízivás által testünkbe.

A pestis legtöbbszőr a bőrön át jut a szervezetbe. Vagy magunk dorszöljük a pestis bacillusait fertőzött kezünkkel bőrünkbe, vagy pedig a bőr elősdi állatjai útján (bolhák, poloskák, legyek esetleg szunyogok csípése által) jut a pestis bacillusa az ember testébe. Hajókon a bolhák és poloskák nem ismeretlen vendégek. Tenyésznek bőven a fedélköz szemetjében, a hajólegénység hálófülkéiben s a hajókon tartózkodó többé-kevésbé nagyszámú patkányon.

Bebizonyított dolog, hogy a pestisfertőzésre legfogékonyabb állat a patkány. A hajókon előforduló pestismegbetegedések esetén igen gyakran található a hajón pestises patkányok és patkányhullák. Ismételtlen találtak oly helységekből, a melyekben pestises megbetegedés történt, az ágy alatt vagy a helyiség valamely rejtett helyén pestisben elhullott patkányt. Az elhullott patkányokat a rajtuk tartózkodó élősdiek csakhamar elhagyják s az emberre jutva, csípésükkel átviszik a betegséget a fertőzött helyiségben foglalatokodókra.

Ismételten előfordult az is, hogy a hajók elzárt raktárainak felnyitásokor patkányhullákat találtak a rakomány között s egy-egy, önmagában zárt raktárürben valóságos pestisepidemia pusztította az illető osztag patkányait, a nélkül, hogy a járvány a szomszédos és teljesen elkülönített raktárhelyiségekre átterjedt volna. A hajópatkányok közt támadt járványok nem mindig terjedtek át a hajószemélyzetre, mert a patkányok nem jöttek ki az utazás alatt jól elzárt raktárhelyiségekből s így a rajtuk levő élősdiek se férköztek az emberekhez.

A mióta az utóbbi években szerzett tapasztalatok teljes bizonyosságot nyújtottak az iránt, hogy a patkányok s a rajtuk levő élősdiek igen lényeges, s ha nem is kizárólagos, de fő terjesztői a pestisjárványnak, a figyelem fokozottan fordult oly eljárásokra, a melyekkel a patkányokat a hajókon el lehessen pusztítani, még mielőtt a hajóraktárakat kirakodás céljából felnyitnák.

A párisi egyezménynek igen fontos újítása az 1897.-i velenzei egyezményvel szemben, hogy a pestis főterjesztőire, a patkányokra, s azoknak a hajókon eszközrendő irtására kiváló súlyt fektet.

Az egyezmény minden fejezete, a mely a fertőtlenítéssel foglalkozik, ezzel egyformán hangsúlyozza a patkányok irtásának szükségét. A midőn a pestisveszélyre való tekintettel fertőtlenítésre van szükség valamely hajón, a patkányirtás épen olyan szükséges, mint amaz. Pestises vidékekről érkező hajók fertőtlenítése patkányirtás nélkül csak fél munka, fél rendszabály! Hogy mily eszközökkel vagy mily módon irtja valamely állam a hajókon s a kikötőiben a patkányokat, azt az egyezmény 15. pontja szerint minden állam maga határozza meg. Az egyezmény kiemeli, hogy a fertőtlenítésnek s a patkányirtásnak oly módon kell történnie, hogy a tárgyak és áruk lehetőleg ne szenvedjenek.

A mennyiben azonban e műveletek által károsodások mégis előfordulnának, minden állam saját hatáskörében kell hogy a kártérítés kérdését rendezze.

A patkányirtás kérdésének fontosságát kiemelendő, az egyezmény külön pontban (24. pont) foglalkozik oly hajókkal, a melyek „ragálymentes“ osztályozásuk ellenére pestises patkányokat avagy nagyszámú patkányhullát tartalmaznak. A míg azonban a patkányirtást a szabályzat feltétlenül kötelezővé csak fertőzött hajókra s oly hajókra nézve teszi, a melyeken pestises patkányok találtak, gyanús és ragálymentes hajókra nézve a patkányirtást facultative ajánlja Minden államnak szabadságában áll a patkányirtást fertőzött helyekről érkező hajókra nézve általában kötelezővé tenni, vagy csak akkor alkalmazni, ha a patkányok pestises fertőzöttsége bakteriologialag beigazoltatik.

Tekintve azonban a pestisfertőzött helyekről érkező hajókkal szemben minden esetben kívánatos elővigyázat, feltétlenül jogosult és czélszerű volna a patkányirtás kötelezővé tétele mindazon hajókkal szemben, a melyek pestisfertőzött helyekről érkeznek. Ezen intézkedés által remélhető oly szórványos pestisesetek megakadályozása, a melyeknek eredetét egyes európai kikötőkben kimutatni nem sikerült.

Hogy az egyezmény — a mely elvileg ugyanezen állásponton áll — mégsem mondotta ki a patkányirtás kötelezettségét minden oly hajóra nézve, mely pestisfertőzött helyeket érintett, annak az oka az eddig ismeretes patkányirtási eljárásoknak egy vagy más irányú hiányossága.

Mindezeideig ugyanis nincs oly ideális patkányirtási módszer, a mely áruval rakott hajókon minden esetben úgy volna alkalmazható, hogy az egészségügyi követelmények teljes érvényesülése mellett az áruk bizonyos esetekben némi kárt ne szenvedjenek. Vannak ugyan oly eljárások is, a melyek az árukat nem támadják meg, ezek azonban az egészségügyi követelményeknek csak igen tökéletlenül felelnek meg.

Ideális módszer hiányában arra kell törekednünk, hogy a tengeri kikötőket igényeinknek és speciális forgalmi viszonyainknak megfelelően lássuk el patkányirtó készülékekkel.

A párisi egyezmény 177. pontjában három különböző eljárásról tesz említést:

Első helyen ajánlja a „Clayton-féle eljárást“, a mely a kén-

nek gázalakú égési termékeit — kevésbé tudományosan szólva a levegővel kevert kénfüstöt — vezeti a hajók belsejébe.

Második helyen a Nocht-Giemsma-féle eljárást említi, a mely a coaksnak (pirszén) égési termékét, a széngázt vezeti levegővel keverve a hajó raktárüregébe.

Harmadik helyen találjuk a folyékony-sűrített szénsav alkalmazását gázalakban.

Az első helyen említett eljárásnak *főelőnye* a második és harmadik felett az, hogy *nemcsak a patkányokat, hanem az élősdieket és rovarokat is elpusztítja s bizonyos mérvű fertőtlenítésre is használatos*. Hátránya, hogy nem minden áruakomány kezelhető vele, mert némely, főleg nedves áru megromlik a kén-gáz hatása alatt.

A második és harmadik eljárás semmiféle áru nézve sem káros ugyan, de *nem pusztítja el a patkányokon található élősdieket s a rovarokat és nem bír semmiféle fertőtlenítő képességgel*.

Az első helyen említett Clayton-féle eljárásnak újabb két módosításával is kísérleteztek. Ezek egyike a Marot-féle eljárás, másika az ú. n. „Auto-Injector“. Mindkét módosításnál folyékony kéndioxidot használnak gázalakban s csupán az elpárologtatás módja más.

E két módosítás a fentebb harmadik helyen említett folyékony szénsav alkalmazási módjával elvileg azonos. Ez utóbbinak, valamint a most említett Clayton-féle újabb két módosításnak főhátránya, hogy úgy a folyékony (sűrített) szénsav, mint a folyékony (sűrített) kéndioxid a nyers kénhez vagy coakshoz képest igen drága s az elhasználandó palackok nagy száma tetemesen növeli egy-egy hajó kezelési költségeit az eredeti Clayton-féle és a Nocht-Giemsma-féle eljárással szemben.

Egy 3000 tonna tartalmú hajó kezelési költségei (ha a gépek évenként csak egyszer kerülnek használatba), a gép romlását és javítását nem számítva, a különböző eljárások mellett következőképen aránylanak:

| | |
|---|----------|
| 1. Nocht-Giemsma-féle készülékkel | 100 frc. |
| 2. Clayton féle készülékkel | 200 „ |
| 3. Folyékony szénsav-készülékkel | 600 „ |
| 4. Auto-Injector-készülékkel | 1275 „ |
| 5. Marot féle készülékkel | 1300 „ |

A nevezett módszerek gyakorlati értékének megítélésénél fontos szerepet játszik a készülékek egyszerűsége vagy bonyolultabb szerkezete, könnyebb vagy nehezebb kezelhetősége, a kezelésre rendelt személyzet gyakorlottsága, a használt gáz veszélyességének kérdése főként a kezelőszemélyzetre nézve s a készülékek beszerzési és fenntartási költsége.

Mindezen szempontok szoros összefüggésben vannak az egyes kikötők forgalmi, személyzeti és helyi viszonyaival s ezek szerint mérlegelendők.

A m. kir. kereskedelmi ministerium megbízásából alkalmam volt a Clayton-féle, Nocht-Giemsma-féle s a folyékony szénsav-módszer közvetlen és személyes tanulmányozására Brémában, Hamburgban, Marseilleben, Triesztben és Fiumében. A ministeriumhoz annak idején intézett alkalmi jelentéseimben kimutattam, hogy a *folyékony szénsav* alkalmazása *nem ajánlatos*, mert egyrészt nagyon sokra rúg a fogyasztandó szénsav költsége, megbízhatlan a készülékek működése és kezelése s egyáltalán nem kielégítők a vele elért gyakorlati eredmények.

Magánúton nyert értesülés szerint a Fiumében 1903 február havában bemutatott marseillei szénsavkészüléket azóta ki is vonták Marseilleben a használatból s előreláthatólag ez lesz sorsa a trieszti hatóság által beszerzett prágai szénsavkészüléknek is, melynek használhatlanságát azonban nemcsak az épen felsorolt hibák okozták, hanem a technikai kivitel tökéletlensége is.

A marseillei készüléket annak idején 28,000 frankkal kínálták megvételre; a trieszti eddig megközelítőleg 14,000 koronájába került a trieszti tengerészeti hatóságnak.

A hamburgi kikötőben a Nocht-Giemsma-féle készülék van használatban s a m. kir. kereskedelmi ministerium legutóbb ennek tanulmányozására küldött Hamburgba.

A szóban forgó készülék alkotórészei: egy különleges szerkezetű coakskályha, két hengeres víztartó, egy kerek ventiláló készülék, egy motor s egy vízszivattyúzó készülék.

Ezen alkotórészeket kombinált csőrendszer egyesíti, a melyben a füstöt, a mely a coaksnak tökéletlen elégetéséből származik, szívó légáram vezetí tova s viszi kellő tisztítás és lehütés után a hajók belsejébe.

A készülék működése a következő: A kályhát megtöltik bizonyos magasságig coakssal s ezt meggyújtják. A fejlődő füst egy csőrendszerbe jut, mely tekervényesen van az első víztartóban elhelyezve. A füst a csöveken áthaladva bizonyos fokig lehül s így éri el a második víztartót. Ebben a víz csak fél magasságig ér s a füstöt odavezető csövek szájadékukkal lefelé szabadon nyílnak a víz színe alatt. A víz színe feletti térben a ventiláló készülék szívó hatása folytán légritkulás támad s a füst a vizen áthaladva tömeges kormos alkotórészeitől megtisztul s tiszta gázformában áramlik egy vastag csövön a szívó hatással működő ventiláló készülék felé. Ez utóbbiban a gázhoz tiszta levegő keverődik. Az ekként hígított gázt a ventiláló kerék a készülék ellenkező nyílása felé hajtja, azaz oly irányba, a melyben a forgó keréknek nem szívó, hanem nyomó ereje jut érvényre. E nyílás vastag fémgázcsöbe folytatódik, melynek segítségével a nyomás alatt tova áramló gáz- és levegőkeveréket a megtöltendő hajóhelyiségekbe vezetik. Az első víztartó vize a csövekben áramló forró füst folytán felmelegszik s a tartály rövid idő alatt gőzkazánná változik, melynek ereje a fentebb említett motort hajtja. E motor mozgatja a ventiláló készülék kerekét s hajtja a vízszivattyút is, a mely a második víztartóban levő vizet folytonosan megújítja.

A második tartályban levő víz folytonos áramlása azért szükséges, hogy a tartály fel ne melegedjék, hanem állandóan hűtőként és füsttisztítóként szerepeljen.

A készülékhez legújában egy formalinelpárolgató készüléket is csatoltak, de ennek működési képessége és gyakorlati használhatósága még nincs kellően kipróbálva.

A készülék kezelése gyakorlott embereket s nagyfokú elővigyázatot igényel. Eddig a gázzal kezelt hajókon három ember esett áldozatul vigyázatlanságának, ezek közül kettő a gép kezelő személyzetéhez tartozott. Hasonló esetek könnyen fordulhatnak elő ezen eljárás használatakor, mert a készülék által fejlesztett szénoxid a belégett levegőhöz keverve már $\frac{1}{2}$ 0/0-ban halálos. A gáz ily kismennyiségű jelenlétét pedig nem árulja el semmi, mert színtelen és szagtalan. A vele elérhető patkányirtás megbízhatóság tekintetében első helyen áll, de nagy hiánya az eljárásnak, hogy a patkányokon s a hajón tartózkodó bolhákat, poloskákat, legyeket, szunyogokat stb. egyáltalán nem öli meg, fertőtlenítő képessége egyáltalán nincs, kevésbé gyakorlott kezelő személyzet mellett csekély vigyázatlanság is könnyen jár emberáldozattal s végül kisebb forgalmú kikötők számára a gép, mely a fentebb említett formalinelpárolgató nélkül 60,000 márkába kerül, igen költséges.

A hamburgi gép eddig egyetlen példánya e készüléknek és épen drágasága valamint a fentebb említett hátrányok miatt nem tud üzletszerűen érvényesülni.

Mindameillet csekélyebb forgalmú kikötők szükségleteinek megfelelő méretekben a *leghasználhatóbb készülék volna oly hajók számára, melyeken pestiseset vagy pestises patkányok ugyan elő nem fordultak, de pestisfertőzött helyről érkező oly rakománnyal vannak terhelve, mely a Clayton-gáz behatása alatt károsodást szenvedhet.* A készülék kezelése azonban — ismételtelen kiemelem — igen nagy elővigyázatot s teljesen jártas kezelő és műszaki személyzetet igényel és súlyos felelősséget hárít az ellenőrző szakközvegekre.

Oly kikötőkben, a hol a forgalom aránylag kicsiny s a személyzet, mely a készüléket kezelni van hivatva, csak ritkán van abban a helyzetben, hogy vele dolgozzék, s így kellő gyakorlatra sem tehet a készülékkel való bánásmódban szert, a Nocht-Giems-féle eljárás meghonosítása jelentékeny nehézségekbe ütközik s nem ajánlatos. Nagy forgalmú kikötőkben azonban, a hol a készülék jóformán mindennapos használata biztosítva lehet s a gyakorlat által a személyzet is megbízhatóvá válik, a készüléknek nem volna szabad hiányoznia, mert a gyakorlati szükségletben *kiegészítje* a párisi egyezmény által első helyen említett Clayton-féle eljárásnak.

A Clayton-féle készüléket Brémában és Bremerhavenben volt alkalmam számos példányban látni s czélszerű működéséről, valamint könnyű kezelhetőségéről meggyőződni.

A Clayton-féle eljárás, illetve a Clayton-gép az utóbbi évtizedben felmerült patkányirtó gépek közt a legrégebb. Körülbelül 12 év óta használják New-Orleansban s az utóbbi 3—4 évben mind jobban és jobban terjed a tengeri kikötőkben és veszteglőintézetekben.

Mint tüztöltőkészülék a Clayton-gép már számos hajón van meghonosítva. Eddig körülbelül 150 tengeri hajó van Clayton-készülékkel ellátva s a világnak körülbelül 60 kikötője és veszteglőintézete használja patkány- és rovarirtásra valamint hajófertőtlenítésre.

A készülék szerkezete hasonlít a Nocht-Giems-félehez, a mely alig 3—4 év előtt épen a Clayton-gép mintájára készült, de kevésbé komplikált mint amaz.

A készülék fő alkotórészei mindkét módszernél azonosak. A Clayton-gép is áll:

1. egy tüzelőkemenczéből, ú. n. generatorból, a melyben azonban nem coaks, hanem kén ég mesterségesen fokozott légáram alatt;
2. egy hűtőkészülékből, melyben a gáz- illetve füstelvezető csövek körül tengervíz kering;
3. egy szivattyúból, mely a vízcirculációt eszközli;
4. a gáz tovavezetése a hűtőcsövekből a hajó belsejébe ventiláló készülék által történik épen úgy, mint a Nocht-Giems-készüléknel;

5. úgy a vízszivattyút mint a ventilálókereket motor hajtja; ez utóbbi lehet gőz-, benzín- vagy petroluummotor; gőzmotor alkalmazása esetén a gépnek vagy önálló kazánal kell birnia, vagy pedig csatlakoztatónak kell lennie valamely úszómű gőzkazánjához.

A Clayton-készülék három típusban kapható: AB- és D- vagy H-típusban. A D- és H-típus azonos és szárazföldi használatra kerek járművön van alkalmazva, míg az A- és B-típust tengeri forgalomban használják s többnyire úszóműveken helyezik el. Az angol gyár H-típusa a francia és német gyárakban D-típus alatt szerepel, s raktárak, kaszárnyák, vásárcsarnokok, kórházak, csatornahálózatok stb. fertőtlenítésére és patkányoktól, egerektől, rovaroktól való megtisztítására szolgál. Az A-típus főként hajókon van alkalmazásban s többnyire be van építve a hajók gépházába, de kisebb kikötők és veszteglőintézetek céljainak is meg bír felelni, ha nem szükséges, hogy egy nap alatt több mint egy 3—6000 tonnás hajó kerüljön kezelés alatt. Nagyobb kikötők szükségletének, a hol esetleg több hajót kell egy nap alatt kezelés alá venni, csak a B-típus tud megfelelni. E típus — önálló gőzkazánal ellátva — egyes helyeken kerek járműveken is található olyformán, mint a D-, illetve H-típus, de ide-oda szállítása nehezebb lévén mint ez utóbbi, a B típus csak akkor szolgálhat kerek járművön úgy hajók kezelésére, mint a kikötői raktárakban patkányirtásra, fertőtlenítésre és tüztöltésre, ha a rakodópartokon és a raktárak közt kellő sínhálózat áll rendelkezésre, miért is a B-gépet szárazföldi használatra vasúti kocsihoz hasonló és síneken közlekedő járművön szokták elhelyezni.

A Clayton-készülék beszerzési ára a típus szerint változó. Az A-típusú készülék ára 8000 márká (11,000 frank), a B-típusú készüléké 20,000 márká (25,000 frank), a D- illetve H-típusú gépe 3200 márká (4000 frank). A szerelés és beállítás költségei a vételárban nem foglaltatnak s általánosságban meg nem állapíthatók, de pl. egy A-típusú gépnél, ha oly úszóművön vagy hajón alkalmaztatik, melyen gőzkazán rendelkezésre áll, a nevezett költségek körülbelül 2000 márkára rugnak.

Összesen tehát 10,000 márká költséggel minden kisebb forgalmú kikötő vagy veszteglőintézet ellátható oly patkányirtó készülékkel, mely pestises vidékről érkező hajók túlnyomó számában akadálytalanul használható s a mely fertőzött hajókon még az esetben is előnyt érdemel a Nocht-Giems-féle készülék felett, ha a hajó rakománya a kén elégetéséből származó kéndioxidgőzök alatt szenvedne is; előnyt érdemel pedig nemesak azért, mert a gép gyakorlatlanabb emberek által is könnyebben kezelhető mint a Nocht-Giems-féle készülék, hanem főként azért, mert nemesak a patkányokat, hanem az élősdieket is elpusztítja s fertőtlenítő hatással is bír.

Hogy a Clayton-gépek a gyakorlati használatnak ez idő szerint leginkább felelnek meg, legjobban bizonyítja az, hogy

egyes nagyobb hajóstársaságok saját üzemiükben is elfogadták és hajóikat egészségügyi pressio nélkül is rendszeresen kezelik velük.

A Clayton féle eljárás ugyanis nem egyéb, mint az évtizedek óta használt kénfüstöléseknek olyképen módosított formája, hogy a füstölés árúval rakott hajókon is eszközölhető legyen, a nélkül, hogy az árú s a hajó tűzveszélynek legyen kitéve. Épen így a Nocht-Giemsma féle eljárás sem egyéb lényegében, mint a hajóforgalomban szintén régóta használt széngázfüstölés, a melyet fa szén elégetésével szokás üres hajókon eszközölni. Ha megfontoljuk a két eljárás indokait, hamar szembeötlök, hogy egészségügyi szempontból melyik a fontosabb és hathatósabb. Kénfüstölésnek ugyanis régidők óta oly hajókat és helyiségeket szoktunk alávetni, melyek valamely fertőző betegség miatt egészségügyi tisztogatásra szorulnak s ezzel nemcsak a fertőzött hajó fertőtlenítését akartuk elérni, hanem a rajtuk lévő patkányokat, egereket és rovarokat is kipusztítottuk. Széngőzt ellenben csak akkor alkalmaztunk üres hajókon, ha csakis a patkányok kiirtása volt a cél.

A mióta a szóban forgó gépek jelentősége és használhatósága körül a vita megindult, francia, angol és német szakemberek tudományos kísérletekkel is kimutatták, hogy a régi gyakorlatból eredő feltevéseink a szóban forgó két eljárást illetőleg helyesek.

Mindkét eljárásnak ugyanis megvannak a fentebb említett különleges indokai, sajátos előnyei és hátrányai, *gyakorlatilag pedig mindkettőre szükségünk van*, mert vannak esetek, a melyekben az első helyet az egészségügyi szempontok foglalják el s ekkor a Clayton-eljárás a hatékonyabb, megbízhatóbb és fontosabb, míg máskor első sorban arra kell tekintettel lenni, hogy az árú ne szenvedjenek azért, mert csak a patkányoktól akarjuk a hajót megtisztítani, s ilyenkor a Nocht-Giemsma-féle eljárás érdemel előnyt.

Kifogástalanul felszerelt tengeri kikötőnek tehát mindkét gépre szüksége van, *egészségügyi szempontból azonban minden kikötőnek első sorban Clayton-géppel kell ellátva lennie.*

Európa tengeri kikötői közül ez idő szerint London, Liverpool, Bremerhaven, Dünkirchen, Constanza, Sulina és Lissabon vannak ellátva Clayton gépekkel s legújabbban Olaszország szereli fel ily készülékekkel Genuát, Nápolyt, Messinát, Brindisit és az asinarai veszteglőintézetet. Hamburg kikötője a Nocht-Giemsma-féle készülékkel van ellátva, míg Marseilleben és Triesztben célszerűtlennek bizonyult szén-szűrőkészülékek találhatók. Konstantinápolyban a patkányirtó készülék kérdése most vajudik, mert belátták, hogy patkányirtásra vonatkozó intézkedések patkányirtó készülék nélkül igen gyakran nem fogantathatók; előreláthatólag első sorban a Clayton-készülék beszerzésére fogja magát a konstantinápolyi egészségügyi tanács is határozni.

Kitűnik a mondottakból, hogy a párisi egyezmény egyik leglényegesebb pontjának az európai kikötők közül csak a nyugatiak bírnak ez idő szerint megfelelni s épen a kelethez közelebb fekvő középtengeri kikötők azok, melyek a párisi egyezmény elfogadásából következő újításokkal késedelmeskednek.

E nehézség, sajnos, nemcsak a patkányirtó készülékek beszerzésében nyilvánul, hanem szembeötlök egyéb egészségügyi intézményekben is, melyekkel oly kikötők, minők Hamburg, Bréma, New York, a „művelt nyugat“ tengeri emporiumai, messze felülmulják a középtengeri kikötők egészségügyi felszerelését.

Tauffer Emil dr.,

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

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Vénygyűjtemény a magyar gyógyszerkönyv alapján. tekintettel a legújabb gyógyszerekre és a gyermekgyakorlatra. Összeállította: Bókay Árpád dr., a gyógyszer-tanára a budapesti egyetemen. Nyolczadik javított és tetemesen bővített kiadás. Singer és Wolfner kiadása.

A napokban jelent meg a könyvpiaczon Bókay Árpád tanár vénygyűjteménye, immár nyolczadszor. Szépen igazolja e szám a könyvecske szükséges és értékes voltát; s ha mást nem tudnánk

is javára és méltatására felhozni, már maga az a körülmény is, hogy körülbelül 17 év lefolyása alatt 8 kiadást ért meg, olyan meggyőző érv a könyv jósága mellett, a mely előtt még a szigorú bírálásnak is meg kell hajolnia.

Bókay tanár könyve azonban nem szorul az ilyen segéd-eszközökre, kiállja a komoly bírálatot amúgy is. Mert a könyv beosztása, a gyógyszerek tárgyalásának módja, a leírás tömörsége és e mellett mégis világos és teljes volta, a receptek összeállítás, a mérgezések diagnostikájának és therapiájának áttekinthetősége, stb., mind olyan kiválóságai a „Vénygyűjteménynek“, a melyek a nálunk még mindig kedvelt külföldi „Recept-Taschenbuch“-okban nem igen, vagy csak alig lelhetők fel. Az igaz, hogy a 17 év is elegendő volt arra, hogy Bókay folyton javítgassa, csiszolgassa könyvét, a melynek mai állapotában kifogásolni való már alig akad.

Talán kissé sokat is ad már ez a könyv; mostani terjedelme tömött 355 oldal. E kiadásba a régiék mellé olyan fejezeteket is felvett a szerző, a melyek igazán fontosak, s a melyeket eddig igen nélkülöztünk. A könyv terjedelmét nem is e fejezetek, hanem a sok új szer s ezek receptjei növelték nagyobbra.

Első helyen szerepel mint új fejezet az „Orvosi Rendtartás“, melyet az 1900-ban Esztergomban tartott országos orvos-szövetségi congressus is elfogadott, mint az orvosi ténykedés irányelveit. A szerző előszavában megjegyzi, hogy főleg a fiatalabb kartársakra való tekintettel közli.

A negyedik fejezet nagyobb javításon esett keresztül, mert a cseppentő üvegekben rendeltetni szokott szerek cseppsúlya a legújabb mérések szerint van közölve.

Egészen új a „Gyógyszerkülönlegességek és titkos szerek“-ről szóló fejezet. Különösen a gyakorlóorvosnak tesz jó szolgálatot, a ki ezen összeállítás révén végre kiismerheti magát a specialitások óriási sokaságában. A szerző a Magyarországon és Ausztriában forgalombahozatalra engedélyt nyert gyógyszer-speciálisok sorozatát adja.

Az „Acut mérgezések kezeléséről“ című fejezetben szintén számos és jelentékeny módosítást találunk. Tömör és áttekinthető összefoglalását nyújtja e fejezet mindannak, a mit a kísérleti kórtan és therapeutikai pharmacologia napjainkig termelt. D. S. dr.

O. Marburg: Die sogenante akute multiple Sklerose. (Encephalomyelitis periaxialis scleroticans.) F. Deuticke, Leipzig und Wien. 1906. 100 l. Ára 3.60 kor.

A sokfoltú keményedésnek hirtelen támadó és lassan fejlődő alakjai vannak. Ezt a két alakot nem egy szerző választja el egymástól. Strümpell és iskolája endogen eredetűnek tartja a bajt, gliosis multiplexnek nevezi; ettől az acut eseteket különválasztja és a gyuladással szövettani kép miatt a disseminált myelitishez sorolja. Marburg egynéhány klinikailag és szövettanilag megvizsgált esete alapján ellene szól ennek a felosztásnak és azt a nézetet vallja, hogy az acut esetek a valódi sokfoltú keményedésnek gyorsabb lefolyású változatai. A szövettani lelet, a myelinizációs, a tengelyfonal épenmaradása és a következményes gliaszaporulat ugyanaz a folyamat, a mely a periaxialis neuritisnek is sajátja. Marburg szerint a kettő összetartozik és gyuladással jelenség. Az ok toxinhatás, e mellett szól, hogy a jelenség ahhoz a leítholysishez hasonlít, a mely fermentumokkal kísérletileg előidézhető. Végül gliaszövet foglalja el az idegszövet helyét. Még bebizonyításra vár, hogy létezik e a sokfoltú keményedésen kívül endogen származású gliosis multiplex is. A munkát 3 szép tábla díszíti.

Kollarits Jenő dr.

A. Pollatschek: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1905. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1906.

Már akkor, a mikor ennek a munkának ötödik évfolyama jelent meg, azt írta róla a „Centralblatt für innere Medizin“, hogy annyira megfelel egy régen érzett kíváncságnak, hogy meg nem jelenése érezhető hézagot hagyna maga után. Tudjuk, hogy a therapia épen az utolsó évtizedben vett igazán nagy lendületet, s így igazán üdvös, hogy évenként megjelenik egy oly lelkiismeretes megszerkesztett könyv, mely hűségesen referál az azon évben napvilágot látott therapeutikus újdonságokról. Pollatschek munkája

csakugyan ilyen. A farmakológiai haladásokat, a fizikai gyógy-módokat, a diéta kezelését, a gynaekológiát, a bőrkórtant, a kis sebészetet és a nagy sebészetnek könnyebb részét kimerítően tárgyalja a munka, mely az idén már 357 oldalra terjed. A sebészet többi részét, valamint a szem-, fül-, gége- és orr-orr-ors-lást a könyv oly terjedelemben ölelte fel, a mily terjedelem első sorban a gyakorló orvos igényeinek felel meg. Figyelemmel volt a könyv a bakteriológiára is, a mennyiben a betegségek prophylaxisa reá támaszkodik és a modern therapiát befolyásolja. *M.*

Új könyvek: *A. Bum:* Handbuch der Massage und Heilgymnastik. Vierte Auflage. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 12 k. — *K. Hasenbrock:* Die Zander'sche mechanische Heilgymnastik und ihre Anwendung bei inneren Krankheiten. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 2.20 m. — *Über das ehliche Glück. Erfahrungen, Reflexionen und Ratschläge eines Arztes.* Wiesbaden, J. F. Bergmann. 4.60 m. — *E. Krompecher:* Kristallisation, Fermentation, Zelle und Leben. Eine biologisch-philosophische Studie. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 2.40 m. — *E. Schreiber:* Ergebnisse der experimentellen Pathologie und Therapie, einschliesslich Pharmakologie. I. Band. I. Abteilung. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 2.80 m. — *R. Ledermann:* Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Dritte Auflage. 6 m. — *H. Hartmann:* Chirurgie der Urogenitalorgane des Mannes. München, E. Reinhardt. 12 m. — *Hönck:* Über die Rolle des Sympathicus bei der Erkrankung des Wurmfortsatzes. Jena, G. Fischer. 4 m. — *Wolff:* Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Jena, G. Fischer. 20 m. — *Gerhardt:* Über einige neuere Gesichtspunkte für die Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten. Würzburg, A. Stuber. 0.75 m. — *Bardenheuer:* Erfahrungen über Cholecystektomie und Cholecystenterostomie. Jena, G. Fischer. 4 m. — *Muskat:* Das intermittierende Hinken als Vorstufe der spontanen Gangrän. Leipzig, Breitkopf u. Härtel. 0.75 m. — *Kirstein:* Grundzüge für die Mitwirkung des Lehrers bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Berlin, J. Springer. 1.40 m. — *Arneht:* Diagnose und Therapie der Anaemien. Würzburg, A. Stuber. 9 m. — *Jensen:* Organische Zweckmässigkeit, Entwicklung und Vererbung vom Standpunkte der Physiologie. Jena, G. Fischer. 5 m. — *Pöitzer:* Geschichte der Ohrenheilkunde. I. Band. Stuttgart, F. Enke. 20 m. — *Bardenheuer:* Die allgemeine Lehre von den Frakturen und Luxationen. Stuttgart, F. Enke. 11 m. — *Wesener:* Medizinisch-klinische Diagnostik. 2. Aufl. Berlin, J. Springer. 18 m. — *Grober:* Einführung in die Versicherungsmedizin. Jena, G. Fischer. 3.60 m. — *Bechterew:* Die Persönlichkeit. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1 m. — *M. Denucé:* Spina bifida. Paris, O. Doin. 10 fr. — *H. Richardière et J. A. Sicard:* Maladies de la nutrition. Goutte, obesité, diabète. Paris, Baillières et fils. 7 fr. — *Fur et Siredey:* Maladies des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. Paris, Baillières et fils. 8 fr. — *Ch. W. Cathcart:* The essential similarity of innocent and malignant tumours: a study of tumour growth. Bristol, J. Wright and Co. 9 s. 6 d. — *Warrington Haward:* Phlebitis and thrombosis. London, Baillières, Tindall and Cox. 5 s. — *F. Parkes Weber:* Climatotherapy and balneotherapy. London, Smith, Elder and Co. 15 s. — *Surgery, its principles and practice.* By various authors. Edited by W. Williams Keen. Vol. I. London, W. B. Saunders. 30 s. — *A. H. Gould:* The technic of operations upon the intestines and stomach. London, W. B. Saunders. 21 s. — *E. Owen:* Cancer: its treatment by modern methods. Bradshaw Lecture for 1906. London, Baillières, Tindall and Cox. 1 s. — *A. S. Morrow:* Immediate care of the injured. London, W. B. Saunders Company. 12 s.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

Módszer a gümőkóros és más eredetű genyedések megkülönböztetésére. A mult esztendő nyarán *Müller* és *Jochmann* azt az érdekes megfigyelésüket közölték, hogy a nem gümőkóros eredetű geny egy olyan fermentumot tartalmaz, a mely a megalvadott vérsavót emésztí, a minek megfelelően az alvadott vérsavó felületén bemélyedések támadnak a genyecsappeszkék helyén; a a gümőkóros eredetű genyben ellenben nincsen ilyen fermentum. Az eljárás technikája a következő: Petri-csészében meglehetősen vastag rétegben megalvasztott vérsavó sima felületére a megvizsgálendő genyből platinakacs vagy pipetta segítségével apró cseppeket teszünk s azután a csészét 50—55° hőmérsékre beállított tenyésztőszekrénybe helyezük 24 órára.

A módszert *Kolaczek* és *Müller* nagyszámú esetben próbálta ki használhatóságára. A test különböző tájékain székelt gümőkóros folyamatból eredt 25 genypróbát vizsgáltak meg. Eredményeiket a következő pontokban foglalják össze: 1. Kezelésben nem részesült, tisztán gümőkóros folyamatokból származó geny sohasem mutat proteolytikus fermenthatást. 2. Kezelésben még nem részesült gümőkóros folyamatból eredő geny bemélyedést

okozhat a megalvadott vérsavón, ha úgynevezett vegyes fertőzés forog fenn, vagyis a gümöbaccilusok mellett más genyészítő mikrobák is vannak jelen. Főleg a sipolyképződéssel járó, valamint a nyakmirigyekben keletkező gümőkóros folyamatokban szokott ez előfordulni. 3. Tisztán gümőkóros eredetű geny esetén is mutatkozhat proteolytikus fermenthatás, noha többnyire sokkal kisebb mértékben, ha a kóros folyamat jodoformglycerinkezelés alatt áll. 4. A 2. és 3. pontban felsorolt körülmények között, főleg ha együtt vannak meg, oly fokúvá válhatik a gümőkóros eredetű geny proteolytikus fermenthatása, hogy nem különbözik a genyészítő coccusok által létesített folyamatokból eredő genynek a fermenthatásától. A szerzők természetesen nem gümőkóros eredetű genyet is vizsgáltak, még pedig 100-nál több esetben; ezekben a genyedést főleg coccusok és coli bacillusok okozták; valamennyi esetben nagyon élénk proteolytikus fermenthatás állott be. Mindezek alapján a következő diagnostikai következtetések vonhatók: 1. A proteolytikus hatás hiánya esetén a közönséges genyészítő által létesített heveny-lobos folyamat kizárható és nagy valószínűséggel gümőkóros megbetegedés vehető fel még akkor is, ha gyenge proteolytikus hatás mutatkozik. 2. A kifejezett proteolytikus hatás a genyedésnek heveny-lobos jellege mellett szól, de azért a gümőkóros folyamatot sem zárhatni ki ilyenkor, ha jodoformglycerinkezelés fogatosított, vagy ha vegyes fertőzés esete áll fenn.

Tekintve, hogy gümőkóros eredetű genyben többnyire nem sikerül mikroskoppal a gümöbaccilust kimutatni, és hogy a tenyésztéssel vagy állatkísérlettel való kimutatás hosszabb időt vesz igénybe, a *Müller Jochmann*-féle eljárás nagyon használható segédeszköznek mutatkozik a gümőkóros és nem gümőkóros eredetű genyedések megkülönböztetésében. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1907. 7. szám.)

Gyógyszertan.

Novaspirin. Az aspirin általában kitűnő salicylkészítménynek mondható. Vannak azonban egyének, a kikben a gyomor részéről kellemetlen mellékhatások támadnak a használata után. Ezen a hátrányon iparkodott segíteni a Bayer-gyár a novaspirinnel (methylenecitromsav disalicylsavestere). Szagtalan, gyengén savanykás ízű, fehér, kristályos por, a mely 62% salicylsavat tartalmaz. Vízben csaknem oldhatlan. *Witthauer* szerint, a ki nagyobb számú betegen tett vele kísérleteket, a gyomrot nem bántalmazza, még olyan esetekben sem, a melyekben az aspirin gyomorzaravokat okozott. Antirheumás hatása tekintetében úgy látszik gyengébb a novaspirin, mint az aspirin, s azért talán nagyobb adagokban és hosszabb időn át kellene adni; izzasztó és fájdalomcsillapító hatása szintén gyengébb. Lázellenes hatása azonban ugyanolyan, mint az aspiriné, s különösen influenza eseteiben ajánlható. (Berliner klinische Wochenschrift, 1907. 3. szám.) *Liebmann* a trieszti városi kórház belbetegosztályán szintén kísérletezett a novaspirinnel. Nem hiszi, hogy gyengébben hatna, mint az aspirin; polyarthritis több esetét ismerteti, a melyekben használatára rohamosan szűnt meg az ízületek duzzadása és fájdalmassága. Izzasztó hatása gyengébb ugyan, de ez sokszor még előnyös is. Influenza eseteiben határozottan jobb szernek tartja, mint az aspirint. Hogy köszvény eseteiben is használható lesz-e (a mire citromsav-komponense miatt lehetne gondolni), a további vizsgálódásoknak kell eldönteni. (Wiener klinische Wochenschrift, 1907. 7. szám.)

A cellotropint (monobenzylarbutin) *Vilmar* állította elő. Fehér, kristályos, szag- és íz nélküli könnyű por, a mely vízben nehezen, alkoholban könnyen oldódik. A nyálban és a gyomor-nyelvben nem bomlik s azért többnyire változatlanul jut a vérbe és a nyirokerekbe, majd pedig ezek útján a mirigyekbe, a hol hatását kifejti az enzimtermelés fokozása útján. Az előállító feltevése szerint ugyanis a fertőző betegségekben az ellenanyagokat a mirigyekben levő enzyme termelik a behatolt kórokozó baktériumok befolyása alatt. A cellotropinnal *Aufrecht* végzett először kísérleteket és azt tapasztalta, hogy tengerimalacokban a gümőképződést akadályozza. Legújában *Weiss* közli főleg tüdőgümőkóros egyéneken tett megfigyeléseit és ezek alapján kedvezően nyilatkozik a szerről, kiemelve, hogy használata esetén a beteg-

ségnek valamennyi tünete egyidőben kezd javulni, nem pedig, mint sok kreosotkészítmény használatakor, csak az egyik (főleg az étvágy) és ennek a javulása vonja azután maga után a többinek a javulását is (főleg a jobb táplálkozás útján). Minden esetre érdemes szerinte a cellotropinnal tovább kísérletezni. (Die Heilkunde, 1907. február.)

Belorvostan.

A hastypus gyógyítása. A „Medizinische Klinik“ szerkesztője több neves klinikust felszólított, hogy a következő két kérdésre adjanak választ: 1. A typhus fürdővel való gyógyításának melyik a legjobb módja? 2. Mik a javalatai és az eredményei a typhus gyógyszerekkel való orvoslásának? A beérkezett feleletek közül a nevezett folyóiratnak ez évi 7. száma a következőket hozza:

1. *Matthes* szerint a fürdővel való kezelésnek a hőcsökkenésén kívül az a feladata, hogy a vérkeringést megjavítsa, az esetleg fennálló bronchitist kedvezően befolyásolja illetőleg bronchopneumonia fejlődését megakadályozza és a soporosus állapotot a lehetőség szerint megszüntesse. Ez utóbbi hatás révén lehetővé teszi a jobb táplálkozást. De a fürdőzéssel együtt járó bőrápolás is nagyon előnyös, ily módon gátolható meg legjobban a decubitus fejlődése. A fürdővel való kezelés hátránya a nyugalom megzavarása, a testi megerőltetés; néha a fürdő után a test nem melegszik fel eléggé (hiányos reactio) s ekkor a vérkeringés is károsodik, sőt néha collapsus támad. A fürdőkezelés káros behatásának lehető megelőzése céljából a szénsavas fürdőket ajánlja: ezekben nem fáznak a betegek, a bőr jól kipirosodik, a hőcsökkentő és a többi előnyös hatás nagyon kifejezett, a collapsus veszélye sokkal kisebb, a betegek nagyon szívesen használják. Többnyire elegendő a félerős szénsavas fürdő, vagyis 500 gm. natrium bicarbonicum és 400 cm³ sósav egy fürdőre; a hőmérsék 30 C°, a tartam 10—15 perc. A szerző minden typhusos betegének kivétel nélkül naponként legalább egy ilyen fürdőt ad, súlyos esetekben naponként háromszor fürösztet; legjobb a normális hőcsökkenés idején, vagyis későn este adni a fürdőt; súlyos esetekben este 6 és 10 órakor, valamint reggel adhatja a fürdőt. Ellenjavalt a fürösztés teljes nyugalmat kívánó szövődmények jelenléte esetén. Collapsusra hajlamos betegek néha feltűnő jól tűrik a szénsavas fürdőt, nemkülönben öreg egyének is. A betegség kezdetén 0.5 gramm calomelt ad, mert nem tagadható, hogy sok esetben, a melyben typhusra utaló jelenségek mutatkoznak, kipirozó hatása észlelhető, káros voltát pedig sohasem tapasztalta. Antinervinumokat csak kivételesen, erős fejfájás esetén ad. Lázellenes gyógyszereket nem használ.

2. *Stintzing* a fürdővel való kezelést még mindig a leghatásosabb eljárásnak tartja, a mely helyesen végezve sohasem árt. A langyos (30—27 C°) fürdőknek ad előnyt, a melyeket a kádnak lábvégebe öntött hideg vízzel fokozatosan lehűt; fontos, hogy a fürdő vizét állandóan mozgásban tartsuk. Rendszerint akkor ad fürdőt, ha a hőmérsék meghaladja a 39.5°-ot; az 1. és 2. héten gyakrabban és hidegebb vízben füröszt, mint később; bélvérzés, szívgyengeség stb. esetén természetesen elhagyja a fürdést. A fürdés tartama a reactiótól, a betegség súlyosságától és a szakától függ; 10—30 perc között ingadozik. Gyógyszerek közül az első napokon calomelt ad nagyobb adagban (0.3—0.5 gm). Lázellenes gyógyszert csak akkor rendel, ha a fürösztés valami okból nem lehetséges, vagy ha fájásokat kell csökkenteni; az ilyen kivételes esetekben az antipyrinnek, újabban a pyramidonnak ad előnyt.

3. *Eichhorst* a langyos (33—35 C°) fürdőket ajánlja, a melyek felfrissítik és megnyugtatók a beteget, a bőrt tisztán tartják, megóvják lobosodásoktól; a hőmérsékre csak csekély hatást gyakorolnak; reggel és délután ad egy-egy ilyen fürdőt. Testhőmérsékletü állandó fürdőt akkor használtat, ha a test hőmérséke állandóan 40 C° on felül van és a lázellenes gyógyszerek nem csökkentik kellőképen ezt a magas hőmérsékét. Hűvös és hideg fürdőt csaknem sohasem ad; akkor javalt, ha a beteg állandóan soporosus és erős általános bőringerre van szükség. A gyógyszeres kezelésnek kevés a haszna. Elég gyakran észlelhető, hogy a székrekedést calomellel megszüntetve, a láz csökken; azt azonban nem látta, hogy ezen szerrel a typhust enyhébb vagy rövidebb

lefolyásúvá lehetett volna tenni. A lázellenes gyógyszereknek is csak tüneti hatást tulajdonít. Legfontosabbnak tartja a czélszerű táplálást.

4. *Lenhartz* is nagy tisztelője a fürdővel való kezelésnek. Mindig nappal adja a fürdőt, sohasem éjjel, és pedig rendszerint 39.5 C° on felül levő testhőmérsék esetén, többnyire kétszer, nagyon ritkán háromszor, 26 C° hőmérsékű vízzel és 5—10 percnyi tartammal; a fürdőben 3—6 hideg leöntést is végeztet főleg a tarkóra, a mellre, a lapoczkák közötti tájakra és az ágyéktájra. A láz fokán kívül főleg a hypostasisra és a status typhosusra való hajlandóság javálja a fürdőzést, a mely ellenjavalt szívgyengeség, collapsusra való hajlandóság és bélvérzés esetén. Ha valami okból nem lehetne fürösztetni, a hátat 2—3 óránként hideg vízzel ledörzsölteti, illetve a tarkó tájékát hideg vízzel leönteti. Friss esetekben órás időközzel 2—3 adag (0.3 gm.) calomelt ad a bél lehető kiürítése és a meteorismus elkerülése céljából. Meteorismus ellen jeges borogatás a hasra és belsőleg bismuthum subnitricum, a melyet bélvérzés esetén nagyobb adagban rendel; erősebb bélvérzés ellen a bismutosét használja (10 gm. naponként 2—3-szor); ezenkívül opiumot ad olyan mennyiségben, hogy napokon át ne legyen bélürülés, tehát a bél nyugalomba jöjjön, az újabb vérzés elkerültessék és a kijutott vér felszívódjék. A láz ellen gyógyszereket általában nem ad, mert semmi hasznuk nincs; ha azonban az amphibol-szak nagyon elhúzódik, 8—10 napon át naponként 4 szer 0.5 gm. chinium sulfuricumot vétet be; ilyenkor sok esetben gyorsan következik be a láztalan állapot s a feltűnő nagy lép is megkisebbedik.

Diabetes és tüdővész. Ismeretes, hogy a diabetesben szenvedők nagyon hajlamosak a tüdőgümőkórra. Ennek az okát abban keresték, hogy a gümöbacillusok bizonyos czukortartalom mellett jobban szaporodnak, a mint ezt bakteriologiai kísérletek igazolták. Másrészt a czukortartalmú tüdőszövetben másféle bakteriumok is megtelepednek és a maguk részéről gyors szövetszétését indítanak meg; ez a vegyes fertőzés mindenestre hozzájárul, hogy a diabeteses tüdővésznek oly rosszindulatú a lefolyása. Természetesen számbaveendő az is, hogy diabetesben a folytonos czukorvesztés miatt a szervezet táplálkozása is rosszabb: Naunyn épen ebben találja az okát, hogy a diabetes a tüdővészre hajlamosít. De azért könnyű esetekben, a melyekben a kismérvű czukorvesztés nem károsíthatta még meg tetemesen a szervezetet, szintén fejlődhetik tüdőgümőkór; sőt úgy látszik, hogy ezek a könnyű diabetes esetek még erősebben hajlamosítanak a tüdővészre. Arra a kérdésre, hogy a nagyobb czukortartalom, a mely természetesen valamennyi szervben megvan, miért teszi épen a tüdőt hajlamosabbá a fertőzésre, Blumenfeld vizsgálatai vetettek világosságot. Azt találta ugyanis, hogy diabetesben száraz lobosodás van a légzőutak nyálkahártyáján s e miatt a bakteriumok könnyen telepedhetnek meg és vándorolhatnak lejjebb a légzőutakban. Mindezek alapján magától értetődik, hogy a diabeteses plithisis gyógyításában a fősúlyt a diabetes orvoslására kell helyezni, hogy ilyen módon a gümőkóros folyamat terjedésére alkalmas talajt megváltoztassuk. A gyakorlatban azonban rendszeren nem így tesznek, félvén, hogy a diabetesellenes diaeta miatt a táplálkozás csorbát szenved, a mi a gümőkór szempontjából káros volna. Ez ellen már Naunyn is kikelt két esetének ismertetése kapcsán, a melyekben a szervezetnek czukortalanítása után a gümőkóros folyamat is megnyugodott. Az egyik esetben gégegümőkór volt jelen, a mely a diabetes ellen irányult orvoslás megkezdése után csakhamar javulásnak indult és most már 16 éve meggyógyult. A másik esetben mindkét oldalon gümőkóros folyamat volt a tüdőcsúcsban, magas lázzal, lesoványodással és elerőtlenedéssel; a czukorvétel megszünése után a beteg állapota annyira javult, hogy foglalkozását mint orvos egészen jól folytathatja már huzamosabb idő óta. Hasonló esetet közöl most *Thorspecken* is, s úgy ezen esete, mint idevonatkozó más tapasztalatai alapján a legnyomatékosabban kívánja, hogy a diabeteses tüdőgümőkóros betegekben ugyanazzal a szorgossággal orvosljuk, mint a melylyel a nem gümőkóros diabetesben járunk el. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1907. 7. szám.)

A rák és a harmadlagos syphilis megkülönböztetése néha nagyon nehéz. Ilyen esetekben *Mikhailov* szerint nagyon

jó szolgálatot tehet a jodkalium, klysma alakjában alkalmazva, a mennyiben rák jelenléte esetén hőemelkedés jelentkezik, míg harmadlagos syphilis esetén vagy nincs hőemelkedés, vagy pedig még csökken is a hő. A bél kiöblítése után körülbelül egy órával adja a klysmát, a mely 4 gramm jodkaliumból, 2 gramm natrium carbonicumból és 100 gramm vízből áll. Általában már egy ilyen klysma elég szokott lenni a hőemelkedés létesüléséhez, néha azonban 2—3 egymásután következő napon kell adni. A végbélen át adott jodkészítmények a szerző szerint csak ritkán okoznak jodismust. A jodkalium-klysma egyébként gyógyításra is használható a belső szervek rákjában. Így a többi között rákos bázisingszűkületnek több esetében igen jó eredményt látott tőle a szerző, a mennyiben a dysphagia erősen csökkent, sőt meg is szűnt, úgy hogy a betegek újból a rendes úton táplálkozhattak. (Roussk. Vratsh, 1906. decz. 16. Ref. La semaine médicale, 1907. 7. sz.)

Sebészet.

A vese- és hólyagtuberculosisról, korai diagnosizálásról és műtétéről értekeznek Kümmell, a hamburg-ependorfi kórház sebésze. A vesegümőkór lefolyásában 3 szakot különböztet meg:

1. A korai szak, midőn a subjectív panaszok még nem utalnak a megbetegedés helyére, még nincsenek megbízható külső jelek (a megnagyobbodott szerv tapinthatósága, fájdalmassága) jelen; ezen esetekben a gümös folyamat még kizárólag a vesére szorítkozik, az ureterre nem terjedt át, a hólyag pedig feltétlenül ép. Positív gümösbacilluslelet mellett könnyű a kórjelzés, és ezen esetekben az ureter-katheterizálás megbecsülhetetlen diagnosztikai értékű. Sohasem tapasztalta, hogy az ép ureter catheterizációja következtében később komolyabb megbetegedés állott volna be; a Völcker és Joseph ajánlotta indigocarmin nem pótolja a catheterizációt. Az ezen szakban operált esetek (12) ideális gyógyulási eredményt nyújtanak.

2. A második szakba tartoznak azok az esetek, midőn az ureter-katheterizálás a mellett szól, hogy az egyik vesében a gümös megbetegedés nagyfokú, a másik vese pedig szintén bántalmazott. Hogy a kisebb fokban kóros vese működése a műtét után elégséges lesz-e, arra döntő a vér-fagyáspont értéke. Ha a $\delta = -0.56$ — -0.57 C^o, úgy a súlyosabban megbetegedett vesét mindig eltávolította s a másik vese működése mindig elégséges volt. Ha $\delta = -0.60$ -on alul van, úgy a súlyosan megbetegedett vesét feltárja s később, mikor a vér-fagyáspontja a normálist eléri, távolítja el másodlagosan a feltárt vesét.

3. A harmadik csoportba tartoznak azon esetek, a melyekben a zsugorodott hólyag, nagyfokú fekélyesedés, incontinentia miatt sem cystoskopia, sem ureterkatheterizálás nem végezhető. Itt a vér-fagyáspont jó útbaigazítással szolgál és ez esetekben végzett műtétei után sem észlelt egy esetben sem veseelégtelenség következtében halált.

Ismeretes, mennyi bajt okoz a gümös uretercsanak helyes el-látása, mely gyakran vezet az uretercsanak a seb fertőzésére és sipolyképződésre. Sok esetben az ureter teljes eltávolítása eredményre vezet, de ha már az ureter benyilási helyén a hólyag is beteg, úgy gyakran ez sem vezet célra. Újabban az uretercsanakba annak lumenét kitöltő platinégot vezet, a melyet elektromos úton fehér izzásba hoz s így pusztítja el az ureterben esetleg visszahagyott gümös nyálkahártyát.

Vesegümőkór miatt összesen 84 esetben végzett műtétet: 70 esetben nephrectomia (6 másodlagos) 5 operatív halállal, 10 esetben nephrotomia 3 halállal.

A modern vizsgálati eljárások alkalmazása előtt 11 műtétet végzett 3 halálalossal = 27% mortalitással. A halál oka 1—1 esetben embolia, peritonitis, uraemia volt (a másik vese hiányzott). Az új vizsgálati eljárások alkalmazása óta 69 nephrectomiát 2 halállal = 2.7% végzett. A halál oka az egyik esetben sepsis, a másikkban pneumonia volt; a visszahagyott vese mindkét esetben ép volt.

76 beteg életben maradt a műtét után. 9 meghalt 1—6 hóval a műtét után, még pedig miliáris tuberculosisban 3, phthisisben 2, gümös agyhártyalobban 1. A 8 bonczolt esetben a másik vese épsége megállapított. Jelenleg 62 beteg él; a műtét óta a legrégebb esetekben 16 év, 11 év (3 eset), 9 év (3

eset), 8 év (2 eset) telt el. Ez adatok is igazolják vesegümőkór eseteiben a sebészi beavatkozás jogosultságát. (Archiv f. klin. Chirurgie, 81. köt., 1. f.)

Steiner Pál dr.

Szükséges-e a korai műtét intracranialis sérülések eseteiben? E kérdéssel foglalkozván Phelps (New-York), a következő eredményekre jut: 1. Epidurális vérzés mindazon esetekben műtétet igényel, melyek spontan gyógyulásra hajlamot nem mutatnak, vagy a melyekben a vérzés okozta tünetek életveszélyre engednek következtetni. 2. Meningeális contusiót nagy epidurális vérzéstől vagy diffus agyoedemától, melylyel rendszerint együtt jár, nem lehet megkülönböztetni. Ha a meningeális vérzés tünetei agysérülés tüneteivel kapcsolódtak, a vérzést a lágyburokból eredőnek kell tartanunk; beavatkozásra csak akkor szánjuk rá magunkat, ha az agysérülést kisebb jelentőségűnek tartjuk. 3. Az agycontusio, ha lokális, nem végzetes kimenetelű s műtétet nem igényel; ha diffus, akkor vagy vérkeringési zavar, vagy progressiv chemiai változások által feltételeztetik; az előbbi esetben a műtét theoretice indokolt volna, az utóbbiban semmiképen. Practice azonban sohasem lehet megállapítani, vajjon az adott esetben a műtét jobb esélyt nyújt-e a gyógyulásra, mint az egyszerű várakozás és vértelen kezelés. 4. Vegyes esetekben, hol agycontusio piális vagy durális vérzéssel szövődött, a műtétet attól kell függővé tennünk, vajjon a vérzésnek tulajdonítunk-e nagyobb szerepet a tünetek létrehozásában, vagy az agysértésnek. Ezt a sebészi tapasztalat és az elmeél tudja csak eldönteni. (Annals of surgery, 168. füzet.)

Pólya.

A koponyaalapi törésekről ír Crandon és Wilson. A bostoni városi kórházban 42 év alatt 35,816 törés, ebből 1436 koponyatörés-eset fordult meg; a koponyaalapi törések száma 530, gyógyult 299 (56%), meghalt 231 (44%). Ebből 80% esés folytán sérült, 32% részeg állapotban. Az első vizsgálat alatt 232 (44%) volt öntudatlan, ezekből meghalt 58%, míg azok közül, kik öntudatuknál voltak a sérülés után, csak 33% halt meg. Az 530 eset közül 395-ben (74%) volt vérzés és pedig az egyik fülből 281, az orrból 168, subconjunctiválisan 53, a két fülből 47, a szájból 44 esetben. Ezzel szemben cerebrospinalis folyadék ömlését csak 27 esetben észlelték. Fontos jelentőségük van a szemtüneteknek a prognosira; így exophthalmust csak a legsúlyosabb esetekben láttak; a 142 esetből, hol a pupilla nem reagált, 131 meghalt, a 46-ból, hol renyhén reagált 30, míg a 342-ből, a hol a reactio jó volt, 272 meggyógyult. A pupillák különbözősége, tág vagy szűk volta azonban nem enged semmi különös prognosztikai következtetést. A bénulások legtöbbje arcideg- (46) vagy féloldali bénulás (41) volt; a legrosszabb prognosist a féloldali bénulások (meghalt 36) és a strabismus (25-ből 13) adják. Műtét 59 esetben történt 53% halálalossal intracranialis vérzés vagy annak gyanúja miatt. A távolabbi eredményeket csak 38 esetben sikerült kitudni, ezek közül csak 8 nem tud dolgozni, 30 1 héttel — 2 évvel a sérülés után munkához látott és pedig 22 a régi munkáját végzi. A visszamaradt nehézségek főleg fejfájás (13 eset), látási zavarok (17), sükettség (16), szédülés (15); a szédülést sokan különösen erős napfény behatására érezték; 6-nak az volt a panasza, hogy hamarabb részegszik le s a hozzátartozóik állítása szerint az alkohol hatása alatt sokkal izgékonyabbak mint előbb. Az emlékezet gyengülése 4, görcs 2, bénulás 1 esetben említettik.

A kezelésben a hosszas ágybanfekvésre (3 hét) és a lehető tökéletes nyugalomra helyezik a szerzők a fősúlyt. (Annals of surgery, 168. füzet.)

Pólya.

A gyomorfekélyátfürödés sebészeti kezeléséről ír R. G. Le Conte (Philadelphia). 2 heveny esetben 3 1/2 illetleg 1 órával a perforatio után operált, mindkettő gyönyörűen meggyógyult; a harmadik esetben chronikus perforatorról, perigastritikus tályogról volt szó, melynek megnyitása után a beteg gyomor-fistulát kapott s inanitióban 12 nappal a műtét után elpusztult. (Annals of surgery, 168. füzet.)

Pólya.

Gyermekorvostan.

A pyocyanase használatáról a csecsemők járványos influenzájában és a járványos agygerinczhártyalobban értekezett Escherich tanár a bécsi orvostársaság egyik utóbbi ülésén. Utalt

Emmerich és *Löw* vizsgálataira, kik a bakteriumokból baktericid anyagokat állítottak elő. Ezen anyagokat proteolytikus enzimeknek, nucleasoknak nevezik; az a tulajdonságuk, hogy feloldják azon bakteriumok protoplasmáját, a melyek őket termelték. Sőt vannak olyan nucleasok, a minő például a bacillus pyocyaneus proteolytikus enzimeje, a pyocyanase, a melyek a legkülönbözőbb bakteriumok protoplasmáját fel tudják oldani. *Emmerich* a pyocyanase baktericid hatását számos pathogen bakteriumon kipróbálta s meggyőződött ezen anyagok relativ ártalmatlanságáról.

Ezen vizsgálatok arra készítették *Escherich* tanárt, hogy a pyocyanaseval klinikai vizsgálatokat végezzen. Minthogy a különböző készítményeknek nem volt mindig egyenlő hatásuk és összetételük, a legmegbízhatóbb készítményt, a *Lingner*-félé alkalmaszta, és pedig eleinte a garatdiphtheriában, minthogy ezen betegség a legclassikusabb objectumnak mutatkozott a helyi desinfiálóló kezelésre. A pyocyanaset spary alakjában alkalmazta. Az eredmények azonban nem voltak olyan jók, hogy miattuk az eddig alkalmazott serumtherapia mellőzhető volna. Ezért alkalmazásba vette olyan betegségben, a mely hasonlóan a diphtheriához, a helyi kezelésnek hozzáférhető nyálkahártyán székelt.

Erre alkalmas nyújtott, a bécsi gyermekórához csecsemőosztályán támadt influenzajárvány. Több gyermek betegedett meg egymásután ezen betegségben, kiknek orrváladékában nagy mennyiségű *Pfeiffer*-féle mikroococcus catarrhalist találtak, úgy hogy valószínű volt, hogy ezek okozták a járvány keletkezését. *Escherich* az osztályon lévő valamennyi csecsemő mindkét ornyílásába 5—5 csepp pyocyanaset csepegtetett be, mire a további megbetegedések megszűntek és a fent említett cococcusok az orrváladékban többé nem voltak kimutathatók. A tiszta culturával végzett kísérletek azt eredményezték, hogy a pyocyanasenak electiv fejlődésgátló és pusztító hatása van a mikroococcus catarrhalisra, ugyanolyan a hatása a meningococcusra, míg más pathogen bakteriumok, a pneumo-, strepto-, staphylococcusok stb. nagy ellentéllőképeséget tanúsítottak vele szemben.

Az influenza-járványban elért eredmények arra birták a szerzőt, hogy a pyocyanaset a járványos agygerinczártyalobban is kipróbálja. Az okot erre az szolgálta, hogy a meningococcus a mikroococcus catarrhalissal élettanilag rokon és hogy valószínű, hogy a fertőzés kapuja úgy a járványos agygerinczártyalobban, mint az influenzában a legfelső légutakban van.

Lingelsheim vizsgálataiból ismeretes, hogy számos esetben kimutatható úgy gyermekek, mint felnőttek orr- és orrgaratürében a meningococcus a nélkül, hogy onnan tovaterjedne, és csak eddig még közelebről nem ismert körülmények okozzák, különösen gyakran gyermekekben, a folyamat tovaterjedését az agyburkokra. Elvárható ezért, hogy ha elpusztítjuk az orrban és orrgaratürben székelt meningococcusokat, megóvjuk az illető egyént attól, hogy agyhártyalob fejlődjék, meggátoljuk a környezet fertőzését, sőt ha az ilyen beteggel érintkezett személyeket vagy legalább is azokat, kiknek orrában meningococcus kimutatható volt, izoláljuk és ilyen módon kezeljük, egy esetleges járványnak fontos, talán legfőbb okát szüntetjük meg.

Megpróbálta a pyocyanase alkalmazását már kifejlesztett agyhártyalobban is, a gerinczvelő üregébe való fecskendés alakjában, hogy ezáltal a behatolt csírákat megölje. Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni, hogy a kiterjedt fűrendszerezéssel bíró és szabálytalanul alkotott arachnoidealis ür már eleve nem a legalkalmasabb terrenum az ilyen desinfiálóló eljárásra. A technikai kivétel az intraduralis injectionnak nem okoz nehézséget és relativ nagy mennyiségeket (3—5 cm³ pro die) jól tűrtek a betegek, bár némely esetben izgatottságot, sőt collapsust is észlelt a szerző, a mit ő a készítmény tökéletlen voltának, idegen alkotórészeknek, egyenlőten összetételének tulajdonít. Egyébként ezen tünetek gyorsan és minden következmény nélkül elmúltak, némely ily módon kezelt gümös agyhártyalobban azonban jelentékeny rosszabbodást látott. A legtöbb esetben a pyocyanase befecskendezését a lát csökkenése, az ideges tünetek javulása követte, bár egyes esetekben, a gyors és erélyes kezelés ellenére, halálos kimenetelt is észlelt. Minden esetben a befecskendést követő hosszabb-rövidebb időközökben megvizsgálta a kibocsátott agygerinczagy folyadékot és a legtöbb esetben a bakteriumok számának jelentékeny csökkenését, sőt egyes esetekben teljes eltűnésüket találta.

Ezen vizsgálatok eredményeként *Escherich* nem állítja, hogy sikerült neki az agyburkokba behatolt meningococcusokat a pyocyanaseval biztosan elpusztítani, de reméli, hogy ezen az úton haladva, positiv eredményeket is tud majd felmutatni. Ellenben azon kísérletek, a melyek az orra és orrgaratürre vonatkoznak, igen jó eredményeket adtak, úgy hogy a higítatlan pyocyanase 5—20 cseppjével való kezelés után már 24 óra mulva vett váladék meningococcusmentesnek mutatkozott. (Wien. klin. Woch. 1906. 25. sz.) *Sidlauer Ödön dr.*

Bőrkiórtan.

A hirtelen támadt orrpirosság gyógyításáról ír *F. Bruck* (Berlin). E tünet, a milyen kellemetlen, épen olyan gyakori is. A kiváltó okoknak egész sorozatát ismerjük. Legközönségebb okként szerepelnek a hirtelen légváltozás (hidegből meleg szobába jövés) és a congestiokat okozó italok, főleg az alkoholt tartalmazók. Természetes, hogy e kiváltó okok csak akkor léphetnek actioba, ha az orr bőre nem normális. Az alapbántalom mindig a bőr véreinek tonuscökkenésében, sőt vérérparesisben áll. Ha a tonuscökkenésen alapuló orrpirosság gyakran ismétlődik, könnyen persistáló vérértágulás jöhet létre, mely állandó orrvörösséget von maga után. Az orrpirosság kosmetikai jelentőségén kívül még azzal a hátránnyal is jár, hogy kellemetlen subjectiv tüneteket vált ki; ilyen a bizsergés, égés és forróság érzete. További kellemetlen mellékünete a bőrnek zsíros tapintata és zsíros fénye. A szerző e kellemetlen tünetcsoport legjobb ellen-szerének a benzint tartja, és ezt melegen ajánlja az orvosok figyelmébe. A benzint szerinte nemcsak a zsírt oldja s így a zsíros fényt azonnal elmulasztja, hanem erős párolgása miatt hőelvonó hatású is, a mi által az activ hyperaemiát erősen csökkenti, sőt eltünteti. A benzint állítólag még prophylactice is igen jó szer, mert gyakori alkalmazása a hirtelenül támadó orrvörösségnek gyakori előfordulását mérsékli. Alkalmazása egyszerű: vattatampont, mull- vagy lint kompresszt benzinbe áztatunk és bedörzsöljük vele a vörös bőrfelületet. (Medizinische Klinik 1907. 5. szám.) *Guszman.*

A hajszálak ú. n. csomóképződését ismerteti *E. Saalfeld* (Berlin). Nemrégiben Galewsky irt le egy haj-illetőleg szőrelváltozást, a melyet trichonodosisnak nevezett el, s a mely látszólagos csomóképződésben áll. A hajbetegség főleg oly egyéneken található, a kik hajzatos vagy szőrzes bőrfelületükön sokat vakaróznak. A hajzatnak külseje szabad szemmel nézve olyan, mintha számos serkével (tetük petéi) volna telehintve. Leginkább található ez az elváltozás a nem szervek körül, vizskető betegségek kapcsán s ezért a folyamat pediculosisnak tartható. A szerző ily betegének szőreit górcsövileg átvizsgálta s azt találta, hogy szó se lehet igazi csomóképződésről, hanem csakis hurok- vagy kacsaképződésről. A látszólagos csomó göreső alatt ugyanis nem más mint egyszeres vagy többszörös kis hurok, mely ha össze van húzva, csomócskának látszik. A szerző e hurokképződést mechanikai alapon létrejötteknek tekinti és az ismételt erős vakarásban találja az okát. A hajzatnak ezen elváltozását *Michelson* elnevezése jellemzi legjobban, a ki először használta a „noduli laqueati“ (kacsalakú csomó) műszót. A szerző is ezt az elnevezést ajánlja általános elfogadásra. (Medizinische Klinik, 1907. 5. sz.) *Guszman.*

Húgyszervi betegségek.

Az epididymitis blennorrhagica igen súlyos eseteiben *Escat* nem tartja helyénvalónak a tüneti kezelést. A lobos mellékherékacsokban megszorult fertőző anyagok által okozott és néha igen heves jelenségek, a nem is olyan ritkán a herének neurosisát eredményező genyedés, a kemény és fájdalmas csomóknak makacs ellenállása, a kánkó meggyógyulása után is még várható recidivák, az ondóvezető utaknak esetleges teljes elzáródása, a bántalomnak gümőkóros elfajulásra való hajlamossága, mindezek olyan tényezők, a melyek a ma divatos symptomáss eljárásnál jóval közvetlenebb beavatkozást igényelnek. A vérelvonás, a jég, a hideg és a forró borogatások csakis a könnyebb esetekben felelnek meg, a heveny tüneteknek lezajlása után eszközölhető hólyagmosások pedig csupán az eredeti bántalmat, a kánkós húgy-

csölobot gyógyítják meg, a mellékherelob ezt túléli és továbbra is fertőz. Ilyen súlyos esetben tehát a szerző indokoltan tartja a helybeli érzéstelenítéssel (stovain) végzett epididymotomiát, sőt még a deferentotomiát is. Egyébként a makacs acut, subacut és chronikus góczokra már jó lesz mielőbb rámetezni, szükség esetén pedig ki kell azokat vágni. A láz és a fájdalom hirtelen megszűnik és a felszívódással járó hegképződés gyors gyógyulásra vezet. (Mindenekelőtt azonban a Bier-féle pangásos vérbőséggel kell próbát tenni; ez a legtöbb esetben a véres beavatkozást feleslegessé teszi. Ref.) (Annal. des mal. des org. génito-urinaires, 1906. 20. füzet.)
Drucker Viktor dr.

Incontinentia diurna érdekes esetét észlelte *St. Galatzi* 8 éves fiúcskán, a kinél a csak nappal, többnyire játék közben hirtelen beállott vizeletcsurgást a húgyesőnek veleszületett szükülete okozta. Ez ugyanis az idő folyamán a húgyhólyagnak az összehúzódási és a sphincternek az ellenállási képességét olyannyira csökkentette, hogy bekövetkezett az a kóros jelenség, a melyet „miction par regorgement” néven ismerünk. (Annal. des mal. des org. génito-urinaires, 1906. 19. f.)
Drucker Viktor dr.

Venereás bántalmak.

Némely uterus carcinomának syphiliticus eredetéről irt tanulmányt *J. Franceschini* (Vicenza). A szerző úgy a saját gyakorlatából, mint egyes elszórt irodalmi adatokból arra a következtetésre jutott, hogy a méhnek késői lueses nyilvánulásai nem is igen ritkák. Felismerésük azonban nem könnyű. A portión és a méhnyakon lehetnek oly kisebb-nagyobb kifeléyesedett területek, melyek hasonlítanak carcinomákhoz, voltaképpen pedig gummák, és melyek antilueses kezelésre kitűnően gyógyulnak. A szerző tapasztalata szerint vannak olyan esetek is, a melyekben rendetlen nagyobb vérzések jelentkeznek, a méh pedig vagy egészben vagy részben megnagyobbodott, az öntudatosan vagy véletlenül adott antilueses kezelés pedig mindezen tüneteket gyógyítja. Ily betegek anamnesisében gyakran találunk syphiliticus valló adatokat, vetéléseket, halva született magzatot s egyéb hasonló részleteket. Lueses eredetű hegek feltalálása ily nők testén szintén nem ritkaság. Másrészt kiemeli a szerző, hogy a méhrákos nők egy jó részében a syphilis részben mint közvetlen, részben mint közvetett ok szerepel. Tapasztalata szerint a carcinomás nők egy része előzetesen syphiliticusban szenvedett, a mi vagy az anamnesisből, vagy a meglévő lueses stigmákból derül ki. Sokszor csak az állapítható meg, hogy az asszony férje volt lueses. Vannak továbbá specifikus méhbéli elváltozások, melyek egyenesen carcinomákká változhatnak át. *Franceschini* mindezek alapján ajánlja, hogy a nők felismert lueses a legnagyobb erélyvel és kitartással néhány évig kezeltesék. A kezelés akkor is kitartó és alapos legyen, ha a tünetek későiek, tertiariek. Különösen áll ez akkor, ha a tünetek a méhen székelnek. Véleménye szerint az uterus carcinomák jóval kisebb számban keletkeznének, ha fenti intelmei követésre találnának. (Annales des maladies vénériennes, 1906. 4. sz.)
Guszman.

Kisebb közlemények az orvogyakorlatra.

Syphilis ellen *Loew* is jó eredménytel használta az ú. n. Hirsch-léle injectiót, a mely nem más, mint 1%-os hydrargyrum oxycyanatum-oldat 0.4%-os acoinnal. Ez a készítmény rendkívül hatásossága mellett azzal az előnnyel is bír, hogy nem okoz helyi izgalmi tüneteket és teljesen veszély nélkül használható. Naponként egy köbcentimeter fecskendezendő be a glutaealis tájon. (Therapeutische Monatshefte, 1906. 11. füzet.)

Az onania új tünetét ismerteti *Ossendovsky*. 220 onanizáló fiatalember közül 52-n az emlő hypertrophiáját találta, még pedig 33 esetben mind a két oldalon, 19 esetben pedig csak az egyikén. Tekintve, hogy mily közeli összefüggés van a nőkben az emlők és a nemi szervek között, a dolog nem is valószínűtlen és jó szolgálatot tehet az eltört onania felismerésében. (Ref. La semaine médicale, 1907. 7. szám.)

Tisopirin elnevezéssel pastillákat hoztak újabban forgalomba, a melyeknek mindegyike 0.1 gramm aspirint, 0.00025 gramm arsenessavat és 0.1 gramm kámforsavat tartalmaz. Tüdővész eseteiben állítólag jó hatású. Eleinte 4 pastilla vendő be naponként; ezt az adagot négy naponként emeljék 1 pastillával egészen 10 darabig pro die. (Ref. Die Heilkunde, 1907. február.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1907. 7. szám. *Kiss Gyula*: Vizsgálatok a vér oldhatóságáról. *Pándy Kálmán*: Elmekörtani ritkaságok.

Orvosok lapja, 1907. 7. szám. *Lengyel Emil*: Bier-féle pangással gyógyított súlyos lymphangitis esete. *Jankura István*: A csecsemő- és gyermekkor emésztési zavarai.

Budapesti orvosi ujság, 1907. 7. szám. *Torday Ferencz*: A női tej katalysiséről.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Jánay László* dr. tátrafüredi fürdőorvosnak a fürdőügy terén szerzett érdemei elismerésül a királyi tanácsosi címet adományozta.

Kinevezés. A m. kir. igazságügyminister *Bakó Sándor* dr. egyet. magántanár, kir. tanácsost, *Farkas László* dr. kórházi főorvos, kir. tanácsost, *Genersich Antal* dr. egyet. tanár, udv. tanácsost és *Moravcsik Emil* dr. egyet. tanár, udv. tanácsost az igazságügyi orvosi tanács tagjává további három év tartamára újból kinevezte.

Egyetemi alkalmazások. Az orvoskari tanártestület legutóbbi ülésén a következőket választotta meg. Az I. sz. kórboncztanai intézethez: Entz Béla dr.-t I. tanársegéddé, Fuszek Rezső dr.-t II. tanársegéddé. A bakteriologiai intézethez Marikovszky György dr.-t tanársegéddé (meghosszabbítás). Az I. sz. belklinikához: Barcza Sándor dr.-t és Weinek Gusztáv dr.-t díjtalan gyakornoknak. A II. sz. belklinikához: Griell Imre dr.-t díjtalan gyakornoknak. A szemklinikához: ifj. Liebermann Leó dr.-t helyettes II. tanársegéddé.

Ugyanezen ülésen a tanártestület a megüresedett ösztöndíjakat és segélydíjakat a következőknek ítélte oda: két egyenként 1300 k-ás Wodianer-féle ösztöndíjat Galambos (Braun) Arnoldnak és Balogh Jánosnak, a 352 k-ás Jakobovics-ösztöndíjat Erdélyi Sándornak; 120 k-ás Capdebo-ösztöndíjat Potucsek Ernő, Purjesz Béla és Paál Gyulának, 40 k-ás segélyt a Schordann-alapból a következőknek: Pollák Aladár, Mesterics Elek, Vas Jenő, Darvas Oszkár, Epstein Zoltán, Horváth S. Kálmán és Révész Vidor.

Választás. *Laurovics Zoltán* dr.-t Mezöhegyesen, *Jakab Lajos* dr.-t pedig Szilben községi orvosá választották. — A gyöngyösi járásban megüresedett orvosi állásra *Ecsedi Mór* dr.-t választották meg.

A magyar orvosi könyvkiadótársulat március 20.-án délután 6 órakor tartja évi közgyűlését a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében a következő tárgysorozattal: 1. Titkári jelentés a társulat működéséről. 2. A pénztárvizsgáló bizottság jelentése. 3. Az igazgató-tanács egy harmadának megválasztása. 4. Másodtitkár választása. 5. Öttagú pénztárvizsgáló bizottság választása. Azon tagok, kik az ülésen személyesen nem jelenhetnek meg, szavazatukat a titkársághoz (IX., Knezits-uteza 15) írásban is beküldhetik. A most kilépő igazgató-tanács tagok a következők: budapestiek: Bókay Árpád, Kéthly Károly, Müller Kálmán, Réczey Imre; vidékiek: Imre József, Kanika Károly, Tóth Imre, Varga Zsigmond. A kilépő tagok újra megválaszthatók.

A budapesti orvosi kör országos segélyegylete 1906. évi kimutatásában a rendes tagok sorából kimaradt Weinberger Miksa dr. o. k. t. Budapest, Szana Sándor dr. Temesvár pedig, a ki az 1907. évi tagdíjat is kifizette, tévesen mint hátrálékos szerepel. Az 1907. év folyamán a pénztárba következő összegek folytak be: Alapítvány: Hőgyes Endre dr. nyilv. rendes tanár emlékeztetére 1000, Hőgyes Ferencz Budapest 200, Hőnig Márton Nagyszombat 20, Varró János Óbecse 100, Várkonyi Jenő Balaton Szent-György 20, Vámosy Zoltán egyet. m. tanár Budapest 20 és csanoplai Mann Jakab dr. kir. tanácsos, bábaképezdei igazgató Szeged 100 korona. Alapítványikat emelték: Bogdán Aladár Balassagyarmat 20, Pártos Henrik Erzsébetfalva 50, a VII. kerületi orvostársaság Budapest 25, Meisels Vilmos Budapest 20, Koller Gyula kir. tanácsos Budapest 100 és Imrédy Béla dr. egyet. tanár 40 koronával. Tagdíjat fizettek az 1906. évre: Gerber Károly, Kozma Sándor, Pollacsek Sándor, Vizi Henrik, Vécsey Gyula, Haás Simon, Kaczvinszky János, Zátanyi József, Steiner Simon, Cseresnyés Ernő, Szigeti Lajos, Bartha Gábor, Winter Simon, Kelemen Izidor, Lévy Dezső, Stege Kálmán, Ember Géza, Kicska Emil, Török Zoltán, Kronberger József, Spatz Adolf, Skultéty Tivadár, Jékel László, Dudich Endre, Lövy Zsigmond, özv. Jungmann Mihályné, Himler Sándor, Nagy Sándor, Komáromy Gyula, Urbanecz Ede, Daday Vilmos, Rajner Géza, Heinrich Adolf, Halász Andor, Hübsch Miksa, Scheffer Oszkár, Kmetykó János és Klár Manó 4—4 korona. Az 1907. évre fizettek: Hegyesi Benő, Kollár Lajos, Pehán László, Szkirpán Ambrus, Kollár Kamil, László Elek, Kádár Antal, Szabó Mihály, Becher Áron, Laurovics János, Révész Fülöp, Berkovics Jakab, Hári István, Vass Sándor, Kohn Ármán, Korein Adolf, Schulhoff J. Zsigmond, Brunauer Ambrus, Stauber Hugó, Friedländer Simon, Strelinger Viktor, Fuchs Sándor, Szarvas Félix, Bruch Lipót, Zboray Béla, Eisler Miksa, Szántó

Armin, Szegvári István, Fuchs Dávid, Himler Izsó, Hoffenreich Mór, Várady László, Grossmann Artur, Takács Márton, Sebestyén Ödön, ifj. Glass Izor, Stern Ignác, Kincs Miksa, Goldstein Adolf, Weivart Simon, Kerekes Ödön, Thomka István, Uhrik Gyula, Deutsch Ignác, Darvas Sándor, Spitzer Armin, Herzfeld Lajos, Braun Sándor, Dumitreanu Ágost, Révész Vilmos, Chyzer Béla, Dembitz Mátyás, Friedler Ernő, Mihajlovits Miklós, Moravcsik Ernő, Ottava Ignác, Erőss Gyula, Dieballa Géza, Noel Jakab, Réczey Imre, Doktor Károly, Kern Géza, Eisler Hugó, Walla Béla, Wajdits Lajos, Rosenberg Pál, Nagy Albert, Kosztka Emil, Sellei József, Szerb Zsigmond, Somogyi Lajos, Siklóssy Gyula, Lengyel Samu, Schiff Kálmán, Baum Ignác, Bókay Árpád, Dizián Kálmán, Geyer József, Rónay Gusztáv, Detre László, Mangold Henrik, Róthbarth József, Szikszay Sándor, Szemerey Bertalan, Pollák Mór, Trajtner István, László Mór, Moskovits Ignác, Grazi József, Barabás Arnold, Ürmösy B. Kálmán, Szilágyi János, Boer Jenő, Kelner Mór, Gonda Péter, Palfy Ignác, Gerő Adolf, Neumann Jákó, Török Vilmos, Stáhl Ignác, Schwarz Nándor, Schrodt Antal, Bojtha József, Hudomel József, Dolecskó János, Angyán Béla, Sz. Maszák Elemér, Fried Samuel, Korányi Sándor, Papp Károly, Polgár Emil, Jendrassik Ernő, Csapodi István, Kéty László, Purjesz Ignác, Nemes Károly, Kratochvilla János, Káldor Bertalan, Körmöczy Emil, Hazslinszky Hugó, Donogány Zakariás, Wenhardt János, Steiner József, Hollósi Ede, Bergsmann Ignác, Gmellin Ottó, Bugsch Gusztáv, Lovrich József, Wenzel Tivadár, Kollarits Jenő, Nádory Béla, Balkányi Vilmos, Kanitzer Ignác, Reitzer Mór, Kaiser Károly, Buehler Antal, Körmöczy Zoltán, Feleki Sándor, Péchy János, Unterberg Adolf, Dévai Mór, Demkó Béla, Bradách Antal, Bayer Sándor, Kiss Gyula, Wagner György, Janovits Sándor, Szalay Béla, Farkas Elemér, Laky Árpád, Világhy Károly, Zemplésvármegyei orvos-gyógyszerészegylet, Berger József, Pozsgay Lajos, Kelemen Mihály, Petz Lajos, Villányi Béla, Kiricz Mór, Weiszhausz Samu, Weisz Ferenc, Szász Hugó, Surányi Miklós, Groák Ernő, Csillag Jakab, Sputz Gyula, Schmidt László, Rosenberg Jenő, Mátrai Gábor, Adler Alajos, Baumhorn Armin, Zólyomi Adolf, Koltai Árpád, Mann Mór, Lichtmann Samu, Nádas Lipót, Minich Károly, Reiner Mór, Pláner József, Reichenfeld Márk, Weisz Jakab, Singer Henrik, Valovics Gyula, Plager József, Engel Ignác, Somogyi Zsigmond, Rosenfeld Bernát, Stark Miksa, Kövesi Mór, Jászi Ferenc, Schwarz Sándor, Pongrácz Gyula, Friedmann Adolf, Csatkai Ignác, Szentgyörgyi Ferenc, Stumpf Lajos, Fodor Ignác, Grósz Menyhért, Rudy Béla, Braun Jakab, Tenner Vilmos, Dezső Antal, Clementis Géza, Gyárfás Ferenc, Keményfi Gyula, Klein Menyhért, Edelmann Menyhért, Rudas Gerő, Józsa Félián, Kálmán Ignác, Pozsgay Lajos, Rais Miksa, Kozma Jenő, Kramer Lipót, Spatz Adolf, Sceda György, Frommer Ignác, Lukács Imre, Kolezonay Ernő, Aáron Sándor, Sarlai Vilmos, Stern Adolf, Fried Áron, Hübnér Viktor, Szirtes Alajos, Holländer Dávid, Gyenes Antal, Erdős János, Brauner Samu, Aniszfeld Endre, Lehoczky Imre, Kóczian Géza, Kanarik Jakab, Geyer Frigyes, Csányi Géza, Schönböck László és Zappé Ede 4—4 korona. Az 1905—906. évre fizettek: Oszmann Mór, Hudacsék József, Erőss János, Frommer Ede és Bordács István 8—8 koronát. Az 1906—907. évre: Kopolyi Vilmos, Neuwirth Gusztáv és Szauer György 8—8 koronát. Az 1904—905. évre: Hunvald Antal és Zakariás Simon 8—8 koronát. Az 1907—908. évre: Sembei Géza 8 koronát. Az 1907. évre 10—10 koronát fizettek: Hári István, Székely Ágoston és Lóri Ede. Az 1904—906. évekre: Hirtenstein Leó 12 koronát. Az 1907—910. évekre: Kertesi Béla 16 koronát. Az 1907—909. évekre: Takács Bernát 12 koronát. A postyéni fürdőigazgatóság az 1906—910. évekre 20 koronát fizetett.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület január hóban 775 esetben nyújtott első segítséget. Ezenkívül 620 szállítást végzett, 75 szór mint mozgóórség szerepelt és 37 esetben vaklármá miatt vonult ki.

A II. számú női klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum segélyét januárban 112 esetben vették igénybe. A műtétek száma 75 volt. Tátrafürdőn a téli időben február 16-áig 370 vendég tartózkodott.

Meghaltak. Kövesdi Boér Jenő dr. e hó 15-én 60 éves korában Tüvisen. — Homoky Ferenc dr., tiszteletbeli megyei főorvos 57 éves korában Orsován. — Weinberger Móricz dr. Ungvármegyei tiszteletbeli főorvosa február 15-én. — Hepburn D. dr., a londoni Royal Dental Hospital tanára, a British Dental Association főtákará, az Odontological Society volt elnöke, 56 éves korában. — Fr. E. Beckwith, a szülészeti tanára az amerikai Yale-egyetemen.

Kisebb hírek külföldről. Küster tanár, a marburgi sebészeti klinika igazgatója nyugalomba vonul. — Cl. du Bois Reymond, természettudomány-tanár a berlini egyetemen, hat évre elszegődött a physiological tanárrá a shanghai-i német orvosi iskolához. — Walkhoff tanár Münchenben, a kit a lipsei fogászati intézet igazgatójának hívták meg, de a ki a meghívást visszautasította, valóságos rendkívüli tanár és udvari tanácsos tett. — K. Schaeffer dr., a physiological magántanára a berlini egyetemen a tanári címet kapta. — L. Rüttmeyer baseli docent (belorvos-tan) rendkívüli tanárrá nevezték ki. — A prágai német egyetemen megüresedett szemészeti tanszéket Elschnig A. bécsi rendkívüli tanárral töltötték be.

A XIV. közegészségi és demographiai congressus, mely tudvaleg 1907 évi szeptember hó 23.—29. éig fog megtartani Berlinben, élénken foglalkoztatja az illetékes köröket. A congressus fővédői tisztét a német császárné elfogadta. A congressus előmunkálatait serényen folytatja a Nietner dr. főtörzsorvos, főtákará vezetése alatt működő szervező bizottság. Az egyes szakosztályok tárgysorozátat már megállapították s a főkérdések tárgyalására a szakelőadókat már felkérték. A szakelőadók megválasztása nagy körültekintéssel történt, s a tárgy-

sorozat egyes pontjainak mélyreható és sokoldalú előadása és megvitatása biztosítva van. A felkért előadók már nagyrészt el is fogadták megítélő megbízatásukat. A congressus ülései a Reichstag épületében fognak tartatni. A congressussal kapcsolatban kiállítás is lesz, melynek rendezését Rubner tanár vállalta magára, a ki minden idevágó kérdésre készséggel ad felvilágosítást (címe: Berlin 4. N. Hessische Strasse 4.). A congressus tagsági díja 20 márka, hozzátartozók részére 10 márka. A congressusnak tagja lehet mindenki, férfi és nő egyaránt, a ki a közegészségügygel és a demographiával tudományosan vagy gyakorlatilag foglalkozik. A jelentkezéseket és tagsági díjakat Nietner dr. főtákará (Berlin 9. W. Eichhornstrasse 9) címére kell küldeni, a ki minden érdeklődőnek szívesen megküldi a congressusra vonatkozó eddig megjelent tájékoztató nyomtatványokat. A magyar bizottság elnöke: Tóth Lajos dr. min. tanácsos (V., Hold-utca, közoktatásügyi ministerium), titkára Szegedy-Maszák Elemér dr. (VIII., Rökk Szilárd-utca 41).

A második nemzetközi iskola-higiénéi congressust Londonban tartják meg augusztus 5.—10.-éig, Sir Lauder Brunton elnöklete alatt. A congressus a következő szakosztályokból fog állani: 1. A nevelési rendszerek physiologiája és psychologiája. 2. Az iskolák orvosi és egészségügyi ellenőrzése. 3. A tanári pálya hygienéje. 4. Az egészségügyi előadása tanárok és tanítványok részére. 5. A physikai nevelés kérdése. 6. Az otthon hygienéje, s ennek viszonya az iskolához. A szünnapok mikénti eltöltésének kérdése. 7. Fertőző betegségek az iskolában. 8. Külön iskolák a gyengeelműűek s hasonlóak részére. 9. Iskolák vakok, süketek, süketnémák és nyomorékok részére. 10. Iskola-épületek és azok felszerelése. A congressussal az iskola-egészségtanra vonatkozó kiállítás lesz kapcsolatos. Bővebb felvilágosítást nyújt a congressus rendezősége, Royal Sanitary Institute, Margaret-street, London, W.

A gyermekek dohányzása elleni mozgalom kiterjedt Franciaországra is. Párisban társulat alakult Société contre l'abus du tabac czímen, mely többek közt czélul tűzte ki azt is, hogy a gyermekek dohányzása ellen küzdjön. A társulat petitiót intézett a képviselőházhoz, hogy hozzon törvényt, mely szerint a 16 évesnél fiatalabb gyermeknek tilos dohányt, szivart vagy cigarettát eladni vagy ajándékozni, s a ki ezt ellen vét, első ízben 50 frank, második és többedizben 150 franknyi pénzbírságra íteltetik. Hasonló törvényjavaslatot tárgyalnak most Belgiumban is.

Nők a német egyetemeken. Azon a 7 német egyetemen, a mely nőket is felvesz (Freiburg, Heidelberg, Tübingen, München, Würzburg, Erlangen és Lipese) az elmúlt téli félévben 254 nőhallgató volt beiratkozva (közöttük 116 orvostanhallgató), a mi az előző félévvel szemben (211) elég tetemes gyarapodás.

Kié a műtételt eltávolított hólyagkő? Ezt a kérdést veti fel egy német lap egy eset kapcsán, a melyben a hólyagkővétel megszabadított beteg csak abban az esetben volt hajlandó megfizetni a honorariumot, ha odaadják neki a követ. A követ azonban már tudományos czélakra elhasználtá a műtét. Az ügy alighanem a törvényszék elé kerül.

Mai számunkhoz a bécsi Ausztria-gyógytár prospektusa van mellékelve.

Budapesti mechanikai Zander-gyógyintézet. Igazgató tulajdonos: Dr. REICH MIRLÓS.
Budapest, VIII., Muzem-körút 2., összes physikai gyógytényezőekkel felszerelve. Főbb javallatok: Sérülések után visszamaradt mozgászavarok. Idegbajok. Vérkeringési szervek bántalmái. Idült gyomor-bélbajok. Gerinczefordulások. 2570

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

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

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

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

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

Budapesti Orvosi Laboratorium IV., Koronaherzeg-utca 18, I. em. Minden nemü ép és kóros váladékot (ú. m. vizelet, köpet, vér, dajkatej, hányadék, ex- és transsudatum stb.) vegyi, gőrcsői és bakteriologiai vizsgálata. Klinikai diagnosztika. Tulajdonos: **Arányi Gusztáv dr. karlsbadi gyakorló fürdő-orvos** (Sprudelstrasse, Goldener Helm). Április 23.-ától szeptember 20.-áig, vagyis a fürdő-orvosi működése alatt a Budapesti Orvosi Laboratoriumot helyettes szaktárs vezeti. 2939

Dr. Grünwald sanatoriauma 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-utca 14-16.) Telefon sz. 90-46.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (VI. rendes tudományos ülés 1907. február 16.-án.) 157. l. — Közkórházi orvostársulat. (I. bemutató szakülés 1907. január 16.-án) 158. l. — Országos rákértkezet. (III. ülés 1906. november 17.-én.) 158. l. — Szemelvények külföldi tudományos társulások üléseiből. 160. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(VI. rendes tudományos ülés 1907. február 16.-án.)

Elnök: *Bókay Árpád*. Jegyző: *Verebélly Tibor*.

Radiummal meggyógyított penis-epithelioma.

Justus Jakab: 51 éves férfibeteg. Körülbelül esztendővel ezelőtt került kezelésébe. Akkor baja félesztendő volt. Egyéb adataiból felcmlítésre érdemes, hogy körülbelül fél évvel betegségének keletkezése előtt felesége méhrákban halt meg. A fityma előálló, merev, halványvörös tumorra alakult, mely jobbra és balra 2—3 cm.-nyire terjed a sulcus mentén. A gyógyítás 25 mgm. radiumbromidot tartalmazó tokoeska reáhelyezésével történt. A radiumbromid aktivitása igen nagy, körülbelül 1.000.000. 10 perc — 1/4 órás ülések alatt 3 hét leforgása után a kis tumor kifehélyesedés nélkül lelapult, megkisebbedett és végül teljesen eltűnt. Alig észrevehető fehéres lapos heg maradt utána. Jelenleg recidivának nincsen nyoma.

Majomhoz hasonló gyermek.

Pándy Kálmán: 10 éves fiú (R. M.), kinek feje, tartása, eleven mozdulatai majomra emlékeztetnek. A fiú magassága 130 cm., testsúlya 16 kgm., koponyájának legnagyobb vízszintes körfogata 39 cm., homloka alacsony, hátrahajlik, fülei felfelé megkeskenyednek, álla azonban nem áll előre. Lábfejei igen hosszúkás, lábikrái fejletlenek. 30 év előtt Vogt irt le hasonló kislejűket annak bizonyítékául, hogy az ember a majomtól származik. Ez az állítás tévedés volt, mert a hasonlóság csak a fejre szorítkozik és ott is felületes; különben az agy belső szerkezetében is irtak le épen kislejűségben majomvonásokat, a mi nem meglepő, hiszen a magasabbrendű gerincesek agyszerkezete lényegében azonos és a működések, az élettörvények tekintetében az egész állatvilágot benső rokonság fűzi össze.

A mikrocephalia gyógyítása sőtét lappal gyarapította az orvosi tudomány történetét. Koponyalékeléssel akarták lehetővé tenni az agyvelő növekedését és kiderült, hogy azt nem a koponya vagy annak elcsontosodása akadályozza. Több mint 200 ilyen műtétet végeztek teljesen hibás állításból kiindulva, nagy halálozással és minden elfogadható eredmény nélkül. A kislejűségnek csak egy orvossága van, a gyermekekkel való foglalkozás, a rendszeres tanítás; itt is — mint általában az idioták oktatása terén — csodálatos eredményeket lehet elérni, alig van, a kiről le kell mondani.

A kislejűség leggyakoribb oka alkalmasint az iszákosság; terhes állatoknak szeszest italt adva, törpe állatokat nemzenek. Ilyen példák az ember kórtanában is vannak. Az apák iszákossága is kislejűséget okozhat, épen úgy, mint epilepsiát. Egy iszákos embernek 6 vízfejű és 4 kislejű idiota gyermeke lett; egy másiknak 4 kislejű, 1 idiota, 1 epilepsiás gyermeke volt; egy iszákos férfi kétszer nősült és 24 gyermeke közül 22 halt meg görcsökben, a 2 megmaradt közül az egyik epilepsiás volt, a másik skrophulás.

Adatok a pajzsmirigy és a parathyreoideák kórtanához.

Verebélly Tibor: Azon radikalismus, a melylyel a múlt század 80 as éveiben a golyvák sebészi kezelése megindult, teremtette meg a pajzsmirigy-kérdést. Habár azóta a sebészi és klinikai észlelések támogatására egyesült a bonczolástan, a physiologia, sőt a pathologia is, a megoldástól mégis távol vagyunk. A sokszoros vonatkozás, a melyben a postoperatív cachexia, a Basedow-kór, az eklampsia, a tetania, a cretinismus a pajzsmirigygyel áll, általános érdeket ad az eleinte tisztán elméleti jelentőségű kutatásoknak. Ez alapon számít érdeklődésre az előadó, midőn Bernben készült három ez irányú munkáját terjeszti az Egyesület bírálata alá.

Az első munka a mellüri golyvák topographiai viszonyaival foglalkozik. Ellentétben az eddig használatos felosztásokkal, az előadó az ily elhelyezései strumák között medián, substernális és mediastinális, laterális, subelaviculáris és suprapleurális golyvákat különböztet meg, a mely elnevezések nem elvi, csak pontosabb bonczolástani megjelölések kívánnak lenni. A morphologiai adatok közül az erekhez való viszony nemcsak bonczolástanilag, de sebész-műtéti szempontból is a legfontosabb. A nyaki érköteghez viszonyítva prae-, retro-, intra- és perifasciculáris elhelyeződést, a mellüri törzsekre vonatkozólag pedig praevencosus, praearteriosus, praetracheo-bronchiális és retrotracheo-bronchiális fekvést különböztet meg. Érintve az alsó pajzsmirigy verőér, a recurrens, a parathyroideák és a légeső vonatkozásait a mellüri golyvákhoz, áttér a golyvák szöveti alkatára. Elismeri, hogy a keringési zavarok összes következményeikkel a mellüri golyvák intrathoracális részében feltűnően gyakoriak, de nem talál általánosságban a mellüri golyvákra jellemző szöveti kriteriumot, s tagadja, hogy a fekvés, mint olyan, elősegítője volna a golyvák rosszindulatú elfajulásának. Végre összefoglalja az intrathoracális fekvést okozó embryologiai és bonczolástani tényezőket.

A második munkában a pajzsmirigy keringési viszonyára vonatkozó kísérleti munkáját ismerteti. A kiindulási pont azon kérdés volt, vajjon a pajzsmirigy heveny pangásos vérbősége csakugyan a Basedow-kór bizonyos tünetesorportját okozza e mint szervezeti reactiót. Ez irányú kísérletei megerősítik és szélesebb alpra fektetik Blum észleleteit, de értékesíthetők a pajzsmirigy-működés megoldásában is. A pangással szövődött hyperfunctio és verőérlektetés a továbbiakban olyan pajzsmirigy-elváltozások jelentkezését eredményezte, melyek a struma basedowiana kórképéből ismeretesek. Ezekhez csatlakozik egy kísérletsorozata paraffin-injectiókkal, egyrészt a verőértörzsek szerepének, másrészt a mirigyregeneratio lefolyásának tanulmányozására.

A harmadik munka a parathyreoideák kórbonczolástanával foglalkozik. Rövid történeti és fejlődéstani bevezetés után áttér bonczolástani, szöveti és pathologiai leleteire. Bonczolástanilag a kétoldali párosságot és úgy a felső, mint alsó hámtestecskére nézve bizonyos típusos topographiai elhelyeződést tart jellegzetesnek. Szövétileg hangsúlyozza a hámszövetek feltűnően nagy változatosságát, a melyet azonban, ellentétben az eddigi vizsgálókkal, egy alaptypus módosulatának tart elvi különbségek nélkül. A kóros elváltozásokat 3 csoportba osztja: a) A fejlődési rendellenességekhez sorolja a fekvés- és számbeli ingadozást, a thymus-lebenyekéké cysták jelentkezését, valamint a hámnak sajátos hengeres metaplasziáját. b) Az elsődleges megbetegedések közül az elválasztási rendellenességek és a kötőszöveti váz betegségei mellett a vérzéseket és a daganatokat tárgyalja részletesen. Az utóbbiakat illetően az eddig ismert 4 tumorhoz két újat csatol hyperplasia diffusa és nodulus hyperplasticus néven. Az efféle daganatok elbírálásában messzemenő skepsist ajánl. c) A másodlagos betegségek fertőzéses, vagy vegyi általános kórhátnyok természetes következményei s bonczolástani alapját adják a jövőben nagy szerepre hivatott insufficiencia parathyreoidea kórképének.

Makai Endre: Érti azon reserválságot, melyet az előadó tanúsít. Nem tudja, hogy a topographia és az elhelyeződés bir-e olyan fontossággal, hogy elkülönítő jel lehessen. A szövettani viselkedés nem bizonyít, mert számos tumor ismeretes, mely a parathyreoideák szövetéhez hasonló. Ha már most tekintetbe vesszük, hogy a parathyreoideák száma, topographiája változó, sok tumor nem tekinthető parathyreoideák tumorának. Azért a topographia elkülönítő momentumnak nem fogadható el.

Verebélly Tibor: Legkevésbé sem ezelzett oda, hogy az extrapathyreoideális daganatok lehetőségét kizárja, csak arra figyelmeztetett, hogy a sejtek alakjára elkülönítést alapítani nem lehet. A hyalin kötőszövet nagy mennyisége, kifejezett colloid-

képződés az alveolusokban azt a benyomást tette, hogy nem parathyreoideából keletkeznek. Ha a daganat hasonló alkati, mint a parathyreoidea, kriterium, hogy a topographia is megfelelő legyen.

Közkórházi orvostársulat.

(I. bemutató szakülés 1907. január 16.-án.)

Elnök: Dirner Gusztáv. Jegyző: Feldmann Ignác.

(Vége.)

Kétoldali ovarium-cysta, kétoldali pyosalpinx és retrocervicalis myoma operált esete.

Rotter Henrik: R. M., 31 éves hajadon cseléd 1906 december 7.-én jelentkezik osztályunkon. Egy év óta hasában daganat fejlődik, mely lassan nőtt és nagy fájdalmakat okozott. Többször volt lázas. Havi baja ezen idő óta anteponált és erősebb. Vizsgálatkor a kis medencébe ékelt, a méhet anteponáló és eleváló, a hátulsó hüvelyboltozatot ledomborító, gyermekfejnyi kemény daganat tapintható, mely a méhvel szélesen függ össze, ki nem mozdítható, alig érzékeny. A méh fundusától jobbra és balra egy-egy gyermekököllyi érzékenyebb resistentia tapintható. Diagnózis: Fibromyoma retrocervicalis, tumores adnexorum lateris utriusque. Javaltnak tartjuk a daganat kiirtását és ezért laparotomiát végzünk. Hasmetszés a linea alba-ban a symphysistól a köldök fölé egy harántujnyira és ekkor egy daganat-complexumot látunk magunk előtt, melyre ránőtt a cseplesz. A cseplesz leválasztása után a daganat megvizsgálásakor látjuk, hogy mindkét tuba egy-egy gyermekököllyi genyzsákká alakult át, a jobb oldali ovarium kis ököllyi multilocularis cysta, a bal oldali nagy ököllyi unilocularis cysta és a két-akkora méh mögött a hátulsó falából kiindulólag van a kismedencébe incarcerálva a kora gyermekfejnyi fibroma. A lig. inf.-pelv. aláköttése után kiirtjuk a pyosalpinxokat az ovariumcystákkal, a fibroma tokjának felhősítése után kihámozzuk a fibromagözeget és végül, ovariumai az asszonyoknak úgy sem lévén, az erősen szakadozott és az erek aláköttése miatt rosszul táplált méhet a belső méhszáj tájékán amputáljuk. Vérzésesillapítás, a hólyag peritoneumának egyesítése a végbél peritoneumával. Hasfalvarrat négy étagéban. Láztalan gyógyulás.

Genersich Antal: Kérde, hogy a gyermeket macerált állapotban találták-e, mert most kemény, lehet hogy a formalintól.

Mi történt a magzattal, ha a méhen belül, vagy a méhen kívül, de a testen belül maradt? Ha rothadást gerjesztő anyag nem jut hozzá, a kimenetele vagy foetus papyraceus, vagy lithopaedion, vagyis összeszárad és összenyomódik, vagy pedig méhszók rakódnak bele.

Ezen alakok rég ismeretek az orvos tudományban. Vágóhídon tehenekben szintén gyakoriak az ilyen borjak.

Hogy miért szárad ki a magzat egyik esetben és miért macerálódik a másikban, eddig még nincs megfejtve. Régebben azt gondolták, hogy a magzatvíznek van befolyása, koncentráltabb volta mellett száradna ki inkább a magzat, míg ha hígabb, a magzat fellágyul és macerálódik. De ez a magyarázat nem áll meg. Valahányszor a magzat elhal a méhen vagy a méhen kívül, de a testen belül, az első időben maceratio áll elő; de ha hetekig, hónapokig, évekig marad a testen, mumifikálódik: foetus papyraceus vagy lithopaedion lesz. Tehát az időtartam a lényeges.

Dirner Gusztáv: A második esethez megjegyzi, hogy helyes az a törekvés, hogy a méhet megtartsuk, még akkor is, ha propagálásra nem alkalmas, mint ezen esetben, a mikor a tuba és az ovariumok elpusztultak, mert ha csak egy kis darab méh marad is benn, elmaradnak a kiesési tünetek.

Rotter Henrik: Köszöni a hozzászólásokat. Dirner nézetét nem osztja, mert a méh nem mirigy, melynek belső secretioja ha elmarad, kiesési tüneteket okoz. A berlini gynaekologiai egyesületben is felmerült a kérdés és odanyilatkoztak, hogy a méh kiirtása nem okoz kiesési tüneteket és így nem kell uterus-tablettákat etetni az asszonyokkal, mint a hogy ovarium-tablettákat adunk.

Műtételt gyógyult volvulus.

Balás Dezső: V. G. 37 éves gyári munkást mult év december 14.-én vették fel Janny osztályára azzal a panaszzal, hogy egy nappal előzőleg reggel nehéz terhet emelt, délután hirtelen rosszul lett, tűrhetetlen hasgörcsök lepték meg, szél- és székrekedés állott be, a felvétel napján többször epés gyomortartalmat hányt és időnként csuklott. A jól fejlett, de sovány beteg megvizsgálásakor az arcz peritoneális, a pulsus szapora, 120, de jó, a hőmérsék 37.6 C. A has puffadt, nagyfokú meteorismus van jelen, a májtompulat részben eltűnt, a has mindenütt, de különösen a jobb iliacalis tájon kifejezetten fájdalmas. Tompulat sehol sem mutatható ki, resistentia sem tapintható. A tünetek alapján perforatíós appendicitist vettem fel, melyhez diffus peritonitis társult. A beteget felvétele után azonnal megoperáltam chloroform-narcosisban.

Appendicularis ferde metszéssel hatoltam a hasüregbe, melynek megnyitása után azonnal nagy mennyiségű geny ürült, s előhúza a vakbelet, a proc. vermiformissal együtt teljesen épnek találtam. Ezek után incarceratio internára kellett gondolnom, s újabb hasmetszést végeztem a középvonalban a köldök magasságában. A hasúr feltárasakor kitiint, hogy a bal hypochondriumban emberfejnyi conglomeratumot

alkotó, teljesen összeesett bél-tömeg van mesenteriuma és hossz tengelye körül kétszeresen megcsavarodva. A conglomeratumot karvastagságyira kitágult belek fedték, s a tompulat e miatt nem volt kimutatható. E mellett diffus purulens peritonitis volt fibrinosus felrakódással. A volvulus oka nem volt kideríthető.

A puffadt beleket csak punctio után tudtam reponálni és a hasúr drainezése czéljából Mikulicz-tamponok behelyezése után mindkét sebet csak áthatoló varratokkal szűkítettem, mivel a beteg pulsuja és légvétele már kihagyó volt. Kámfor-injectiókkal, infúziókkal és melegítéssel sikerült a beteg erőbeli állapotát megjavítanunk. Jelenleg a beteg megerősödött, székletei rendesek. Sebei gyógyultak, hasfali sérve nincs.

Műtételt gyógyult chronikus ileus.

Balás Dezső: A. M. 40 éves könyvelőt mult év november 15.-én tették át műtét czéljából Hochhalt osztályáról Janny osztályára. A beteg előadja, hogy öt év előtt vakbél-műtétet végeztek rajta, mely után két évig jól érezte magát, midőn hirtelen rosszul lett és heveny incarceratio tünetei miatt másodikban is megoperálták. Ez idő óta azonban állandó makacs székszorulásban szenvedett, mely csak a legdrastikusabb hashajtóknak engedett. E mellett bajához súlyos polyarthrit is társult. Hochhalt osztályán egy ízben, midőn én is vizsgáltam, hányás, csuklás, diffus hasérzékenység, s nagy meteorismussal járó incarceratio jelentkezett, s a betegnek csak drastikus hashajtókra és beöntésre volt székiürülése.

A jól fejlett, kövér beteg megvizsgálásakor hashajtók adagolása után a has mérsékelten elődomborodó, kopogtatási, tapintási eltérés ninesen, a has nyomásra seholsem fájdalmas.

A fenti tünetek alapján az előző két műtételt kapcsolatos, vagy ezekből származó obturatiós vagy strangulatiós ileusra tettük a kórjelzést. A műtételt Janny megbízásából mult év november 26.-án végeztem chloroform-narcosisban.

Jobboldalt az előbbi műtéteknek megfelelően pararectálisan nyitottam meg a hasüreget. A vakbél a belényiló ileumkaecsal szabadon feküdt, a proc. vermiformis hiányzott. A felhágó vastagbél kétszeresen volt leszoritva. Az egyik kb. czukorspárga vastagságú, 10 cm. hosszú szalag a vakbél kúpjától harántujnyji távolságban, a colont larántul megkerülve, a colon mesenteriumának belső lapjától külső lapjához futott, a másik szalagot cseplesz-kötég alkotta, mely az előbbi szalagtól kb. három harántujnyira a colon mesenteriumától a hasfali heghoz húzódot.

A két szalag közötti összeesett colon-rész a szalagok átmetésze után a colon többi részéhez hasonló vastagságúvá vált; a vastagbelen a szalagok okozta barázdák jól voltak láthatók.

Átkutatva a vékony- és vastagbeleket, az ileusnak más okát nem találtam. A hasüreget étagé-varratokkal zártam. A gyógyulás per primam folyt le. Jelenleg a beteg naponta magától székelt, s leszámítva a polyarthritiséből eredő időnkénti fájdalmait, jól érzi magát.

Országos rákértelkezet.

III. ülés. (1906. év november 17.-én.)

Elnök: Dollinger Gyula dr. Titkár: Zimmermann Károly dr. Jegyzők: Manninger Vilmos dr., Milkó Vilmos dr., Mihalkovics Elemér dr.

(Vége.)

De ellene szól a Röntgen-fény alkalmazásának eddigi tapasztalatom is. Mert mindazon ajak- és szájrú rákesetek, melyeket mások röntgeneztek és a melyeket én is észlelhettem, csakhamar szomorúan végződtek. Ezekenél tehát az én véleményem szerint minden kísérletezést abba kell hagyni és minél előbb a gyökeres kiirtást fogantatosítani. Részemről az ilyen eseteket azonnal a sebészhez utaltam. Ellenben világos, hogy az, a mit ma a basocellularis rákoknak — és ilyenek vizsgálataim szerint, egyes kivételektől eltekintve, az arczbőr rákok — természetéről tudunk, tehát az, hogy rendszeren csak felületesen terjednek és mirigyfertőzésre nem vezetnek, tágabb tért enged a hosszasan elhúzódó és csak felületes hatást eredményező, akár chemiai (arsen) akár x-sugaras tb. orvoslásnak is. Azonban még itt is, ha kisebb, solitaer daganatokkal állottam szemben, és ha a sebészi beavatkozás kivihető, sőt kosmetikai szempontból is kielégítő eredményt ígérő volt, az azonnali kiirtást tartottam legezél-zeríbbnek. Sok időt és pénzt takarítottam így meg a betegnek. Kísérletezésnek (első sorban a Röntgen-kezelésnek, mely rendkívül sok időt és pénzt rabló eljárás) csak olyan arczrákoknál adtam helyet, melyek vagy terjedelmük, vagy helyük illetve többszörös voltak stb. miatt a teljes kiirtásra és pótlásra nem, vagy kevésbé voltak alkalmasak, vagy ha a betegnek a késétől irtóztak. Ilyen esetem 11 volt, melyekről Huber kartárs fog részletesen beszámolni. Szántszándékkal mondok kísérletezést, mert végleges itéletet még nem mondhatok. Ugyanis ha végig tekintek az általam észlelt eseteken, azt kell mondanom, hogy teljesen gyógyultnak csak egy esetet tarthattam, egy körülbelül 3 cm²-nyi, kártyapapir vastagságú epitheliomát. De még erről sem tudom, hogy azóta nem recidivált-e. Egy második beteg, a kit gyógyultnak hittünk, hónapok mulva nagyfokú recidivával az egész röntgenezett felületen jött vissza; és ugyanez a beteg az ismételt Röntgen-kezelés ellenére újból gyógyulatlanul hagyta el az osztályt. Egyáltalán több beteg maradt ki így félig vagy látszólag gyógyultan a hosszas gyógytartam miatt. Végül még megjegy-

zem, hogy a szép photogrammok nem adják mindig vissza a teljes valót. A photogramm szerint gyógyultnak látszó góczok még rákosak lehetnek. A teljesen gyógyultnak nyilvánított eseteket az állítólagos gyógyulás után hónapokkal vagy még később in vivo kell bemutatni.

Ilyet, megvallom, én még nem láttam. De mert mások látták és a saját eredményeink is biztatják, folytatni kell a kísérleteket és a tapasztalatgyűjtést.

Huber Alfréd dr.: A carcinomák Röntgen-kezeléséhez óhajtanék néhány megjegyzést fűzni 36 pontosan észlelt eset kapcsán. A betegek részben magángyakorlatomból, részben Róna tanár osztályáról kerültek ki. Gyűjtéséből ismét és még kifejezettebben derül ki, a mit erre vonatkozó dolgozatomban és bemutatásaimban ismételve hangsúlyoztam, hogy a R-kezeléssel első sorban a klinikailag is jóindulatú rákok befolyásolhatók legjobban, míg a klinikailag határozottan rosszindulatú, előrehaladott és inoperabilis rákok a R-fényvel egyáltalában nem, vagy csak alig javíthatók. Ezt a magam részéről és a mai viszonyok között axiómának tekintem. Szolgáljanak e tekintetben tanúságul statisztikám számaival:

36 rákos betegem közül volt:

1. Klinikailag jóindulatú 22 (arczrákok, epitheliomák, ulcus rodens).

Ezek közül R-kezelésre gyógyult, vagy (mert a kezelés még befejezéstelen) biztos gyógyulásra nyújt kilátást 20, vagyis kereken 90 százalék.

2. Klinikailag határozottan rosszindulatú 15.

Ezek közül meghalt 9, állapotában változást nem mutatott 5, rosszabbodott 1.

A hangsúlyozott „mai viszonyok között” alatt azt értem, hogy mi röntgenológusok a klinikailag határozottan rosszindulatú rákokat akkor kapjuk az eseteknek óriási többségében, a mikor már inoperabilisnak mondják, a mikor tehát a gyógyulás reménye mindenképen minimális. Ez is kiviláglik statisztikámból, a mennyiben a 15 rosszindulatú rák közül a R-kezelés megkezdése után alig 2–3 hónappal 9 beteg meghalt. A metastasisokra hajlamos, tehát rosszindulatú rákok R-kezeléséről csakis akkor mernék határozottan nyilatkozni, ha e rákokat olyan szakban kapnánk kezelésbe, a mikor a sebészek még operabilisnak tartják. Meggyőződésem, hogy az én szomorú statisztikám ily viszonyok között tetemesen megjavulna, mint a hogyan a sebészek is a rákok gyógyulási százalékának megjavulását első sorban a korai műtéti beavatkozásoknak köszönhetik. Igen fontosnak tartanám átmenetesen azon intézkedés bevezetését, hogy minden operált rákbetegre a műtét után rövidebb ideig röntgenezzünk; azt hiszem, hogy e prophylaxisos eljárás a recidivák százalékát jelentékenyen csökkentené.

Már sokkal kedvezőbben nyilatkozhatom a klinikailag jóindulatú rákfajtak (arczrákok, epitheliomák, ulcus rodens) R-kezeléséről: 22 jóindulatú rákbetegem közül 20 gyógyult, vagyis 90%; a többi kettő is javult. A gyógyult betegek közül néhányat 1, 2 és 2½ év óta észlelek recidiva nélkül. Recidivát csak 2 betegem észleltem, de e recidivák is könnyen voltak eltüntethető újabb besugárzásokra. Ezek alapján a klinikailag jóindulatú rákfajtak R-kezelésének javaitat ma már sokkal bátrabban állíthatom meg. Tekintve a R-kezelés rendkívüli egyszerűségét, fájdalomtalanágát, a vele elérhető szép kosmetikai eredményeket és különösen, hogy a baj jóindulatúsága miatt a R-sugarak hatástalansága esetén sem követünk el mulasztást; és tekintve végül azt, hogy ezen rákfajlok a R-sugarakra igen prompt, már 1–2 ülés után reagálnak, melegen ajánlom, hogy e rákoknál mindenkor előbb a röntgenezést kíséreljük meg és csakis sikertelensége esetén végezzük a műtétet.

A R-kezeléssel elérhető eredmények bizonyítására szolgáljanak a Róna tanár osztályából származó és általam kezelt bemutatott betegek és a róluk a kezelése előtt készített fényképek.

I. eset. M. J., 2½ éve beteg. Az arc bal oldalán kistenyérszerű ulcus rodens, gyógyulás két röntgenezés után.

II. eset. K. J.-né. Epithelioma főleg az orr bal felén 3 év óta. Eddig 3 röntgenezés; teljes gyógyulás várható. Az orr jobb felén levő területet még nem kezeltük.

III. eset. I. J. Epithelioma az orron 21 év óta; eddig csak egyszer röntgeneztük két hét előtt, élénken sarjadzik; teljes gyógyulás várható.

A mi a követendő R-technikát illeti, ma már határozottan állíthatom, hogy az általam gyakorolt egy ülésben való dispnzálás az eredmény szempontjából teljesen egyértékű a dividáló módszerrel, előnye azonban a kezelés rövidsége. Csak az összehasonlítás kedvéért említem, hogy pl. K. J.-nénél a más helyen 30 ülésben 300 perczen át végzett R-kezelés teljesen eredménytelen maradt, sőt az állapot rosszabbodott, míg a dispnzáló módszerrel 3 ülés után értem el a mai eredményt. Természetes, hogy a kezelés csakis pontos adagolással történhetik; a magasabb adagok mindenesetre előnyben részesítendők.

Schein Mór dr. Első eset: I. A., 58 éves, hajadon, Miskolcra, folyó év május havában jelentkezett először a poliklinika Röntgen-intézetében. Az akkor felvett állapot a következő volt: Vörös, laposan kiemelkedő, lencsényi és filléri, igen kemény göbököl összetevődő, háromszög alakú, közepén behúzódott daganat a dividáló módszerrel, mely egész kiterjedésében alapjához, illetőleg a bordákhoz odanőtt. A daganat közepé csakis hegszövetből áll. Az emlő teljesen hiányzik, egész kiterjedésében kemény hegszövet pótolja; a daganat a bordák felett nem mozgatható. Hónaljmirigyek nem tapinthatók. A daganat felületén látható lapos göbök nyomásra elfehérednek.

Anamnesis: A daganat az emlő felső szélén ezeltől 7–8 évvel hónalatti mogyorónyi kemény daganat alakjában kezdett fejlődni; utóbb kisebesedett, lassan nőtt, míg mostani nagyságát elérte.

Diagnosis: Scirrhus mammae inoperabilis.

Therapia. Minthogy a tanácskozára hívott sebész az esetet inoperabilisnak tartotta, 7 ülésben Röntgen-fényvel kezeltük 2–4 heti időközökben, mindegyik ülésben közepszerű Röntgen-reactiót idézve elő. A daganatban fekvő göbök már 4 expositio után nyomtalanul eltűntek. Azóta legalább is 3 hónap telt el, mely idő óta óvatosságból még háromszor exponáltuk a daganatot, a nélkül, hogy recidivát észleltünk volna.

Status praesens: A mennyire az állapotot érzékszerveinkkel makroszkopice megítélhetjük, a daganat helyén csakis hegszövet tapintható. A hegszövet egyenletesen terül el a mamma és mamilla helyén.

A jövő fogja csak megmutatni, vajjon az eset véglegesen és teljesen gyógyultnak mondható-e és vajjon van-e még a hegszövetbe kóros szövet beágyazva. A makroszkopikusan megállapított gyógyulás óta lefolyt idő még túlságosan rövid, hogy a végleges eredményre nézve itéletet mondhasunk.

A daganatot, bár inoperabilis volt, aránylag jóindulatúnak mondhatjuk, mert 7–8 évi fennállás után sem okozott carcinomás mirigybeszűrődést és cachexiát és mert a scirrhus jellegével bírt, mely aránylag lassan nő és mütét esetén is jobb prognosist ad.

Második eset. St. D.-né, 47 éves, lakik Budapesten. Kétszeri mütét után harmadik recidiva. Az első mütét 3 év előtt történt, a második fél év előtt. A mütét emlőrák és recidiva miatt vált szükségessé. Junius 25. Jelenleg számos — vagy 50 — bőrmestasis a heg vonal mentén, tovább a mellen és a hónaljban. A metastasisok lencsényiek egész babnyiak. A bal emlő hiányzik.

Eddigélé 25 expositio történt. Felváltva majd a hegvonal feletti, majd a hegvonal alatti területet, majd a hónaljarkot exponáltuk ugyanoly módon, mit az előző esetben.

Szeptember 12.-én csak a hónaljban, a heg mentén lehetett néhány csomót tapintani, a többi csomó mind eltűnt.

Jelenleg is csak itt tapintható néhány metastasis, a többi azóta sem tért vissza. A beteg jó színben van és jól érzi magát.

Harmadik eset. A betegnél, ki jelenleg 56 éves, a 20 év óta fennálló, ismételt megoperált, a bal arczfelen levő ulcus rodens kezeltük teljes eredménnyel Röntgen-fényvel. Másfél évvel a Röntgen-kezelés után első recidiva a heges terület felső szélén, utóbb annak alsó szélén is. Mindezek a rákosomók Röntgen-therapiára visszafeljöttek. Jelenleg a heges terület felső szélén tapintunk két borsszemnyi kemény subcutan csomócskát.

Legyen szabad röviden a Paget-féle betegség két esetéről is megemlékezem. Az egyik esetben a baj a 81 éves asszonyon a jobb mamillára szorított, a másik esetben a lumbalis tájon jelentkezett 7 cm. hosszú és 5 cm. széles ovális plaque alakjában. Mindkét esetben az erőlyes Röntgen-kezelés teljes eredménnyel járt. Jelenleg teljesen normálisnak látszik a kezelt terület, kóros szövet nem tapintható.

Ezek az esetek igazolják, hogy a Röntgen-sugarak a szóban forgó betegség minden válfajában gyógyító hatást fejthetnek ki, ha a kóros szövet a bőrben és nem a bőr alatt lokalizálódik. A szövetszerkezet és a daganat kiindulási pontja nem bír lényeges befolyással. A kezelésnek erőlyesnek kell lennie és lehetőleg minden ülésben teljes dosist kell alkalmaznunk.

Eseteink igazolják azt is, hogy a Röntgen-sugarak némely esetben a sebészeti beavatkozást nemcsak pótolhatják, hanem vele szemben előnyösebbnek bizonyulhatnak. Az első két esetet a tanácskozára hívott sebész inoperabilisnak mondta. A Paget-féle betegség egyik esetében a beteg magas kora és nagyfokú gyöngesége tetto lehetetlenné az operatív beavatkozást. Ebben az esetben a homlokban levő három epitheliomát is kezeltük Röntgen-fényvel és kettő márs teljesen visszafeljödt, a harmadik tünőfélben van. Az ulcus rodens bemutatott esetében a recidiva nem volt ugyan kikerülhető; az eredmény mindazonáltal jobbnak bizonyult, mind az előző sebészeti beavatkozások után.

Ha hozzávesszük még azt a körülményt is, hogy vannak esetek, melyekben az epithelioma vagy ulcus rodens eltávolítása a szem közelsége miatt komplikált plastikai mütétet igényelne, holott a Röntgen-sugarak anyaghiány nélkül egyszerű hegképződéssel tudják visszafeljeszteni a kóros szövetet és hogy a keletkező hegek finomak, lágyak és simák, beigazoltnak mondhatjuk azt az állításunkat, hogy a Röntgen-sugarak a bőrrák fontos gyógyeszköze, mely epithelioma és ulcus rodens sok esetében nemcsak pótolhatja az operatív beavatkozást, hanem egyes esetekben vele szemben előnyökkel is bír.

Jakab László dr.: Tizennyolcz rákos beteget Röntgen-sugárral. Az esetek mindegyike — egy bőrrák leszámításával — mélyebben fekvő inoperabilis elsődleges rák és inoperabilis recidiva volt. Tapasztalataim megerősítik azt az általános felfogást, hogy mélyebben fekvő rák esetében eredményt elérni alig lehet. Eltekintve egy esettől, a melyben az emlőrák-mütét után támadt, a hegvonal mentén elhelyezkedett számos apró, lencsényi bőralatti csomó a besugárzásra visszafeljödt (a mélyebb részekben és másutt továbbra is fejlődtek recidivák), a melyben fekvő daganatát észrevehető módon javulást nem mutattak. Vajjon a fejlődés gyorsaságára bír-e valamelyes hátráltató befolyással, az is kétséges s nehezen dönthető el; egyik esetem alapján (emlőrák-recidiva) az a benyomásom, mintha néha igenel lehetne erre a kérdésre választolni. Ritkábban észleltem a Röntgen-sugarak fájdalomcsillapító hatását, mint a hogyan általánosságban mondják; épen az előbb említett esetben mindig nagyobb fájdalom kiváltásával járt a besugárzás. Teljesen osztom az előző felfogását a Röntgen-sugarak alkalmazásának javaitait illetőleg.

Stein Adolf dr.: Az utolsó 2 év alatt 43 rákos beteg Röntgen- és radium-fénytherapiában részesült a Rókus-kórház Röntgen-labora-

toriumában. 3 kisebb epithelioma az arczon és az alsó szemhéjén radiummal kezeltetett és meggyógyult. 21 arcepepithelioma közül, a mely Röntgen-fénnyel sugározottatott be, csak 8 gyógyult. Es ezek is izolált, felületen és hosszú idő óta fennálló ulcus rodensek voltak. A többi 13, a mely már a mélybe is terjedt, és némelyike az alatta levő csonttal is össze volt növe, vagy az orbitába, az orrbejáratba is átterjedt, Röntgen-fénnyel nem gyógyult. Ha olykor a fekély felülete be is hámosodott és a bőr összenőtt, alatta a rák tovább burjánzott. Mikroszkopi szerkezetük tekintetében ezek is többnyire basocellularis rákok voltak. Volt 11 inoperabilis rák a test különböző részén, a nyelven, a garatban, a parotisban, az emlőben, a penisben stb. Ezeknél is hatástalannak bizonyult a Röntgen-fény.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Gyomorrák aorta-aneurysma tüneteivel. A berlini Charité-orvosok társulatának november 1-én tartott ülésén Mohr 44 éves férfibeteget mutatott be, a kin egy hónappal a gyomortünetek jelentkezése után recurrens hűdés és kifejezett pulsusdifferentia jelentkezett. A pontosabb vizsgálat gyomorrák jelenlétét derítette ki, a mely már nagyon jókor metastasisokat létesített a mediastinum nyirokmirigyekben és ezek következtében állott be a recurrens hűdés és a pulsusdifferentia.

A heveny fertőző betegségek megváltozásáról az idők folyamán tartott előadást Jürgensen tanár a tübingeni orvos-természettudományi egyesület november 19-i ülésén. Több tekintetben nagyon érdekes előadásából csak a typhusra és a pneumonia crouposára vonatkozó megjegyzéseit iktatjuk ide. Tübingenben 1873-tól 1884-ig (tehát 11 év alatt) 220 typhusos beteg volt poliklinikai kezelésben, míg 1885-től 1906-ig (tehát 21 év alatt) csak 57. A typhusban való megbetegedés ezen erős esőkkenése a nélkül következett be, hogy a hygienés viszonyok tekintetében lényegesebb változás történt volna. A pneumonia crouposa kórképének megváltozását az utóbbi években a következő négy pontban foglalja össze: 1. Lassabb lefolyás, hosszabb tartam; a tünetek enyhülése, de nem hirtelen megszűnése. 2. A lobos góczoknak kevésbé rohamos képződése, kisebb külön góczok, a melyek lassabban fejlődnek vissza. 3. A hőemelkedés kisebb fokú és szabálytalanabb menetű. 4. A betegség általában kevésbé rosszindulatú; a gyermekkorban már nem oly veszélytelen, mint régebben.

PÁLYÁZATOK.

Helyettesítésre orvos (esetleg szigorló orvos) kerestetik kedvező feltételek mellett. Közelebbi felvilágosítást ad Goldstein Ede dr. kör-orvos (Baldogasszony, Mosonmegye).

866/907. sz.

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

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

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

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

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

Bővebb felvilágosítás: ad a titkár.

Pozsony, 1907. évi február hó 19.-én.

Somlyay Lajos, titkár.

Dworak Károly, igazg. elnök.

682/907. eln. sz.

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

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

Felhivatnak azért mindazok, a kik pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. t.-cz.-ben előírt elméleti és gyakorlati képzettségüket, életkorukat, egészségi állapotukat, erkölcsi magaviseletüket s esetleges előbbi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket a f. év március hó 12. napjának délutáni 5 órájáig a polgármesteri hivatalhoz nyújtsák be, illetve küldjék meg, a honnan a pályázati kérvények — a kinevezés megejtésé végett — főispán úr ó Máltóságához fognak felterjesztetni. Az állásra szigorló orvosok is pályázhatnak.

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

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

2-1

Juhász Mihály, kir. tanácsos, polgármester.

2690/907. sz.

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

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

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

3-1

Dókus, alispán.

132/907. sz.

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

A körorvos javadalmazása:

1. 1200 kor. fizetés, havi előleges részletekben.

2. 240 kor. lakbíró Mikeszásza községtől.

3. A szabályrendeletileg megállapított látogatási, vényirási, halottkémlési és vágóbiztosi díjak. Az állás nyugdíjjogosultsággal van egybekötve.

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

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

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

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

2-1

Gyárfás, főszolgabíró.

752/907. sz.

Urszentiván község szerb és német lakosságú községben újonnan rendszerezített, kézi gyógytartási joggal egybekötött községi orvosi állásra 1907. évi február 26-iki határidővel pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona fizetés és szabályszerű látogatási díjak.

Kellően okmányolt kérvények fenti határidőig nyújthatók be hozzám.

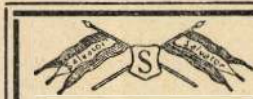
Ujvidék, 1907. évi február hó 8.-án.

2-2

Fratricevits István, tb. főszolgabíró.

Orvos kerestetik helyettesnek április hónapra. A feltételek megtudhatók: Stauer Hugó dr.-nál, Mágoos, Baranyamegye.

HIRDETÉSEK.



A Bór- és Lithion-tartalmú

Salvator-forrás

kitünő sikerrel használtatik

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

Húgyhajtó hatású!

Vasmentes! Könnyen emészthető! Teljesen tiszta!

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

Pilul. ferri protoxalati c. quassin Korányi.

Javalt: mindazon esetekben, midőn vas adagolása ajánlatos, vagyis vérszegénység, sápkór, reconvalescentia, női bajok, stb. Quassin-tartalmánál fogva a gyomorra nemhogy káros, hanem étvágyjavító hatása van. Használat: Étkezés közben naponta 3-6 szem veendő. **Ára 2 korona.**

Készítője: **KORÁNYI LAJOS** gyógyszerész, BUDAPEST, VIII., Népszínház-utca 22.

Orvos uraknak minták kívánatra rendelkezésre állanak.

Szénsavfürdő-berendezéseket szállít és fölszerel

Dr. Wágner és Zársai Egyesült gyárak m. b. t. cég
Budapest, IX., Tinódy-utca 3. sz. alatti gyártelepe.

A fürdők kitünő győgeredményeket mutatnak fel és az összes fővárosi sanatóriumokban be vannak vezetve.

Prospektusok ingyen és bérmentve.

MERAN, SANATORIUM HUNGARIA.

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

2756

Vezető orvos: **Dr. Gara Géza.**

Málnási Mária-forrás

Természetes alkalisus sós savanyúvíz.

A légzési szervek bántalmainál és emésztési zavaroknál páratlan hatású. Gyomorégést azonnal megszüntet.

Főraktár: **ÉDESKUTY L. BUDAPEST.**

Budapesti képviselő: 3289

Nádas Márton.

Kútkelzőség: **Brassó.**

SYR. HYPOPHOSPHIT. COMP. D^r. EGGER

3040

Indicatioi: Anaemia, Neurasthenia, Scrophulosis, Chlorosis, Rhaehitis.
Kapható minden gyógyszerárban.

Szabadalmazva. Gyorsan ható puha salicylszappanok.

Dr. R. Reiss

Rheumasan

tubus K. 2.50; tégely K. 1.50.

Ester-Dermasan

tubus K. 3.—; tégely K. 1.80.

Kátrány - Dermasan

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

Ester-Dermasan

Vaginal-Kapsulák

10 darab K. 2.50.

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

Képvisező Ausztria részére: Alex. Harkner, Wien, XVIII/2. — Magyarország részére: dr. Rosenberg Sándor, Budapest.

Rheuma, csúz, ischias, migrain, influenza, tylosis.

Szintén makacs esetekben, továbbá psoriasis, pityriasis ellen.

Idült eczemák, pityriasis, psoriasis, prurigo és scabies ellen.

Para-, peri- Irodalom és minták ingyen.
metritis, oophoritis.



Téli fürdőkúra a Szt.-Lukácsfürdőben

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

Egyetlen szer sem segíti elő annyira a felszívódást, mint a

Vasogen

Ezüsthigany-Vasogen-kenőcs

33¹/₃ 0/0 és 50 0/0

a higanyt legfinomabb eloszlásban tartalmazza, gyorsan és tökéletesen szívódik fel, tehát a fehérműt nem piszkítja, sokkal tartósabb és olcsóbb, mint Ung. cin.

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

Lactagol

egy specifikus ható lactagogum.

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

Vasogenfabrik Pearson & Co., Hamburg.

Főraktár Ausztria és Magyarország részére:

Maafer Vilmos, Bécs, III/3.

Heumarkt 3.

PANHANS szálloda és gyógyintézet „Erzherzog Johann” szállodával

Semmering, Wien mellett, magaslati hely, 1025 m. a t. sz. f. Elsőrangú lakházak, legmodernebb berendezéssel, összesen 260 szobával. Gyógy- és fürdőintézet az összes vízgyógyeljárás részére, villamos, szénsavas és gőzfürdők, villamos massage, inhalatorium (Bulling-rendszere), 2 házi orvos, házi gyógytár stb. Legjobb tartózkodás magaslati kúránál. 1786 Közlelebbit a prospektusokban.



„Califig“

a sanfranciscói

California Fig Syrup Co. czég

kaliforniai

füge-szörpjének

szóvédjegye.

Enyhe és biztos hatású hashajtó, mely főleg a női- és gyermekgyakorlatban örvend nagy kedveltségnek.

Használati utasítás minden üveghez csatolva.

Minden gyógyszerárban kapható.

1/1 üveg 3 korona, 1/2 üveg 2 korona.

California Fig Syrup Co.,

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

3068

Főraktár Magyarország részére:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerára BUDAPESTEN, Király-utca 12.

Amerikai rendszertű **hygienikus központi légfűtés** egycsaládos házak, villák, sanatoriumok, gyógytermek, kórházak számára. 1949

Tiszta, pormentes, kellően nedvesített levegő!

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

Klinikusok és gyakorló orvosok előszeretettel rendelik a

Tabl. Ferri Protox. Dr. Deér

3123

sine et c. arseno

készítményt a szegényvérűség, sápadtság, étvágytalanság és általános gyengeség eseteiben. A készítmény szerencsés összeállítása, kényelmes alakja és technikai tökéletessége biztosítja sikeres alkalmazását. Ára 2 korona. Kapható a gyógyszerárakban.

„Jó Pásztor” gyógyszerár, BUDAPEST, IX. ker.

LASSNITZHÖHE

Graz mellett az államvasutmentén.

Gyógyintézet idegbetegék és belső bajokban szenvedők, továbbá lábadozóknak. Remek fekvés, számos gyógyszerkőz, mérsékelt árak, állandó orvosi felügyelet. A dependenc-okban nyári lakók is felvétetnek. Téli és nyári sport, mozgási játékok a szabadban, munkálkodás a kertben és a mezőgazdaságban. Felvilágosításal szívesen szolgál a kezeléség. 2880 Prospektusok díjmentesen.

Daczára f. év január 17.-én történt tűzkárnak a rendes üzem fentartatik.

„GUAJATIN JENCS“

Sulfo-Guajacol-készítmény, mely 100 részben 7/, Kal. Sulf. Guaj. és 7 0'50°. Extr. Thymí és Extr. Tilliae-t is tartalmaz.

Tuberculosis összes eseteiben, Pertussisnél, valamint influenzás tüdőgyulladásoknál, nemkülönbön typhusos tüdőinfiltrationál.

Antithermikus hatású.

Gyermekek is rendkívül jól tűrik.

Ára 2 korona 50 fillér.

Készítője: JENCS VILMOS gyógyszerész, Budapest, II., Fő-utca 27. szám. 2027

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst M./m.

| | | |
|--|---|--|
| <p>Alumol. Antipyrin. Antistrepto- coccus-serum. Argonin.</p> | <p style="text-align: center;">Novocain egy új, minden izgató tünet nélkül ható helyi érzéstelenítő. Legjobb cocainpótló szer.</p> <p>Novocain legalább 7-szer kevésbé mérgező mint a cocain, és 3-szor kevésbé mérgező mint annak pótlószerei. Sem a vérkeringést, légzést, sem pedig a szív működést nem befolyásolja. Novocain vízben könnyen oldható, oldatai forralás által sterilizálhatók és jól resorbálódnak. Novocain nem okoz sem intoxiciót, sem szöveti pusztításokat, sem utó-fájdalmat. Novocain kitűnő sikerrel alkalmaztatik medullaris anaesthesiánál és a helyi érzéstelenítés minden alakjánál.</p> | <p>Benzonaphtol. Benzosol. Dermatol. Diphtheria- gyógyserum.</p> |
| <p style="text-align: center;">Suprarenin a mellékvese hatóanyaga</p> <p>1⁰/₀₀-es oldatban, mint vegyítiszta suprareninum hydrochlor. vagy boricum 25, 10 és 5 cm³-es üvegesékekben jön forgalomba. Továbbá mint suprareninum boricum krist. határtalanul tartós, vízben könnyen oldható. A jelenkor legjobb haemostatikuma és adstringense. A suprareninum hydrochlor. vagy boricum oldatok, novocain, cocain, atropin, eserin, zinc. sulfur., hozzátételére változatlanok maradnak.</p> | <p style="text-align: center;">Trigemin a közvetlen agyidegek fájdalmas izgalmainál kitűnően bevált analgetikum, így trigeminus és occipitalis neuralgiáknál, fül-, fej- és fogfájásoknál. Specifikum periostitis, pulpitis, neuritis, valamint ama fájdalomaknál, melyek a pulpa feltáráására vagy étető pasták alkalmazása után szoktak fellépni. Adagja: 2-3 gelatincapsula à 0.25 gm.</p> | |
| <p>Gujasanol. Holocain. Hypnal.</p> | <p style="text-align: center;">Valyl fokozott mértékben bírja a jellegzetes gyökönkehatást. Kiváló szer mindennemű ideges panasz ellen, így hysteria, neurasthenia, migraine, zsábák, hypochondria, traumás és szívneurosisok, álmatlanság stb. eseteiben. Kitűnően bevált mint antidysmenorrhoeum; a terhesség és a klimakteriumban jelentkező panaszoknál. Adagja: 2-3 capsula, naponta 2-3-szor.</p> | <p>Lactophenin. Lysidin. Migraenin.</p> |
| <p style="text-align: center;">Isoform új, nem mérgező, erősen bactericid, tartós hatású antiseptikum és desodorans, a gennyben a bacteriumok növést erősebben gátolja mint a sublimat. Külsőleg isoformpor eves sebeknél és fekélyeknél mint fertőtlenítő; belsőleg à 0.5 gm. 1-4-szer, esetleg többször napjában, kipróbált, ártalmatlan gyomor- és béldesinficiens. Isoformgaze bevált kötszer.</p> | <p style="text-align: center;">Tumenol-Ammonium pótolhatatlan szer az eczematherapiánál, valamint a viszkető bőrlöbök kezelésénél. Mindennemű bőrbajnál sikeresen alkalmaztatott. Tumenol-Ammonium vízben könnyen oldódik, nem mérgező, neutralisan reagál, izgatási tünetet nem okoz.</p> | |
| <p>Orthoform. Oxaphor. Pegnin. Sajodin.</p> | <p style="text-align: center;">Pyramidon legmegbízhatóbb antipyretikum és antineuralgikum; mindennemű lázak leküzdésénél, különösen gümökórnál, typhusnál, influenzánál stb. alkalmaztatik. Adagja: 0.2-0.3 gm. Specificum fejfájások, idegzsábák, különösen trigeminuszsábák és hátgerinczbajosok lancináló fájdalmainál; sikerrel alkalmaztatott asthmás rohamok megszüntetésére és hőszámi zavarok ellen. Adagja: 0.3-0.5 gm. Salicylsavas Pyramidon, kiváló fájdalomcsillapító zsábáknál, csúzos és köszvényes bajoknál. Adag: 0.5-0.75 gm. Savanyú kámforsavas Pyramidon, (Pyramidon bicamphoric.) kitűnő eredménnyel használtatik phthisikusoknál a láz és izzadságelválasztás leküzdésére. Adag: 0.75-1.0 gm.</p> | <p>Tetanus- Antitoxin. Tuberkulin. Tussol.</p> |
| <p style="text-align: center;">Anaesthesin helybeli anaestheticum, biztos, hosszantartó hatással, absolute nem izgató és nem mérgező, külső és belső használatra. Javalt mindennemű fájdalmas sebeknél és bőrlöbökknél, gümös és bujakóros gége- és légesőfekélyeknél, ulcus és carcinoma ventriculi, vomitus gravidarum, gyomor-hyperaesthesia, tengeri betegség stb. eseteiben. Adagja: 0.3-0.5 gm. napjában 1-3-szor.</p> | <p style="text-align: center;">Albargin (Gelatose és arg. nitricum vegyülete.) Absolut biztos, erősen bactericid, de még sem izgató antigonorrhoeum. Sikeresen bevált a gonorrhoea heveny és idült alakjánál; hólyagmosásnál, idült Highmorüreg-genyedéseknél, a vastagbél megbetegedésénél, a szemészeti gyakorlatban és mint prophylacticum 0.1-2.0% vizes oldatban. Használata olcsó.</p> | |

Gyermekek csemege gyanánt kéri!



Szabadalmazott.

ENERGIN!

csukamájolaj-lecithin-csokoládé.

Kitünő ízű, csokoládé-tablettákba formált

csukamájolaj-készítmény.

Minden egyes tablettá tartalmaz **egy kávé kanál csukamájolajat, 0.20 cale. phosphoric., 0.05 lecithint.**

Specificum: angolkórnál és görvélyes bántalmaknál. Hizlaló- és erősítő-tápszert: vérszegénység, ideggyengeség, tüdővésznel stb.

Orvos uraknak szívesen szolgálunk mintaküldeménynyel.

Kapható: minden gyógyszerárban és drogeriában. 3287

— Készíti: SZIGETI és dr. SZILÁRD —

Energín-vállalata, Pécs.

Dr. EMMERICH gyógyintézete

Morphium-Heroin-Alkohol-, Cocain stb., idegbetegek részére. BADEN-BADEN. Alap. 1890.

A morphium-elvonás legenyhébb módja kényszer nélkül: a fecskenő 4-6 hét múlva nélkülözendő. Alkoholról való leszokás kipróbált eljárás szerint.

— Prospectusok díjmentesen. (Elmebetegek kizárva.) —

Tulajdonos és vezető orvos: Dr. Arthur Meyer. — 2 orvos.

Kopp és Joseph gyógyszerészek

„ZEO“ jelzésű

szénsavas fürdői

házi kezelésre.

Nem tabletták alakjában, folyékony, mely készülék nélkül minden fürdőkádban egy pillanat alatt veszély nélkül előállítható. Találmányunk által legelőször lehetséges racionális gyógyszerrel, kombinált szénsavas fürdőt előállítani. A testnek nem ártalmas, a fürdőkádak és a lefolyó csövek fürdőink által a legkevésbé sem rongálódnak. Gyártunk egyszerű szénsavas fürdőket, valamint kombinálva fenyő, só, aczél, menthol, kén stb.-vel. A kontinens legelsőbb egyetemi klinikákban állandóan használják és számos kiváló orvostanár, mint v. Angerer, B. Fraenkel, Goldscheider, Hoffa, Heubner, Krauss, v. Leyden, Reuvers, Rabner, Senator stb. által állandóan ajánlva és rendelve.

Gyógyjavallatok: Szívbántalmak, vérszegénység, idegbajok, vérkeringési zavarok, csúsz stb.

Gyermekek részére külön és olcsó szénsavas fürdők.

Kimerítő prospectusok ingyen és bérmentve.

KOPP és JOSEPH

Gyár: Berlin W. Potsdamerstrasse 122/c.

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

Minden kulturállamban törvényileg védve.

DIGESTOL

(PULVIS DIGESTIVUS LAKANS)

Kitünő hatású emésztőpor gyomor- és bélbajoknál. Az emésztést elősegíti, a székletet szabályozza. Adagolás: 3-szor naponta $\frac{1}{2}$ -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.

1381

Telefon 932. Kapható minden gyógyszerárban. Telefon 932.

HYGIAMA

HYGIAMA omnia alimenti perfecti continet elementa.

HYGIAMA haud facile caretur in morbis ventriculi et intestini.

HYGIAMA plurimis in phthisicorum sanatoriis praecipue adhiberi solet.

HYGIAMA prae ceteris alimentum est excellens infirmorum et invalidorum.

HYGIAMA est aptissimum alimentum liquidum, cuius ope aegrotos facillime lacte nutrimus.

HYGIAMA ab inope quoque modico pretio emitur.

Literaturam etc. mittit

A dr. Theinhardt-féle tápszertársulat vezérképviselősége

Benedek János, Rákos Palota

Generalvertretung der Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft.

Alimentum Dr. Theinhardt pro infantibus solubile.

Alimentum Theinhardt est maxime idoneum pro infantibus.

Alimentum Theinhardt omnes materias ad nutriendos infantis necessarias continet optima ratione mixtas.

Alimentum Theinhardt amyllum non continet nisi solubile.

Alimento Theinhardt a primo mense infantis nutrire licet.

Alimentum Theinhardt tollit Atrophiam.

Alimento Theinhardt incrementum infantum prosperrime procedit.

Alimentum Theinhardt inopes quoque parvo pretio emunt.

Literaturam etc. mittit

A dr. Theinhardt-féle tápszertársulat vezérképviselősége

Benedek János, Rákos Palota

Generalvertretung der Dr. Theinhardt's Nährmittelgesellschaft.

„Bayer“ **CONTRATUSSIN** „Bayer“

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

VÖRÖS-KERESZT GYÓGYSZERTÁR

Budapest, VI., Andrásy-út 84.

Minden gyógyszerárban kapható.

2282

Kivánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Budapesti Központi Tejcsarnok-Szövetkezet

VII., Rottenbiller-utca 31.

2751

Elismert kiváló minőségű palacktejen, pasteurizált tejen és tejtermékeken kívül szállít

Székely-féle gyermeektejet

1 üveg 0.2 liter ára 12 fillér.

1 " 0.1 " " 8 "

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

Székely-féle diaetetikus tej gyomor-betegeknek,
Székely-féle diaetetikus tej ezukor-betegeknek.

120 fiók saját kezelésben.

Telefon 57-04.

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

A legjobb 4

tápszer, melyet a jelenkor produkál, a:

Perdynamin

Lecithin-Perdynamin

Perdynamin-Kakao

Lecitogen

Javulatok: **sápkór, vérszegénység, leukaemia, phthisis, reconvalescentia, idegbajok.**

Szabadalomtulajdonos:

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

Képvisele: Ausztria-Magyarország részére:

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

Legnagyobb kitiintetésekkel.

Irodalom és minták Perdynamintól bármikor ingyen küldetnek. 3172

Guajacetin

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

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

Migrol

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

Æucasin

Kiváló táp- és erősítő szer gyermekek, lábadozók, sápkórosok, gyomor-, vese-, ezukor- és tüdőbajosok részére.

Æucasin-Cakes

Rendkívül jóízű és könnyen emészthető. Táplálóból mint a hús.

Kísérleti anyag és irodalom ingyen.

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



Cirkvenica. — Grand Hétel „Miramare“.
Téli gyógyhely üdülők, idegbetegek, légszűrés és vérkeringési szervek bántalmaiban szenvedők és vérszegények részére (tuberculosis kizárva). Vízgyógyimód melegített tengeri, szénsavas, villamos és tényfürdők: villanygyógyimód. Arsonvalisatio, hiszáló és soványító kúra. Elsőrendű konyha. Pensio-rendszer. Vezető orvos: **Bartsch Gusztáv dr.**, nyáron Feketehegyen. 3329

Sanatorium Grimmenstein.

2838 **Gyógyintézet tüdőbetegek részére.**

Edlitz-Grimmenstein az Aspangbahn állomása, Alsó-Ausztria, 2 1/2 órányira Wien-től, posta, távirda. Telefon.

Adm. vezető: **Th. Bachrich.**

Vezetőorvos: **Dr. O. Frankfurter.**

„Walther“-féle

Elixir Condurango peptonat. „Immermann“.

Kiváló stomachicum.



Kitűnő hatásának elismerve mindennemű gyomor-bántalomnál, emésztési zavaroknál, dyspepsiánál stb. Ajánlja számos hírneves szaktekintély által.

Stöhr titkos tanácsos, Küssingen a következőket írja: „... A mindennapos praxisban a lehető legnagyobb becsű, különösen öregebb egyéneknek és olyanoknak, kik idült bajban szenvednek.“

Csak gyógyszerárakban kapható. A hol nincs raktáron, kérem annak hozatalát sürgetni. Mintán készítményeim ismételtén utánozva lesznek, igen kérjük ezeket **Eredeti Walther** alatt rendelésnél külön megemlíteni.

Irodalom és próbaüvegek mindenkor szívesen állnak rendelkezésére.

Egyedül készítő

F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium STRASSBURG, Elsass, Rheinzelgstr. 12

Tulajdonos: **Walther F. özvegye, Dr. H. Kern, gyógyszerész és vegyész.** Nagybani raktár Magyarország részére **Török József** gyógyszerésznél és **Thallmayer & Seitz**-nél Budapesten. 3354

Idegmegbetegedéseknél és neurastheniánál hat év óta legjobb eredménnyel használják a

Syrupus Colae comp. „Hell“.

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

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

Diabeteses betegek számára a szörp helyett

Pilulae Colae comp. Hell

minden szénhydrattól menten készíttetnek.

Egy pilula egy kávékanálnyi szörp hatékony alkotórészeit tartalmazza.

3270

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

Irodalom és minták kívánatra küldetnek.

Fabrik pharmaceutisch-chemischer Producte

G. Hell & Comp. in Troppau und Wien.