

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Tauffer Vilmos ny. r. egyetemi tanár

II. szülészeti és nőgyógyászati kórodájáról.

Újabb adatok az osteomalacia gyógykezeléséhez 9 eset kapcsán.

Közi *Neumann Szigfrid* dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

Orthmann¹¹ azon kérdést veti fel, hogy az ovariumok s a széles méh szálagok változásai, ezek nagy vascularisatiója, s a csontbántalom között van-e oki összefüggés? Fehling volt az első, ki ezen változásokra figyelmeztetett s benne elméletének egyik támaszát látja; szerző is csatlakozott ehhez s ép úgy mint Eisenhart, az osteomalacia okául az ovariumok fokozott élettevékenységét tekinti, melynek következtében a medencezse lágyrészeihez s csontjaihoz nagyobb az affluxio; e mellett a vér kisebb haemoglobin tartalmú s alkalicitása is kisebb, minek következtében könnyebben oldja a mézsókat. Winckel az edényanomaliák kérdésében sem helyezkedik Fehling álláspontjára; szerinte az adnexákban oly gyakran előforduló edénytágulások első sorban az oly számos esetben talált retroflexio s ezzel járó összenövések rovására irandó; 41 eset közül, mely castratióra került, az erős edényzettség csak nyolekszor említetik, ezek közül pedig 5-ször volt jelen retroflexio; a fennmaradó 3 esetet Orthmann úgy magyarázza, hogy itt a nagy edényzettség lényegileg függött össze az osteomalaciás folyamattal.

Kehrer¹² az osteomalaciát a chronikus endemikus betegségek közé (lepra, beri-beri) sorolja, melyet osteolytikus bakteriumok okoznak.

Truzzi¹³ az osteomalacia lényegének magyarázatát azon kölesönsségi viszonyokban keresi, melyek a genitális mirigyek életnyilvánulásai és a szövetek neurotrophikus mozgalmak között fennállanak; szerző sok tényt említ fel, melyek alkalmasaknak látszanak a castratio gyógyító hatását azon változások alapján magyarázni, melyeket ezen megeseonkítása a szervezetnek az általános neurotrophikus mozgalmában s kiválóan a csontok és izmok táplálkozási viszonyaiban előidézik; miután azonban az idegrendszer működésének módját a csontok belsejében végbemenő anyagcserére nem ismerjük eléggé, azért a castratiót egyelőre csak mint tapasztalati tényt fogadhatjuk el, melynek azonban határozottan rationalis jellege is van, mert általa a nő a terhességtől, s azon súlyos adóttól mentetik fel, melyet a menstruatio reá ró. Ugyane szerző egy újabb dolgozatában¹⁴ röviden jelentést tesz osteomalacikusok vérével végzett bakteriologikus vizsgálatairól; egyik esetben consequenter staphylokokkusszerű colóniákat talált még akkor is, mikor a beteg állapota már javulásnak indult; ezen kétségkívül rendkívül fontos vizsgálatok folytatásáról szóló jelentést az irodalom szorgos átkutatása dacára nem sikerült megtalálnom.

Schauta¹⁵ a bakteriologikus elméletet, mint a melyet már magában a castratio is megczáfol, nem fogadja el.

Thorn¹⁶ a betegség lényegét illetőleg teljesen Fehlinghez csatlakozik. Végül Seeligmannak¹⁷ egy érdekes észleletét akarom felemlíteni; szerző egy csontlágylásban szenvedő terhésnél kinél Porro-műtétet végzett, ez alkalommal, majd két hét-

tel s végül 3 hónappal később a vér haemoglobin-tartalmát s a vörös vértestecsek számát meghatározta s azt tapasztalta, hogy a javulás arányával mindkettő lényegesen emelkedett; a haemoglobin-tartalom, mely a műtét idején 41% volt, 49% sőt 72%-ra emelkedett; e mellett a fehér vértestecsek száma lényegesen csökkent. Ezek alapján e szerző is határozott oki összefüggést vesz fel a megbetegedés és a vér között. A castratio eredményeit részben újabb conceptio, terhesség és lactatio megakadályozásának, részben a menstruatio elmaradásának tulajdonítja.

A vélemények ily nagy szétterése mellett valóban nem könnyű kritikát gyakorolni; tény azonban, hogy Fehling elmélete, melyet eddig a leginkább plausibilisnek kellett tartanunk, igen sok oldalról támadható meg. Mindenekelőtt s legnyomatékosabban bizonyítanak ellene azon esetek, a hol dacára az ovariumok bennmaradásának a betegek teljesen meggyógyultak, ép úgy mintha castratio végeztetett volna; másrészt azonban véleményünk szerint igen veszélyes volna a jövőre nézve ezen eseteket praecedenseknek tekintvén ezentúl hasonlóan eljárni; még oly esetekben sem tartanám helyesnek a klasszikus császármetészt az ovariumok kimelésével végezni, a hol a folyamat már rég megállapodott, egyrészt azért, mert újabb terhességek által a fennálló medenczeszűkület folytán az ismételt császármetészt veszélyének tennők ki az egyént, másrészt pedig s ezt tartjuk a kérdésre nézve fontosabbnak, mert kiszámíthatatlan, nem fog-e a betegség recidiválni; már pedig, hogy osteomalaciánál recidivákra, különösen újabb terhességek fellépése esetén igen nagy a hajlamosság, azt a tapasztalat eléggé bizonyítja. A Fehling-féle elmélet helyességében való hitet továbbá nem kis mértékben képesek megingatni azon balsikerek, melyek castratio után mind nagyobb számban közöltetnek; nem szabad azonban felednünk, hogy a balsikerek egy része bizonyára annak rovására irandó, mint azt egy saját esetünk is bizonyítja, hogy a castratio már igen későn végeztetett, mikor már oly nagyfokú elváltozások voltak jelen a csontrendszerben, sőt az egész szervezetben, melyek már bármely beavatkozás által is irreparabilisek voltak; igaz ugyan, hogy a castratióknak még ilyenkor is hatással kellene lennié azon tünetekre, melyek függetlenül minden már létrejött következményes elváltozástól csakis egyes egyedül az osteomalaciás folyamattól feltételezettek, mint a milyenek a csontfájdalmak. Könnyen magyarázható azonban, hogy azon egyéneknél, kiknél már oly nagyfokú általános táplálkozási zavarok jöttek létre; kiknél a mellkas elferdülései miatt súlyos alteratiói a légzési és vérkeringési viszonyoknak következtek be párosulva az ezen zavarokkal járn szokott végtelen elnyomorodásával a szervezetnek, bármilyen therapia alig lesz haszonnal. S ezen viszonyok a kérdés mai állása mellett épen nagy jelentőséggel bírnak; a nélkül, hogy a therapia tárgyalására itt áttérnék, csak röviden akarom jelezni álláspontunkat, midőn azt mondom, ha egyáltalán bírunk eszközökkel e betegség meggyógyítására, akkor ezen eszközök közül azt, mely legjobbnak bizonyult, használjuk fel minél korábban, mert a betegséget úgy, hogy az illető egyének egészségüknek később hasznát is vehessék, csak akkor fogjuk meggyógyítani, ha elállva minden hosszabb kísérletezéstől, minél előbb foganatosítjuk a leg-radikálisabb gyógyeljárást.

Egy igen érdekes s fontos kérdés az osteomalacia tanában az ovariumok s egyáltalában a méh s függelékeinek anatómiai magatartása úgy macroscopikus, mint microscopikus szempontból. E kérdésben is Fehling volt az első, a ki bizonyos elváltozásokat észlelt az adnexákban, melyeket ő az osteomalaciára nézve jellemzőknek nyilvánított, s melyek lényege az, hogy az adnexák a normalisnál nagyobb edényzettséget mutatnak. Nem kevésbé érdekesek az ovariumok bizonyos microscopikus elváltozásai, melyekre beható tanulmányok után Velits¹⁸ figyelmeztetett először, s melyeket azóta több oldalról megerősítettek. Szerző összes, jelentékeny számú (9) castrált esetében állandó pathologikus változásként az arteriák hyalin elfajulását azok teljes obliterációjáig észlelte; a megbetegedés többnyire kisebb szigetszerű csoportokban elszórva volt jelen, sőt két esetben az ovariumok összes itereire diffuse terjedt ki. A legtöbb esetben ezen elváltozás a véredények szaporodásával egyenes arányban volt kimutatható; két esetben, hol legnagyobb fokú volt a hyalin elfajulás, egyszersmind a szövetek nagy törékenysége — maciese — tűnt fel, mely nemcsak az adnexákat, hanem magát az uterust is illette. Az elfajulásra nézve szerző azon lehetőségnek ad kifejezést, hogy ép úgy, mint a különböző szövetek amyloid elfajulásának aetiologiájában chronikus, genyedő folyamatok — főleg a csontoké — játszzák a főszerepet, ép úgy osteomalaciánál is a leírt elváltozás a chronikus csontbántalom folytán másodlagos táplálkozási zavarokból ered.

Ez anatómiai észleletek közzététele óta számos szerző fordította figyelmét a kérdésre s részben igazolja, részben tagadja az elváltozások létezését. A discussio egyszersmind a pathologiai változások jelentőségére nézve is megindult s ez irányban is csak részben adnak igazat a szerzők Fehlingnek.

Truzzi¹⁹ egy OP.-nál a Fehling által leírt elváltozásokat nem észlelte, ellenben az egyik ovariumban egy kis hússzerű gócot talált orsóalakú sejtekkel.

Thorn⁹ egyik esetében a genitalis lelet teljesen megfelelt annak, mint azt Fehling leírja: a széles szalagok, tubák s ovariumok erősen edényzettek, az egyes edények tágultak, az ovariumok hypotrophikusak. A szövetek Thorn esetében oly nagy fokú törékenységet — macies — mutattak, hogy a ligaturák, ép úgy mint Velits két esetében, átvágtak. Vajjon az erős edényzettség egy perimetritisnek volt-e következménye vagy Fehling felfogása értelmében az osteomalacia kísérő tünetének tekintendő-e, az ép oly kétséges, mint a szövetek ama törékenységének oka. A hyalin elfajulást szerző csak symptomatikus értékűnek tartja, mely nem más, mint következménye a táplálkozási zavarnak, s mint aetiologikus momentum egyáltalán nem fogadható el. Valószínű, hogy ugyanezen elfajulás más atrophikus folyamatok nyomán is képződik, csak hogy eddig még csak igen kevésnél van bizonyítva.

Hofmeier¹⁹ egy 30 éves OP.-nál atrophikus ovariumokat s teljesen normalisan edényzett függelékeket talált, ellenben Runge²⁰ az egyik ovariumban s függelékekben erősen tágult s kanyargós visszeres pamatokat ír le, míg a másik ovarium függelékei atrophikusak s véredényekben szegények voltak.

Solowy²¹ graviditás daczára az ovariumokat feltűnően atrophikusoknak találta s alig tudta fellelni.

Stern²² egyik esetében az ovariumok megnagyobbodottak, a másikon rendes nagyságúak voltak; az adnexákban egyszer sem voltak tágulva vagy felszaporodva a véredények s a microscopikus vizsgálat sem derített ki lényeges elváltozásokat.

Harajewitz²³ esetében az ovariumok egészen szabadok, színben s edényzettségben normalisak voltak; az egyik teljesen ép, a másik kissé meg volt nagyobbodva s felületén félgömb-szerű, borsónyi kiemelkedéseket mutatunk.

Seeligmann¹⁷ egy puerperalis esetben Porro-műtét alkalmával az ovariumokat, tubákat s az uterust normalisaknak találta.

Winckel²³ szerint azon elváltozások, melyek az ovariumok s adnexákban találtak, többnyire az ezen esetekben jelenlévő retroflexiók vagy lobos megbetegedések által okozhatók.

Velits¹⁸ eltekintve a fent részletezett microscopikus leletektől a petefészkek chylusedényeinek szaporodását 4 esetben találta 9 közül; microscopice hatnál tűnt fel az ovariumok központi részének helyenként angiomászerű véredényszaporulata. Az ovariumok stromája csak egyszer volt, feltűnően sorvadt, egyébként rendes volt. Retroflexiót négy esetben talált; az uterus s környezetének hashártyaburkolatán sohasem volt lobos elváltozás constatalható.

Rasch²⁵ a környező vénákat igen telteknek találta; azonban ezen lelet sem positiv sem negativ irányban nem értékesíthető, miután ez esetben a castratio még a gyermekágyban — 11 nappal a mesterséges vetelés lefolyása után — végeztetett.

Kleinwächter¹⁰ a kérdésben Winckelhez csatlakozik; ő sem lát ez elváltozásokban jellegzőt az osteomalaciára nézve, mert azok csak következményei azon iteres vérbőségnek s visszeres pangásnak párosulva lobos változásokkal, melyeket elég gyakran más bántalmaknál is találunk; a fájdalmak s a közérezet javulása castratio után nagyrészt az által is van feltételezve, hogy bizonyos bántalmak a műtét kapcsán megszüntetnek: dislocatiók corrigáltak, a széles szalagok strangulatiói meggyógyítottak.

Fehling⁶ a Velits-féle hyalin-elfajulást az ovariumok organikus megbetegedésének tartja.

Löhlein⁴ 8 eset közül hatnál közöl anatómiai leletet az ovariumokról: egy esetben mindkét ovarium atrophikus volt, kettőben rendesek voltak, egy további esetben az egyik ovarium cystikus elfajulás miatt meg volt nagyobbodva, a másik sorvadt volt s végül az utolsó esetben a tubák és ovariumok megvastagodottak, vérdúsabbak voltak. Négy esetben a méh deviatióit constatalta; ez esetek közül háromszor mindkét lig. latum véredényeinek nagyobb teltsége volt jelen. Két esetben a méh falzatának törékenységét, mállékonyságát találta. Az anatómiai leletek ily nagy eltérése mellett szerző az ovariumokat nem tartja székhelyéül s kiindulási pontjául a betegségnek, a mi ellen különben már azon körülmény is szól, hogy nem tehető fel, miszerint az ovariumok épen akkor — a terhesség alatt — váltanak ki legsúlyosabb symptomákat, a mikor működésük, az ovulatio épen szünetel.

Orthmann¹¹ végül egy esetben az ovariumok s ligamentumok rendkívüli vérbőségét említi meg, sok erősen kanyargó s tágult arteria és vena tűnt fel; a szalagok metszfelületén számos táguló edénylumen volt constatalható, valamint a hilusban rendkívüli szaporodása az edényeknek. Az ovariumok iterei nagyfokú hyalin-elfajulást mutattak, melynek végső stadiumaképen az egész edényfalak homogen kötegekké alakultak át, melyek összefolyásából nagy hyalin-tömegek keletkeznek. Ez elfajulás jelentőségére nézve szerző, — tekintettel arra, hogy Velits ez elfajulást összes eseteiben kimutathatta, s hogy egyébként csakis senilis és idült lobos ovariumokon fordul elő — úgy nyilatkozik, hogy az minden valószínűség szerint az osteomalaciára jellemző.

Ez összeállítás annyira különböző, sőt ellentmondó adatokat nyújt főleg a makrosopikus leletekre vonatkozólag, hogy a kérdést ezek alapján nem mondhatjuk megoldottnak, miután az elváltozások az egyik szélsőségtől: a legnagyobb fokú vascularisatiótól a másikig: az ovariumok nagymérvű atrophijáig ingadoznak. Saját eseteink közül a kérdésre vonatkozólag természetesen csak azok birnak érdekl, a hol a terhességen kívül végeztünk castratiót osteomalacia miatt; ily esetünk 4 volt; az ovariumokra vonatkozó leletek ezeknél is különbözők voltak; az I. esetben az ovariumok sorvadtaknak, alig mogyorónyiaknak, vérszegényeknek vannak jelezve; a II. esetről, valamint a III.-nál a petefészkek semmi feltűnőt sem mutattak; a IV. esetről végül az ovariumokat kicsinyeknek találtuk s makrosopice semmi rendellenességet sem mutattak. Az adnexákban semmi feltűnőt sem észleltünk.

Fel kell még említenem, hogy az uterus elhelyezkedése a medencében, kivéve a IV. esetet, a hol a kórtörténet szerint kistokú retroversio volt jelen, minden esetben normalis volt; s hogy az adnexák abnormis vascularisatióját egy esetben sem találtuk, az bizonyára ezen viszonyoknak tulajdonítható. Eseteink száma ahhoz, hogy Fehling és Winckel ellen-

tétes nézeteiről itéletet mondhatunk, kétségkívül csekély, annyit azonban már e néhány lelet kapcsán is kimondhatunk, hogy ezen elváltozásoknak, t. i. az ovariumok s adnexák nagyobb vascularisatiójának, valamint az előbbiek hypertrophiájának vagy bármely más makroszkopikus elváltozásának nem kell okvetlenül előfordulnia. Osteomalaciánál tehát az elváltozások a betegségre nem lehetnek jellemzők.

A mikroszkopikus elváltozásokat illetőleg szintén végeztünk vizsgálatokat, a melyek a Velits által először leírt s azóta már több szerző által is megerősített elváltozásokat tényleg igazolták; eseteink közül a II., III. és IV. sz. alatt leírt betegek ovariumait vizsgáltuk meg s a metszeteken megtaláltuk, ép úgy mint Velits leírta, a hyalin-elfajulásnak minden stadiumát az ovariumok arteriáiban, úgy hogy ezek alapján, ha nem is tekinthetjük ez elváltozásokat specifikusoknak, mégis mint az osteomalaciára is jellemzőket foghatjuk fel. E vizsgálatokról különben, melyeket Erdey Gyula dr. kórodai gyakoronok úr volt szives végezni, részletesebben lesz alkalmunk beszámolni.

Azon esetekben, a hol az osteomalaciát gravid nőknél észleltük, az ovariumok és adnexák magatartása, már a mi azok dúsabb edényzettségét illeti, természetesen semmi jelentőséggel sem bír, miután a terhesség ezen szervekben is nagyobb vérbőséget s duzzadást von maga után; ez irányban legfeljebb ellenkező tapasztalatok — mint pl. a Solowj-é — birhatnának jelentőséggel, de ilyenekről kórtörténeteinkben említés téve nincsen.

(Folytatása következik.)

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Felső ajakképzés az alsó ajakból.

A plastika nagymesterei közül majdnem mindegyiknek nevével találkozunk az ajakképzés különböző módozatainak az adott viszonyok szerint való leírásával is.

Tagliacozzi a kar bőréből iparkodott azt pótolni. Dupuytren a nyakról vette a lebenyt. Langenbeck ajánlotta, hogy a képzett ajaknak szélét, a másik egészséges ajakról vett nyákhártyával lehet pótolni. Adelmann és Symanowszki szintén igen elmés műtémmóddal ismertettek meg bennünket. Elvitázhatatlan érdemeket szerzett magának nagy nevű sebészünk Balassa János ezen a téren is, a midőn a felső ajaknak egy képzési módját: „Új műtémmódozok az orrképlés körül“ című munkájában leírta. Herczel Manó is szép eseteket közölt az „Orvosi Hetilap“-nak 1893. évi számaiban.

Mindamellet, hogy oly számos sebész foglalkozott az ajakképzésnek tökéletes kimerítésével, mégis fordulnak elő esetek, a midőn a már említett szerzők ajánlatát nem vehetjük igénybe, mert az adott körülmények nem engedik azt meg. Ilyen ritkábban előforduló és általam alkalmazott műtémmódot akarok most, egy gyógyult eset kapcsán bemutatni, a midőn ugyanis a szétesett felső ajak egyik felét az alsó ajakból voltam kénytelen pótolni.

Ledran és Roux pendítették meg ennek az eszméjét, később pedig Mackenzie foglalkozott vele behatóbban.

Ezen eset egy Till György nevű, 46 éves, napszámosra vonatkozik, a ki 1894. február 22-dikén vétetett fel a szt. János-kórházba.

1886. évben vette már észre, hogy a bal orrnyílás külső zúgában kis keményedés támadt, mely azonban egész 1891-ig nem változott jelentékenyen. Ekkor kezdett növekedni és mikorára kis mogyorónyi nagyságot ért el, kifeléyesedés, szétesés is mutatkozott rajta. 1893. október 9-dikén nagyfokú zúzott sebek miatt a jobb alszárát csonkítani kellett. Ekkor láttam betegét először, a mikor is már a bal orrszárny külső zúgától kiindulva, krajczárnyi, a környezettel szorosan összefüggő, közepén félkrajczárnyi anyaghiányt mutató álképlet volt jelen. Ajánlottuk neki az eltávolítást, ő azonban nem akart beleegyezni. Kórházból való távozása után azonban a szétesés gyorsan haladt előre, úgy hogy 1894. február 24-dikén önként jelentkezett műtétre, a következő jelen állapottal:

Elég jól táplált férfinál, a bal fossa canina táján, tallérnyi területen carphiolszerű csapokkal, gombaszerű, felhánt szélékkel bíró anyaghiány, melyet 1-5 cm. széles kékes-vörös udvar vesz körül. Ezen bőrelszínesedés részben a járomcsont tájkára is kiterjed. Az egész tömött tapintatú, a környezettel összekapaszkodott, nem mozgatható. A felső ajak bal felének megfelelő nyákhártya vastagodott, dudoros, tömött. Kutatóval érdes csontra jutni. Sem a nyakon, sem a mandibula alatt megnagyobbodott mirigy nem tapintható. Ez tehát oly carcinoma, melynél a destruáló folyamat már a csontig hatolt.

Műtétet 1894. február 27-dikén végeztem chloroform-morphin narcosisban, a következő lefolyással:

A felső ajakot közepén, az ajakpirtól a bal orrnyílás közepéig egész vastagságában felhasítottam; ezen metszést még folytattam felfelé az orrszárny szélétől, ezt megkerülve, 2 cm.-nyi magasságig, mindenütt már ép részekben haladva. A bal szájjúgtól a szájrés irányában kifelé 4 cm. hosszú behasítást végeztem, majd egy harmadik metszéssel az említett két metszés végét összekötöttem, miáltal a carcinomás részeket egy háromszögbe foglalva eltávolítottam. A felső állcsont afficiált részét kikapartam. Így keletkezett az I. ábrában látható a, b, c anyaghiány, melynek befedésére lebenyt a következőképen készítettem.

A felső ajak szélességének irányában az alsó ajakot szintén egész vastagságában, merőlegesen lefelé, átvágtam; pontosan kimérve, hogy ennek hossza a megfelelő felső ajaki sebszélnél még valamivel nagyobb legyen. Az állcsúcsig terjedő metszést most a szájréshez kissé convergálóan balra, ki és felfelé folytattam, úgy azonban, hogy az így származó alsó ajaki lebenynek nyele 2 cm. volt. Ily módon származott c, d, e, f mozgatható lebeny (I. 1. ábra), melyet a leírt felső ajaki anyaghiány helyére húztam, minek következtében a d pont b pont helyére jutott.

De a lebeny szélességének olyannak kellett lenni, hogy az átmeneti redőn túl is terjedt, tehát még az alsó állkapocsról leválasztott és már nyákhártya nélküli bőr is hozzá lett véve és épen ezen alsó részből kellett képezni a felső ajakpirt. Hogy ezt tehessem, előbb lapjában praeparálva a nyákhártyát a bőrtől elválasztottam, de ennek is meglaggya nyelét. Most már kényelmesen húzhattam a nyákhártyát annyira lefelé, hogy alul, egy kissé bőven is véve, a bőr széléhez varhattam, képezvén ez által a felső ajakpirt.

Először egyesítettem catguttal a felső alveolaris nyujtványon maradt nyákhártyát a lebeny nyákhártyájának felső szélével, majd a mediális nyákhártyavarratot csináltam, ugyancsak catguttal, míg az ez után következő bőrvarratokat Turner-selyemmel végeztem.

Az alsó ajakon származó anyaghiány befedése az állcsúcsnál levő sebesűcsből kiinduló, le- és kifelé iv alakban haladó, 5 cm. hosszú metszéssel és ez után a sebszéléknek egymáshoz való közelítése által annyira sikerült, hogy csak a bal szájjúg táján egy 1 cm. átmérőjű, háromszög alakú rés maradt szabadon. Itt is külön nyákhártya- és külön bőrvarratot végeztem. A bal vestibulum orisba úgy felül, mint alul jodoformgázot helyeztem el, a felső nyákhártya és bőrlebeny közé pedig a szájjúg táján biztonság kedvéért egy kis drainsövet dugtam. Jodoformgázzal való fűdés, organtin-kötés. A műtét 3 órát vett igénybe. Műtét utáni képet a 2. ábra mutatja.



1. ábra.



2. ábra.

Körlefolys. Február 28-dikán beteg láztalan. A szájban levő gaze esik mindennap változtatva lesz. Első kötésváltogatás márczius 4-dikén. Sebszélék kissé duzzadtak, a drainsövnön kevés savós-genyes váladék ürül, a szabadon maradt kis rés sarjakkal fedett, sebszélék tapadnak, minden második varratot eltávolítottam. Láz nincs.

Márczius 8-dikán sebszélék nem duzzadtak, a még bent maradt varratok eltávolítása, a seb mindenütt igen szépen egyesült, csak az szájjúgnál vált szét két varrat helyén, drainső eltávolítás

Márczius 12-dikén a szájjúgi szétesett helyen élénk sarjadzás, a alól levő háromszögű anyaghiány most már ki van töltve és teljesen felhámval fedett. A száj nyitáskor a fogsorok között 1-5 cm.-nyi rés van, új kötést nem alkalmaztam.

Márczius 16-dikán semmi fájdalom, semmi váladék, a szájjúgnál még kis granulatio, mely azonban márczius 21-dikén szintén felhámval fedett. Száját napról-napra jobban tudja kinyitni. Április 1-jén gyógyultan hagyja el a kórházat.

A képzett lebenyen dúsan nő a szakál, a miért beteg úgy borotválkozik, hogy a baloldalon is oly szélességben hagy szőrököt, mint a mily széles a jobboldali bajusza és így még a szakálból lett bajusz jelenléte is elősegíti a jó aesthetikai benyomást.

Recidivának még jelenleg sincs semmi nyoma. Száját annyira tudja nyitni, hogy kényelmesen vehet táplálékot magához. Csak az bántja őt nagyon, hogy a szakálból lett bajusza sötétebb színű, mint a másik.

Polacsek Ignác dr.

A gümőkóros gégebetegyek táplálkozása.

Majd minden tankönyvben foglaltattnak általános szabályok a gümös gégebetegyek mikénti táplálkozására vonatkozólag, mondván, az ilyen betegek sok tejet, tejes ételeket, húst, tojást stb. fogyasztanak, egyáltalán oly táplálékkal éljenek, mely a szervezet felépítésére, illetőleg az elvesztett anyagok pótlására a legalkalmasabb.

Csak hogy a legnagyobb baj ott rejlik, hogy az ilyképen előírt diatétát a betegek nem mindig követhetik, mert jóllehet a gyomor állapota azt megengedné, de különösen egyik, sajnos igen gyakori alakjánál a gümös eredetű gégebántalomnak az étkezés csakis az ezen actust közvetlenül megelőző szakszerű kezelés folytán, s akkor sem minden nehézség nélkül, lehetséges, az ivás azonban, még a kezelés dacára is, majd hogy lehetetlen.

A gégegümő többféle alakjával találkozunk, hol a nyelés semmi tekintetben nincs befolyásolva és főleg a rekedt hang az, mely a betegek figyelmét a gégeire irányítja, sőt még fekélyek jelenléte sem képez akadályt a nyelési actusnál, mint a hogy azt a gége hátsó falán fellépő fekélynél, vagy pedig az ulcerosus hangszálag-lobnál tapasztalhatjuk, különösen, ha az nem a processus vocalis közelében képződik. Sokkal rosszabb az állapot akkor, a midőn a gégefedő lobja van jelen, legyen az akár ulcerosus, akár perichondritikus alakban fellépő; ezen alakja a gégegümőkórnak már azért is kedvezőtlenebbé teszi a prognoszt, mert ezt vagy oly egyéneknek találjuk, kiknél a tüdőbeli folyamat már előrehaladottabb és a szervezet e miatt gyengült, vagy pedig olyanoknál, kik egyszerűbb viszonyok között élve, a priori rosszul vannak táplálva; de ha már táplálkozhatnak is, nyelni képtelenek és így meg vannak fosztva a gümőkór gyógykezelésénél a legnagyobb sikert ígérő tényezőtől, azaz a táplálkozás lehetőségétől. A gégefedő lobjával együtt jár a legtöbb esetben a kannaporeczok lobja is, a mi szintén nagy fájdalom okozója a nyelésnél, a mennyiben minden lenyelt falat mint egy traumatikus insultus hat a gyulladt poreczokra; ily állapotban a betegek minden ételtől irtóznak és inkább éheznek, csak hogy elkerüljék a nyeléssel járó fájdalmakat.

De ha birunk is a cocainban oly szert, melylyel a nyelési fájdalmakat, ha csak rövid időre is, enyhíthetjük, meg nem akadályozhatjuk általa azt, hogy folyadék vagy étel a gégefedő működésének elégtelensége miatt a gége illetve a légcsőbe, vagy a garatürön át az orrba ne jusson. Az infiltrált gégefedő egy merev tömeget képez, mely mozgékonyosságát elvesztve, működésre képtelen, hozzájárul még a gyulladt kannaporeczok és az azokat környező izmok kóros állapota, minek következtében a hangrés kisebb-nagyobb mértékben folyton nyitva áll, mindezen tényezők okozzák az étel és ital behatolását a légutakba, mely körülmény a betegekre annyiban jár kellemetlen következményekkel, hogy erős köhögésre ingerli őket, a mi nemcsak, hogy teljesen kimeríti a beteget, de a már nagy bajjal lenyelt ételt is kiadja a hányási inger következtében, mit az erős köhögés előidézett.

Ugyanesak a gyakorlat bizonyítja és ezt mindenki, a kinek alkalma volt ily betegeket megfigyelni, igazolhatja, hogy ha már az éhséget, a fent előhozott okok miatt könnyebben türik: a mi őket még sokkal inkább gyöttri, az a szomjúság érzete és a mi után minden beteg áhítozik, az az ital.

A lázak folytán kiszáradt nyelv, szájpád, torok a szomjúság érzetét csak növelik és az első ivási kísérletnél ismétlődik az, a mi az étkezésnél, t. i. a gégebe hatoló folyadék görcsös köhögés kíséretében szájon és orron keresztül jön felszínre.

Ily körülmények között nem csekély feladat háramlik az orvosra megállapítani a betegek táplálékát úgy, hogy számolván a fennálló nehézségekkel, azt reájuk nézve élvezhetővé tegye; és itt ismét azt tapasztaljuk, hogy a betegek gyakran sokkal találékonyabban az étlap megszerkesztésében, mint az orvos, a mennyiben a sokféle közül kiválasztják maguknak azon ételeket is, melyek a nyelésnél legcsekélyebb fájdalmat okozták, illetőleg a legkisebb akadályt gördítették a nyelés véghezvitele elé.

Talán nem végezték fölös munkát, ha néhány oly ételnemet említek fel, mely az ily betegek táplálására a legmegfelelőbb.

És itt legelső helyen állanak a pépes és híg összetételű étkek; húsneműek közül a vagdalt vagy reszelt alakban készített, mely minden fűszertől ment legyen; kedvencz ételt képez még híg consistentiája miatt a velő, melyet az erősebb hatás kedvéért tojás sárgájával lehet kombinálni; a főzelékek közül a burgonya,

borsó, lenese püré, paraj, kél stb.; tésztaeműek közül a különféle felfújtak mellett általában a főtték részesülnek előnyben. A tejes étkek közül a rizs, vagy egyenletesebb consistentiája miatt a dara tejben ajánlatos; gyümölcsneműek csak főtt állapotban és így is kis mennyiségben veendő, a mennyiben könnyen hasmenést idéznek elő; tojás akár rántott formában, akár tisztán megfőve kedvencz tápláléka a betegeknek. Ezek volnának nagyobbára az étkek, a melyek aránylag a legcsekélyebb mérvben irritálják a beteg gégét, megjegyzendő azonban, hogy még ezen ételek élvezését is szükség, hogy megelőzze a gégekezelés, mely legezélszerűbben 10% cocain oldattal ecsetelésből áll, körülbelül 5—10 perczezel az étkezés ideje előtt applikálva. Az esetek nagy számánál az ekképen alkalmazott eljárás, mely az étkezés lehetőségét czélozza, beválik.

Gougenheim, párisi gégeorvos oly esetekben, hol a duzzadt kannaporeczok okai a nyelési nehélységeknek, eltávolítja művileg a gyulladt poreczokat. A műtét, mely a poreczoknak kettős kürettel való eltávolításában áll, meglehetősen erős vérzéssel jár. Véleményem szerint a műtét által előidézett defectus nem áll arányban azon előnnyel, melyet — nem is minden esetben, — elérni lehet és már az az egyedüli hátrány, mely a hangképzésnél a műtétet vetkezteben be áll, ellene szól annak, hogy ezen műtét létjogosultságot szerezzen magának a gyakorlatban, annyival is inkább, mert radikális műtétről szó egyáltalán nincs és a kannaporeczok hiánya meg nem akadályozza a specifikus lobfolyamat tovább terjedését a gégeben. Az italok élvezete körül ép oly gyakorlottságot tanúsítanak a betegek, s igyekeznek az ivás lehetőségét különféle fejtartásokkal elősegíteni, s miként már fentebb említettem, a kiszáradt nyelv és szájpád az főleg, mely az ivásra ösztönöz.

Enyhülést szereznek jéglabdacok, melyeket szájukban felolvasni hagynak a betegek, igen kielégítő hatást idéz elő a szomjúságérzet csillapítása körül, ha ezetes vízbe mártott ruhadarabba nedvesítették meg nyelvüket és az egész szájiürt, előnyös ha a folyadék csak gyengén savanyú és lehetőleg hideg; ezen eljárás sűrűn eszközözlendő, mindaddig, a míg a szomjúság érzete kielégítve nem lesz.

Csak rövid vonásokkal esetelem a módot és eszközöket, melyek segítségével e súlyos gégebabban szenvedők táplálkozni szoktak. És ha fáradozásunkat e téren siker koronázza és sikerült a beteg bizalmát megővni, megtettük kötelességünket, melyet minden ily beteggel szemben teljesíteniünk kell, t. i. hogy oda hassunk, miszerint a javulás reményét és ezen érzetnek jótékony hatását a szenvedők a legvégső pillanatig megőrizték.

Moskovitz Ignác dr.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(XI. rendes ülés 1895. május 24-dikén.)

Elnök: Navratil Imre. Titkár: Polyák Lajos.

Mastalgia (csecscsontneuralgia) operált esete. Gyógyulás.

Lichtenberg Kornél. A 16 éves nőbeteg anyja előadása szerint már gyermekkorától különféle, mindkét oldali fülbajokban szenvedett, melyek majd a külső hallójáratban, majd a dobüregben, majd a csecscsonton jelentkeztek. Jelen bántalma már 3 hónap óta tart és türelhetlen fájdalmakból áll a bal csecscsont egész terjedelmében, melyek semmi bármily néven nevezendő szerelésre nem szünetelnek. A fájdalmak éjjel-nappal folytonosan tartanak, a beteg nem eszik, nem alszik, folyton sír és teljesen lesóványodott. A bal csecscsont nemcsak hogy érintést nem tűr, hanem még fúvásra is összeressen a beteg. Ezenkívül nagyfokú sükketség volt jelen mindkét oldalon. Tárgyilag vizsgáltnál a bal csecscsont minden irányban normalis, ép úgy a külső hangvezeték, de idült száraz dobüreghurut van jelen mindkét oldalon. Katheterizálásnál száraz, széles fuvó zörejt lehetett hallani bal oldalon. Ezek szerint idült genyedő folyamatot ki lehetett zárni; heveny lobos tünet a dobüregben, sem a csecscsonton egyáltalán nem volt constatalható, azért a kórisme mastalgia lett állítva és minekutána a már 3 hónap óta tartó fájdalmak minden szerelésnek ellentállottak és hysteriás tünetek sem voltak jelen, a csecscsont felvése lett elhatározva. A műtétet, mely a Grünwald sanatoriumban lett végezve, szülők és beteg sürgették. Jelen voltak: Pokorny intézeti segéd, Rothbart és Tomka doktor urak.

Minden félreértés kikerülése végett az operatio előtt kijelentettem, hogy én itt sem genyet, sem lobot, még talán lobterményt sem fogok keresni, sem találni, legfeljebb csont-sclerosist, mely átalakulás gyakori lobos dobüregbeli folyamatoknál elő szokott fordulni és megadja az indiciót a felvése. Azonban a műtét lelet megmutatta, hogy még sclerosis sem volt jelen; a sejtek teljesen rendszeresen voltak elhelyezkedve, a lobnak, genynek, pirnak semmi nyoma, felette számosak és

nyálkahártyának sápadtsága, majdnem hófehér színe tűnt fel. Az antrum is meg lett nyitva. Minekutána arról volt szó, hogy minden, mi fájdalmas, el legyen távolítva, az egész csecsecsontot, a csúcsot is beleértve, kivéstem, szóval totalis exstirpációját végeztem. Rendszeres tömés és kötés. A beteg az 5/4 óráig tartó narcosist jól tűrte, első éjjel még voltak kisebb fájdalmak, de más jellegetek az előbbieknél. Hőfok és pulsus mindig rendes maradt és második nap a műtét után a fájdalmak teljesen megszűntek. Beteg jól érzi magát, kedélye vidám, jól eszik, jól alszik és a fájdalmak szempontjából gyógyultnak mondható legalább eddig. Két nappal a műtét után feltűnő hallási javulás állott be, mely vagy az antrum megnyitásával állhat kapcsolatban, vagy a megszűnt fájdalmak folytán az emelkedett idegélet és így a hallóideg nagyobb fogékony-ságára vezethető vissza. Így tehát a csecsecsont totalis exstirpációja egy következményeiben felette komoly bántalmat meggyógyított és a menyiben a leány szenvedései folytán egészen lesoványodott és búskomor kezdett lenni, bátran lehet mondani, hogy a műtét vitalis indikációnak felelt meg.

Tomka. Pathologiai elváltozást a csecsecsnyútványon, tehát direct összefüggést a fájdalmakkal ugyan nem találtam, de az indikációt mégis felállíthattam, mert *Schwartz*-e epileptikus rohamokkal járó esetben jó eredménnyel operált. Egy más esetet Bécsben láttam, melynél a műtétet csak félig végezheték, mert a leánynál erős hysterikus göresök léptek fel. *Urbantschitsch* hasonló esetben massirozás és villanyozással ért el gyógyulást.

Szenes. A műtét beavatkozást ultimium refugiumként szintén indicalnak tartja, azonban az előzetes kezelésre vonatkozólag kéri *Tomkát*, vajjon nem gondolt-e hysteriára, ezen kaméleon képi betegségre, mely sokszor rendkívül heves fájdalmakban szokott nyilvánulni és melynek a mastalgialán csak egyik tünetsoportja volt. Szólok nem állítja ugyan, hogy a műtét el lett volna kerülhető, de kéri, hogy tette-e hypnotizálóanyagokat, hátfelől egész a sinusig terjedtek és legfeljebb a sejt kísérletek és kéri bemutatót, hogy az eredmény állandóságáról való meggyőződés végett mutassa be egy év múlva újból a beteget. Nem kételkedik ugyan a művi beavatkozás kitünőségében vagy a jó hatásban, mert hasonló esetben, mint a sebészettől tudjuk, neurektomiával és csontkimetszéssel megszüntethetjük a neuralgiákat, de az eredmény sokszor csak kezdetben jó és később recidiva áll be. Csak röviden reflectál azon tünetre, hogy műtét után javult a hallás, ilyen esete neki is volt. *Bökényi* operálta 8 év előtt: a csecsecsnyútványban egy primaer periostitikus tályog volt, a dobúrban szülő sem catarrhalis, sem suppurativ folyamatot nem talált, a tályog megnyitott, a corticalis caries ki lett kanalazva és az előbb gyengült hallóképesség javult.

Krepuska. Az eredményt magát látva és a súlyos kórképet hallva, volt légyen az eset akár hysteria, akár más, a műtét beavatkozás indokolva volt, a mint azt az eredmény is igazolja.

Hasonló esetem 1891–92-ben volt, az első influenza-járvány alkalmával. Otitis media catarrhalis exsudativa lépett fel egy 63–65 éves nőnél és én paracensisit végeztem. A dobúrlob 10 nap alatt gyógyult, a hőemelkedés megszűnt, de a beteget fél fejére kisugárzó rendkívül heves fájdalmak kínozták, melyekről azt hittem, hogy a dobúri folyamat következtében fejlődött csecsecsnyútványlob által okozottak. Hőemelkedés, vagy a csecsecsnyútványlob más objectív tünete nem volt jelen. Mindenféle kezelés kudarcot vallott és a fájdalmak oly intenzívek voltak, hogy a beteg kínjában bömbölt, aludni nem bírt. A negatív jelek dacára lobos folyamatot vettem fel a csecsecsnyútványban és 6–7 napi észlelés után előkészítettem a beteget a műtétre, mely a csecsecsnyútvány lékéséből állott volna. Tekintettel a nagy fájdalmakra, a megelőző fülbántalomra és a gyógykezelés sikertelenségére, meg voltam arról győződve, hogy a csecsecsnyútványban kell valamely kóros elváltozásnak lenni. A műtétnél *Herczel* főorvos assistált és jelen volt több kartárs, köztük a beteg háziórvosa, *Jordán* főorvos is. A csecsecsnyútvány teljesen sclerotikus, eburneált volt, benne sem pulposus sem pneumatikus rész nem volt. A sclerotikus csont oly kemény volt, hogy csak angol vésővel lehetett elérni az *aditus*-t, a nélkül azonban, hogy bárhol is lehetett volna a csontban kóros rész vagy genyet felfedezni. A dolog bántott, mert látszólag kudarcra végződött, de a fájdalmak attól a percztől megszűntek, a seb per primam gyógyult, a hallás megjavult. Ezen eset diagnosticce előttem még ma sem áll tisztán: a csecsecsnyútvány makroszkopice látható lobja teljesen kizártnak látszik, dacára, hogy dobúrlob előzte meg; lehet hogy hysteriás alapon váltotta ki a lobos környezet. Másrészt tekintettel a nagy fokban sclerotikus csontra, az sem lehetetlen, hogy a csontban levő idegek nyomtatása okozta a csontneuralgiát.

A bemutott eset aetiologiai momentumát, illetőleg a neuralgia okát kimutatni nem tudnám; szükséges azonban egy körülményt tekintetbe venni és ez az, hogy egy épen a fanosodás időszakában levő leányról van szó, a kinél a csecsecsnyútványon szövettani elváltozás sem lévén észlelhető, felvehető az is, hogy talán hysteriás alapon állott fenn a bántalom. Ezt látszik igazolni még a műtét utáni hallásjavulás is, melynek más okát találni szintén nem lehet. Hogy betegség által provokált hysteria tünetek, többek közt hyperaesthesiák szoktak fejlődni, az ismert dolog. Természetesen ez mit sem von le a bemutott eset műtéttel elért szép eredményéből és ezért üdvözlöm a bemutatót, hogy ilyen fülézi esetet műtét utáni meggyógyított.

Zwillinger. A leány egy ízben rhinitis scrophulosa miatt állott kezelés alatt. A scrophulosis mellett szólnak még a látható cornea maculák. Emlékszem a betegnek egy öcsére is, kinél tonsillotomiát végeztem és a ki szintén lymphatikus volt.

Guth. Történt-e vizsgálat syphillire?

Tomka. Hysteriára igen is történt vizsgálat és sem én, sem *Takács*, ki a beteget kétszer is vizsgálta, hysteriának semmi jelét nem találtuk. A fájdalmak massage, villanyozás és jodbedörzsölésekre sem enyhültek.

A mi a hypnosist illeti, a ki nem járatos a dologban, tehát nem ideggyógyász, az jobban teszi, ha nem kezd bele, különösen akkor, ha úgy sem bíztat eredménnyel. Nem látom át, hogy miért hatott volna épen a műtét suggestiv a betegre, hisz a massage és villanyozás oly epemáló hatást fejtettek ki nála, pedig maguk is suggestiv szerepelhettek volna.

Lichtenberg. Azok után, a miket most *Tomka* elmondott, csak kevés megjegyzésem marad. Nem látom be, miért keresik a hysteriát, mikor a beteget ez irányban is megbízható szakember vizsgálta meg. A gyermek szenvedett, operáltuk, meggyógyult. A mi a gyógyulás tartamát illeti, ha valami fordulat állana be a beteg állapotában, kötelességemnek tartom rögtön beszámolni, hisz mindnyájan csak az igazat keressük. Meg vagyok arról győződve, hogy a prompt eredmény, a hat hó óta egy helyen változatlan fennálló szünet nélküli fájdalmak elegendők arra, hogy kizárhassam a hysteriát és a sikert egyedül a műtétnek tulajdonítsam.

Csak még egy megjegyzésem van: *Szenes* subcután tályog megnyitása után corticalis cariest talált a csecsecsnyútványon és ennek kikaparása után a hallás javult. Ezen állítást én egy szakember részéről tévedésnek tartom, mert tévedés az, hogy *Szenes* megvizsgálta a beteget és a mint állította, absolute semmi kórosat sem talált a fülben. Ha ez igaz, akkor ott hallási eltérés sem lehetett és ha a hallás rendes volt, akkor hogyan javulhatott az a csecsecsnyútvány caries kikaparása után, melynek a halláshoz semmi köze sincs. Azt az esetet különben sem találok az enyémmel analognak, mert az én esetemben lobos vagy genyes folyamat nem volt.

Navratil. Mint sebész óhajtok egy megjegyzést tenni. Neuralgiák esetén műtétek igen gyakran végeztenek, főleg a trigeminus mentén és lehetőleg közel az agy alapjához. Ilyen műtétet már én is végeztem és többen tapasztaltuk, hogy 2–3 év múlva ismét jelentkeznek a neuralgia. Heves epileptikus göresöknél trepanációval hat havi szünetet értem el, a mi már magában is indicáltta tette a műtétet.

Farkastorok, nagyfokú kagylóhypertrophiával, Pertik-féle diverticulum.

Polyák Lajos. A 18 éves beteg azon panaszzal fordult hozzám, hogy világra hozott baja miatt tisztán beszélni képtelen és evés közben, főleg a híg ételek és folyadékok az orrába mennek. A mint egyszerű megtekintés is mutatja, a betegnél a farkastoroknak nevezett fejlődési rendellenesség látható, a szétválás már a kemény szájjad hátsó harmadában kezdődik meg.

Rhinologiai szempontból különös érdeket kölesönöz ezen esetnek az alsó orrkagylók óriási hypertrophiája, mely azoknak duzzatszagi foka szerint sokszor a fissurán át szabad szemmel is látható. Midőn először láttam a beteget, a fissurán át két körtenagyságú kékes-vörös, kissé egyenetlen felületű daganatot pillantottam meg, melyek a tubanyilásokat elfedve első tekintetre egy rosszindulatú neoplasma benyomását tették reám. Az ujjal való tapintás és a cocain alkalmazása persze azonnal kiderítették, hogy itt az alsó orrkagylók hátsó végeinek nagyfokú hypertrophiája van jelen, mely kétségen kívül az evés közben az orra jutott ételek által okozott inger következtében jött létre.

A betegnél a szájjad egyesítése végett plastikai műtét fog végezteni. Egyszerű összevarrás nem vezetne célhoz egyrészt az oldallebenyek absolut elégtelensége miatt, másrészt pedig azon okból, mert az egyesítést lehetőnek is tételvez fel, az így létrejött lágyszájpad nem volna elégséges ahhoz, hogy nyelés közben az orrgaratúrt elzárja. Itt tehát plastikára van szükség. Előbb azonban zavartalan orrlégzésről kell gondoskodni, a mit a hypertrophikus kagylórészek amputálása által fogok elérni. Még ezt megelőzőleg electrolytikus úton kisebbítem a jobb orrúrt teljesen elzáró infractiós septumdeviatiót, a mint az már részben meg is történt.

Aránylag igen ritkán látható a diverticulum-képződésnek azon alakja is, melyet betegnél az orrgaratúrtban, részint már tükrök nélkül a fissurán át, de még jobban az orrgarat tükrözés segítségével lehet megfigyelni. Ezen diverticulumokat rendszerint *Pertik-féle diverticulumnak* szoktuk elnevezni, bár az elnevezés inkább a spontán fejlődöttékre illik, míg a jelen eset azok közé sorolható, melyek, mint *Kostanecki* is említi, congenital eredetűek. A jelen esetben a farkastorok mellett való előfordulás kétségtelenül a diverticulum veleszületett voltát igazolja.

Zwillinger. A legtöbb farkastoroknál, a melyet láttam, volt jelen kagylóhypertrophia és a plastikai műtétről szó addig szerintem sem lehet, a mig az orr rendbe hozva nincs.

Navratil. Egy véleményen vagyok a bemutatóval, hogy a sebszék egyszerű egyesítése nem vezetne a kellő eredményre, mert a vöngálás oly jelentékeny volna, hogy a varratok kiszakadnának. Nagyon helyeslem a *Polyák* intencióját, hogy a csonthátya előbb praeparáltassék fel, úgy hogy azzal vétessék az egész lebeny és így eszközlöttessék a sebszék egyszerű egyesítése.

Primaer trachealis perichondritis.

Polyák Lajos. A 44 éves férfibeteg f. é. május hó 13-dikán kereste fel rendelésemet. Családjában tüdőbetegség nem fordult elő, ő maga 8 év előtt tüdőlobot állott ki, azóta néha köhög, néha izzad. Vért soha sem köpött.

Hat hét előtt erős fájdalmak léptek fel a nyelés közben, melyek 2 héten át változatlanul fennállottak. Ekkor egy köhögési roham közben úgy érezte, hogy valami belül a torkában megpattant és szája tele lett véres genyvel, mire a fájdalmak megszűntek. Ezóta vette észre, hogy nyakán kívül az alább leírt daganat képződött.

A nyakon, a gége alsó és a légeső felső részének megfelelőleg egy körülbelül gyermekkölnyi daganat látható, mely felfelé a gyűrűporozig, lefelé a IV légesőgyűrűig, oldalt pedig a szakacsontszarvak által képezett vonal határáig terjed. A bőr felette rends. színű és feszes, kivéve a daganat csúcsát, hol kissé elszínesedett. A daganat nyomásra

kemény, egyenletesen tömött tapintatú, kivéve a csúcsot, hol a fluctuációnak némi érzése vehető ki, nyomásra nagyon érzékeny, a gége mozgásait követi. A tüdő a gégében csak diffúz hurutot mutatott ki, a légcsőben ellenben a gyűrűporoz aljától fogva a IV-dik légcsőgyűrűig egy domborulat látható, mely a légcső mellső falának betüremkedése által képezetett, biborvörös nyálkahártyával van borítva és közepén egy behúzódat mutat.

Az említett tünetek a légcsőgyűrűporozok perichondritikus megbetegedésére mutatnak, a nélkül, hogy a betegség természetére engedtek volna következtetni. A tüdők felett eltérést nem találtam, a köpetben Koch-féle bacillus szintén nem volt kimutatható.

A betegnél 3 napi tüneti kezelés után a viszonyok annyiban változtak, hogy a daganat csúcsán a fluctuatio valamivel kifejezettebbé lett, miért is május 16-dikán próbapunctiót végezve nála, néhány csepp hig sárga genyet aspiráltam, melynek bacteriologikus vizsgálata minden irányban negatív volt.

Ilyen körülmények között a diagnósis differentialis úton kellett felállítanom. Lues teljesen ki volt zárható, ép úgy a genyes fertőzésből eredhető perichondritis is, mintán a geny mikroorganizmusokat nem tartalmazott és így daczára a negatív anamnesis, tüdőlelet és mikroskopikus vizsgálatnak, ezen perichondritist *primaer tuberculosusnak* kellett felvennem, azaz egy oly hideg tályognak, minőt a szervezet más helyein elég gyakran van alkalmunk észlelni. A geny mikroorganizmus mentes volta szintén ezen feltevés mellett szólt.

A daganat nagysága és az általa okozott légcsőszűkület indicáltá tették a mielőbbi megnyitást és ezért másnap május hó 17-dikén végeztetett a műtét. Természetesen készen állott minden az esetleges tracheotomiához is, mivel nem lehetett tudni, hogy a geny kiürülése után nem e collabál-e a légcső a megbetegedett gyűrűporozok helyén.

A műtétnél a bőrmetszés után körülbelül 1 1/2 cm. vastag lobos infiltrált réteget kellett átmetszeni, míg a körülbelül gyűszűnyi hig sárgás geny, melynek bacteriologikus vizsgálata ismét negative esett ki, kiürült. Műtét után a tracheában látható domborulat lelapult. A tályogür jodoformgázzal lett kitöltve. Azóta a lefolyás renyhe, secretio csekély, sarjképződés gyenge, szóval a tályog csak csekély gyógyhajlamot mutat.

A tályogúr gyógyulása később is igen renyhén ment előre, a teljes behegedés 8 héttel a műtét után következett be. Lelet a tüdők felett és a váladék vizsgálata mindvégig negatív maradt. A tüdőkép a légcső mellső falán a 2. és 3. poroznak megfelelőleg csekély behúzódat mutat.

Empyema sinus sphaenoidealis et cellularum ethmoidearum.

Némai József egy férfibeteget mutat be, ki több mint 10 éve szenved orrdugulásokban, genyes kifolyások és fejfájásban.

A jobboldali középső orrjáratban polypusok, a minőket már más szaktárs is távolított el az orrából. Az apró polypus tömegek eltávolítottán, ezek felett bőven volt genyes váladék látható.

Ezen fehér tejfelszerű sűrű geny az orrsövény és felső orrkagyló közt jelenik meg és innen szívárog le- és hátrafelé, és folytonos tisztogatásra indítja a beteget különösen délelőtt, e mellett féloldali fejfájásokban gyakran és néha napokig szenved.

Kutatóval a kagyló és sövény közt lepedékes puha sarjadzások közt az orrüreg tetejére jutván, necrotikus csontot lehet tapintani, a mely érdes csontfelület elülről talán 3 centiméterre követhető hátrafelé az orr tetején. Ezen területen egy kis nyíláson, mely helyzetére az ostium sphenoid-nak felelhet meg, a kutatóval üregbe juthatni, melynek magaslata átmérője 1 1/2—2 cm. A kutató iránya is hátra- és felfelé megfelel azon anatómiai helyzetnek, hogy az az ikcsontüregben van.

Vékony csövet az üregbe vezetve, mindannyiszor vagy két köbcentiméter genyet lehet kifeeszkendezni. Néha a feeszkendett folyadék azonnal a másik orrlékből folyik elő; a mi nem a choana megkerülésével, hanem mindenek szerint közvetlen az üregből történik.

A gyógykezelés egyelőre ezen kifeeszkendésekből áll, melyek a fejfájásokat megszüntetik.

Előadó *ikcsontüreg empyemát csontnecrosissal* diagnostizál és valószínűnek tartja, hogy rostacsontsejtek is a bántalom körébe vannak vonva. Semmi aetiologikus momentum ezen hosszú évek során át fennálló folyamatra ki nem mutatható.

Navratil. Ha a melléküregekben ilyen nekrosis van, az a legtöbb esetben syphilitikus vagy tuberculosus természetű. A jelen esetben a lues nincs kizárva és így meg lehetne próbálni az antisiphilitikus eljárást, de azért mindenképp a helyi kezelés kell hogy végezve legyen. Hogy a nekrosis közel van az agyfalhoz, az nem zárja ki a műtétet.

Zwillinger a localis kezelést tartja szükségesnek.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Állategészségügyi évkönyv az 1894-dik évre.

A földművelésügyi magyar kir. ministerium megbízásából hivatalos adatok alapján szerkesztette *Hutyra Ferencz* dr.

E gonddal szerkesztett munka az „Állategészségügyi évkönyv” 8. kötetét képezi és az 1894-dik évre vonatkozólag tárgyalja Magyarország állategészségügyi viszonyait. A mű első része a m. kir. állatorvosi akadémia működését ismerteti az 1894/95-i tanév alatt. A felső tanfolyamnak 255 hallgatója volt, kiket 12 tanár tanított. A tanév folyamán 38 állatorvos nyert

oklevelet. E tanévben kezdődött meg a gyakorlati tanfolyam a gödöllői koronauradalomban, a hol hetenként 6—6 hallgató nyert gyakorlati kiképzést Born József állami állatorvos vezetése alatt.

A mű második része az állatorvosi rendészetet tárgyalja. Magyarországon 1894-ben összesen 825 állatorvos működött, az állatorvosi tisztviselőket 25-en tették le.

A házi állatok állományában betegségek következtében elhullott, illetőleg kiirtott állatok pénzértéke 3.179,199 frt.

A fontosabb fertőző betegségekre vonatkozólag az adatok a következők:

Keleti marhavész nem fordult elő.

A *lépfene* a megelőző évhez képest a lovak és szarvasmarhák közt gyéribben, a juhok közt ugyanennyivel gyakrabban fordult elő. A *veszetség* 1894-ben jelentékeny elterjedést nyert, főleg a Duna jobb partján fekvő vármegyékben. (Veszprém.) A *takonykór*, *juhhimlő* és *rüh* esetek száma csökkent, a *száj- és körömfájás* pedig erős gyérülést mutatott. A *ragadós tüdőlob*, *sertés-orbáncz* és *bivalyész* esetek száma szaporodott.

A—y. dr.

I. Lapiszemle.

Belgyógyászat.

Szívujjoknál az incompensatio szakában Eichhorst tanár klinikáján a következő orvosságokat használják: 1. 1 gramm diuretin 10 centigramm pulv. fol. digitalissal 3-szor naponként. 2. 10 centigramm pulv. fol. digitalis 5—10 centigramm kámforal 3—4-szer naponként. 3. 10—10 centigramm pulv. fol. digitalis és calomel 3-szor naponként. 4. Rp. Digitalini veri 0.06; Spir. vini diluti, Aqu. destill. aa 30.0; 3-szor naponként 5—5 köbcentimétert, vagyis kávéskanálnyit. Ha ezen szerekre a diuresis nem fokozódik, a prognosis a legtöbb esetben rossz. (Münch. medic. Wochenschrift, 1895. 43. sz.)

Idült pyelitis gyógyítására *Robin* 20 centigramm benzoé savból és 10 centigramm theriakból álló labdacsokat ajánl, melyekből naponként 2—4 veendő be. Ha a gyomor nem tűrne a benzoésavat, natrium benzoicum rendelhető következő módon: Rp. Natrii benzoici 4.0; Syr. rubi idaei 30.0; Aquae tiliae 90.0. Evőkanálnyit egy csésze spiraea ulmaria-theában bevenni 3-szor naponként, 3 órával az étkezések után. Ha egyidejűleg fájdalom is vannak jelen, a következő labdacsok adhatók: Rp. Terebinth. venet., Camphorae pulv. aa 6.0; Extr. thebae. 0.25; Extr. aconiti 0.20. Fiant pil. N. XX. D. J. 8 óránként egy labdacsot és egyidejűleg egy kis csésze infusum fol. urae ursi-t. (La semaine médicale, 1895. 55. sz.)

A hyperhydrosis gyógyítására *Heusner*, a barmeni városi kórház főorvosa a következő összetételű folyadék alkalmazását ajánlja: Rp. Balsami pernosani 1.0; Acidi formici 5.0; Chloral. hydr. 5.0; Spir. vini 100.0. Helybeli izzadásoknál ezen folyadékba mártott watta alkalmazandó, általános izzadásnál pedig a testre porlasztandó. Nagyon makacs helybeli izzadásoknál még 1% trichlor eczetsavat is tesz a fenti folyadékba. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1895. 44. sz.)

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. *Mixtura chinini effervescens.* Rp. Chinini sulfur. 0.12; Acidi citrici 0.6; Elixir. aurantii, Syr. cort. aurant. aa 2.0. M. D. J. Egy pohár vízbe öntendő, melyben előzőleg 0.6 natrium bicarbonicum oldatott fel. (Therap. Monatshefte, 1895. október.)

2. *Gyermekkori hasmenés ellen jó eredménnyel használja Rousseau-Saint-Philippe* az antipyrin. Egy éven aluli gyermekeknek 2 óránként adat be egy-egy kávéskanálnyit néhány percczel az evés előtt következő orvosságból: Rp. Antipyrini 0.5; Aquae destill., Syr. simpl. aa 50.0. Idősebb gyermekeknek minden életévre 0.5 gramm antipyrinnel több veendő ezen orvossághoz. (Therap. Monatshefte, 1895. október.)

3. *Méhrák* eseteiben szagtalanítás céljából jó eredménnyel használhatók kiöblítések vízzel, melyhez a következő orvosság tétetik: Rp. Acidi salicylici 0.3; Natrii salicylici 10.0; Tinot. eucalypti 20.0; Aqu. destill. ad 180.0. M. D. J. 2—3 evőkanálnyi 1/2 liter vízre. (Practitioner, 1895. július.)

TÁR C Z A.

A német bőrgyógyászok egyesületének V. congressusa.

(Grác, 1895. szeptember 23., 24. és 25-én.)

(Vége.)

Rosenthal referatúmának első pontja így hangzik: 1. A pemphigus nem köregység, hanem ezen név alatt mai nap csak egy exanthema alakot értünk. 2. Tehát meg kell különböztetni a következő bántalmakat, a melyekre a pemphigus nevet vagy alkalmazták, vagy alkalmazhatnák: a) azokat a bőrbajokat, a melyek néha hólyagosakká lesznek, milyen pl. az urticaria bullosa vagy a nagy vesiculákat termelő eczema stb.; b) azokat a bőrbajokat, a melyeknél a hólyagok csak kísérő tüneteket képeznek, s a melyeket leghelyesebben dermatitis bullosának nevezhetnénk; c) továbbá elkülönítendő még a pemphigus syphiliticus, leprosus, hystericus, erythema bullosum stb. és d) végül elkülönítendő a dermatitis herpetiformis Dühring.

A mint látható, a dermatitis herpetiformis Dühringnek létezése képezi a legfőbb eltérést *Kaposi* és *Rosenthal* nézete között, mert abban, hogy a többi R. által elsorolt kóralak nem a pemphigus-hoz tartozik, abba *Kaposi* is belenyugszik, azt ő is elismeri, de a dermat. herp. Dühring létezését egyenesen tagadja és azt állítja, hogy azok az esetek, a melyeket ilyen néven leírtak, vagy valamely más hólyagképződéssel járó bántalomhoz tartoztak, vagy pedig legnagyobb részben tiszta pemphigus alakok voltak. Mert — úgymond — semmi csodálatos nincs azon, ha a kevésbé tapasztalt bőrgyógyász új kóralakot vél találni az esetben, ha látja, hogy valamely hólyagkitöréssel elborított ember türethető vagy jó állapotban van, sőt idővel meg is gyógyul, mikor a pemphigusról azt tanulta és azt tanítják, hogy az az egészséget alácsó és a legtöbb esetben halált okozó bántalom. De saját hosszú tapasztalására támaszkodva állíthatja, hogy a látszólag legenyhébben kezdődő kóreset is súlyosra fordulhat és hogy fordítva a legsúlyosabb tünetek után aránylagos egészség esztendei is következhetnek; de akár kis hólyagok, akár nagyok jelentkeznek, akár jól érezze magát a beteg, akár marasticussá is vált legyen már, egy és ugyanazon betegséggel állunk mindig szemben, a mely vegetáló, exfoliatív, miliaris vagy ballosus alakban változva jelentkezhetik, a mely legtöbbször halálhoz vezet és a melynek neve pemphigus.

Kaposi legesattánosabb argumentum gyanánt a bécsi bőrkórtani klinikán 1860-tól máig észlelt összesen 320 pemphigus esetre hivatkozik, a melyek közül 60 (20%) halállal végződött.

A dermatitis herpetiformis önállóságát megtámadta még *Petrini*, mellette szóltak *Neumann*, *Neisser*, *Wesperg*, *Kopp* és mások.

A legerősebb argumentumokat *Dühring* felfogása jogosultságának bizonyítására *Schwimmer* szolgáltatta. Ő — úgymond — látja, hogy a tények megítélésére csak a klinikai megfigyelés szolgáltathat alapot. Azon merően ellentétes nézetek, a melyeket a discussióban hangoztattak, nem birnak kellő jogosultsággal. Nem tartja megengedhetőnek, hogy mindazon kóreseteket, a melyeket dermatitis herpetiformis név alatt leírtak, egyszerűen csak pemphigusnak tekintsük, de másrészt helytelenül járna el az, a ki a pemphigust, mint önálló kóralakot eltörülni és az eddigelé hozzátartozónak tekintett eseteket dermatitis herpetiformis elnevezés alá akarná sorolni. Az igazság itt is középtűt van és tapasztalatai alapján úgy nyilatkozhatik, hogy a jellegzetes önálló pemphigus alakok mellett a dermatitis herpetiformis mint különálló kóralak létezik. Két momentum az, a melyre ezen nézetét alapíthatja: az egyik az, hogy a dermatitis herpetiformisban szenvedők közérzete vagy jó vagy legalább nem aggasztó; a másik pedig, hogy a betegség szabályszerűen gyógyulással végződik. A többi mozzanat, melyekre *Dühring* hivatkozik, a milyen az exanthema sokalakúsága, az igen erős viszketés, mely néha az egész kór tartama alatt fenáll, olyan tünetek, a melyeket már kétségtelen pemphigus esetben is észleltek, a melyek tehát mindkét betegségnél előfordulhatnak s így az elkülönítés alapjául nem szolgálhatnak. Ellenben a közérzet mibenléte és a gyógyulás határozott különbséget képez. *Schwimmer* nem referálhat oly nagyszámú esetről, mint *Kaposi*; néhány év óta létező klinikáján 42 beteget figyelt meg, a kik közül 24 szenvedett pemphigusban (vulgaris, vegetans, foliaceus) 18 pedig dermatitis herpetiformisban. Azok közül, a kikre pemphigus kórismét állapított meg, felé meghalt, a dermat. herp.-ban

szenvedők közül pedig egy sem. A *Kaposi* 18—20%-át ennél fogva csak úgy lehet magyarázni, hogy a valóságos halált hozó pemphigus-bántalom alá olyanokat is sorolt, a melyeket helyesebben dermatitis herpetiformisnak kellett volna diagnosztizálni. Mint-hogy a pemphigus therapia ma majdnem mindenütt egyforma, úgy épen a betegség lényegében fekszik, hogy oly gyakran halált hozó; míg ellenben a másik hasonlóképen általános hólyagkütéggel járó bántalom, elejétől végig enyhébb jellegű lévén, kell, hogy lényegében a pemphigustól eltérjen. *Schwimmer* ennél fogva ugyanazon nézetet vallja, a melyet már a 1889-diki párisi nemzetközi congressuson hangoztatott, hogy a dermatitis herpetiformis önálló kóralak, a mely a pemphigussal ugyan rokon, de vele nem azonos.

Eppinger pemphigusnál talált idegelváltozásokról referál és *Schischa* Javisch klinikájáról egy pemphigus esetet mutatott be.

Számos előadás következett ezután, melyek közül kiemelem *Neumann*-ét: Creeping eruption, *Petersen*: Trichorrhix nodosa, *Caspary*: Erythromelia, *Elsehnig*: Haemangioendothelioma tuberosum multiplex, *Jadassohn*: Gyógyszerkütégek, *Neisser*: Eczema mercuriale. Ez utóbbi két themához, különösen *Jadassohn* előadásához eleven discussio fűződött; számos új és érdekes adattal szolgáltak. Igen szép gombatenyészeteket mutattak be *Welsch* (Prágából), *Ullmann* (Bécs) és *Caspary*.

A syphilitológiából „A tertiär syphilisnek viszonya a korai időszakban végzett kezeléshez“ képezte a referatúmok themáját, Az egyik referens, *Caspary*, a következőket mondotta: 1. A statisztika nem bizonyította, hogy a *Fournier*-féle chronikus intermittáló kezelés jobban megvéd a tertiärismus ellen, mint a gyógyításunk többi módja. 2. A higanynak ezen hosszas és nagymérvű használata ki nem számítható veszedelemmel jár. 3. Referens az enyhe secundaer alakokat symptomatice kezeli. Ha ellenben súlyos másodlagos vagy harmadlagos tünetek jelentkeznek, mindenkor (ha ellenjavallat nincsen) több hónapig tartó *Fournier*-féle gyógykezelést használ.

A másik referens, *Neisser*, a tertiärismus okait illetőleg a következőket különbözteti meg: 1. Specialis okokat: a) Virus maradhat valamely primaer vagy secundaer gócz után a szervezet egy bizonyos körülírt helyén, b) a syphilis latens mérget trauma vagy valamely másnemű kóros folyamat provokálhatja. 2. Általános mozzanatok, a melyek a mérge megmaradását a szervezetben elősegítik. Ilyenek mindazon befolyások, a melyek a szervezetet az infectio ellen való harcában gyengítik (alcoholismus, marasmus, malaria stb.) és főképen hiányzó, elégtelen vagy késői higanykezelés.

Helyes a higanykezelés, ha korán kezdjük meg, legkésőbb az első secundaer tünetek jelentkezésekor, s ha különösen az első alkalommal igen erélyesen végeztetjük, ha hosszú ideig, körülbelül 4 évig, enyhébb és erélyesebb módszerekkel egymással felváltva, kellő szüneteket tartva, használunk. Józanul végzett, az egyénhez illő higanykezelés teljesen ártalmatlan. Nem szabad a korai tünetek gyakoriságát vagy mineműségét az alkalmazandó higanyos kezelés mértékének tekinteni, mert különben gyakori recidiváknál kellő szünet nélkül igen sok higanyt fogunk adagolni, és mert tudjuk, hogy azon esetekben is, hol a korai tünetek teljesen elmaradnak, nem szabad azt hinni, hogy késői vagy súlyosabb tünetek már ennél fogva nem jelentkezhetnek. A szabály tehát az, hogy — némely különös eset kivételével — minden syphilis beteget chronikus betegségéből chronikus kezeléssel kell gyógyítani.

Még számos okot hozott fel *Neisser* a *Fournier*-féle intermittáló kezelés jogosultsága mellett s hozzá csatlakoztak az ifjabbak legnagyobb része, ellene voltak a bécsiek *Kaposival* élükön és *Hebrának* közvetlen tanítványai majdnem kivétel nélkül.

A discussio más irányt vett, a mikor a praeventiv-kezelés került szóba. *Kaposit* és egy-két bécsit kivéve, majdnem az összes jelenlevők *Schwimmer* pártjára álltak, a ki a kezelést akkor kívánja megkezdetni, mihelyt a diagnosis biztosítva van. *Schwimmernek* nézetei különben e tekintetben ismeretesek és e lap olvasói gyakorta találkozhattak részletes és okadatolt kifejtésükkel.

A syphilis-tanból szintén számos előadást tartottak, a minők: *Buschke*-é (Breslau): A bubok pathogenesisise, *Glück* (Sarajevo) A syphilis kezelése intramuscularis sublimat-befecskendésekkel, *Jadassohn*: Immunitás gonorrhoea ellen és superinfectio gonorrhoea

jelenlétében, *Neisser* és *Schöngard*: Leukoplakia és lues, *Rille*: A bubók aetiologiája stb.

Nem sokan voltunk magyarok, a kik a budapesti iskolát képviseltük, de úgy hiszem, hogy álszerénység nélkül mondhatjuk, nem álltunk a legutolsó sorban. *Schwimmer* tanár, kinek a discussióban való részvételéről már megemlékezünk, több érdekes ritkább nyelvbajról tartott még képekkel illusztrált előadást. *Havas* részt vett a vitaközlésben, különösen a syphilis kezelését illetőleg, továbbá *Justus* „Intravenosus sublimat-injectio után mutatkozó higanyos urticaria simplex et haemorrhagica“ eseteiről emlékezett meg, azután „Nyirkevény endothelioma“ egy esetét írta le, úgyszintén „Dysidrosis“ *Tillbury Fox* egy esetét és önálló előadást tartott „A syphilis okozta vér-elváltozásokról“, a mely e lapok hasábjain fog teljességében megjelenni.

A tudományos munka után a társalgás meg a bankettek örömei következtek. A gyakran homlokegyenest ellenkező nézetek képviselői között a tárgyalások olyan kedélyesen folytak volt, hogy a fehér asztal körül a hangulat lehetett ugyan emelkedettebb, a szó fesztelenebb, de az érintkezés bensőségét az idegen nyelvű és távol hazájú tudósok között már mi sem fokozhatta. Nemzetiség, vetélykedés, tudományos büszkeség meg hiuság, korkülönbség érzete mintha számúzve lettek volna. Az orosz meg a japán, a román meg a magyar, osztrák és olasz is egyetértésben éltek meg egymással s az egész internationalis társaságot, annyi nemzet fiait egygyé olvasztotta a közös tudomány szeretete. Vajjon a nemzeteket mikor békíti meg egymással? *Justus*.

Heti szemle.

Budapest, 1895. november 27-dikén.

Budapest székes főváros közegészségi állapota 1895. évi szeptember hónapban. A tiszti főorvosi jelentésből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota viszonyítva a mult havihoz általános halálozás tekintetében némi javulást mutat, a heveny ragályos kórok azonban szaporodtak, így a vörheny, kanyaró és roncsló toroklob mintegy 40-40 esettel. Altalában a székes főváros halálozási és betegedési viszonyai megnyugtatóknak, sőt születés tekintetében kedvezőknek jelezhetők. Elhalt a mult hónapban 1065, e hónapban 1013 egyén, ragályos kór előfordult a mult hónapban 411 fővárosi s 31 vidéki, e hónapban 561 fővárosi és 37 vidéki. Élveszületett e hónapban 2096, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 104 egyén levonásával 1013, így a születések 1083-mal mutták felül a halálozásokat. Szeptember hónapban a székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 6435 fekvő és 7599 járóbeteg, vagyis 1563-mal több mint az elmúlt hónapban. A ker. orvosok által gyógykezeltetett 418 fekvő és 1681 járóbeteg, összesen 2099; kórházba küldetett 71 egyén. Szeptember hónapban a lipótmezei országos tébolydában 911, az angyalföldi elmebeteg ápolóházban 335, az irtalmasoknál 211, a megfigyelő osztályon 93, dr. Schwartzter-féle elme- és ideggyógyintézetében 141 elmebeteg ápolatott. A lelencz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: szaporodás volt e hónapban 40, csökkenés 19. Beteg volt e hónapban összesen 10, meggyógyult 7, meghalt 3. Ebmarás előfordult 4 esetben. A köztisztaság a mult hónapban fennállott viszonyok (számos építkezés, csatornázás stb.) folytonossága miatt e hónapban sem volt kielégítő. A vízvezetési víz tiszta, jó volt, de a VII. és IX. kerületben néhány napig vízhiány volt észlelhető. A nagyméltóságú m. kir. belügyminister úrnak szodavizgyárak vizsgálata tárgyában 1894. évi 110,461. sz. a. érkezett körrendelete értelmében a ker. tiszti orvosok a székes főváros területén megvizsgálták összesen 5 szodavizgyárat és pedig I. ker. 1, VI. ker. 1, IX. ker. 3. Ezek rendben találtattak. Öngyilkosság 21 esetben fordult elő, még pedig: lövés 11, akasztás 4, mérgezés 2, egyéb módon 4. A Dunából 7 hulla fogatott ki. A ker. szülésznök e hónapban 52 szegény szülönőnél segédkeztek; rendellenes szülés volt 6, ezekhez 6 esetben hivatott orvos; halvaszületett 1, kinél az élesztés 1 esetben kíséreltetett meg, de eredménytelenül. A székes fővárosi központi fertőtlenítő intézet részéről e hónapban a következő fertőtlenítések végeztek: egyéni fertőtlenítés alatt volt 104 személy, gőzzel fertőtlenítetett összesen 9757 drb. tárgy. Az állat-egészségügyet illetőleg a kórházi sertésbuzlaldák még mindig zár alatt vannak, a ferencvárosi vasúti állomásra pedig csak külön ministeri engedéllyel szabad sertést hozni. Egyébként járványosan egy fertőző betegség sem uralkodott. Okleveleiket e hónapban bemutatták: *Forgyách Aladár*, *Grodák Ernő*, *Mahler Gyula*, *Planer József*, *Zólyomi Adolf*, *Fáy Aladár*, *Singer Emil*, *Szegvári István*, *Czigler Henrik*, *Bükki Géza*, ifj. *Barbás József* egyetemes orvosdoktorok; *Gulyás Károly* és *Fokányi László* állatorvosok és 2 szülésznök.

Vegyések.

△ *Trachoma*-tanfolyam. *Feuer Nathaniel* dr., ny. rk. tanár a vezetése alatt álló szt. István-kórházi *trachoma*-osztályon folyó évi december 4-dikén ingyen-*trachoma*-tanfolyamot fog kezdeni. Jelentkezés az említett osztályon reggel 8 órától 10 óráig. A hallgatók száma a tárgy természeténél fogva korlátozott lévén, előnyben azon orvosok fognak részesülni, kik hajlandók szükség esetében *trachoma*-orvosi kiküldetést elfogadni.

△ A fogászati oktatás ügyében a közoktatásügyi ministeriumban f. hó 25-dikén tanácskozás tartott. Ennek lefolyásáról közelebbi számunkban fogunk értesítést adni.

— Nők az orvosi és gyógyszerészeti tanfolyamon. *Wlassics* közoktatásügyi minister előterjesztésére ő Felsége megengedte, hogy az egyetemen az orvosi és gyógyszerészeti tanfolyamon ezentúl a nőket is fel lehessen venni. A felvétel esetről esetre külön engedély alapján fog történni, tehát úgy mint azt a budapesti orvoskari tanár-testület javasolta, a mely javaslatot annak idején közöltük. Ugyane tárgyban az osztrák parlamentben *Gautsch* osztrák közoktatásügyi minister, valamint a londoni orvosok egyesülete elutasítólag nyilatkoztak.

— A szabadon választható orvosok egyesülete december hó 2-dikán délután 5^{1/2} órakor a budapesti orvosegyesület nagytermében (Szentkirályi-u. 21. sz. a.) tartandó közgyűlésére a kartársakat meghívja. *Koller Gyula* dr. elnök; *Adler Nándor* dr. titkár.

Dr. *Herczel* egyet. m.-tanár sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősor 5. sz. — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kétféle ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospectus.

Téli kura

rheuma, köszvény, ischias stb. ellen. Szt.-Lukácsfürdő

r.-t. Budapest.

Kénes iszapfürdő,

douche-massage iszapborogatások. Meghülés veszélye nincs, mert a szállodák és fürdők egy fűtött épülettömböt képeznek. Olcsó pensio. Lift és hordszékek, nehéz betegek számára felvonó a vízben. A fürdő főorvosa: *Bosányi Béla* dr. Prospektust küld az igazgatóságra.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-kórházban 1895. november 21-től egész 1895. november 27-ig ápolat betegekről.

1895.	Felvett			Elbocsátott			Meghalt			Maradt			Az ápolat körül			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülönő	heveny fertőző	az álló-úti kórházban
Nov. 21	55	34	89	39	38	77	5	2	7	1251	978	2229	1112	18	160	939
" 22	64	41	105	54	37	91	6	2	8	1255	980	2235	1123	19	165	938
" 23	67	46	113	73	44	117	7	3	10	1242	979	2221	1100	19	164	938
" 24	43	25	68	42	28	70	3	5	8	1240	971	2211	1103	19	158	931
" 25	79	46	125	72	55	127	4	—	4	1243	962	2205	1102	21	142	944
" 26	54	58	112	41	46	87	2	1	3	1254	973	2227	1111	21	141	650
" 27	74	34	108	72	34	106	10	2	12	1246	971	2217	1111	21	135	950

DR. GRÜNWARD SANATORIUMA

Budapest, VII. kerület, Városligeti fasor 15. szám.

(A király-utcai villamos vasút mentén.)

15

Ujjonnan épült, minden komforttal és gyógyszerkúzzal ellátott magángyógyintézet. Felvétetnek bármily gyógyszerkúzzába vágó beteg nők. — Gyógykezelés kívánság szerint bármely specialista által. Van külön szülészeti pavillon is. Allandó orvosi felügyelet. Kétféle ellátás. Telefon. Kivánatra prospectus.

Az összes orvosi célokra szolgáló villamos készülékek — Galvanocautika, világító és inductió számára — szerkesztését és javítását szakértők vezetése mellett a legújtanosabban és leggondosabban eszközölteti

KELETI J.

orvosi műszerész.

Főraktár: Budapest, Koronaherczeg-utca 17. sz.

Sebészeti műszer és orthopædiai eszközök gyára:

Rostély-utca, Károly-laktanya 15. szám.

Valamennyi eszköz működőképes és nikkelozése a legolcsóbban számítatik.

Dr. DREISZKER JÓZSEF

VÍZ-GYÓGYINTÉZETE

Kőszegen (Vas m.)

vasúttal 3/4 óra Szombathelytől.

Egész éven át nyitva. ★ Mérsékelt ár.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az egyetemi bőrkórtani klinikáról. Fő- és székvárosi szt. István-kórház bőrbeteg-osztálya (Schwimmer Ernő tanár).

A syphilis okozta vérelváltozásokról tekintettel a kór felismerésére és gyógyítására. II-dik rész.

Justus Jakab dr. klinikai tanársegédétől.

A tavalyi, ugyanitt megjelent, dolgozatomban azon törvényszerű szabályossággal lefolyó a vérfestény-tartalmat illető ingadozásokról számolhattam be, a melyeket több mint 100 syphilitikus egyén vérének kezelés előtt, közben és kezelés után való megfigyeléséből tanultam megismerni.

Mivel jelen soraim tárgyát ezen szabályosság miértjének kutatása képezi, legyen szabad még mielőtt ezen újabb 200 betegen tett megfigyelések és kísérletek eredményéről beszámolnék, kiemelnem azon szempontokat, a melyekből ezen immár 4 éves munkálkodásom kiindult.

Valamely kór kutatásának kiinduló pontját róla szóló tudásunknak egy feltétlenül biztos tétele képezheti. A ragályos bántalmak tanulmányozásánál *egy* tény volt az, a mely felismerve, megállapítva és általánosan elfogadva minden további tanulmányozásnak biztos alapja gyanánt szolgált; ez a ragályozás képessége. A fertőző anyagnak vagy a ragálynak lényegét, hordozójának mibenlétét keresték, támaszkodva arra a biztos tudásra, hogy ilyennek léteznie kell és tudvalevő dolog, hogy számos bántalomra nézve meg is találták. Azon kór-alakoknál, a melyeknél az okozó mozzanatot, legtöbbször a bakteriumot, megismerni sikerült, ezen ismeret képezi a lépesőfokot, a melyen állva feljebb igyekszünk. A bakteriumok sajátságainak, toxikus képességüknek, egy szóval biológiájuknak kikutatása képezi mai nap a legtöbb pathológiai laboratorium munkaprogramját.

De miként vagyunk azokkal a betegségekkel, a melyek kórokozója előttünk ismeretlen? El vagyunk-e itt zárva a tovahaladás lehetőségétől, a lényegbe való behatolás útjától mindaddig, a míg a felfedező tudása és szerencséje az illető elősdít le nem leplezi? Úgy gondolom, hogy alig akadna valaki, a ki kárbaveszettek mondaná a fáradságot, a melyet ezen alapvető felfedezés megérkezéseig fordítunk a kór tanulmányozására. Klinikai ismereteink $\frac{4}{5}$ -öd része azon időkből való, a melyekben a kórokozó bakteriumokat tárgyaló tudásnak még sejtelve is alig létezett. A pontos megfigyelés, szigorú bírálat számos olyan tényt derített ki, a melyeket ma pathológiánk megdönthetetlen alapköveinek tartunk. Azonban a gyógyítás tudományát, a therapiát illetőleg igen kevés ilyen nemű ténynyel bírnak és három az összes szerek száma, a melyek hatása annyira megbízható, hogy a gyakorlat és a tudomány külön helyet jelölt ki számukra, és hogy megkülönböztesse a gyógyító szerek nagy tömegétől, elnevezte őket specificumoknak.

E fajlagos gyógyszerek hatásmódját ma mindenki úgy magyarázza, hogy a többiektől eltérőleg nem egy szervre avagy szervezetre gyakorolnak befolyást, hanem azon kórfolyamatnak, a melynek ellenében sajátlagos gyógyszerül használtatnak, lényegére bírnak behatással, mert módosítani

képesek e bajok lefolyását, bármely szervben vagy szerv-csoportban jelentkezzenek is a kórokozta tünetek.

Kell tehát, hogy szoros összefüggés forogjon fenn a specificumok behatásának mibenléte és a kór lényege között. Ezt a felfogást ma már alig kívánna valaki megtámadni és ezen felfogásnak megfelelően járunk el a gyakorlatban is. A syphilisnek legkülönbözőbb tünetei ellen ugyanazon specificumot adagoljuk, mert feltételezzük, hogy hatása ezen kórral oly szoros kapcsolatban van, hogy bármely szervben vagy bármely alakban jelentkezzenek is az, okvetlenül gyakorolni fogja reá. Sőt pathológiánkra is rányomta ezen felfogás bélyegét. Vannak elváltozások, melyek syphilisben szenvedett egyéneknek syphilitikussal okozati kapcsolatban jelentkeznek, a melyeket az autorok vagy egyhangúlag vagy nagy többségükben a luesből származtatnak, a melyeket azonban még sem sorolunk a syphilishez. Ilyen a pigment syphilis, a tabes s talán a paralysis syphilitica. Mi más különíti el ezen ú. n. parasymphilitikus bántalmakat a luesokozta kóralakok nagy csoportjától, mint éppen a higany hatástalansága. És mivel igyekszünk a lueshez való tartozásukat jobban documentálni, mint azzal az érvel, hogy egy vagy más esetben különösen az illető kór kezdeti szakában kitartó higanykúra javulást vagy gyógyulást volt képes előidézni, miként azt *Erb* is egy nemrég megjelent cikksorozatában a tabest illetőleg igyekszik bizonyítani.

És hogy legutolsó érveimet is felhozzam, ha kétségben vagyunk valamely bántalom természete felől, ha azt kell eldöntönnünk bujakóros-e vagy sem, a kór megismerés ultimum refugiumát a higanyos kezelésre nyilatkozó magatartásban keressük. Ennyire biztosnak ismerjük a higany és a syphilis összefüggését.

Ezen összefüggés tehát azon tapasztalati tény, a melyet mint biztosat és általánosan elfogadottat választottam munkám kiinduláspontjául. Megkísérlettem pontosabban megismerni a higany hatásmódját a syphilitikus egyénre, hogy ezen a révén a syphilisokozta elváltozások lényegében talán jobban sikerülne behatolnom. Mivel azonban a kórokozó mozzanatról mit sem tudunk, mivel ez sem mesterséges, sem pedig az eleven állati tenyésztalajon meg nem terem, a luetikus ember valamely szervét kellett kiválasztanom, hogy megfigyelve a hatásokat, a melyeket a higany gyakorol erre a szerve, visszakövetkezzessenek belőlük arra a kórfolyamatra, a melyet a syphilis létesített volt benne.

A szerv, a melyen megfigyeléseimet teljesítettem, a vér volt. E helyütt tavaly voltam bátor az eredményekről beszámolni s legyen szabad ezeket röviden rekapitulálni.

Az első pont a következő: *A kezelésben nem részesülő syphilis a beteg vérének haemoglobin tartalmát kisebb-nagyobb mértékben leszállítja. Ezen sülyedés az eset súlyossága szerint rövidebb-hosszabb ideig tart s lassanként kiegyenlítődik akkor, a mikor a syphilis tünetei spontán, kezelés nélkül gyógyulnak.*

Másodszor: Ha a syphilis által fertőzött szervezet anyagcseréjébe akár bedörzsölés, akár injectio útján egyszerre nagyobb mennyiségű higanyt juttatunk, a vér haemoglobin-tartalma jelentékeny fokú hirtelen beálló csökkenést fog mutatni.

Harmadszor: Ezen haemoglobin csökkenés a jelenlevő syphilitikus tünetek súlyossága és az általános táplálát állapota szerint hosszabb vagy rövidebb idő alatt helyreállítódik, illetve a befecskendő gyógymódnál még több befecskendést követőleg ismét-

lódhetik. Ha a higany adagolását még tovább folytatjuk, a festenytartalom emelkedni fog, míg jóval magasabb fokot nem ér el, mint a melyen a kezelés megkezdése előtt állott.

Negyedszer: azon időtől kezdve, mikor a haemoglobin a kezelés folyamában többé már nem süllyed, hanem emelkedik, a syphilis jelenlevő tünetei gyógyulásnak indulnak.

Ötödször: A haemoglobinnak a higanybekebelezésre beálló ezen hirtelen és jelentékeny fokú (10—20 foka a Fleischl-féle haemometernek) esése csak syphilitikus egyének vérében észlelhető specifikus jelenség, a mely sem egészségeseken, sem másnemű betegeken nem észlelhető.

Hatodszor: Syphilitikus egyének vérének ezen reakcióját azon időtől kezdve észlelhetjük, a mikor az infectio helyétől távolabb eső mirigyek is meg kezdenek duzzadni a syphilis bármely (secundaer, tertiaer, örökölt) alakjánál; ezen reactio el-tűnik illetve többé fel nem található akkor, mikor a látható syphilis tünetek visszafejlődésnek indulnak. Bármely alakú recidiva jelentkezésekor azonban újra észlelhetővé válik mindaddig, míg az is fejlődése tetőpontját meg nem haladta.

Természetes dolog, hogy igyekeztem kikutatni, hogy mi képezi okát annak a haemoglobinesökkenésnek, a mely florid syphilissel bíró egyének vérében a bedörzsolési kúra megkezdésekor vagy az első higanyos injectiók után beáll. A festeny-sökkenés magyarázatára közelfekvő gondolat volt azt felvenni, és ezt a nézetet hangoztatta volt Jendrassik tanár is az orvosegyesületben tartott felolvasásom kapcsán keletkezett vitában, hogy a higany, a mely mint higany-fehérje, illetve mint higany-chlorid a vérben kering, erős diffusionális áramot indít meg a test szöveteiből a vér felé, a mi által a vér felhigul s így természetes, hogy a nagyobb mennyiségű folyadékban aránylag kevesebb lesz a vér festenytartalma. Tényleg ilyen módon hat a calomel a vízkórban szenvedő betegeknél. Hogy azonban ez a felvétel syphilitikus egyének haemoglobinesökkenését meg nem magyarázza, arról számos betegen végzett vér-fajsúlyméréseim tesznek bizonyosságot. Ezek ugyanis kimutatták, hogy a vér hígulása következtében várható fajsúlycsökkenés tényleg fel nem található, miként ezt a sok közül kiválasztott következő példa bizonyítja. Megjegyzem még, hogy a vér-fajsúlymérést úgy a *Hammerschlag*-, valamint a *Schmalz*-féle módszerek szerint végeztem, és hogy azon esetben, ha a megelőző napétól eltérő fajsúlyt találtam, legalább is egyszer megismételtem a mérést.

A beteg 22 éves, késes, kinél a fityma belső lapján krajezárnyi induratio van; azonkívül általános mirigyduzzanata és anginája. Vére fajsúlyának és haemoglobin-tartalmának változatait a következő sorozat teszi szemléltetővé:

Nap	Hydr. sozj. injectiók	Haemoglobintartalom	Vér-fajsúly
Julius 21.		94%	—
" 25.		93%	—
" 26.		93%	1057.60
" 28.		93%	1056.65
" 29.	I.	93%	1056.18
" 30.		83%	1056.18
" 31.		93%	1056.18
Augusztus 1.		94%	1055.24
" 2.		95%	1053.82
" 3.		95%	1057.39
" 4.		98%	1057.39
" 5.	II.	97%	1057.39
" 6.		100%	1057.39
" 7.		100%	1057.39
" 8.		100%	1056.39
" 9.		100%	1058.29
" 10.		100%	1058.29
" 11.		98%	1054.97
" 12.	III.	100%	1054.97
" 13.		100%	1057.81
" 14.		98%	1055.92
" 15.		100%	1056.57
" 16.		100%	1056.87
" 17.		98%	1055.92
" 18.		98%	1054.50
" 19.	IV.	98%	1054.97
" 20.		98%	1056.87
" 21.		100%	1056.87
" 22.		100%	1057.39
" 23.		100%	1055.92

Hasonlóképen a vér felhigulása ellen bizonyítottak a vérsavó fajsúlyának sorozatos mérései. Av érsavót *Hammerschlag*-módszere szerint mérjük, úgy hogy a centrifugálás által elkülönített savót chloroform-bensol keverékébe ejtjük s ehhez a keverékhez mindaddig cseppentünk a nehezebb chloroformból vagy a könnyű bensolból, míg a savócsepp a folyadék oszlop közepén nyugodtan meg nem áll; ekkor azután egy érzékeny fajsúlymérővel a keverék fajsúlyát meghatározzuk.

Ügyszintén sikertelenek voltak a vörös vértelések térfogatának meghatározásai is. Ha centrifugon üvegesében elzárt vért percenkénti több ezerszeres forgásnak teszünk ki, úgy a vörös vértelések, mint nehezebb specifikus súlylyal bíró alkatrész, az üvegesének peripheriás részét fogják megtölteni, illetve a vékony üvegesében egymásra nyomódva bizonyos magasságú vörös oszlopot fognak képezni. Ezen vérszlop felett mint tiszta, kissé sárgás folyadékoszlop áll a vérplasma. A vörös tekecsék által képezett oszlop hossza, ha soká centrifugálunk, állandó marad és egy kis skálán leolvasható. Ha a vérben keringő higany következtében a vér felhigul, úgy bizonyos, hogy ugyanazon térfogat kibocsátott vérben az összes vörös tekecsék térfogata esőkkentnek kell, hogy találhassék. Azonban ezek a vizsgálatok is azt mutatták, hogy a haemoglobin-tartalom hirtelen esőkkentése nem a vér felhigulásának eredménye.

Más magyarázatot kellett tehát keresnem és itt önként kínálkozott az a lehetőség, a melyet már dolgozatom első részében is megemlítettem, hogy a haemoglobinnak illetve a vörös vértelések egy részének elpusztulása következik be a higany hatása alatt, s hogy ez az oka annak, hogy az injectiót vagy a bedörzsolést egynéhány órával követő festeny meghatározásnál ennek tartalma megfogyottnak mutatkozik.

Erre nézve a vértelések számának meghatározása nyújthatna kellő felvilágosítást. A helyett, hogy hosszú, semmit sem bizonyító számsorozatokkal hozakodnám elő, számos vérsajt-számlálásom eredményéről csak ezt említem, hogy belőlük szabályt levonnom nem sikerült. Megtörtént, hogy a haemoglobin maximalis esőkkentésének napján csak annyi, sőt gyakran még jóval több vörös sejtet számláltam 1 köbmilliméter vérben, mint az injectiót vagy a bedörzsolést megelőzőleg. E balsiker okául két körülményt vádolhattam. Az egyik abban áll, hogy az injectiót vagy a bedörzsolést órák vagy esetleg egész nap mulva követő fajsúly-, térfogat- és tekecseszám meghatározás képet nyújt ugyan arról az állapotról, melyben a vér a vizsgálat pillanatában van, de nem enged vissza-következtetni azokra a folyamatokra, a melyek a higany behatolás idejétől egészen ezen pillanatig végbementek. Erre nézve az volna szükséges, hogy az injectiótól vagy bedörzsoléstől kezdve folytonosan rövid időközökben vizsgáljuk ezen módszerekkel a beteg vérének. Azonban ennek a kívánságnak a módszerek nehézsége miatt eleget tenni nem lehet. A másik ok pedig abban állhat, hogy a szervezet compensatio törekvése is szerepel. Ha tekintetbe vesszük azt, hogy a teoriánk értelmében esetleg tönkrement vértelések vagy újonnan képzettekkel vagy a véráramba újonnan belépettekkel, a melyeknek tudvalevőleg kisebb a festeny tartalmuk, pótoltnak, úgy érthetővé válik, hogy a szürke kenőes bedörzsolése avagy hydrargyrum soziodolicumnak befecskendése után több órával észlelhető haemoglobin esőkkentés magyarázatát ily módon elérni nem sikerül.

De nagy valószínűséggel birt, hogy sikerül felfedezni a kérdés titkát, ha a haemoglobin esőkkentésének beállítására a higany bekebelezésétől számítva nem több órának vagy egész napnak, hanem jóval rövidebb időnek kell csak lefolynia. *Baccelli* tanár ajánlotta volt tavaly, hogy súlyos vagy fenyegető syphilis esetekben sublimatot konyhasódatban, valamely visszereken át egyenesen a véráramba fecskendezzünk.

A mióta a római congressuson *Baccelli* tanár e tárgyról előadást tartott, melynek tartalma a szaksajtó útján hamar ismeretessé lett, több klinikán próbálkoztak e módszerrel, mint a higanyos therapia egy új formájával. Miután előzetesen meggyőződtem arról, hogy a befecskendések ártalmatlanok, úgy okoskodtam, hogy ha a sublimatot a vérpályába fecskendjük be, akkor

a haemoglobin csökkenés, a mely a hydr. sozójod. befeeskenéseknél és a szürkekenőes bedörzsölésnél más napra vált észlelhetővé, rövidebb idő alatt fog beállani, mivel a higany, mint higanychlorid közvetlen érintkezésbe jutván a vörös vértekecsekkel, haemoglobin csökkentő hatását is gyorsabban gyakorolhatja, mint az esetben, ha a bőrre bedörzsöltetvén vagy az izomszövetbe fecskendeztetvén, előbb a bejutás helyén higany fehérjévé kell változnia, hogy felszívódhassék és a véráramba juthasson.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról (Kétli Károly tanár).

Adatok az anaemia perniciosa gyógyításához.

Közli: Dieballa Géza dr., belklinikai tanársegéd.

(Vége.)

Az előrebocsátottakból világosan kitűnik, hogy ezen esetben az anaemia gyógyulását a salol okozta; utóbbinak alkalmazása előtt a beteg 5 hónapon át volt megfigyelésünk alatt, s ezalatt mindazon kezelésben részesült, mely eddigelé az anaemia perniciosa terapiájában némi sikerrel biztatható: mint láthatjuk az eredmény az volt, hogy kezdetben az általános tünetek kissé javultak, az anaemia ellenben változatlan maradt, később pedig az anaemia előrehaladásával, a betegnek testi és szellemi ereje oly rohamosan hanyatlott, hogy a folytonos deliriumokkal küzdő, esontig lesoványodott, magával tehetetlen beteg valóban a legreménytelenebb képet nyújtotta. Ekkor kezdtem meg adatolni a salolt, mire minden tekintetben gyors javulás következett be; a gyógyulás időszakában 2 ízben vontam meg a betegét a salolt, mire mindkét ízben relative visszaesés mutatkozott a vér állapotában. Az utolsó megvonás azon időben történt, midőn a beteg már egészen jól érezte magát, s a vérregeneratio jelentékenyen előrehaladt; azóta nemesak hanyatlás nem állott be, hanem ellenkezőleg a haemoglobin tartalom, vérszám és vérfajsúly jelentékeny szaporulatot is tüntettek fel, ugyannyira, hogy a legutóbbi vérvizsgálat már teljesen normalis értéket adott.

A kérdés most már az, hogy jelen esetben valóban anaemia perniciosával állottunk-e szemben? Hogy a bántalom úgynevezett „elsődleges“ anaemia volt, kétségtelen, miután a betegnél semmiféle olyan ok, mely másodlagos anaemiát előidéznél szokott, sem a kórelőzményi adatokban, sem hosszas megfigyelésünk alatt fellelhető nem volt. A mint láttuk a betegség *klinikai képe* tökéletesen megfelelt az anaemia perniciosa kórképének. Következik a harmadik lényeges pont, a *vér magatartása*. A haemoglobin-tartalom csökkenése oly fokot ért el, mely másodlagos anaemiáknál csak nagyon nyilvánvaló és súlyos alapbántalom mellett szokott bekövetkezni. Az oligocythaemia még kifejezettebb volt, sőt legtöbbszor olyan értékek körül ingadozott, mely az anaemia perniciosa tipikus eseteiben is csak ritkán észlelhető. Nyilvánvaló volt egyszersmind a relative magas haemoglobin-tartalom a vörös vérszámához viszonyítva, s a vérnek ezen sajátossága az anaemia gyógyulása alatt is hosszú időn át megmaradt éles ellentétben a sápadtságban s másodlagos vérszegénységben szenvedők vérregenerációjával, hol tudvalevőleg a vérszámok száma jóval előbb éri el a normalis határát, mint a haemoglobin-tartalom. Ezen aránytalanság a haemoglobin-tartalom és vérszám között, mely az egyes vörös vérszámok a rendnél nagyobb vérfesték-tartalmában leli magyarázatát, — ha nem is kizárólagos, de mindenesetre jellegző tulajdonsága az anaemia perniciosának, s ha másodlagos anaemiáknál itt-ott elő is fordul, ilyen fokot elérni nem szokott. Normoblastokat vagyis magvas vörös vérszámokat, melyek a vörös vérszám normalis nagyságával bírnak, bár néha hosszas keresgélés után, rendszeren találtam, míg ú. n. gigantoblastokat egyszer sem, jóllehet egyébként nagy és óriás vörös vérszámok nagy számban voltak a beteg vérében. Habár Ehrlich szerint a gigantoblastok jelenléte legértékesebb karakteristikumja az anaemia perniciosának, eddigelé tudtommal mi sem bizonyítja,

hogy ezen lelet *conditio sine qua non*-ját képezné az anaemia perniciosa diagnosisának; vagyis, ha bizonyít is a positiv lelet, a negativ még nem zárja ki ezen betegség lehetőségét. Másrészt a magvas vörös vérszámok csekély számát tekintve anaemia perniciosánál, a gigantoblastok negativ lelete még nem zárja ki azoknak jelenlétét; egyébként ezen lényeges pontra még visszatérünk.

Véleményem szerint a legfontosabb felvilágosítást nyújtja jelen esetben az anaemia természetének megítélésére a fehér vérszámok magatartása. A fehér vérszámok abszolút száma a betegség lefolyása alatt többnyire a normalis alá süllyedt volt, vagy pedig annak legalsó határán mozgott. Mint a különböző fehér vérszámok arányának megváltozásából kitűnik, a csökkenés első sorban a polynuclearis neutrophil leucocytaikat, vagyis azon sejteket illette, melyekről ismeretes, hogy a csontvelőrendszerben képződnek. Ezen csökkenés azonban távolról sem volt arányban a vörös vérszámok megfogyásával, úgyannyira, hogy ezáltal a fehér és vörös vérszámok normalis arányszáma 1:600—900, jelentékenyen a fehér vérszám javára módosult, s 1:200—300 körül ingadozott. Másrészt *eosinophil leucocytaik*, melyek kétségtelenül a csontvelő productumai, állandóan találhatók voltak a beteg vérében, sőt *többnyire rendszeres mennyiségben*. Ezen két körülményből, ú. m. a polynuclearis neutrophil leucocytaik megfogyásának csekély voltából, s az eosinophil sejtek normalis számából, arra következtetek, hogy betegünkönél a csontvelőrendszer még elég jól functionált, jelentékenyen degenerálva nem volt. Hogy ezen véleményemet mivel támogatom, s mikép vélem ezen körülményt a beteg gyógyulásával összefüggésbe hozni, ennek magyarázatára legyen szabad előre bocsátani a következőket.

Anaemia perniciosánál a fehér vérszámok, illetőleg azoknak morphológiájára régebben nagyobb súlyt nem fektettek, míg nem Ehrlich¹ 1888-ban egy közleményében rá nem mutatott azon értékes diagnostikus jelre, melyet ilyenmő finomabb vizsgálatok az anaemiák megítélésére nyújtanak.

Ehrlich esetében ugyanis egy 21 éves nőnél metrorrhagia után erős anaemia állott be, mely a vérzés megszűntével vissza nem fejlődött, s anaemia perniciosa jellegét öltve fel, pár hét alatt halálra vezetett. Az esetnek kiváló fontosságot azon tény köleszöntött, hogy a vérben magvas vörös vérszámok, úgyszintén eosinophil leucocytaik teljesen hiányoztak, a polynuclearis neutrophil sejtek száma pedig erősen csökkent volt. Ehrlich ezen leletből azt következtette, hogy az illetőnek csontvelőrendszere a vérvesztésre nem volt képes reactiv, fokozott tevékenységet kifejteni; már pedig ezen fokozott tevékenység nélkül a vér regenerációja nem lehetséges, mert a vér anaemiás volta magában véve is ok a további vérszámcsökkenésre, s ha ilyenkor a vérképző rendszer részéről idős reactio be nem áll, az anaemiának perniciosus jellegét kell felvenni. A sectio igazolta Ehrlich felvételét, a mennyiben az illetőnek csontvelőjében ilyen reactio, vagyis átváltozás sárgából vörös csontvelőre nem volt található.

A fehér vérszámok ilyenmő magatartását anaemia perniciosánál már többen észlelték, így pl. Rieder-nek² egy letalisan végződött esetében 500-ra csökkent a fehér vérszámok száma, s míg Rieder 216 mononuclearis alakot olvasott meg, addig csak 36 polynuclearist, eosinophil sejtet pedig egyet sem talált.

Sajnos az ezen irányban történt vizsgálatok száma még mindig csekély, sőt egyáltalán nem találtam adatokat azon esetekre vonatkozólag, melyek gyógyulásba vagy legalább javulásba mentek át, pedig a fehér vérszámok magatartásának ismerete épen ilyen esetekben bírna kiváló jelentőséggel.

Ugyanis feltéve, hogy az anaemia perniciosa jellegzetes voltához tartozik a polynuclearis neutrophil és eosinophil leucocytaik nagyfokú csökkenése, úgyszintén a gigantoblastok jelenléte, úgy azon anaemiák részére, melyek mint fentebbi, ezen követelmény hiján teljesen az anaemia perniciosa jellegét hordják magukon és elsődlegesek, egy egészen különálló kóralak

¹ Ueber einen Fall von Anaemie mit Bemerkungen über regenerative Veränderungen des Knochenmarks. Charité-Annalen 1888.

² Beiträge zur Kenntniss der Leukocytose. 1892. p. 44.

felvétele jogosult, miután a többi eddig ismert anaemiák kerekébe be nem illeszthetők. Minden esetre a kérdés ezen oldalról még távolról sincsen annyira megvilágítva, hogy végleges ítéletet mondhatnánk, mindazonáltal a priori célra vezetőbbnek tűnik fel, s a természetes haladás követelményének sokkal inkább megfelel, ha a helyett, hogy a hézagokat tágítanók, mely a hasonló, főbb vonásaikban egyező kóralakokat egymástól elválasztani látszik, inkább a láncszemeket keressük, mely azokat egybeköti. Ezen intenciónak felelve meg, nézetem szerint eddigi ismereteink alapján legnagyobb valószínűséggel felvehetjük, miszerint: az anaemia perniciososa fertőző betegség, melynek eddig ismeretlen kórokozója a bélsatornában fészkel, s innen fejt ki vagy direct, vagy productumai felszívódása által vérpusztító hatását; ha a vérképző rendszer akár veleszületett vagy előrement gyengítő behatásokra beállott gyengeség folytán, akár másodlagos degeneratio következtében a fokozott követelményeknek megfelelni nem képes, az anaemia progressiv jelleget fog felvenni, ha ellenben a vérképző rendszer jól functionál, s így a vérpusztulást compensálja, jelentkezhetnek ugyan kisebb-nagyobb emésztési zavarok, de anaemia nem fejlődhetik. Miután pedig az anaemia perniciososa keletkezésének két feltétele van, ú. m. a kórokozó behatás és a vérképzés hiányossága, nagyon természetes, hogy ha egyik vagy másik feltétel kevésbé adatott meg, az anaemia typusa is más lesz, s így állanak elő az atypikus, hosszúra elnyúló, időnként javuló majd ismét súlyosbodó alakok. A szerint ugyanis, a mint a kórokozó mikroorganizmus virulentiája növekedik vagy csökken, a mint a vérképző szervek húzamosabban fokozott működést fejtenek ki, vagy gyorsabban kifáradnak, az anaemia intensitása is változni fog, sőt bizonyos körülmények közt meg lehetnek adva a spontán gyógyulás feltételei.

Ezen értelemben magyarázható azon különféleség is, melyet a fehér vérséjtek az anaemia perniciososa különböző eseteiben feltüntetnek; a szerint ugyanis, a mint a vérképző szervek egyike vagy másika inkább részt vesz a megbetegedésben, a tőle származó fehér vérséjt species is csökkenést fog mutatni a többi fehér vérséjtekkel szemben. Sőt ezen alapon könnyen érthető a vasnak és egyéb vérregeneráló szereknek kedvező hatása is anaemia perniciososa egyes eseteiben; ha ugyanis az aránytalanság a vérképzés és pusztulás között nem nagy, némi pótlással, a vérképzés mesterséges fokozásával sikerülhet ezen esetek aránytalanságát megszüntetni, az egyensúlyt helyreállítani.

Ezeknek előreboesátása után a concret esetből levonható eredményt a következőkben foglalom össze.

A betegnél ismeretlen kórokozó vírus befolyása alatt intensív anaemia fejlődött, mely az anaemia perniciososa rendes típusával ellentétben hosszasan elhúzódott; a fehér vérséjtek vizsgálata arra engedett következtetni, hogy a betegnek esontvelőrendszere elég jól functionált, s így a betegség lassú lefolyását részben erre vezethetjük vissza; ezen körülmény egyszerűsége felhívja figyelmünket a fehér vérséjtek magatartásának vizsgálatára, mint anaemia perniciososánál prognostikus értékű jele.

A salolnak, mint antizymoticumnak feltűnő hatását abból magyarázhatjuk, hogy az a betegség tulajdonképeni okát, minden valószínűséggel a bélsatornában tenyésző mikroorganizmusokat semmisítette meg, *ennél fogva az anaemia perniciososa terapiájába ajánlatos a salol bevezetése, s reménnyel biztat a gyors lefolyású súlyos esetekben is, a mennyiben azok fertőző természetűek.*

**Közlemény Tauffer Vilmos ny. r. egyetemi tanár
II. szülészeti és nőgyógyászati kórodájáról.**

Újabb adatok az osteomalacia gyógykezeléséhez 9 eset kapcsán.

Közli Neumann Szigfrid dr., egyetemi tanársegéd.
(Folytatás.)

Az osteomalacia symptomatológiája is néhány érdekes észleléssel gyarapodott az utolsó években; az egyes szerzők

által kiemelt s egy vagy több esetben észlelt tünetek minden esetre nagy fontossággal bírnak, azonban az osteomalaciára nézve pathognomonikus jelentőség értékére egy sem tarthat igényt. A fontosabb észlelési tények a következők:

Velits¹⁸ nagy számú eseteinek fele részében a végtagok szándékolt mozgásainál azok ütemszerű reszketését észlelte, mely a sclerosis cerebrospinalis multiplexre jellemző s valószínűleg a esigolyák közti dúczoknak a flexilis esigolyák által történő nyomásának következménye. Azonkívül szerző 9 esete közül kétszer látott strumát s hatszor a fogak nagyfokú pusztulását, e mellett igen gyakran a piszkos, fekélyes fogíny vérzékeny sarjadzásai fedték a cariosus foggyökereket.

Latzko²⁶ a csipőizületi hajlítók paresisét s az adductorok contracturáit az osteomalacia jellemző tünetei közé sorozza s a pseudospinalis hűdések fontosságát is kiemeli.

Végül, mint unikum említendő a Braun²⁷ esete, hol az osteomalaciához tetania csatlakozott.

Még egy, különösen az osteomalacia aetiológiáját is illető kérdéssel kell itt megemlékezni, ugyanis az osteomalaciás nők termékenységről, melyet épen ezen betegség oki tényezői között találunk számos helyen felemlítve. Winckel²⁸ határozottan tagadja, hogy a nagyobb fertilitás ezen betegségnél jellemző volna, mint azt Fehling és számos más szerző állítja; az előbbi szerint, ha tényleg nagyobb is volna e betegek termékenysége, úgy ez csak a betegség fellépése előtt lehetett így, a betegség folyamán annak felvételére absolut semmi ok sem forog fenn. Runge²⁹ legújabb tankönyvében azt állítja, hogy osteomalaciás nők többnyire termékenyebbek s még a megbetegedés legmagasabb fokán is concipiálnak. Velits¹⁸ is fokozottnak találja a fertilitást, eseteiben az átlag 6.7, a mi még a Fehling adatait is felülmúlja. Latzko²⁶ tagadja, hogy nagyobb volna a termékenység; 50 esetében a középértéket 4.9-nek találta, a betegség fellépése után pedig 1.75-nek. E szerző adataira nézve, tekintettel arra, hogy Latzko eseteinek nagy száma a bécsi szülészek legtöbbje által kétségbe lett vonva, skeptikusoknak kell lennünk. A saját eseteink — eltekintve az ambulantián jelentkezett 5 betegről — a fertilitásra nézve a következő adatokat adják. 11 betegünk összesen 68 terhességen ment keresztül (a legtöbb terhesség volt 10, a legkevesebb 3), a miből középértékben a termékenység 6.3-nak felel meg, tehát közel áll a Velits eredményéhez. Nem szabad elfelejtenünk, hogy ez esetek mindnyájában, kivéve a 2 poliklinikus esetet, még ivarképes nőket tettünk sterilé, a mit, ha nem teszünk, közülük egyesek még bizonyára concipiáltak volna, miáltal eseteink fertilitásának középértéke bizonyára még gyarapodott volna.

Mielőtt az osteomalaciával szemben követendő gyógyeljárásokról s az indicatiók mikénti csoportosításáról mondanánk véleményét, szükséges lesz eseteink kórtörténeteit felsorolni.

Az intézet fennállása (1881) óta a kórodán 9, a vele kapcsolatos szülészeti poliklinikumban pedig 2, összesen tehát 11 esete az osteomalaciának észleltetett; ez esetek közül 2 már képezte rövid irodalmi ismertetés tárgyát, még pedig a klinikai esetek közül az alább V. szám alatt leírt eset, melyet Schultz Henrik dr., volt kórodai tanársegéd közölt e lapok 1891. évfolyamában; a poliklinikus esetek közül pedig az 1883. évben észlelt esetet írta le Diescher Ferencz dr. szintén volt tanársegéd a „Gyógyászat“ 1889-diki évfolyamában.

Mindezekon kívül ambulantiánkon még 5 beteg jelentkezett; ezekről azonban, miután klinikai észlelés tárgyát nem képezték, semmiféle következtetéseket vonni nem akarunk, de annak bizonyítására minden esetre szolgálnak, hogy az osteomalacia hazánkban elég gyakori.

A fenti szám — 11 — már magában véve is igen feltűnő tekintettel azon körülményre, hogy régebben hazánkat e betegségtől majdnem teljesen immunnak vélték; még feltűnőbb azonban, hogy eseteink legnagyobb része — 9 — az utolsó 3 évre oszlik el, míg a fennmaradó kettő 10 év lefolyása alatt észleltetett. Hogy mi okozza ezen rendkívüli aránytalanságát az esetek időbeli eloszlásának, arra nézve valóban adósaknak kell maradnunk a válaszszal; a dolog annál inkább feltűnő, mert más intézetekből is nagyobb számú

észlelések hírét veszítik az utóbbi időkben; miután nem tehető fel, hogy az észlelések régebben hiányosak lettek volna, másutt kell keresnünk e feltűnő jelenség okát. Lehetséges, hogy miután ezelőtt majdnem teljesen fegyver nélkül állottak az osteomaláciával szemben, egyik-másik eset elveszett, a nélkül, hogy nyomot hagyott volna maga után.

11 esetünk közül a kórodai észlelés, illetőleg gyógyítás tárgyát 9 eset képezte, 2 esetet künn a városban mint poliklinikai szüléseket kezeltünk; ezek egyike — mely 1883-ban észleltetett — teljesen eltűnt szem elől, a második pedig, egy kiválóan klinikus esete az osteomaláciának, castratio végett be lett rendelve a klinikára; a beteg azonban mindeddig vonakodik magát kórodai kezelésnek alávetni, dacára annak, hogy a folyamat rohamosan halad előre.

Kilencz klinikai esetünk kórtörténeteit nem a felvétel ideje, hanem a gyógyeljárás szerint, mely a betegeknek fogantatott, fogjuk tárgyalni s ez irányban eseteink 3 részre oszlanak; m. p. 1. azon esetekre, a hol a terhességen kívül castratiót végeztünk (4 eset); 2. azokra, a hol a terhesség végén esaszármetszés végeztetett Porro szerint részint extraperitonealis eszközkezeléssel, részint a csonk elsüllyesztésével Chrobak módszer szerint (3 eset); s végül 3. azon esetekre, hol a terhesség második felében hysterotomiát végeztünk a csonknak ugyancsak Chrobak szerinti ellátásával (2 eset).

I. eset. B. Józsefné, 38 éves, férjzett, szabó neje, szül. Budapest, lakik a fővárosi szükségbarakban. Felvétetett 1892. február 29-dikén.

10. P., 9 rendes időre s rendes lefolyású, az utolsó mult év április havában — koraszülés a VIII. hónapban, harántfekvés miatt fordítás, extractio; gyermekágyak mind rendesek.

14 éves kora óta menstruál többnyire 4, ritkán 5 hetenként 4—5 napi tartammal.

Régibb betegségek közül 4 év előtt kiállott fejszabát s ezt megelőzőleg minden tavasszal fellépett orbánczot (az arezban) említ.

Jelen bajára vonatkozólag mondja, hogy 4 év előtt állítólag meghült s ezen időtől fogva a bal czombhajlatban s czombizületben fájdalmak vannak, melyek mozgáskor fokozódnak. Ez időben teherbe esett s a fájdalmak a jobb oldalra, sőt a keresztcsontra, majd az egész gerincoszlopra is átterjedtek, járása mindinkább rosszabbodott, 2 év óta csak ülni, vagy feküdni tud. Utolsó terhességekor (1891. április 2-dikén szült) az előbbihez hasonló fájdalom lépett fel mindkét vállizületében, az állapot a szülés után még rosszabbodott, úgy hogy 1891. április 12-dikén a szt. Rókus-kórház szülészeti osztályáról a belgyógyászati tétetett át, a hol 4 hó alatt határozottan javult, úgy hogy mult év augusztus hava óta karjait jobban tudja emelni, ellenben lábait csak nagy fájdalom kíséretében.

Beteg láztalan, étvágy, álm rossz, székelés, vizelet normalis, vizeletben idegen alkotórész nincs.

Jelen állapot: a 129 cm. magas beteg álló helyzetében a nyak mintegy benyomulva a mellkasban előre hajlott, jobb váll magasabban áll, a nyaki és felső hátsigolyák erősen hátra domborodó ívet képeznek, majd kissé balra térnek át; a tövisnyulványok ellapulnak; a keresztcsont egy rendkívül erősen mellfelé hajló szöveget képez; bordaívek mellül lelapultak, bordák bizonyos fokig könnyen benyomhatók; a jobb oldali III. bordán megtörtéti szög észlelhető; a bordaív besüpped a medencecsontok közé, úgy hogy a crista ilei a VIII. borda magasságában tapintható. A medencecsontok hajlíthatósága kifejezett. Symphysis tarajszertű, acetabulumok egymáshoz közeledtek, előre tekintenek. A czombok szintén közeledtek egymáshoz, minek következtében a szeméremrés erősen fedve van.

Külső méretek: Sp. 20, Cr. 25, C. e. 19.5.

A beteg félg fekvő, félig ülő erősen előre hajlott helyzetet foglal el, támasz nélkül állani csak néhány perzig képes, járni vezetés mellett is csak alig, egyedül absolute nem tud. Czombjait csak annyira tudja egymástól eltávolítani, hogy a térdek legnagyobb távolsága 24 cm. (adductor-contractio), tovább még passive sem távolíthatók. Belső vizsgálatnál a szeméremrésbe csak egy ujjal lehet behatolni a szeméremcsontok nagyfokú összeszorulása folytán; de ezen 1 ujjal sem lehet annyira felhatolni, hogy a medence alakját k'tapintani lehessen.

Castratio 1892. márczius 17-dikén Műtét tipikus, minden complicatio nélkül. Ovariumok alig mogyorónyiak, sorvadtak, vérszegények Narcosis tartama 32 perc. Sima, reactio nélküli gyógyulás.

Április 1. Keresztetési fájdalmak még fennállanak, de a felső végtagesontok már nem fájdalmasak.

Április 3-dikén Jól van, felkelt, nem szédül, alsó végtagesontok kevésbé fájdalmasak.

Április 15-dikén. Járni még nem, s állani is csak támogatás mellett tud, ülésnél azonban fájdalmak nincsenek.

Április 23-dikén. Egész nap karos székben ül, medencecsontok alig fájnak.

Április 24-dikén. Távozik; fájdalmak csaknem tökéletesen elmúltak, állani azonban még mindig csak támogatás mellett képes; ülés és fekvésnél közérzete teljesen jó.

1895. január 13-dikén, tehát közel 3 évvel a castratio után a beteget felkeressük; szűk pinzelakásban él, dacára ennek jól táplált,

csontfájdalmakról egyáltalában nem panaszkodik s a csontok nyomásra sem fájdalmasak. Két mankó segítségével igen ügyesen tud járni még nagyobb távolságokra s lépcsőkön is, mankó nélkül nehezebben jár, a csontok szilárdak, meg nem hajlíthatók. Járása nyáron állítólag sokkal jobb, mint télen.

Házi teendőit, melyek tekintettel öt gyermekére, bizonyára elég sok munkát rónak reá, rendesen látja el.

II. eset.¹ Pozsár Imréné, 36 éves, földműves neje, szül. és lak. Párkány (Esztergom megye).

Felvétetett első ízben 1893. december 3-dikán, másod ízben 1895. márczius 5-dikén.²

Atyja 75 éves korában végegyengülésben halt meg, anyja 76 éves, egészséges. 12 éves korától 1 1/2 évig hideglelésben szenvedett, azontúl mindig egészséges volt; 16 éves korától fogva menstruált 4 heti időközben normalisan, 2 3/4 év előtt esett utójára teherbe, azóta menstruatiója kimaradt. 4-szer szült; először 12 év előtt a terhesség VII. havában halott magzatot; második gyermekét 1 évre az első után szülte normalis tartamú s lefolyású terhesség végén; a III. terhesség 1 év múlva következett be s 2 héttel rendes vége előtt halott magzat születésével végződött; e gyermekágy kapcsán lép'ek fel először az osteomalacikus tünetek: igen gyenge volt, alig tudott járni, minden tagjában fájdalmak voltak, melyek érintésre nagy mértékben fokozódtak s a medencecsontokban állandósultak; 6 éven keresztül tartott ezen állapot, míg 3 1/2 év előtt orvosi tanácsra a szt. Lukács-fürdőt kereste fel, a honnan azonban rövid tartózkodás után még csak rosszabb állapotban tért vissza. A beteg ekkor már igen el volt gyengülve, fájdalmak fennállottak, járása mindinkább nehezekebb, ügyetlenebb lett, ugyanez az is észlelte, hogy termete alacsonyabb lett, úgy hogy a szoknya kötése a csipőről a bordákra jutott, tartása meggyöngyedt, nyaka meggyöngyült; nem sokára csak botra támaszkodva tudott járni s többnyire ült, vagy feküdt. Ily állapotban esett teherbe 2 1/4 év előtt; terhessége alatt összes panaszai nagy mérvben fokozódtak, úgy hogy állandóan ágyban fekvő beteg volt; a terhesség VI. havában elvetélt; a gyermekágyban a fájdalmak a gerincoszlopra is kiterjedtek, ugyanezen időtől fogva időnkint heves szívdobogás s légzési nehézségek is kínozták. Mikor 1893. december 13-dikán a kórodára felvétetett, nagy fájdalmakról panaszkodik, főleg a medencecsontokban, alsó végtagesontokban, a mellkas csontvázában s a gerincoszlop mentén. Röviddel felvétele után egy súlyos catarrhalis pneumoniát állott ki, melynek következtében több napon keresztül a legnagyobb életveszélyben forgott; hosszú reconvalescentia után végre annyira magához tért, hogy megkísérthették nála a chloroformnarcosist; 44 perc alatt 15 gm. chloroformot használtunk el, azonban a narcosisnak csak igen jelentéktelen s múlt hatása volt, úgy hogy 1893. február 23-dikán castratiót végeztünk a beteg-nél; a sebgyógyulás egészen sima volt, az osteomalaciás megbetegedésre nézve azonban az eredmény a castratio után sem volt kielégítő, miután a beteg még 1894. április 11-dikén is, a mikor a klinikát elhagyta, még rendkívül gyenge volt s járni csak botra támaszkodva tudott. Ezután 6 hónapig aránylag jó állapotban volt, dolgozni ugyan nem volt képes, azonban állandóan ágyon kívül töltötte az időt s botra támaszkodva, annyira a mennyire járni is tudott; azonban ősszel, a zord idő beálltával összes régi panaszai ismét visszatértek, ereje rohamosan fogyott, csakhamar ágyba került, a hol saját erejéből alig bir mozogni, mások segélyét pedig a minden érintésre rendkívül fokozódó fájdalmak miatt visszautasítja; e mellett állandóan köhög, igen nehezen expectorál, időnkint nagyfokú légzési nehézségei s szívdobogása van. Ily állapotban került 1895. márczius 5. én másodszer a kórodára, a hol következőket találtunk a betegnél:

A rendkívül lesoványodott beteg teste egészen összeesett, magassága 120 cm. (egészséges korában állítólag középtermű volt, úgy hogy kétségtelen, miszerint a test nagy fokban meggyöngyült); a test arányait egészen elvesztette, a vétagok a törzshöz képest aránytalanul hosszúak; arez- és koponya-csontok normalisak: nyak rövid, előre hajlott, a hát erősen domború, a has lógó, a lumbaltáj mély horpadást képez; ha a beteget kellően megátaszta fölállítjuk, úgy a medence dőlését fokozottan találjuk, a térdek kidudorodnak, a lábujjak befordulnak, a sarkok ellenben szétállók.

A gerincoszlop háti szelvénye igen nagy kyphosist mutat, melynek legkimagaslóbb pontja az V. hátsigolya; ezzel szemben a lumbaltáj mély lordosist képez, annyira, hogy a szintén erősen hátra szökellő keresztcsont és a háti kyphos között egy mély horpadás támad, melybe az ököl kényelmesen beilleszthető; a gerincoszlop e mellett scoliotikus elferdülést is mutat: a háti szelvényben bal-, lumbaltáján jobbfelé tekintő kis domborulattal. A keresztcsont alapja mélyen a medencebe nyomul be, teste erősen meggyöngyült hát felé domborodik, csúcsa s a farkcsont végül kampószerűen görbül be a medencefeir felé.

A mellkas alul széles, felül keskeny, a bordaívek tátonyanak, a mellkas felső része ellenben összenyomott; a sternum ráton meghajló S alakot képez: a manubrium mélyen a mellkasba sülyedt be, míg a szegycsont teste erősen előreugró; a bordák a gerincoszloptól a rendesnél kevésbé meredeken haladnak s inkább a vízszintes sítót közelítik meg; rendes ivszerű görbületek helyett a hátsó honaljvonaltól kezdve mellfelé gyenge homorulatot képeznek — mintegy a felkar számára. A mellkas tehát magassági- és oldalirányban összenyomott, ellenben a mellhíati átmérő irányában megnyúlt. A háti kyphosis s a nyak

¹ Bemutatott a budapesti kir. orvosegylet 1895. márczius 30-dikán tartott ülésén.

² A kórtörténetben előforduló datumok e naptól számítandók.

előrehajlása a manubrium sterni mély begömbülését hozták létre. A háti bal felé tekintő scoliosis következtében az összes bordák bal felé vannak kitérve, illetőleg áthúzva, ellenben a sternum jobbra van áttolva; a b. o. bordák görbülete erősebb, a j. oldalaké gyengébb, úgy hogy mindezek következtében a bal mellkasfél hátul tágabb, a jobb mellül, minnek megfelelőleg a j. o. bordaív erősebben is tántog. A scapulák egymástól szétérnek, a bal magasabban áll, mint a jobb. — A termet összeesett voltának következménye, hogy a bordaívek a csipőtünyérokra nyugszanak s a mellkas mintegy lecsúszott a hasba.

A medence elváltozásai végül a következők: A symphysis orrnány szerű, a mellső felső csipőtünyékek valamint a cristák erősen tántogának, a keresztcsont basisa mélyen benyomult a medencébe, teste erős görbületet képez hát felé s végre csücsa a farkesíkesonttal együtt kampószerűen görbül a medence üregébe. A cristák körülbelül a középsők táján erősen meg vannak törve, olyképen, hogy a megtörtései szögletől mellfelé eső részük erősen tántog, az attól hátfelé eső rész ellenben a medencetengelyhez közelebb jutott. A szemérem-csontok vízszintes ága meg van törve, a függélyes ágak egymáshoz erősen közeledtek, mi által a szeméremív rendkívül megsűkül, úgy hogy belső vizsgálatnál 1 ujjat csak nehezen fogad be; az acetabulumok tája annyira be van nyomva, hogy a kettő között alig 3 cm.-nyi a távolság, a promontorium könnyen elérhető; a keresztcsont vájolata a rendesnél nagyobb, alsó része s a farkesíkesont a már említett kampószerű görbülettel hajlik be a medencébe; a kétoldali sychondr. sacro-iliaca táján a medence 1 gtagabb — megfelelőleg a kártyaszív két öblének. A kis portio retroponálva a promontorium előtt foglal helyet, uterus kicsiny, atrophikus. — A nagy elferdülések folytán a mellkas légzései, kitérései nagy fokban korlátozottak, úgy, hogy a légzés túlnyomóan hasi jelleget öltött; másrészt a tüdő hiányos szellőztetése folytán állandó bronchitis van jelen, mely időnként rendkívül súlyosodik. — A beteg a nagy fájdalmak miatt mozdulatlanul fekszik s ha a legkisebb activ mozgást kénytelen végezni, azt úgyszólván centiméterről centiméterre haladva, nagy óvatossággal úgy végzi, hogy minél kisebb kitérésekkel érjen célt s lehetőleg oly izmokat vegyen igénybe, melyek működése mellett a csontok rongálata legkisebb. A csontok hajlékonysága úgy a medence, mint a mellkason constatálható. — Végül megemlítendő, hogy a potellar reflex erősen fokozott — Beteg láztalan, vegetatív functioi rendesek, a vizelet igen kevés fehérrjét, de veséalakelemeket nem tartalmaz. — A therapia phosphor adagolásában áll: 0.05: 50 csukamájolajra, mely keverékből naponta 2 kávéskanálnyi mennyiséget szed, a nélkül, hogy valamely kellemetlen mellékhatását észlelnék.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXII. rendes ülés 1895. november 23-dikán.)

Elnök: Löw Sámuel; jegyző: Temesváry Rezső.

Elnök jelenti, hogy az új alapszabályzatot a belügyminister megerősítette s így a szakosztályok megalakulhatnak.

Vitium cordis congenitum.

Fodor Géza. A 17 éves eseléd szívdobogásról és nehéz légrzésről panaszkodik; baja szerinte már több éve tart. Felvételnél legszembeötlőbb tünet a nagyfokú cyanosis, a pangásnak minden tünete nélkül (vizelet normalis, lép és máj ninesenek megnagyobbodva). A pulsus kicsiny, üres, a jobb szív megnagyobbodott, a szívtájon mindenütt systolikus zörejt; a diastolikus hang úgy az aorta, mint a pulmonalis — főleg az utóbbi — felett erős. A systolikus zörejt jobban megfigyelve, tulajdonképen kétféle systolikus zörejt különböztethető meg: az egyiknek punctum maximuma a pulmonalis felett, a másiké a bal gyomrocs felett van. Az előbbi a pulmonalis szájadékának szűkületét jelenti, a mely a jobb gyomrocs tágulatát is okozta. A pangási tünetek hiánya azt mutatja, hogy a cyanosis az ütérés és visszérés vér keveredésének következménye. A vér a jobb szívből önlök a bal szív felé és pedig egy defectus septi ventriculorum útján (defectus septi atriorum kizárható, mert akkor bal pitvartágulatnak, sőt bal szív hypertrophiának kellett volna fejlődnie); e mellett szól az is, hogy a bal gyomrocs felett legerősebb az egyik systolikus zörejt az ott támadt örvénymozgások miatt. Magyarázatra szorul még az ütérés 2 hangjának erőssége, a pulsus üressége és a pulmonalis szájadékának szűkülete daczára. Ez csak úgy fejthető meg, ha felvesszük, hogy az aortába hajtott vér a rendes ágakon kívül rendellenes irányba is tér, vagyis nyitva maradt a ductus arteriosus Botalli. Ez esetben tehát veleszületett a szívba; a mi mellett a szemfenék-lelet is szól. A kórisme tehát a következő: *stenosis ostii arteriosi dextri, defectus septi ventriculi és a ductus arteriosus Botalli nyitva maradása.*

Retinalis kötőszöveti képződmény egy esete.

Goldzieher Vilmos. Az eset egy 10 éves különben egészséges fiút illet, ki szellemileg egy kissé hátramaradt és rossz látása miatt az iskolából elbocsátott. Hereditarius viszonyairól biztos adat nem deríthető ki. A jobb szemén finom szaruhártyafoltok vannak, irregularis astigmatismus, szem belseje azonban ép. A bal szem kissé kifelé tér, közgei

teljesen átlátszó. A papilla nasalis fele rendes és szélei élesen határoltak; az erek a hilusból rendszeren erednek és tipikusan elágazódnak, a papilla temporalis fele azonban egy finom hártáys fátóly által el van fedve, mely hártáys a macula lutea felé terjed, mindinkább megvékonyodik, és végre nyomtalanul eltűnik. Itt-ott a hártáys felületéből egyes ráncok emelkednek, mely ráncok mélyéből finom atypikus ércacsok erednek. A papilla hilusából, tehát a leirt hártáys felett egy élesen határolt, körülbelül egy retinalis másodrendű arteria átmérőjével bíró köteg ered, mely másik macularis végén egy nagy, a fényt erősen reflectáló, kékes képződménybe megy át. A képződmény körülbelül korongszerű, az egész legjobban egy palackhoz hasonlítható, melynek nyaka (az említett köteg) finoman ki van húzva. Megjegyzendő, hogy a köteg a szemhátter horizontális meridiánjában fekszik és a retinával szemben niveau emelkedést nem mutat. A fehér korong makularis végén néhány pigmentfolt van. A szem 2-3 dioptriás túllátósággal bír, látás igen rossz, 1/2 meterre olvas ujjakat. A mi a képződmény genesisét illeti, előadó legvalószínűbbnek tartja, hogy valamely vagy világra hozott, vagy nagyon korán lobos úton szerzett kötőszöveti felrakódással van dolgunk, a minők gyakran a szerzett vagy örökölt lues következtében a retinába létre jönnek. Bizonyosat azonban állítani nem lehet.

Grósz Emil. Tényleg hasonló képet látott, legfőleg abban térte el, hogy nem fekszik a retina síkjában, hanem beemelkedik az üvegtest felé és refractiós tükörrel vizsgálva, hypermetropiás fénytörésben áll. A papillával való összefüggése, a hilusból való kiindulása, az inas, fénylő kinézése miatt azt hiszi, hogy fejlődési rendellenesség, a canalis Cloqueti visszamaradása. Megerősíti abban, hogy látott ilyen esetet, egyiket bold. Neupauer, másikat Bogdán Aladár közölte. Megengedi, hogy azon esetben a tölcésér sokkal előbbre jött, mint itt, a hol rövidebb és oldalra dől. Bizonyosságot erről szerezni azonban nem lehet.

Goldzieher Vilmos. A képlet a retina niveaujában van, legalább szemtükörrel nem lehetett refractiós különbséget kimutatni. Hogy a képződmény talán a visszamaradt üvegtesttűttel összefügg, vagy tőle származik, az utóvégre nem lehetetlen, hanem nagyon valószínűtlen, mivel egy az arteria hyaloideaából származó köteg vagy képlet a bulbus axisában fekszik, a szóban levő köteg azonban a szemhátter vízszintes meridiánjában.

Az anancasmusról (psychikus kényszerállapotok).

Donáth Gyula. Mióta Westphal a kényszerállapotok kórképét felállította, ezeknek lényeges vonásai alig változtak valamit. És csak kevés fontos vonást adhatunk hozzá az ő körrajzához. Tudvalevőleg oly képzetekről van itt szó, melyek önként merülnek fel az öntudatban, tehát az intellectualis sphaerában keletkeznek és indokolható alappal nem bírnak. Tartalmuk többnyire absurd; rákényszerülnek a betegek ezeknek egész szemléi életét uralják. Normalis gondolkozásukat zavarják, és daczára annak, hogy a beteg felismeri idegenrendszerűségüket és helytelenségüket, mégis képesek állandó és intenzív hatásuk által az egyéneket helytelen eszelekedetekre, sőt még öngyilkosságra is vezetni. Másodlagosan aggodási érzetek is keletkezhetnek részint a kényszer tudatánál, másrészt tartalmánál, avagy a szabad akarat gátlásánál fogva. A betegek öröklött terheltségben szenvednek, intelligensek. Jóllehet egyes szerzők (Wille, Jastrowitz, Schüle) azt állították, hogy a kényszer-érzetek néha melancholiába, hypochondriába, vagy örültségbe mehetnek át, manapság mégis általánosan elismerik ezen betegség önálló voltát. A paranoianak a kényszerképzetek folyamán való bár ritka fellépte inkább e két baj kombinációjának tekinthető. Semmikép sem igazolt a kényszerképzeteket abortív örültségképen felfogni. A Westphal-féle definitio csak olyképp bővítendő ki, hogy a kényszerképzetek a szó leg-tágabb értelmében veendőek, és így a kényszer-érzeteket, kényszer-gondolatokat, kényszer-tetteket, kényszer-beszédeket, psychomotorikus izgalmakat és akadályokat fel kell e kifejezésnek magába ölnie. Előadó tehát ezélszerűnek látja mindezen általánosan kényszerállapotoknak, vagy kényszer-tetteknek (Thomsen) nevezett psychosiseket egy görög vagy latin szóval elnevezni, a mint az a pszichiatriában más körképek-nél is szokásos, és a mely elnevezés általánosan érvényre juthatna. Ó anancasmusnak nevezi ezeket a görög anancasmos szó után (kényszerítés), a melynek törzse ananke-kényszer. Előadó azonban a neurasthenikusok phobijait nem sorolja a tulajdonképeni kényszerképzetek közé, mivel ezek aggodási kórságon alapulnak, tehát indokolható alappal bírnak.

Minden szerző kiemeli az anancasmusnál azt, hogy hallucinációk nem fordulnak elő; a természet azonban nem ismer ily éles határokat. Előadó egy 23 éves távirásznó kórtörténetét ismerteti, a kinél a 11-dik életév óta a legsúlyosabb fajtájú kényszereszmék állanak fenn; kényszer érez magában gyermekeknek a fejébe tűt szúrni, rokonait megölni, és bebeszéli magának, hogy idegen férfakkal, kiket az utczán esetleg lát, némileg érintkezett, stb. mely képzetek hosszabb-rövidebb fennállásuk után váltokoznak és szabad elhatározásában lényegesen gátolják. Mindazonáltal képes nehéz foglalkozásának hiba nélkül megfelelni. Ezen beteg-nél érdekes, hogy igen élénk archhallucinációkat szokott látni, melyek azonban igen csekély fontosságnak, (torzképek, tájképek) es mindjárt feltűnnek, mihelyt éjjel vagy nappal szemét álomra lehunja, a nélkül, hogy azok az ő kényszerképzeteivel, vagy valami tévhitével kapcsolatban állnának. Gyakran szenved ezen kívül szomorú lehangoltságban, mely minden ok nélkül megszállja, a nélkül, hogy kényszerképzeteket e hangulatnak valami köze volna és a nélkül, hogy ez tévengéssé fajlana. A mit Freud néhány észlelete nyomán állít, hogy a kényszerképzetek a nem élet zavarával vannak kapcsolatban, a jelen eset nem igazolja.

A mi a gyógyítást illeti, bromkészítmények némi javulást eredményeztek, de csak addig, míg folyton lettek adagolva. A némely szerző-től állítólag sikeresen használt hypnosis ez esetben eredménytelen maradt.

Salgó Jakab: Nem hiszi, hogy a kényszerképzet külön betegség; véleménye szerint a kényszerképzeteket nem lehet másnak tekinteni, mint teljesen ki nem fejlődött, abortív psychosinak.

Oláh Gusztáv: A szervi érzetek, képzetek képezik a lényegét; ezek meg nem illetté intenzitással elnyomják a többi képzeteket, mint vezérképzetek szerepelnek s az ítélet által mint normalisan létrejött képzetek dolgoztatnak fel. Előadó esete véleménye szerint hysteriás alapon fejlődött paranoia, melyhez mint psychiatikus érdekesség sajátosság kényszerképzetek is fűződnek. Az „anancasmus“ elnevezést elfogadja.

Moravcsik Ernő Emil: A kényszerképzetek jelentőségét illetően csatlakozik Salgó felfogásához; ezek bizonyos pszichikai rendellenességekhez szoktak társulni. Utal a kényszerképzeteknek nagy fontosságára törvényszerű orvosi szempontból s erre példát is hoz fel, a mely szintén bizonyítja, hogy a kényszerképzetek mindig psychotikus jelentőséggel bírnak, mint a paranoia abortív alakja.

Donáth Gyula zárszavában még egyszer kiemeli a kényszerképzetek kórképének önállóságát. Felsorolja a különbségeket a paranoia és a kényszerképzetek kórképe között. Moravcsik megjegyzését illetően nem kételkedik abban, hogy az ilyen állapot átmenet paranoiába, ez azonban csak kivételesen történik. A mi Oláh megjegyzését illeti, mely szerint a kényszerképzetek szervi érzetektől indulnak ki; esetében nem volt képes semmi különös megbetegedést, különösen nem hysteriát kimutatni; a degeneratio tünetei közül legfeljebb a valamivel kisebb koponya volt jelen, erre azonban nagyobb súlyt nem helyez.

Közkórházi orvostársulat.

(XV. bemutató szakülés 1895. november 13-dikán.)

Elnök: **Schwartzter Ottó**, később **Koller Gyula**; jegyző: **Mohr Mihály**.

Adatok a belső húgycsőmetszéshez.

Farkas László. Előzetesen az urethrotomia interna történetére vet visszapillantást, megemlítvén, hogy ezen nálunk nem igen elterjedt műtét eljárásnak meg volt a maga aranykora a 40—50-es években, az aranykora a szó valódi értelmében véve, a mennyiben a francia orvosi akadémia 1852. az Argenteuil-féle 12,000 frankos díjat *Rayhardnak* fizette ki urethrotomjáért, pedig az sokkal tökéletlenebb volt, mint kitűnő hazánkfiának *Ivancsicsnak* műszere. Később azonban a statistika beigazolván, hogy gyakran alig csillapítható vérzés és húgybeszűrés folytán pyaemiás és septicaemia léptek fel, az urethrotomia interna hitelét veszítette mindaddig, míg az antiszeptikus aera azt újból helyreállította.

Bemutatja ezután *Otis* és *Gerster* műszereit, ezek azonban csak táj calibertű stricturánál jöhetnek használatba, egész szűk, csak filiformis sondával átjárható stricturáknál legelterjedtebben a Maisonneuve-féle volt elterjedve és Guyon iskolájában egész 2 esztendő előtti időig ez alkalmaztatott, ekkor *Albarran* egy igen elmés műszert készített, melylyel teljes biztonsággal lehet és csakis a szűkült helyet átmetteni. A műszer és alkalmazásának megmagyarázása után gyógyult eseteit ismerteti. Ezek egyike 20 évvel ezelőtt szerzett húgycső kankóval kékült két hónapig az osztályon, látszólag egészségesen hagyta el a kórházat, meg-nősült, de házassága magtalan volt. Néhány év óta veszi észre, hogy gyengébben vizek. 6—8 hét óta már csak nagy erőltetésre volt képes vizeletét kiüríteni, kórházba jövele napján m. h. 31-dikén pedig már egyáltalán nem vizek. Az osztályos orvosnak sikerült filiformissal bejutni, mely mellett reggel körülbelül 1100 cm³ sűrű genyes vizelet ürült ki. Másnap reggel a bemutatott műszerrel az operatio elvégeztetett, az utána bevezetett catheteren át fájdalomtalanul vizek, másnap 12 g. Nelaton-cath.-ral pótoltatott az első és ma a 27. sz. *Béniqué* kényelmesen és könnyen vezethető be.

A másik traumatikus eredetű strictura. A 32 éves nős, két gyermek atyja, ezelőtt 10 évvel kocsiroló lehulló deszkák által eltemetve súlyosan sérült állapotban az akkor Hochhalt főorvos vezetése alatt állott új dologkórház egyik osztályára vétetett fel, majd Récey tanár által megoperáltatva ennek osztályán 8 hónapig feküdt és azt egy húgycsőcsipoly visszamaradása mellett elhagyta. Azóta jól érezte magát, újabb időben, mintegy 1 év óta kezdett nehezebben vizelni, bejövetele előtt két héttel pedig vizelete egészen elállt, azóta feküdt és csak nagy nehezen volt képes néhány cseppet kiszorítani. A hártás részben konstataált stricturát *Albarran* műszerével az előbbi esettel teljesen megfelelő módon megoldva, a betegnél a műtét utáni 5-dik napon ma a 22. sz. *Béniqué* teljesen fájdalomtalanul minden akadály nélkül vezethető be.

Vesekő műtét (nephrolithotomia) esete.

Herczel Manó. K. L. 35 éves, nagykorúsi hajós neje, családjában gümőkór nem fordult elő. Gyermekkora óta gyakran szenvedett hasfájásban. 13 éves kora óta rendszeres menstruál. Egyszeri terhessége 4 év előtt korai időszakban elvetéléssel szakadt meg. 6 évvel ezelőtt vizelete genyes, zavaros kezdett lenni és jobb ágyékában gyakran fájdalmakat érzett. A vizelet időnként orvosi kezelésre feltisztult, véres sohasem volt. A vizelésnél mindig fájdalmak voltak, különösen, ha azt hosszabb ideig visszatartotta, a midőn a kiürítésnél a köldöktáj felé vonuló kolikaszerű fájdalmak léptek fel. Az ágyéktáji fájdalmak folyton tartottak és különösen lefekvéskor kínozták annyira, hogy gyakran aludni sem tudott. Bajának kezdete óta lesóványodott és elgyengült. Egy év óta fehérfolyás és méh hátra hajlása miatt nőgyógyászati kezelésben részesült. Vesebaja miatt esetleges műtét céljából *Korányi* tanár klinikájáról bemutatóhoz utasított.

A kórházba való felvételénél a halvány gyenge nő hasa puffadt, a jobb hypochondrium és jobb mesogastrium külső részét egy körülbelül gyermekfejnyi gömbölyded daganat tölti ki, mely tömött (tapintatú), duroratos felületű, a légzési mozgásokat nem követi. Hátrafelé az ágyéktájban terjed ki és ide helyezett kéz a másik kéznek a daganatra gyakorolt nyomkodását megérzi. Határa belső oldalán 3 ujjnyira marad el a középvonaltól, felfelé a bordaív alá húzódik, lefelé a csípőtányérig.

Vaginalis vizsgálatra a méh retrovertált dextroponált, jobboldali parametrium erősen, baloldali kevésbé rövidült és ellenálló.

Colon szénsavval való fellívásakor a képlet felett és ettől befelé fut el.

Vizelet napi mennyisége 6—800 gm. Fajsúlya 1020—1022, gyengén alkalikus, zavaros, igen bő szürkés genyszerű üledéket ad. Fehérje a genynek megfelelő mennyiségben. Vese alaklemek nem találtak. *Korányi* magántanár vizsgálati módszere alapján a vizelet fagyasztása által nyert adatokból az összes vesefunctio kielégítő voltára lehetett következtetni.

A 35 éves nőnél ismeretlen alapon fejlődött pyonephrosis kórisméztetett, a mely miatt műtét végzésére határozta el magát bemutató, a műtétet 1895 július 5-dikén végezte. Aether-narkosisban, 22 cm. hosszú *Czerny-féle* (ferde) metszéssel készített utat a jobboldali ágyéktájra és a has oldalán a veséhez. A vese zsírtokja szalonnaszerűen, kérgesen 2—3 ujjnyira vastagodott és annyira összetapadt a hashártyával, hogy a vesetok kiválasztása közben a hasfír megnyitott, de finom selyemvarratokkal csakhamar záratt. A megnagyobbodott vesében tükkel való beszúrás, valamint ujjal való tapintással is vesekövek jelenlétéről lehetett meggyőződni. Minthogy ezeknek nagyobb száma miatt a vese-medenczemetszés (nephropylotomia) nem volt javulva, de a vastag kérges vesetok erős odanövései miatt alig is lett volna kivihető, bemutató a vese convexitásán, hosszirányban való teljes felmetszésével tárta fel a vesemedenczét. Ekkor nagymennyiségű zöldes, büzös geny ürült ki és a tágult vesekelyhek- és medenczében 4 kis diónyi és számos kisebb törmelékcszerű kő volt feltalálható. A veseparenchyma elég épnek mutatkozott, ezért a vese teljes kiirtását H. nem végezte, hanem meggyőződéven arról, hogy minden követ eltávolított, a kettészelt vesét közepén nagy, elsüllyesztett catgutöltésekkel egyesítette, míg alsó és felső polusán visszahagyott nyílásokon át a vese üregét sterilgázotömészel kifelé drainezte.

A *lefolyás* alatt két héten át mérsékelt esti hőemelkedések voltak (egész 38^o ig). A sebürből a gázotömés fokozatosan kifelé huzatott és kisebbsített.

A vizelet napi mennyisége első héten 300—700 gm., később 1000—1400 gm.-ra emelkedett, a vizelet teljesen feltisztult. Kórházból való távozásánál augusztus végén a vizelés teljesen fájdalomtalanul történt; sebe minden sipoly nélkül tökéletesen behégedt. A beteg azóta súlyban folyton gyarapszik.

A *vesekövek uratok* voltak részben phosphatréteggel bevonva, összes súlyuk 11 gramm.

Kuzmik Pál. A bemutatott eset kapcsán egy analog esetet említ, mely épen most fekszik a II. sebészeti klinikán, s a mely esetben szeptember 22-dikén 6¹/₂ grammnyi vesekövet távolítottak el, melyet szóló bemutató. A gyógyulást ezen esetben csak az protrahálja, hogy a betegnek taeniája van, mely a táplálkozást zavarja; különben teljesen egészségesnek érzi magát, vizelete minden szilárd alkatrésztől ment, napi mennyisége (2000 cm³) a normalist még meg is haladja.

Korányi Sándor. Vesebántalmaknál, különösen, ha az operatio kérdése merül fel, kiváló fontossággal bír a vesék működési állapota felől tájékozódni. E tekintetből a vizelet mennyiségének és fajsúlyának meghatározása nem elegendő. Ezeknél fontosabb felvilágosítást ad a vizelet fagypontra süllyedésének meghatározása, a mely a vizeletelválasztásnál a vesék által kifejtett erőnek physikai értelemben épen olyan exact mértékét adja, mint a dynamometer az izomerőnek. A 24 órai vizelet fagypontja egészségeseknél mintegy 1^o és 2^o közt változik. A bemutatott betegnél 2^o24', egy más alkalomkor 2^o29' volt, a miből következett, hogy a beteg veséi a normalis maximumhoz közel álló erővel működtek. Ebből egyrészt nagy valószínűséggel ki volt zárható rosszindulatú álképlet, miután szóló eddigi tapasztalatai szerint ilyeneknél az általános elgyengüléssel és vérszegénységgel párhuzamosan a vesék ereje és ezzel a vizelet fagypontsüllyedése is rendellenesen kicsinyek, másrészt következett, hogy a pyelitis székhelyét képező vese elválasztó elemeinek nagyobb fokú elváltozása nem forgott fenn. Azért kívánatosnak látszott a műtétet a még mindenek szerint működésképes vese megtartásával végezni. A bemutatott eset pendantját képezi egy másik, melyet *Herczel* az egyesület egy régebbi ülésén ismertetett. Nephrotomia után visszamaradt vesefisztula állott fenn, a melynek váladéka fagyponjtára nézve egyezett a vérrel. A fagypon-tkülönbség eltűnése azt bizonyította, hogy a vese ereje 0-ra szállott alá s így annak eltávolítása a vizeletelválasztás szempontjából nem jelent veszteséget a betegre nézve. E következtetésnek megfelelően megejtett műtéténél kiűnt, hogy az eredetileg pyelitis vesében a phthisis renalis legelőrehaladottabb fokát érte el. Az eddigi rendelkezésre álló bő casuistika jogosnak bizonyítja azt a kijelentést, hogy a fagypon-t meghatározása a vesemegbetegedések diagnózisára nézve fontos s az eddigi alkalmazott eljárások segítségével el nem érhető felvilágosításokat ad.

Herczel Manó. Köszönettel veszi *Kuzmik* referatúmat s annál is inkább örövend, hogy a II. sebészeti klinika esete is gyógyult, mert az utóbbi időben hangok emelkedtek a conservatív eljárás ellen. Mindazon esetekben, midőn vesekövekre bukkanunk, kötelességünk conservative eljárni, mert rendszeren elgyengült betegek azok, kiknél a legesekélyebb vesegyűrűmabeli vesztesség is delectaer hatású lehet, mert a másik vese

nem képes túltengeni. Conservative kell eljárni akkor is, mikor a vese annyira roncsolt, hogy gyógyulása nem valószínű, mert később úgy is alkalmunk lehet a roncsolt vesét eltávolítani. Az ily secundaer végzett extirpatio meg van könnyítve, s bár ezt a vese összenövéssei megnehezítik, de azért könnyen kihámozható, ellenben a secundaer infectio veszélye ki van zárva, s a gyógyulás valószínű. Ha azonban a beteg vese sokáig nem mutat gyógyulási hajlamot, akkor nem szabad késni a műtéttel, mert secundaer ascendens megbetegedés léphet fel az uret creken át a másik vesén is. *Korányi* hozzászólását is köszönettel veszi, s szóló is figyelemzetet e vizsgálatok nagy fontosságára, mert ezek, ha nem is minden esetben, biztos következtetést engednek arra, hogy a vesék normalisan működnek-e vagy sem. Így egy esetben, mikor rosszindulatú vesedaganat állott fenn, s szóló *Korányi* vizsgálata alapján nem merte az operatiót megkísérteni, a beteg Bécsbe ment, hol megoperálták, s az illető másnap meg is halt.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Gyakorlatilag fontosabb mérgezések, írta Bókai Árpád tnr. (Belgyógyászat Kézikönyve, II. köt. 537-946. l.)

Várakozással tekintettünk Bókai tanárnak ezen legújabb munkája elé, már csak azért is, mert az tulajdonképen az első magyar önálló toxikologia. Igaz, hogy e munka csak egy (bár igen jelentékeny) részét öleli fel a modern toxikologia egész anyagának, mi nem is lehet másképp, mert csupán egyik fejezetét teszi a Belgyógyászat Kézikönyvének; de már így is oly nagy számát a gyakorlati életben felmerülő mérgezéseknek méltatja, hogy a szerzőnek nem nagy fáradságot fog okozni azon önkéntelenül keletkező kívánságunk teljesítése: vajha mostani művét behatóbb theoretikus részletekkel kibővítve, mint az első teljes magyar méregtantágabb olvasóköri és a tanulók rendje számára is könnyebben hozzáférhetőleg közrebocsátaná. Ez által is hadd veszítene súlyából az a folytonosan felhangzó vád, hogy a magyar orvosnövendéknek ninesen tanulni való könyve. E panasz ugyan nem illetheti a szerzőt, ki a maga munkáival, meg az assistensei által fordított jeles külföldi tankönyvekkel is már régen segíteni igyekszik e bajon; a jövőre azonban még mindig nagy feladatok várnak, mert a tanuló szívesebben forgatja azt a könyvet, a melynek az ize is hazai, ha a tartalma a legintenzívebb, leginternationalisabb tudomány is. Ezért látjuk, hogy a hallgatóság még mindig nagy áron vásárolja Balogh Kálmán kommentárját, dacára, hogy e nagytudományú munka (melynek hatásos része különben is jóformán elavult) minden kiválósága mellett is nem tankönyv, hanem lexikon.

Az előttünk fekvő munkát a mérgezéseknek általános kórtani és gyógytani bevezetése előzi meg. Itt mindjárt felemlíthetjük a „mérgezésnek“ érdekes definitióját a mű bevezető soraiban. Ezt a maga rövidségében is kimerítő definitiót csak akkor méltányolhatjuk a maga értéke szerint, ha meggondoljuk, hogy a mérgezés fogalmáról oly nagy elmék is, mint Claude Bernard, azt tartották, hogy abba a klasszisba tartozik, mint pl. az idő fogalma, melynek jelentését mindenki érzi, de azt szóval, különösen rövid szóval körülírni senki sem képes; sőt még Kobert néhány év előtti igen kimerítő, de sajnos igen terjedelmes definitiója előtt a legtöbb toxikologia azzal a lemondó kijelentéssel kezdődik, hogy a „mérgezésnek“ minden irányú, úgy az orvosi, mint a jogi és a közéleti szempontokat felölelő meghatározása egyszerűen lehetetlen. Ugyanez a bevezető részben találunk két érdekes statistikai táblázatot a legnevezetesebb magyarországi kórházakban és a budapesti önkéntes mentőegyesület gyakorlatában előfordult mérgezési esetekről. Tudva azt, hogy a mérgezések statistikája milyen hiányos még, nemesak nálunk, hanem a külföldön is, szívesen látjuk ezeket a fáradságos összeállításokat, melyeken kívül csupán Falck (elég régi) toxikológiájában találunk tabellaris összeállításokat a külföldi mérgezések gyakoriságára, a halálos dosisok nagyságára stb. vonatkozólag. Bókai tnr. munkájában az egyes mérgezések részletező előadásában is mindenütt helyet foglal az azokra vonatkozó statistika, a mennyiben t. i. hozzáférhető volt az.

Ugyanezen bevezetésben érdekes részletet találunk (dr. Kuthynak és Keresztszeghynek a szerző intézetében végzett kísérletei kapcsán) azon kérdésre vonatkozólag, hogy mily mértékben történ-

hetik a szervezetnek méregtelenítése a veseműködés fokozódása által hypodermoklysis útján, vagy pedig nagy víztömegeknek a gyomorba történő beöntése által. Szerző — Binz nyomán — említi, hogy az ily irányú vizsgálatok kezdeményezője Sanquirico volt, ki 1887-ben tette közzé tanulmányát. Binznek ez az állítása azonban nem egészen egyezik a történelmi igazsággal, mert az ilyen célú kísérletezés első úttörője a toxikologia terén is felejtetetlen zsenialitású Magendie volt, a kinek dolgozata annál inkább elkerülhette Binz figyelmét, mert e század elejéről, tehát abból az időből származik, a mikor a toxikológiát még nem létezettnek szoktuk tekinteni, mert nem létezett a fiziológiai kísérletezés mai logikus rendszere sem.

A mérgezéseknek részletes ismertetésében szerző mindenütt behatóan tárgyalja az illető mérgező anyag által a szervezet szöveteiben okozott kórboneztani változásokat is, a mi teljesen meg is felel a modern toxikologia Kobert által oly lelkesen propagált irányának. Szerző abban a kellemes helyzetben volt, hogy különösen az idegrendszernek bizonyos mérgezések alkalmával bekövetkező kórboneztani és szövettani elváltozásaira nézve úttörő magyar munkákra hivatkozhatott. Általában az egész munka folyamán meglátszik az a gond, melylyel a szerző a magyar buvárok produktumait méltatja, sokszor bő kivonatban is ismertetve azokat, de ha másképp nem, legalább utalva rájuk. Az Orvosi Hetilapban, a Gyógyászatban évtizedek során megjelent casuistikai közleményeket mind feltaláljuk a műben. Csak helyeselnünk lehet azt is, hogy Bókai tnr. figyelembe véve, hogy első sorban a gyakorló orvos számára ír, elkerülte a mérgeknek ama komplikált csoportosítását, fejezetekbe osztását, melyet különösen az újabb toxikológiai írók könyveiben találunk és a mely chemiai vagy kórboneztani tekintetekre lévén alapítva, az alfejezeteknek nehezen áttekinthető, hosszú sorát teszi szükségessé. Ő az általa tárgyalt mérgeket mindössze négy csoportba foglalja: maró mérgek, parenchym-mérgek, vérmérgek és idegmérgek csoportjába. Az elsők között a par excellence maró hatású organikus és anorganikus savakat, lúgokat és benzolszármazékokat (sósav, kénsav, salétromsav, eczetsav, sósavasav, marólúg, ammoniak, karbol, hydrochinon és homológjai); a parenchym-mérgek közé az arsen, antimon és a nehéz fémek, a chromsav, ezüstnitrát, baryum sók, továbbá a népies abortiv szerek (sabina, thuja, biota orientalis, taxus, ledum, ruta) és a lytta vesicatoria van besorozva, szintúgy a chemiailag nem eléggé ismert organikus mérgek közül a kigyómérge, a ptomainok és a gombák. A vérmérgek közt a világitó gázt, a szénoxidot, a cyanos mérgeket, kénhidrogént, anilint és nitrobenzolt fejtegeti. Az idegmérgek fejezetében az alkohol, aether, chloroform; az anyarozs, opium, a tropinek; a coniin, strychnin, pikrotoxin, aconitin és a többi közönségesebb göresokozó alkaloidok foglalnak helyet. Az egészet jól áttekinthető betűrendes tárgymutató és tartalomjegyzék fejezi be. Egyes fejezetekhez (pl. a kigyómérgekéhez) felvilágosító ábrák is vannak adva, szintúgy a munka végén egy tábla rajz a vérnek nevezetesebb mérgezésekkor látható spectrumváltozásairól. Különösen behatóan és látható szeretettel van tárgyalva a phosphor, ólom, higany, szénoxid, alkohol, opium és a strychnin-mérgezés, mit részint ezeknek mindennapi fontossága, részint az magyaráz meg, hogy a méregtan e fejezeteinek ismeretéhez maga a szerző vagy tanítványai is hozzájárultak munkálataikkal.

Szívesen üdvözöljük Bókai tanárnak fáradsággal és beható gondtal készült munkáját, melyet könnyed, világos előadásánál, tartalmasságánál és a mindennapi élettel való közeli kapcsolatánál fogva haszonnal fog olvasni a magyar orvosok intelligentiája. Ez a munka nem azoknak az orvosirolalmi produktumoknak a kategóriáját szaporítja, a melyek még gyorsabban halnak meg mint a hogy születnek. K.

II. Lapszemle.

Sebészet.

Húgyhólyagsérv. Rose esete rendkívül érdekes a gyakorló sebészekre. Fiatal nőbetege 3 év óta lágyéksérvben szenved s orvosi rendeletre 3 héten keresztül sérvkötőt hordott, melyre azonban a bal lágyéktájón a daganat oly fájdalmas lett, hogy a sérvkötőt tovább nem hordhatta. A daganat ez idő alatt nem nagyobbodott, de az utóbbi hónapokban vizeleti nehézség köszöntött

be. Vizelete gyakran elrekedt; sokszor másfél napig sem vizelt s ekkor azt tapasztalta, hogy a lágyéktájon lévő daganat növekszik. Az anamnesis tüzetes meghallgatása után a physikai vizsgálat sem derítette föl tisztán az esetet. A daganat a lágyékcsatorna mentén volt kitapintható s követhető a nagy ajakba, mint a hogy az az asszonyok lágyéksérvénel többnyire megesik. Fekvéskor a daganat többnyire visszahúzódott s a reponálási műveletek mindig sikerültek. A bemetszés felette meglepte a szerzőt, mert a lágyéktáj bemetszése után hasztalan keresett a béldarab után, mert annak nyomára nem akadt. A narkozisban végre a beteg hányási rohamot kapott, mire a lágyéktáj daganata csakhamar megjelent. Incissióra a daganatból vizelet ömlött ki. Egy másik hányási rohamban már omentum is tolt ki a sérvkapun, melynek alakítása után reponálta azt. A hólyagon ütött sebnyílás varrással egyesítettett. A húgycsapon lebocsátott vizelet kevésbé véres volt kezdetben, későbbben mindig tisztább lett s a beteg fölépült. (Med. News 1894.)

Novotny dr.

A hólyagkö elektrolysis. Már a régiek is arra törekedtek, hogy a hólyagban levő köveket valamelyes úton-módon feloldják. A kísérletezések azonban inkább chemiai úton folytak. Egyes ásványos vizek annak idején nagy hírnévre tettek szert s ma már csak történelmi jelentőséggel bírnak. Úgy látszik, hogy Yvon felújítja a régi vágyat, a húgykőnek a hólyagban való föloldását. Yvon kísérleteit a laboratóriumban megindítván, azon tapasztalatra jött, hogy a natriumsulfat vizes oldatában az elektromosság a húgykövet vagy feloldja, vagy porhanyóssá teszi. Miután a húgykővek egész sorozatánál ugyanazon eredményre jutott, azt ajánlja, hogy töltésük meg natriumsulfat-oldattal a hólyagot s a kőmorzsolóhoz hasonló elektrod közé fogva a követ, elektromos áramot hajtunk rajta keresztül. Minthogy a laboratoriumi kísérletek minden esetben beváltak, Yvon azt ajánlja, hogy vigyük ezt át a praxisba is, mert a kísérletek szerint a kő vagy föloldódik, vagy olyannyira porhanyóssá válik, hogy a kemény kő is felette könnyű módon morzsolható. Sok esetben pedig apró törmelékekre esik szét s a beteg könnyen kivizelheti. (Ann. d. mal. org. gen. urin 1894.)

Novotny dr.

Bőr- és bujakórtan.

A bőralatti sublimat-befecskendezési kurának relativ értékéről a többi higanykurákhoz viszonyítva címén G. Lewin a „Verein für innere Medicin“ben Berlinben előadást tartott. Miután L. röviden vázolja, hogy jutott az injectiós kurához, a különféle kezelési methodusok részletezésébe és saját methodusának kritikus összehasonlításába bocsátkozik. A *dörzsölési kurát* illetőleg részletezi azon felfogást, hogy a higany a vérkeringésbe nemcsak a szőrtüszők és bőrmirigyek segítségével szívódik fel, hanem a bedörzsölés alatt elpárolgó higany belégzése is fontos szerepet játszik ennek bekebelezésében és hivatkozik számos kísérletre és tapasztalati tényre. Hibául rója fel ezen methodusnak a higany-mennyiség bizonytalan meghatározását. Előnyösebbnek tartja a hypodermatikus gyógykezelést és pedig a sublimat-injectiókat, mint ő ezt már 32 év óta műveli, és észlelési anyaga már a 80,000-et túlhaladja. (0.6 gm. sublimat: 100.0 gm. víz oldatából naponta 2 gm. folyadékot, tehát 0.012 gm. sublimatot fecskendez be saját szerkezetű fecskendővel.) A sublimat-injectióknak, vagyis az oldható sóknak sok tekintetben előnyt ad a bedörzsölési kura és az oldhatatlan sóknak bőralatti befecskendezése felett. Eltekintve, hogy az oldhatatlan higany-készítmények befecskendezése után gyakran igen súlyos acut mérgezési tünetek állhatnak be, melyek ellenében azután az orvos tehetetlen, és melyek veszedelmét erős izomösszehúzódások vagy traumák által a befecskendezett helyek felett csak fokozhatónak tartja, a következő mérgezési tüneteket viszonyítva a higany különféle bekebelezési módjaihoz kritikusan részletezi: A *stomatitis* oldhatatlan higany-készítményekkel kezelésnél a legtöbb szerző szerint meglehetősen számban (10%—50%) lép fel; 2—6%—ban a stomatitis igen súlyos volt (gangraenosus ulceratiónak a foghúson és szájnákhártyán, fogak kiesése stb.). Egy másik sajátága ezen stomatitiseknek, hogy hosszú ideig fennállanak, és hogy a súlyos alakok gyakran későn — már a betegek elbocsátása után — bekövetkeznek. Egy harmadik sajátáguk a hirtelen és váratlan megjelenés. Nem kevésbé gyakran lép fel a stomatitis a bedörzsölési kuránál is, kiemeli,

hogy milyen nehezen vihetők véghez a kellő hygieniai óvszabályok kevésbé intelligens és kórházi betegeknek. Egy másik hátránya a bedörzsölési kurának a többiek között pedig abban áll, hogy azon nemluetikus személyek is könnyen kaphatnak stomatitist, kik ugyanazon helyiségben tartózkodnak, a hol a bedörzsölések történnek; idevágó számos példát felemlít. A mindennapi sublimat-injectióknál mindez kellő óvatosság mellett kikerülhető és 32 évi észlelése alatt egy intenzívebb stomatitist sem tudott feljegyezni. A sublimat-injectióknál azon súlyos *enteritiseket*, melyek a dörzs- és oldhatatlan sókkal való kuránál különféle szerzők szerint 3%—14%-ban fellépnek, Lewin alig észlelte. Ezeket is hasonlóképen az jellemzi, hogy hirtelen és gyakran hosszabb idővel a kura után jelentkeznek. Egy másik tünet a *nephritis*, mely ugyan eddig az előbbieknél is gyéren észleltetett, a sublimat-injectióknál azonban sohasem fordul elő. Egy negyedik tünet az *emboliák* (különösen tüdőkből), eddig csak az oldhatatlan sók alkalmazásánál fordultak elő, a sublimat-injectióknál sem ő sem más szerző nem észlelte. Továbbá utal az *idegrendszer megbetegedéseire*, melyek szerinte sokkal nagyobb mértékben és többféle alakban fejlődnek ki, mint ezt eddig közölték, úgy a dörzskuránál, és különösen az oldhatatlan sók befecskendezésénél, míg ezt saját módszerénél nem tapasztalhatta, csak egyes kivételekben enyhébb tünetek alakjában. A mi a *localis fájdalmakat* illeti, ezek természetesen a dörzskuránál nem jöhetnek tekintetbe, azonban ő vele a legtöbb szerző az oldhatatlan sókkal való kezelést fájdalmasabbnak találta. A *tályogok* keletkezését sublimat-injectióknál sohasem észlelte (24,000 injectio mellett, melyet maga végzett), míg az oldhatatlan sók alkalmazásánál a legtöbb szerző 2%—15%-ot látott, jöhetnek ezeket az orvos ügyességétől és óvatosságától teszi függővé; a dörzskuránál gyakran nagyfokú furunculosis lép fel. *Exanthemák* mindkét sónakbefecskendezésénél, ugyan gyéren, szoktak előfordulni, súlyosabb következményei azonban nem voltak; hangoztatja a dörzskuránál oly gyakran előforduló eozemát, sőt súlyosabb (pemphiguszerű) bőrkiütésekről is tesz említést, melyek egyes esetekben halálos kimenetelűek is voltak. A *recidivák* minőségéről és gyakoriságáról biztos adatokkal nem szolgálhat, azonban kisebb statistikák összeállításánál azon eredményhez jutott, hogy a recidivákat a bedörzsölési kura legkedvezőtlenebben befolyásolja (? ref.). Végre az irodalomból azon *halál eseteket* sorolja fel, melyek oldhatatlan sók befecskendezése után történtek, és melyeknek száma eddig 15; hasonlóképen néhányat említ dörzskurák után, midőn is azon meggyőződését fejezi ki, hogy a haláleseteknek száma sokkal nagyobb, de nem hoztatnak napvilágra, és azt hiszi, hogy számos halálos dysenteria ezen okra vezethető vissza. Sublimat-injectióinál eddig halálesetet nem észlelt, de más szerző sem tesz említést.

Aeschner Arthur dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Orrvérzés ellen** Cozzolino tanár a trichlor-ecetsavat ajánlja. Finom watta tampon 3%-os trichlor-ecetsav-oldatba mártva, szonda segítségével megérintjük vele az orrnákhártyát. Az esetleg fellépő égető érzés megakadályozására egy kevés tömény cocain-oldatot is lehet hozzá tenni. (Wiener medic. Presse, 1895. 44. sz.)

2. **Orvosság heveny hörghurut eseteiben:** Rp. Natrii salicylici, Ammonii carbonici, Tinct. camphorae aa 4.0; Syr. aurant., Syr. tolut. aa 15.0; Aquae ad 120.0. M. D. S. 3 óránként egy kávéskanálnyi. (Practitioner, 1895. július.)

3. **Arsen bőr alá fecskendezése.** Kernig kiterjedten használja a Fowler-féle oldat bőr alá fecskendezését. A sol. arsen. Fowleri-t 2-szer annyi vízzel hígítva, 1/2 fecskendőnyit fecskendez be naponként. A módszer különösen ott ajánlatos, a hol az arsen használata javalt, de a gyomor az arsen nem tűri. Különböző szerző szerint az sinez kizárva, hogy talán a bőr alól gyorsabban és biztosabban hat az arsen. (Zeitschrift für klin. Medicin, 28. köt. 3. 4. sz.)

4. **Taenia elhajtására** Newington jó eredménnyel használja a jodot következő összetételben: Rp. Kalii jodati 2.25; Jodi puri 0.75; Aquae destill. 30.0. M. D. S. 3-szor naponként 10 cseppet. (Wiener medic. Presse, 1895. 44. sz.)

TÁ R C Z A.

Tanácskozás a fogorvosi kiképzés és fogorvosi gyakorlat rendezésének ügyében.

Mind a két tárgynak aktualis jelentősége van.

A budapesti egyetemen az orvostanártestület kezdeményezésére már évekkel ezelőtt megkezdődött a mozgalom, hogy egyetemünkön meg legyen az alkalom arra, hogy orvostanulóink és fiatalabb orvosaink magokat a fogászatban kiképezhessék úgy az általános, mint a specialis fogorvosi gyakorlatra. A közoktatásügyi kormányzat fel is állította a budapesti orvosi karral kapcsolatos fogászati intézetet, igénybe is vették azt már orvostanulóink és ifjú orvosaink közül sokan.

Az intézet berendezése azonban még mindig csak kezdetén van. Nincs benne elég tanerő. Nincs továbbá rendezve a specialis fogorvosi kiképzés ügye, különösen pedig az, hogy meddig kelljen tanulni annak, a ki specialis fogorvosi kiképzetéséről specialis bizonyítvány birtokába akar jutni, hogy okmányilag is dokumentálhassa specialistaságát, a mire különösen szükség van a külföldi fogászati oklevelekkel nálunk letelepülő és nostrificationalis vizsga alapján gyakorlatra jogosított fogorvosokkal szemben.

Maga a fogorvosi gyakorlatra jogosítás ügye is zavaros. A közegészségügyi törvény értelmében nálunk fogorvoslással csak okleveles orvos vagy sebészdoktor, sebészmester vagy fogászmester foglalkozhatik, sőt a büntető törvénykönyv kihágásnak minősíti azt, ha szabályszerű jogosítvány nélkül fogorvosi teendők végeztetnek: mégis elég sokan foglalkoznak fogorvoslással nálunk olyanok, kiknek eme qualificatiójuk hiányzik. Sőt maga a belügyministerium — engedve a vidék szükségleteinek — utóbb a foghuzás gyakorlásának engedélyezését egészségügyi intézkedésnek deklarálva átengedte a fogorvoslás e részére a szabadalom megadása feletti döntést a nem szakértő fórumoknak.

Helyén volt tehát megbeszélés tárgyává tenni e kérdéseket ama tanácskozási munkában, melyet e végből a közoktatásügyi minister hívott össze a múlt hó 25-dikén, a melyben részt vettek a közoktatási és belügyministerium képviselői, a két egyetem meghívott szakemberei és két fogorvos-specialista.

Az eszmecsere különösen két kérdés körül forgott. Az egyik az volt: vajjon a fenforgó hazai viszonyok között szükség lenne-e arra, hogy a fogorvosi gyakorlat orvosdoktori oklevéllel nem bírónak is megengedtesse? olyanoknak talán, a kik valamely berendezendő alsóbb rendű fogorvosi tanfolyamban sikeresen részt vettek? A jelenlevők túlnyomó része abban a nézetben volt, hogy nincsen szükség a fenforgó viszonyok között valamely alsóbb rendű fogorvosi tanfolyam berendezésére és elegendő lesz az, ha a megkezdett irányban a fogászat tanítása tovább fejlesztesse és kellő intézkedések tetetnek arra, hogy egyetemes orvosdoktoraink még tanfolyamuk alatt kiképezhessék magukat a fogászat azon részeiben, a melyek az egyetemes orvogyakorlatra szükségesek, továbbá arra, hogy az egyetemi fogászati intézetben specialis kiképzést is nyerhessenek azok, kik arra jelentkeznek. Sok nézet hangzott fel azonban a mellett is, hogy addig, míg különösen az ország egyes vidékei teljesen orvosi segély nélkül vannak, átmenetileg kellő felügyelet mellett megengedtesse egyes nem orvosoknak is, a kik arra elég ügyeseknek mutatkoznak, a foghuzás gyakorlatával foglalkozni.

A külföldi fogászmesteri és fogászdoktori oklevelek nostrifikálását illetőleg nem jött létre semmi lényeges megállapodás, mivel az idő előhaladta miatt e kérdést alapos eszmecsere tárgyává tenni nem lehetett.

Női iskola Szent-Pétervárott.

Szent-Pétervárott 1897-ben nyílik meg a női orvosi iskola. A császár az intézet szabályzatát folyó évi június hó 1-jével kelt elhatározásával már jóvá is hagyta. Az orvosnőket főleg a szülészeten, nőgyógyászatban és gyermekbetegségek tanában óhajtják kiképezni. Az intézetnek internatusa is van olyan nők számára, kik nem lakhatnak családjuknál.

A költségeket az alapítványok kamataiból, adományokból, subventióból s a tandíjából fedezik. Az igazgatót a közoktatás-

ügyi minister az orvostanárok közül nevezi ki. A tanács a tanárokból alakul s oktatásügygyel foglalkozik. A gazdasági ügyek élén az igazgató áll, ki az ügyeket bizottság elé viszi, mely 4 tanárból s a curatori bizottság 2 tagjából áll.

Ez utóbbi tagjait a minister nevezi ki s feladata az intézet anyagi fejlődését előmozdítani. A tanulók közvetlen ellenőrzését felügyelő eszközli. A tanárokat a közoktatásügyi minister nevezi ki az egyetemi előadások tartására képesítettek közül.

Az intézet a szent-pétervári iskolai kerület curatora alá tartozik, s a főfelügyeletet a közoktatásügyi minister gyakorolja.

Az intézet növendékei 20—35 éves *keresztény* vallású nők. Felvételkor a következő okmányokat kell bemutatniok: a) korukat, vallásukat s családi állapotukat igazoló irat, b) előtanulmányaikról szóló bizonyítvány, c) erkölcsi bizonyítvány, d) kiskorúak vagy férjezeteknél szüleik vagy gyámjuk beleegyezését tartalmazó irat.

Előtanulmányul érettségi bizonyítványt kívánnak, s ezenkívül a latinból felvételi vizsgát kötelesek tenni.

Kivételt képeznek azok, kik tanulmányaikat a szent-pétervári felsőbb női szakiskolában vagy ezzel egyenlő rangú intézetben sikerrel végezték.

A tandíjat a minister állapítja meg. Tanulmányaik alatt egyenruhát kötelesek viselni.

A következő tantárgyakat tanítják:

a) boncztan, b) szövettan és fejlődéstan, c) élettan, d) általános kórtan, e) specialis kórtan, gyógytan, orvosi diagnostika és orvosi vegytan, f) szerves és szervetlen vegytan, g) physika, h) ásványtan, növénytan, boncztan, i) gyógyszerstan, j) méregtan, fürdőtan, vénytan, k) kórboncztan és kórszövettan, l) szülészeti (klinikán), m) nőgyógyászat (klinikán), n) gyermekgyógyászat (klinikán), o) hygiene, p) boncztan, q) szülészeti és nőgyógyászati műtétan (klinikán), r) bőr- és bujakórtan (klinikán), s) szemészet (klinikán), t) ideg- és elmekórtan (klinikán).

A fül-, gége- és orrgyógyászat tanítását, ha az anyagi körülmények megengedik, szintén tervbe veszik.

A tanulmányi idő 10 félév. Az utolsó 2 félév kórházi gyakorlatra szolgál.

A vizsgálokat a minister nevezi ki.

A kik tanulmányaikat sikerrel végezték, diplomát kapnak, mely jogot ad: a) orvosi gyakorlatra, úgy mint az orvosoknak, b) recept-írásra, c) mint specialista nő- és gyermekgyógyászok intézeti állások elfoglalására, kivéve az állami szolgálatot, d) bonczolások végzésére s női és gyermekkórházakban való alkalmaztatásra, e) törvényességi esetekben külön megbízás alapján, mint adjunctusok nők s gyermekek vizsgálására.

De nem lehetnek városi közkórházak igazgatói, ilyenek bonczolói, megbízás nélkül szakértők s a reform-tanács tagjai.

Az intézet egybeköthető gyógyszerész-iskolával. (Revue international de l'enseignement. 1895. november.) G. E.

Heti szemle.

Budapest, 1895. december 6-dikán.

A nők orvosi kiképzésének kérdése nagyobb vitát idézett elő az osztrák parlament budget-bizottságában. Beer dr. képviselő a következő resolútiók elfogadását ajánlotta: 1. A kormány kezdje meg a magasabb leányiskolák organisatióját; 2. azon lányok, kik a kormány által kijelölt valamelyik gymnasiumban érettségi bizonyítványt szereztek, az orvosi és bölcsészeti facultás előadásaihoz bocsátandók; 3. azon nőknek, kik tanulmányaikat valamely külföldi orvosi facultáson végezték, a doctori fokozat elnyerése végett a szigorlatok letévése megengedendő. A vitában a közoktatásügyi minister megjegyezte, hogy a nőkérdés problémájának megoldására inkább új hivatáságak megteremtésével kell törekedni, nem pedig oly módon, hogy a férfiaknak az amúgy is túlszűlt pályákon vetélytársakat nevelünk a nőkben. A gymnasiumok mostani berendezése nem nőknek való. Különben a női orvosjelöltek száma is ma még nagyon csekély, úgy hogy az egyetemeken részükre külön berendezéseket életbeléptetni nem volna okadatot. Általában kiemeli, hogy az oktatásügyi kormányzat legközelebbi és legmagasabb feladata az maradjon, hogy a nőket saját gyermekeik nevelőivé tanítsák ki. A vita azzal végződött, hogy a többség Beer resolútióit elfogadta. A bécsi orvosi kamara által a kérdés tanulmányozására kiküldött bizottság referensé a következő tetteket óhajtja alakjában a képviselőház elé terjeszteni: 1. A képviselőház hallgassa meg az orvosi kamarák véleményét a nők orvosi kiképzése tárgyában. 2. Vegye kegyes tudomásul, hogy a bécsi orvosi kamara, tekintve az orvosi pálya nehézségeit és követelményeit, a nőket kevésbé alkalmasaknak tartja az

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Primaer lépsarcoma miatt végzett lépkiirtás. Gyógyulás.¹

Közli: *Herzfel Manó* dr., egyet. magántanár, közkórházi rendelő sebész.

Már évszázadok óta ismert tény, hogy a különben egészséges emberi szervezet a lép hiányát minden káros következmény nélkül bírja el, mint ezt az olasz *Zuccarello*-nak 1549-ben és a francia *Viard*-nak 1581-ben végzett műtétei igazolták. Ezek a sérülés folytán előesett lépet irtották ki a gyöknek erős alakötése után. Az első azonban, ki tudományosan felállított javalat alapján végzett lépkiirtást 1826-ban, a német *Quittenbaum* volt, bár a kórosan elváltozott hypertrophikus lépnel végzett műtét sikerre nem vezetett. Csak 30 év múlva tett újra hasonló kísérletet *Volney-Dorsay* Amerikában és pedig sikeresen; ellenben *Küchler* Darmstadtban ugyanazon időben kedvezőtlen eredménnyel végezte a lépkiirtást. Mindketten hypertrophikus, malariás lépet irtottak ki. *Küchler* esete a Darmstadtban létező hesseni orvostársulat előtt élénk vitát keltett és a társulat *Simon Gusztáv*, a híres heidelbergi sebész-szel élén, majdnem egyhangúlag a műtét ellen nyilatkozott, tagadván a lépkiirtás jogosultságát. A dorpati orvosi tanártestület levén hivatva a kérdésben ítéletet mondani, határozottan *Küchler* mellett foglalt állást, annál inkább, mert *Volney-Dorsay* esetében egy szerencsés kimenetelű műtetre praecedens talált. Mivel azonban a 60-as évek végéig jeles angol sebészek (*Spencer-Wells, Brown, Bryant*) — igaz ugyan, hogy mindnyájan többnyire leukaemiás lépnel — egyetlen sikeres műtétet sem bírtak felmutatni, a műtét teljesen hitelét veszítette. Csak 1867-ben végzett *Péan* egy szerencsés kimenetelű lépkiirtást a szervben székelő cystánál.

Nemsokára a Lister-aera köszöntött be és az antisepsis hathatós támogatása mellett *Billroth, Czerny, Martin, Köberle* és mások a 70-es években jó eredménnyel operáltak.

Daczára a hassebészet óriási fejlődésének, daczára az antiszeptikus aera védőszárnyainak, a lépkiirtás még manapság is a legsúlyosabb és legritkább műtétek közé tartozik. *Vulpinus Oscar* 1894-ben megjelent statistikájában az összes világirodalomról csupán 121 esetet volt képes összegyűjteni; azóta 7 eset lett még közölve, összesen tehát 128 esetről van tudomásunk. A műtétknél közel 50% mortalitást találunk, a mit érthetővé tesz ama körülmény, hogy az esetek közt a leukaemiás lépmegetedés, melynél a műtét jóformán biztosan halálos (csak egy eset gyógyult; ennél is a leukaemia nincs bebizonyítva), összesen 28-szor fordult elő.

Remélhető, hogy idővel, ha nagyobb számú pontosan megfigyelt és műtett eset lesz közölve, a lép egyes megbetegedéseinek kórképét, diagnosisát és a műtét javalátokat szabatosabban leszünk képesek megállapítani és ezzel párhuzamosan a lépkiirtás halálozási százalékát a minimumra csökkenteni.

¹ Betegbemutatással előadta a közkórházi orvostársulat 1895. évi október 16-diki ülésén.

Ép ezen czél elérése végett szükséges még manapság is minden egyes esetet ismertetni és ezért bátorkodom én is a következő igen ritka és a maga nemében egyetlen esetet a tisztelt társulatnak bemutatni.

A megbetegedés a lép primaer újképleteinek sorába tartozik, melyek magukban véve is annyira ritkák, hogy a kórboneczkok létezésüket hosszú ideig kétségbe vonták. Az eset a következő:

M. Lajos, szalánczi születésű, 14 éves tanuló. Szülei és 3 testvére élnek és egészségesek. Kiállott betegségekre nem emlékszik. Jelen baját illetőleg előadja, hogy néhány hét előtt lett figyelmes a hasának bal felében fejlődő daganatra, a midőn egy nehéz súly emelésénél e helyen fájdalmat érzett. Úgy veszi észre, hogy ezen daganat az idő óta is növekedett. Utóbbi időben kissé lesoványodott.

A szt. István-kórházba való felvételnél a mérsékelt táplált halvány fiú csontrendszere jól fejlett, alaki eltérést nem mutat. Nyelve kissé bevont. étvágya jó; nyelés szabad.

Mellkasa mérsékelt domború, a mellkasi szervek kopogtatás és hallgatózásra normalis viszonyokat tüntetnek fel. A májtompulat határai rendesek.

A has assymetrikusan baloldalt erősebben elődomborodó; a köldök táján pedig egy ökölnyi, gömbszerű kiemelkedés tűnik elő. Tapintásra egy gyermekfejnél jóval nagyobb tumor érezhető, mely a hasnak bal felét teljesen kitölti. Felfelé a bordaív alá terjed. Felső határa a középvonalban a scrobiculum cordisnál, külső határa a hátsó hónaljvonalban van. Lefelé egy harántujnyira a crista ilei felett ér le, a középvonalban alsó határa 4 harántujnyira van a köldök alatt. Belső szélé a köldököt még jobbfelé 2 harántujnyira éri túl. Felülete dudorzos; a középvonal felé eső oldalon mindjárt a köldök felett egy hilusszerű bevágódás érezhető. A daganat res-istens tapintatú. A légzési mozgásokat lassan követi, transversalis irányban elég jól mozgatható. Felette a kopogtatás hangja tompa, tompulata a bordaív alá merőleg a lép tompulatával egybefolyik. A bal ágyéktáj azonban dobos kopogtatási hangot ad.

Bimanualis vizsgálatnál a lumbalis tájra tett kéz nem érzi a másik kéznek a daganatra való lökdöső nyomását. A colon felfeléjénél (a végbélen át) a colon descendens látszólag a daganat mögött húzódik el.

Vérvizsgálatnál a fehér és vörös vértestecsek aránya normalisnak mutatkozik. Vizelet idegen alkotórészekből mentes.

Gondolni lehetett arra, hogy a jelen esetben kimutatható daganat a léppel áll összefüggésben, de nem volt kizárható az, hogy a pancreasból vagy retroperitonealis nyirkmirigyekből ered. Leukaemikus lépmegetedést a vérvizsgálat negatív eredménye alapján ki lehetett zárni. Hogy a pancreasból eredő lenne, ellene szólt a daganat nagysága és a colonhoz való viszonya. Biztos kórismét felállítani azért sem lehetett, mert az elsődleges lépsarcoma, különösen pedig egész fiatal korban a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

Hogy a diagnosit megejthessem és, ha lehet, a műtétet végrehajtsam, a hasmetszésre határozottam el magamat.

A műtétet 1895. július 22-én végeztem. Chloroformnarkosisban a linea alban hatoltam be a kardnyujtványtól a köldök alá 4 ujjnyira vezetett metszéssel a hasűrbe. A tumor közelebbi vizsgálatra lép daganatnak bizonyult. A daganatot kettős peritonealis burok fedte, mely nem volt egyéb, mint az erősen kivongált ligamentum gastrocolicum. Fejlődése közben a daganat, ezt maga előtt tolvá, a flexura coli sinistra felett növekedett befelé és lefelé. A nagy cseplesznek a daganat alól visszacsapódott szabad része szintén többszörösen oda volt növe. Mindez megnehezítette a tumornak kifejtését. A daganat alsó szélé felől ennek hossz tengelye irányában szeltem át a fedő hashártyalemezeket előleges kettős selyemlánczligaturák alkalmazásával, majd elővigyázatos vérzéses állapítással a gyomor nagy görbülete és fundusáról — lig. gastrolienale helyén — fejtettem le a daganatot. Kifelé a sima peritonealis burok csak laza összenövéssekkel bírt, úgy hogy a tumort könnyebben lehetett kifelé hengeríteni és ez utóljára csak a lig. colicolienale és a pancreas farkánál maradt összefüggésben.

Bár a vérzés mindeddig csekély volt, e pillanatban erős choc állott be a szívműködés nagyfokú gyengülésével, mely csak camphor-aether-injectiókra engedett. A pancreasnak egészséges szövetségében történt végre vastag selyemligaturával való alakötés után a daganat teljes kiszabadítása. A hasűrben metastasisnak nyoma sehol sem volt található, csak a máj bal lebenyének felszínén látszott két apró szürkessárga gób.

A hasúr elzárása előtt a lig. gastrocolicum kettészelt széles lapjai 6 selyemöltéssel egyesítették és így a flexura coli sin. felfüggesztése teljes volt. A hasfal felváltva elsüllyesztett silkworm- és az egész hasfalán áthatoló selyemöltésekkel lett elzárva.

A kiirtott képlet emberfejnagyságú, súlya (alkoholban) 2456 gm.; hossza 25 cm.; szélessége 19 cm.; vastagsága 11 cm. Nagyjából vesőalakú. Felszíne diónyi egész ökölyi szürkésárga dudorok által egyenetlenné tett, a melyek közötti barázda ibolyavörös színű lépszövet tölti ki. A képletnek alsó polusát a lépnek rendes tömörségű, ép kinézésű, 7 cm. széles részlete képezi, mely az egész tumornak csak függelékeként tűnik elő. Átmetszeten sötétvörös lépszövetbe ágyazva mindenütt elszórtan diónyi egész almamekkoraságú szürkésfehér és fehéressárga, elég élesen határolt, kevésbé tömött — sőt a nagyobbaknál középen szétmálló — góczok vannak, melyek részben a felületen elől tűnő dudoroknak felelnek meg. E góczok apróbb lencsényi egész babnyi göbökből vannak felépítve, vakarásra sok tejfelszerű váladékot adnak. A góczok közötti megmaradt lépszövet mennyiségére nézve a rendes lép mennyiségének megfelel.

A daganatgóczok szövottani vizsgálatra a fehér véresejtek nagyságát alig meghaladó és ezektől csak magvaik gyengébb fejlődése által különböző sejtelemekből vannak összetéve, éles határ nélkül mennek át a lép parenchymájába, a mennyiben a lép saját gerendezete helyenkint egyenetlenül folytatódik, a góczok szövetébe sok helyen rosszul conservált mytoticus alakok. Görcsövi lelet: *Sarcoma rotunda cellulare liens.*

Lefolyás. Műtét utáni első nap a gyermekben a choc jelei praevaleáltak. Erverés 132, légzési frequentia, nyugtalanság és erős hasfájdalmakkal. Azonban már harmadnapra hányinger nem volt, szelek mentek, a has érzékenysége csökkent és étvágy mutatkozott. Erverés 82, légzés 22 percenkint. Láz nem jelentkezett. 5—6-od napra a beteg jól táplálkozik, a közérzet kitünő, úgy hogy 8-ad napra, midőn a varratok eltávolítottak, már a gyermek fel akart volna kelni. 18-ad napra elhagyja az ágyat, erejét gyorsan visszanyeri és teljesen jó állapotban távozik vidékre szüleihez. Azóta kevésbé gyarapszik, időnként panaszodik átátnyilaló heves fájalmakról a máj tájékán.

A műtét után végzett vérvizsgálatoknál: 3-ad napra a haemoglobin-tartalom (Fleischl szerint) 54%, vörös véresejtek száma 376 millió, fehér véresejteké 14 ezer; 10-ed napon a haemoglobin-tartalom (Fleischl szerint) 65%, vörös véresejtek száma 36 millió, fehér véresejteké 13 ezer.

Ezek szerint bár kisfokú leukocytosis volt jelen, oly felszaporodás a fehér véresejtek számában, mint azt 6 év előtt Czerny klinikáján végzett lépképzés után észlelték, ez esetben elő nem fordult.

Mint bevezetésül megemlítém, a lép elsődleges újképletei a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak. Primaer rák létezéséhez egyáltalában kétség fér. Bár *Grasset* és *Notta* iparkodtak a lép rákjának szabatos képét adni, sőt a diagnoszt is lehetségesnek tartották, *Ledderhose* 1890-ben megjelent gyűjtő munkájában (*Die Chirurgie der Bauchdecken u. die chirurg. Krankheiten der Milz. Deutsche Chirurgie*) egyetlen esetet sem képes felhozni, melyben a lépcaarcinoma diagnoszt megállanó helyét.

Elsődleges lépsarcomának 2 esetét legelőször *Weichselbaum* közölte bonczleletként 1881-ben *Virchow Archivumában*, melyek mindegyike egy-egy 21 éves férfit illetett. Azóta csak sebészek közöltek ily eseteket számszerint négyet, mely esetek a következők:

I. *Billroth* 1883-ban operált egy 43 éves nőt, kinél 2 év lefolyása alatt fejlődött ki a daganat a bal lumbal táj felől. A daganat a hasúrban szabadon mozgatható volt, türehtlen fájalmakat okozott, melyek a váll és keresztáj felé sugárzottak ki. Hátsó oldalán dudorokkal birt. A daganat lépnek volt felismerve. A vér normalis volt. Műtétnél a daganat concav oldalán a csepleszszel és vékony belekkel össze volt növe; széles kocsánya 6 részben lett a pancreas farkával együtt alakítva és thermocauterrel leválasztva. A kiirtott lép súlya 450 gm. volt. Félévvel a műtét után a beteg metastasisokban elhalt.

II. *Fritsch* esetében egy 31 éves nőnél a daganat állítólag 2 hó alatt fejlődött ki, és legelőször a bal bordaív alatt kis csomó alakjában jelent meg, és gyorsan növekedett a középnyal felé. Műtétnél a lépdaganat összenövéseket nem mutatott és gyöke alakítása után könnyen volt kiirtható. Súlya 2 kilogramm volt. A beteg 7 hóval a műtét után holt gyermeket szült. A kiirtott lép számos dudorból összetett daganat által legnagyobb részben helyettesítve volt. A görcsövi képen alveolaris szerkezetű sarcomának bizonyult.

III. *Kocher* nőbetegénél a 3½ kilogramm súlyú lépsarcoma kiirtása nagy nehézségeket okozott. A daganat a rekeszszel erősen össze volt növe. Az edényeket ezen helyen egyenként alakítani nem sikerült. A képletet gyorsan kellett összenövéseiből kézzel tompán kiszabadítani és a daganatot a

seb elé gördíteni. a széles lig. gastrolionale részletekben lett alakítva: A mesenterium beszűremkedett mirigyei kis melléklépek benyomását tették. A műtét után a bokákon fennállott vizenyő nem szűnt meg, sőt a hasúrban is savó gyülemlett meg. Közvetlenül a műtét után a fehér véresejtek száma szaporodott, a vörös véresejteké apadt.

IV. *Flothmann* 1889-ben egy 44 éves férfinál egy 2 kgm. súlyú lépsarcomát irtott ki. Ezen műtétnél a főnehézséget a daganatnak a bordaív alá való mély terjedése és a rekeszizomhoz való összenövések szétválasztása okozta. A daganatot a seb elé gördíteni nem lehetett. A vékony gyököt eredeti helyzetében, a mélyben kellett alakítani. A beteg 50 órával a műtét után utóvérzésben halt el, mely az összenövések helyéről eredt.

Eme 4 esethez sorozhatjuk jelen esetünket, úgy hogy *jelenleg összesen 5 rosszindulatú primaer daganat miatt végzett lépképzés esetével rendelkezünk, a melyek valamennyien sarcomának bizonyultak.*

Esetünk sok tekintetben egyedül álló. Eddig valamennyi sebésztől közölt lépsarcoma 30—44 év között fejlődött. Jelen esetben a beteg fiú még 15-dik évét sem töltötte be. A daganat minden látszat szerint lassan fejlődött, bizonyára nem oly rohamosan, mint azt rosszindulatú lépdaganatoknál tapasztalták és különösen feltűnő volt, hogy nem okozott oly kisugárzó, élénk fájalmakat, mint melyek *Billroth* és *Kocher* eseteiben jelezve vannak.

Aetiologiee hiányzott a malariás infectio és lázas állapotok; constatalva lett továbbá, hogy a vér összetétele majdnem normalis volt, tehát hogy leukaemia nincs jelen. Másrészt tapasztaltuk, hogy a dudorzos daganat nem fluctuált. És bár a gyengén fejlett fiú testalkatához képest a daganatot igen nagynak mondhattuk és a percussionalis viszonyok, a belek elhelyeződése leginkább a lépből kiinduló rosszindulatú újképletre engedtek következtetni, nem lehetett a diagnoszt teljes bizonyossággal felállítani, mert a lép a benne kifejlett számos egész ökölyi daganatgócz folytán jellemzetes configuratiójától teljesen meg lett fosztva. Hiányzott mellső oldalán a jellegzetes éles szegély.

Köztudomású dolog, hogy a lép jóindulatú daganatait is az esetek nagy részében majdnem lehetetlen kórismézni, a mint a lép nem fekszik normalis helyén, lesüllyed a hasúrba és szomszédos szervekkel összenő, vagy azokra támaszkodik. Így előfordult, hogy *Nélaton* és *Neudörfer* vesedaganatot, *Lawresen* méhfibromyomát, *Péan* petefészekdaganatot kórisméztek lépdaganat helyett. Mindezek tekintetbe vételével azon következtetésre kell jutnunk, hogy ma is mint jövőben elő fognak jönni oly esetek, melyekben biztos diagnoszt valamennyi segédeszköz igénybe vételével sem leszünk képesek megállapítani és mint a bemutatott esetben történt: a legfontosabb és döntő diagnostikus eszközök, az *aseptikus próbalaparotomiát* leszünk kénytelenek igénybe venni.

És ha *aseptikus próbalaparotomiáról* beszélek, mindjárt hangsúlyoznom kell, hogy mint manapság hasmetszésnél egyáltalában, de főképp a lép műtéteinél, melyek igen súlyos és hosszantartó beavatkozások, *teljesen aseptikusan kell eljárni.* Már *Kocher* hangsúlyozta ezt 1889-ben és kiemelte, hogy azon nagy circulationalis zavarnál, melyet egy ily nagy vérpályának, mint a lépé, kirekesztése és e nagy szervnek kiesése okoz, a hosszú véres műtéttel járó chocot nem szabad carbol, sublimat vagy bármely más antiseptikus szer mérges hatásával súlyosbitani.

Esetünkben is aseptikusan jártunk el. A kiterjedt adhaesiók, a cseplesz odanövéseinek kettős alakítása és szétválasztása után mindenek előtt a daganatot gördítettük a seb elé. Azután kötöttük alá nagy elővigyázattal a széles kocsányt messze a daganattól egészséges szövetben, a pancreas farki részében. Tudjuk ugyanis tapasztalatból, hogy a lig. gastrolionale edényei nek alakítása „in situ“ nagy nehézségekbe ütközik és a műteti beavatkozást nagyon súlyosbitja. Ha a lépdaganat a rekeszizom kúpjával is szélesen össze van növe, emez összenövések a legnagyobb gyorsasággal, tompán fejtendők le. Ezt pedig

sokkal czélszerűbb mindjárt a műtét kezdetén elvégezni, mint később a műtét végén, sokkal súlyosabb viszonyok közt.

A műtét metszést illetőleg Czerny-vel a linea alba-n végzett incisiót tartom czélszerűnek, mert ezzel könnyen lehet a hilushoz jutni. Ha ezen metszés nem teszi a daganatot eléggé hozzáférhetővé, a bal rectus átmetszésével lehet a hassebet megtoldani.

A rosszindulatú primaer lépdaganatok kedvezőtlen prognosisa mellet a főfeladat az leend, hogy a mint a megbetegedés gyanúja felmerül, vagy kórisméje megállapítható, a beteget a műtét beavatkozásnak alá vessük.

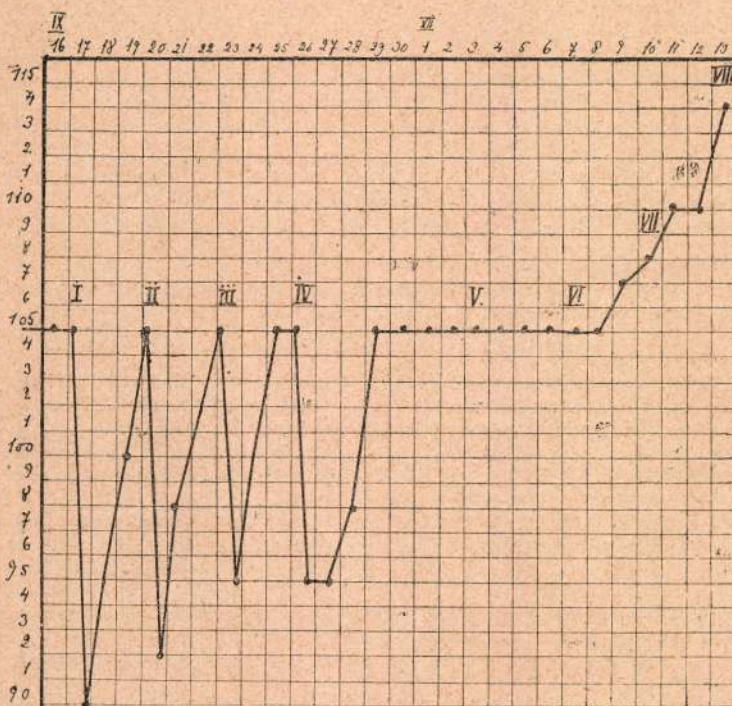
Közlemény az egyetemi bőrkórtani klinikáról. Fő- és székvárosi szt. István-kórház bőrbeteg-osztálya (Schwimmer Ernő tanár).

A syphilis okozta vérelváltozásokról tekintettel a kór felismerésére és gyógyítására. II-dik rész.

Justus Jakob dr. kliniai tankárségédtől.

(Folytatás.)

Körülbétül 70 beteget, a kiken a legkülönbözőbb syphilis-tünetek voltak észlelhetők, kezeltem főnökömmek Schwimmer tanárnak beleegyezése folytán intravenosus sublimat-injectiókkal. A therapeutikus eredményekről Schwimmer tanár a német orvosok és természetvizsgálók bécsi gyűlésén referált, itt róluk nem akarok szólni. E befeeszkendéseket úgy végezzük, hogy az illető egyén karjának valamely felületes venáját kissé leszorítva megduzzasztjuk s a sublimatnak 1—2—3‰ oldatából (mely úgy készül, hogy 100 gm. vízhez 3 gm. konyhasót és 10—20—30 cgm. sublimatot adunk), 1—2 köbcentimetert, tehát 1—6 milligramm sublimatot befeeszkendünk. Hogy a feeszkendő tüje tényleg a vénában van, arról úgy győződünk meg, hogy a beszúrás után a feeszkendő dugóját egy kissé visszahúzva, sötét-vörös vér áramlik a tűn át a feeszkendőbe. A mint a vért megjeleneni látjuk, egyenletes lassú nyomással beenyomjuk a folyadékot a vénába, a melyről szorító ujjunkat már előbb levettük. Fájdalomérzésről soha sem panaszkodnak a betegek és csak azt jelentette egyik vagy másik, hogy karjában a befeeszkendett hűvös folyadék felfelé, tehát a véráram irányában terjedő hideg érzést kelt.



A felső számok a keltet, az oldalsók a Fleischl-féle haemometer szerint a vér haemoglobin-tartalmának fokát, a római számok pedig az intravenosus sublimat-injectiókat jelzik.

Hogy a vérre való hatást demonstráljam, egyik betegnek vérgörbéjét vagyok bátor ide iktatni. A 19 éves rendkívül jól

fejlett katonaiskolai tanulóknak 5 hó előtt kemény fekélye volt, jelenleg mirigyduzzanatai vannak, syphilis papulosa dispersa, condylomata lata ad anum és anginája. 1894. november 15-dikén vétetett fel, november 15., 16. és 17-dikén vérenek haemoglobin-tartalma Fleischl szerint meghatározva 105‰ volt. November 17-dikén d. e. 9 órakor 5 milligramm sublimatot a jobb vena medianába feeszkendeztem. A sublimatinjectio után 1 órával vérenek haemoglobin-tartalma 90‰ fok. Tehát a befeeszkendett sublimat oly gyorsan fejti ki hatását, hogy a befeeszkendést követő egy óra alatt a vér festeny-tartalmát 15 Fleischl-féle fokkal szállította le. Később meggyőződtem, hogy jelentékeny stüledés gyakran már 3/4 óra mulva is észlelhető, s hogy a haemoglobinnak ez alacsony állása sok esetben még másnap, sőt harmadnap is konstatalható, néha azonban gyorsabban ad helyet a kiegyenlítő emelkedésnek.

Jelen esetiünkben még a IV. sublimat-injectióra jelentkezett a haemoglobin-tartalom esése, de már a VII. injectio után emelkedés áll be.

Egyébként a görbe jellegére nézve teljesen megegyezik a hydr. sozoid. vagy a sublimat intramuscularis alkalmazásakor nyert görbékkel. A syphilis-tünetek gyógyulása azon időtől kezdve válik nyilvánvalóvá, mikor a sublimat-injectiók a haemoglobin fokát már nem csökkentik. Nyilvánvaló tehát, hogy a folyamat teljesen egyezik azzal, a melyet a többi higanyos alkalmazásakor észlelünk, s hogy azokat a szabályokat, a melyeket e soraim elején tavalyi munkámból citáltam, teljes érvényűeknek kell tekinteni a sublimat intravenosus befeeszkendéseivel kezelt syphilisbetegekre nézve is.

Ha tehát, miként azt az általam észlelt esetekben láttam, a sublimat intravenosus befeeszkendése után már két-három óranegyed mulva jelentékeny fokú haemoglobin-csökkenés található, úgy jogos az a feltevésem, hogy a sublimatnak a véráramba kerülése következtében a higanynak a vörös vértelkecekre gyakorolt romboló hatása sokkal gyorsabban áll be ezen módszernél, mint a többinél.

Ha tényleg gyorsan mennek tönkre a vörös vértelkecek, úgy ezen gyors tönkremenésnek jelét a vérsavóban kell megtalálnunk. A vérsavónak a vörös vértelkecekből kiszabadult haemoglobint feloldva kell tartalmaznia, más szóval a sublimat-befeeszkendésnek haemoglobinaemiát kell előidézn.

Annak a meghatározására, hogy valamely egyén vérenek savója haemoglobint tartalmaz-e, megbízható vagy használható módszert a rendelkezésemre álló irodalomban nem találtam. A módszerek, a melyeket physiologiai és kórvegytani könyvek leírnak arra nézve, hogy állatból nyert vér savóját annak vörös tekeceitől elválasztjuk s így külön vizsgálat tárgyává tegyük, emberre nem alkalmazhatók, először azért, mert annyi vér kell kivitelükre, a melynek a minimumát ugyan talán lehet egyszer emberből érvágás útján kibocsátani, de nem lehet az ilyen érvágást naponta megismételni, mint a mi az én érzéjaimra nézve szükséges lett volna. Azonkívül a physiologiából ismeretes methodusok abban a hibában szenvednek, hogy a kibocsátott vér mindig a levegővel vagy más idegen testtel jut érintkezésbe; már pedig igen sok kísérlet révén arra a meggyőződésre jutottam, hogy idegen testtel való érintkezés következtében a vörös tekecek egy része feloldódik s a savó haemoglobin-tartalmává válik. Tehát épen az leszen lehetetlené, a mire az eljárás ezélez, t. i. meghatározni azt, volt-e a keringő véráram savójában haemoglobin feloldva vagy sem.

Ezen okból nem tudtam eredményre jutni, a mikor a beteg ujjának megszurása által nyert vért agyag- és máznélküli porcellán-filteren, többszörös itatáspapírrétegből készült filteren szivattyúztam át légszivattyú segélyével. Az ily módon nyert serum spectroscop előtt mindig oxyhaemoglobin csíkokat mutatott.

Már több év előtt ajánlotta volt Löwit innsbrucki tanár, hogy a göresövi vizsgálatokra szükséges ecessp vért olajjal be-mázolt fedőlemez és tárgylemez közé fogva helyezzük a tárgyasztalra, mert az üveggel vagy a levegővel közvetlenül érintkező véresebben számos vörös vértelkecs azonnal tönkre megy. Löwit ajánlatát a göresövi vizsgálatokra számosan elfogadták, sőt a macroscopikus vizsgálatokat is Hammerschlag s mások

úgy ejtik meg, hogy a vért olaj vagy parafinum liquidum rétege alatt fogják fel oly edényben, melynek falait előbb vékony olaj- vagy parafinréteggel bevonták.

Mikor tehát magam is olyan vékony csőbe fogtam fel az ujjnak szűrt sebéből kibugygyanó vért, melybe előbb parafinum liquidumot szívtam, azután pedig a cső végét viaszszal elzárva, azt centrifugáló készülékbe helyeztem, a mely 5—6000 forgást tesz percenként, egészen tiszta savót nyertem, a melyben haemoglobinesikokat a *Reichert-féle* spectroscopon à vision direct és a *Schmidt-Hensch-féle* nagy spectroscopon meglátani nem lehetett. De a beteg ujjának megszurásával csak kevés vért lehet nyerni. *Kiss Károly* dr. az egyetemi üvegtechnikai intézet vezetője készített adataim szerint egy kis eszközt, a melynek segítségével a kari vénából lehet néhány köbcentiméternyi vért nyerni, úgy hogy ez a vér esupán csak parafinum liquidummal érintkezék. Az eszköz egy igen vastag falú 3—4 cm.-nyi lumenű, 7—8 cm. hosszú üvegcső, mely egyik végén megszükül s ezen a szűkült végén át van fúrva; a fúrásban egy becsiszolt átfúrt üveg dugó van, a melynek megforgatásával a cső szűkebb részét a tágabbtól el lehet zárni. A csőnek keskenyebb részére egy rövid kaucukcső segítségével vastagabb lumenű esatornás tűt erősítek. Most a csövet megtöltöm parafinum liquidummal, a melyet keresztül csurgatok az üveg dugó esatornáján, a cső szűkebb részén, a kaucukon és a esatornás tűn. Ilyen módon az egész kis készüléknek belső falára reátapad a folyékony parafin. Miután a parafinnak legnagyobb részét kibocsátottam és a csapot elzárom, a tűt az illető egyénnek valamely enyhe nyomással megduzzasztott felületen a kari vénájába bököm. Ha most a csapot megfordítom, a vér a nagyobb nyomás alatt levő vívőérből benyomul a esatornás tűbe, onnan az üveg dugón át az üvegcső szélesebb részébe s azt lassanként megtölti, maga fölött emelvén a bennhagyott kevés parafinum liquidumot, a mely a levegőtől teljesen elzárja. Ha a cső megtelt, a csapot újra elzárom, a tűt a vénából kihúzom és a csekély egy-két cseppnyi vérzést egy kis nyomással elállítom. Ekkor azután lehúzom a kaucukcsövet a készülékről, behelyezem azt a centrifugba, egy pár perczig benne forgatom, azután kiviszem, s ha egy kis alvadék képződött volna, azt vékony tűvel óvatosan az üveg falától elválasztom s újra centrifugálom. Rövid centrifugálás után a savó tiszta, átlátszó, kevésé sárgás folyadéknak látható a sötétvörös tömeget képező kiesapódott vörös vértekecsék felett. Ha most a savót spectroscop elé állítom, akkor annak 1 cm. vastag rétegében *Hoppe-Seyler* tanuskodása szerint 0.01% haemoglobint is ki lehetne mutatni.

Mikor ezen érzékeny módszer szerint jártam el és az injectio után $\frac{2}{4}$ — $\frac{3}{4}$ óra múlva vizsgáltam az egyén vérének savóját, benne haemoglobinesikokat kimutatni nem tudtam.

Példának cítoalom H. G. 40 éves boltiszolga esetét, kinek ulcus induratum praepatii et glandis-a volt, intumescencia glandularum, angina specifica-ja és psoriasis vulgaris. Vérének haemoglobin-tartalma október 11- és 12-dikén 106%, 13-dikán ugyancsak 106%-ot mértem nála s ekkor az imént leírt módszerrel vért nyertem a baloldali vena medianából. Ezt a vért megcentrifugáltam, savóját a spectroscopon át megvizsgálva, haemoglobinesikot benne nem találtam. 9 $\frac{1}{2}$ órakor a beteg jobb vena medianájába 0.005 gm. sublimatot fecskendeztem. 10 $\frac{1}{2}$ órakor a beteg vérének haemoglobin-tartalma 96%. Erre a bal vena medianából megint vért veszek, serumát újra megvizsgálom s benne haemoglobinesikot megint nem találok.

Azonban positiv eredményre jutottam, azaz a savóban haemoglobint ki tudtam mutatni, ha az injectio után közvetlenül, tehát csak 2—3 perczel később vettem a túloldali vénából vért.

Azon betegnél, kinek vérgörbéje fentebb látható, november 17-dikén az I. injectiót közvetlenül megelőzőleg a bal vena medianából nyert vér savójában haemoglobinesikot ninesen. 0.005 gm. sublimatot fecskendeztem a jobb vena medianába és 2 perczel a befecskendezés után a bal vena medianából újra vért veszek. Ennek a második vérpróbának savója már szabad szemmel is jóval sötétebb-sárgának látszik s spectroscopon

nézve benne az oxyhaemoglobin 2 esikjának teljesen megfelelő éles határú két sötét sáv észlelhető. 20-dikán kapta a beteg a II. sublimat-injectiót intravenose és a kísérletet teljesen hasonló eredménnyel ismételttem, úgy a III. injectio után is; ellenben már az V. injectio után nyert vérpróba savójában haemoglobint nem találtam, épen úgy nem találtam a későbbi injectiók után sem.

Ezekből a kísérletekből, a melyeket körülbelül 20 más betegem megismételttem, egyértelműleg azt az eredményt vontam le, hogy a sublimat a vörös tekecsék egy részét a befecskendezést követő perczekben tönkreteszti, ezeknek haemoglobinja egy kis ideig a savóban feloldva kering és onnan rövid idő alatt kiküszöböltetik. A sublimat ezt a romboló hatását a vörös vértekecsékre csak addig gyakorolja, a míg a syphilis florid tünetei visszafejlődésnek nem indulnak, mert az említett betegnél az V. injectio után, a mikor már sem a savóban haemoglobint nem találtam, sem a vér haemoglobin-tartalma többé alá nem szállt, a syphilis-tünetek (a papulák, mirigy-duzzanatok és az angina) visszafejlődésnek indultak.

Hogyha a vér haemoglobin-tartalmának egy jelentékeny része a keringésből eltávozik, úgy kell, hogy ezen eltávozott vérfestenyt vagy annak valamely derivatumát a vizeletben vagy a bélsárban megtaláljuk.

Nem akarom itt azon részben még vitás tételeket fejtegetni, a melyek a haemoglobin- és urobilinuriát illetik; úgy hiszem azonban, hogy általánosan elfogadottnak szerepel az a felfogás, a mely szerint haemoglobinnak a vérpályából való hirtelen nagyobb mennyiségű kilépése után annak egy része a bélsárban és a vizeletben urobilin gyanánt feltalálható.

(Folytatása következik.)

Közlemény Tauffer Vilmos ny. r. egyetemi tanár II. szülészeti és nőgyógyászati kórodájáról.

Újabb adatok az osteomalacia gyógykezeléséhez 9 eset kapcsán.

Közli *Neumann Szigfrid* dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

III. eset. Sztoies Simonné, 36 éves, napszámó neje, sz. Erd, lakik József-körút 71, másodházmesteri lakásban. Felvételtett 1894. január 26-dikán.

VI. P. Szülések és gyermekágyak mind normalis lefolyásúak. Utolsó P. $\frac{1}{2}$ év előtt; ezen gyermekágyban 14 napig feküdt, gyengesége miatt nem szoptatott (többi 5 gyermekét maga szoptatta, sőt 2 ízben gyermekének 8 havi szoptatása után idegen gyermeket vállalt szoptatásra). Első tisztulását 17 éves korában kapta meg, 4 hetenkint 7—8 napi tartammal jelentkeznek nem bő vérzéssel. Havi baja — leszámítva a graviditas és lactatio idejét — csak 1893. november és december havában nem jelentkezett. Utolsó menstr. 8 nap előtt végződött a leírt típus szerint. Panaszai: Baját az utolsó $\frac{1}{2}$ év előtt lefolyt szülés óta száraztatja; a gyermekágyból felkelvén, hátgerincében és kereszt-táján szúró, zsibongó fájdalmakat érzett. A fájdalmak 1 hó előttig elviselhetők voltak, azóta erősbüdtek, a csipőesontokra is áterjedtek és minthogy a méhével összefüggőknek tartotta, klinikánk ambulantiáján jelentkezett. Lakásviszonyait jóknak mondja, tágas, szellős, nagy szobában lakik, melynek ablakai az udvarra tekintenek. Tápláléka is kielégítő, naponta eszik egyszer húst.

Jelen állapot: A gyengén fejlett, lesaványodott nőbeteg mellkasi s hasi szervei normalisak. Fogai épek. A csontrendszeren külső megtekintésre csak annyiban észlelhető eltérés, hogy a gerincoszlop a hátsócsigolyáknak megfelelőleg mérsékelt kyphosist mutat, a X. hátsócsigolya tövisnyujtványa erősen kiszökellik; a keresztcsont legfelső csigolyája rendszerül valamivel mélyebben leszáll a medencébe, a keresztcsont többi csigolyája a farkesikesonttal együtt erős domborulatot képez hátfelé. A symphysis orrmányszerű kidudorodása mellfelé kifejezett, az areus pubis hegyes szöveget képez, a medence oldalfalai könnyen, a promontorium azonban nem érhető el. A esontok — különösen a medence — nyomásra mindenütt fájdalmasak, hajlékonyságot azonban nem mutatnak.

A medence méretei: Spinac 23 $\frac{1}{2}$, Cristae 26 $\frac{1}{2}$, Conjugata externa 18 $\frac{1}{2}$ cm.

Beteg járásnál törzsét mellfelé hajtja, rövid léptekkel vontatva lép; a törzs kiegyenesítésének kísérleténél nagy fájdalmakról panaszkodik.

Genitalis lelet: Régi gátrepedés, kistokú cystokele, tág hüvely, mellső hüvelyboltozat rövidült, portio 2 ajkú, normalis nagyságú, uterus kissé retroponálva, anteflexióban, rendes nagyságú, környezet szabad.

1894. január 26-tól április 7-dikéig észleltetett a kórodán; a fájdalmak majd enyhültek, sőt egészen el is múltak, de mindig újból jelentkeztek. Betegnél anyagcserevizsgálatok is végeztek, melyekről

más alkalommal fogunk beszámolni. 1894. április 7-dikén végeztetett a castratio (ovariumok normalis nagyságúak, semmiféle degeneratiót macroscopicus nem mutatnak). Gyógyulás reactio nélkül; egy kis decubitus gyorsan meggyógyult. Április 27-dikén (XXI. nap) felkel, járása határozottan javult, esontfájdalmi nincsenek, csak kisfokú keresztstáji fájdalom akkor, ha a beteg teljesen ki akar egyenesedni; e fájdalom később is fennáll, de a beteg kétségkívül lényegesen javult. Felszólítottuk, hogy későbbi állapotáról értesítsen, azonban távozása óta (1894. május 10.) semmi hírtünk sincs róla.

IV. eset. Nagyházi Zsuzsanna, 36 éves, hajadon, napszámos, szül. Tótfalu (Pestm.) lakik Budapest.

Felvétetett 1894. április 23-dikán.

IV. P. mind rendes; utolsó szülés 15 hó előtt, feltűnően könnyű volt. Két első terhessége normalis volt, a 3. és 4-dik alatt esontfájdalmak. Gyermekekégy mind rendesek voltak, az utolsóban 1 hétig feküdt. Első gyermekét 1/2 évig, a II-at 9 hóig, a III-at 17 hóig, a IV-et 15 hóig szoptatta. Jelen baja kezdetét 3 évre viszi vissza, mikor III terhessége V. havában csipője és lábai főleg járáskor fájni kezdtek. A gyermekében 1 hétig fekiúdt, fájdalmi nem voltak jelentékenyek, utána azonban a szoptatás folytatása közben rövid idő alatt annyira fokozódtak, hogy csak nehezen tudott járni, tartása meggörnyedt. Ily állapotban esett teherbe; az egyhetes gyermekéből nehezen kelt fel, járása mindinkább nehezebb lett.

Jelen panaszát nehézkes járása, a medence, alsó végtagok és a bordacsontokra lokalizált fájdalmak képezik. Egyéb működései normalisak. Menstruatiója is mindig rendes 4 heti időközben jelentkezett, 1 hétig tartott nagyobb vérzéssel. Utolsó szülése óta még nem jött meg.

Jelen állapot: Magasabb termetű, lesóványodott, beteg tartása meggörnyedt, a gerincoszlop háti része kyphoticusan, de szögletbetörés nélkül egyenes ívben görbült, az ágyékrész compensatorice mellfelé hajlott. A bordák meredeken haladnak a gerincoszloptól mell- és lefelé. A medencedőlés csökkent, a keresztstáji lelapult; maga a keresztcsont rövidebb, lapos, a csücsa gyors fordulattal mellfelé halad. A csipőtányérok taraja kifelé kunkorodik, a medencetányérok ez által táton-ganak. A symph. orrmányszerűen előre csücsosodik, az üllögumók egymáshoz erősen közelítők, a trochanterek mellfelé előbbre léptek; a medencecsontok nem hajlíthatók, de fájdalmasak, különösen a cristák egy körülírt helyen erősebb nyomásra élénken fájdalmasak. Méretek: Sp. 28 1/2, Cr. 31 1/2, conj. ext. 21. Járás bicegő, egyik végtagról a másikra nehezen tudja áthelyezni a test súlypontját s miközben ez történik, a medence hol egyik, hol a másik szomszédra, mint centrum körül horizontál irányban váltogatva mozog. A lábujjhegyek a median felé vannak befordulva, a glutensok járáskor meg nem feszülnek, petyhüdtek maradnak. Belső vizsgálat: A szeméremesont lehőgő ágai meredeken, csaknem párhuzamosan egymással, a szeméremívben az egymás mellé helyezett függélyes síkban bevezetett 2 ujj harántul fordítva elfér. A szeméremesont vízszintes ága begörbült, az acetab. tája a középvonal felé közelített, a keresztcsont csücsa és a farkcsikcsont erősen legörbült. Promontoriumhoz jutni nem lehet. Hüvely tág, portio kicsi mellől, valamivel mélyebben, uterus kicsi, kisfokú retroversióban, a medencetengely irányában elég jól mozgatható. Környezet szabad. Vizeletben idegen alkatrész nincs. Betegnek kis strumája van.

Castratio 1894. május 21-dikén. (Igen rossz narcosis; cyanosis.) Ovariumok kicsinyek, macroscopicus semmi rendelkezés. XVI. nap felkel; XVII. nap térdei fájnak; XIX. nap b. o. bokazület tája kissé duzzadt. XXIV. nap elhagyja a kórodát, járása igen jelentékenyen javult, nem annyira bicegő s vontatott; törzs járás közben nem görnyed meg annyira, támaszra a betegnek szüksége nincsen (azelőtt mindig a szoba különböző bútoraihoz, vagy a falhoz kapaszkodva tudott csak járni), fájdalmi sehol nincsenek, a térdben csak akkor, ha lépéskönn jár; állapotát különösen Syr. ferri albuminati phosph. szedése óta (körülbelül 1 hét) véli rohamosabban javulni, azonban megfigyelésünk szerint azelőtt is elég gyorsan javult. A Syr. ferri alb. phosph.-t tovább szedi. Összesen 3 üveg phosphort szedett. 1894. október 15-dikén jelentkezik, semmi panaszja, járása kifogástalan, benne semmi feltűnő; rendes házi teendőit végzi.

V. eset. Balkó Pálné, 37 éves, napszámos neje, szül. Csepla (Liptóm) lakik Budapest.

A beteg 1889. december 30-dikán éjjel után poliklinikumban látjuk először, a mikor nála az osteomalaciát constatáljuk; méhszáj tünő félben, burok nem áll, elől fekvő rész a far. Tekintettel a beteg rendkívül rossz lakásviszonyaira, a kórodára szállítatjuk be. Mikor december 30-dikán reggel 4^o 45'-kor a kórodára felvételük, a viszonyok már lényegesen megváltoztak: aggályos arckifejezés, 120 pulsus; a has külső vizsgálatánál elül fekvő rész nem tapintható, az egyik nagy rész a bal bordaív alá terjed fel, a másik körülbelül a köldök magasságában tapintható igen közvetlenül.

Külső méretek: 23—28—19. Belső vizsgálat: A szeméremív igen szűk, csak 2 ujjat fogad be, lefelé ezen szűküllet csak lassan enyészik el, úgy hogy az egész kézzel való vizsgálatot lehetetlenül teszi s 4 ujjal is csak nehezen lehet azt észközölni. Az acetabulumok tája mindkét oldalt erősen bedomborodik a medence üregébe, hasonlóképp a promontorium is mélyen le van szállva; elől fekvő rész nem érhető el, de elég magasan egy lacerált szövetrészletet lehet tapintani, mely mintegy szülés után leszakadt méhszájrést imponál. Magzati szívhangok nem hallhatók, vérzés kifelé nincs.

Tekintettel az osteomalaciás medencére, valamint a már fennálló méhrepedésre, laparotomia végeztetik.

Műtét december 30-dikán d. e. 10^o: A peritonealis ír megnyitása után mintegy 1/2 liternyi részben híg, részben alvadt vér ömlik elő s az elhalt magzat háta jut láttérbe; a magzat in toto a hasüregbe jutott

s az uterus előtt helyezkedik el, fejfelé a bal bordaív alatt; a levált lepény szintén kilépett a hasüregbe s jobboldalt foglal helyet. A magzat s a lepény eltávolítása után az uterust kigördítjük s ekkor egy a cervixen áthatoló repedést constatálunk, mely eléggé vérzik; a vézést a spermatikák lekötése által kísértjük meg csillapítani, minthogy azonban így nem sikerül, a ruptura alatti cervixrészleten ligaturát alkalmazunk, mire a vérzés teljesen megszűnik. Lándzsát alkalmazásuk s az uterus amputációja után a részben levált hólyagot peritoneumnál fogva alapjához rögzítjük, majd az uterus csontokhoz is köröskörül odavarrjuk a peritoneumot; végül a rupturát a hüvely felé jodiformgazzal drainezzük.

Hasvarrat. Műtét tartama 1^o 30'.

Lefolyás: Állandóan magas pulsus-szám mellett hánnyás lép fel, mely mind sürűbb lesz s fokozatosan meteorismus is csatlakozik hozzá; száraz nyelv, elesettség; ezen állapot a VI. napon némi javulást mutat, a hánnyás szünetel, a beteg némileg táplálkozik, a meteorismus fennáll; csakhamar azonban a hánnyás ismét fellép s hólyaghtüdes tünetei is mutatkoznak, a pulsus mindinkább rosszabbodik s a VII. nap délutánján a beteg meghal. A hőmérsék az V. napig normalis volt, akkor felszál 38.8^o-ra, a VI. napon maximuma 39.7, a VII. napon 38.3.

Bonczoláslál diffus peritonitis constatálattott.

VI. eset. Tódi Mari, 25 éves, varróleány, szül. Szomod (Komárom-megy), lakik Budapest.

Poliklinikumból szállítattott be, 1892. március 2-dikán délután 5 órakor.

Körelőzmény: 2 előment rendes lefolyású szülés és gyermekégy. Utolsó menstruatio 1891. június 3-dikán; magzatmozgást októberben érzett először; 6 hó óta folytonos fájdalmi vannak az alsó végtagokban és főképp a medencecsontokban, melyek annyira fokozódtak, hogy 2 hó óta csak ülő munkát végezhet, járni csak alig tud.

Jelen állapot: Az alacsony termetű, lesóványodott nőbeteg mozdulatlanul kénytelen fektüdni, mert minden aktív, de sőt még passív mozgás is rendkívül fájdalmas, hasonlóképp a csontok egyszerű érintése is. A mellkas esontváza, különösen a 3—4 borda s a manubrium sterni táján puha, benyomható. A medence-tányérok táton-gók, egymáshoz kis fokban közelíthetők, felső szélüket a bordaív majdnem eléri. A symphysis orrmányszerűen előre csücsosodik, az acetabulumok tája a medencébe erősen bedomborodik, a keresztcsont domborulata hátfelé fokozott, a promontorium a medencébe mélyen beszökell.

Külső méretek 24, 27 1/2, 18 1/2; conjugata diagonalis 8.5 cm.

Magzat koponya fekvésben, 3 ujjnyi méhszáj, burok megrepedt (az intézetben kívül a beszállítás előtt 5 órával), fej magasan a medencebemenet felett semmi tendentiát sem mutatva a beilleszkedésre. Magzati szívhangok jók, anya hőmérséke 37.8^o.

Az eljárást illetőleg a castratióval párosított conservatív császár-metszés és a Porro-féle műtét között választattunk csak s bár az előbbi kisebb sebési beavatkozás, mégis, tekintettel a Porroval osteomalaciánál elért kitűnő eredményekre, ezen műtét eljárást választottuk. Március 2-dikán d. u. 6 órakor tipikus Porro minden complicatio nélkül. Magzat érett, élő leány, súlya 2900 gm.

Lefolyás: Egyszer volt 38.1 hőemelkedés a II. napon, azontúl normalis temperatura; mindjárt az első naptól fogva táplálkozik. A esontfájdalmak lassanként s fokozatosan megszűnnek, a 38. napon már 3 óra hosszat képes ülni minden fájdalom nélkül, lábra állani azonban ekkor még nem tud; az 50. napon támaszkodva járkal. Az 51. napon haza boesátjuk; ekkor összegörnyedve bár, de fenn járkal s ilyenkor csakis derekában panszol kevés fájdalmat.

A beteget felszólítottuk, hogy időnként jelentkezze, azonban ezt elmulasztotta s így további sorsáról tudomásunk nincs.

VII. eset. Hajnák Erzsébet, 38 éves, kőművessel vadházasságban élő; szül. Szabadszállás, lakik Budapest.

(Poliklinikumból szállítattott be, 1894. április 6. d. u. 4 órakor.)

VIII. P. Előző szülések mind normalisak, elég rövid idő alatt folytak le. VI. P. 4 év előtt, VII. P. 2 év előtt.

3 év óta heves esontfájdalmak, melyek utolsó szülése óta (2 év előtt) fokozódtak, jelen terhessége beálltával már alig tudott járni, 5 hó óta teljes járási képtelenség. Lakása egy szűk, sötét helyiség, melyben férjével, 3 gyermekével s több albérllével együtt lakik. A terhesség végén van, április 6-dikán reggel 1 órakor burokrepedés, a fájások reggel 5 órakor kezdődtek. Délután 4 órakor szállítattott a kórodára következő jelen állapottal: Összeesett termet, cristák a bordaívvel összeérők, jelentékenyen előregörbülve képes csak állani. Medencedőlése nagy, symph. orrmányszerűleg kiugró, keresztcsont felső részlete benyomott, külső méretek: 23, 25 1/2, 19 1/2.

Belső vizsg.: Szeméremesontok párhuzamosan haladnak lefelé egymástól mintegy 1 1/2 ujjnyi távolságban, az acetabulumoknak megfelelő oldalszéllete a medencének erősen benyomott, az üllögumók tája be- és lefelé nyomult, úgy hogy ez által főleg a med. mellső fele harántul rendkívül szűkül; promontorium kettő tapintható, egy, mélyebben fekvő (távolsága 10 cm.) és egy magasabban fekvő, élebben előugró (távolsága 9 cm.). A keresztcsont alsó részlete orrmányszerűleg hajlik előre. A fej a bemenetre rányomva akként, hogy a fejdaganat egy része bedomborodik a medencébe, méhszáj eltűnt. Hőm. 37.6, pulsus 106, szívhangok b. o. köldök alatt jók. Műtét április 6-án délután 1/4 órakor. Sectio caesarea sec. Porro a csont elszűrésztésével Chrobak szerint.

Magzat élő, érett, jól fejlett fiú (súly 3700, hossza 52 cm., fejkerület 35 cm.); rövid apnoe.

Teljesen normalis gyermekégy. XIX. napon felkel; XXII. napon alsó végtagjai fájnak; a bokák körül kisfokú oedema, ágyban marad; phosphorkezelésnek vetjük alá (Syrup. ferri album. phosph. Hazslinszky);

május 3-dikán (XXVII. nap) hagyja el a kórodát; ekkor az alsó végtagokban székelő fájdalmak miatt járása igen rossz volt még; azonban 2 üveg phosphor adagolása s az oedemáknak a bokák körül való megszűnése után járási képessége visszatért.

1895. január 13-dikán. Miután a beteg mindeddig nem jelentkezett, felkeressük régi lakását, a honnan azonban rövid idővel ezelőtt elköltözött; szomszédjai azt állítják, hogy ekkor bizcegye bár, de minden támasz nélkül volt képes járni s házi teendőit végezni.

VIII. eset. Jankovics Mihályné, 31 éves, cipész felesége, lakik Enying (Fehérmegye).

Felvételett 1894. február 20-dikán.

Kórelőzmény. V. P. Szülések rendesek; utolsó 3 év előtt. Utolsó tisztulás mult november végén. Utolsó gyermekágy óta fokozódó járási nehézség, derékfájdalmak, 2 $\frac{1}{2}$ év óta általános „szűrő” csontfájdalmak, legerősebben a mellest és bordákban. Utóbbi időben termete alacsonyabb lett.

J. á. Alaesony termet (139 cm.), nehézkes kacaszzerű járás. Az alsó végtagok abductioja csak kis mértékben és fájdalmak árán lehetséges. A csontok nyomásra mindenütt érzékenyek. Kisfokú hajlíthatóság csak a medencecsontokon mutatható ki. A keresztcsont tája mélyen be van horpadva; a crista ilioi és a bordaív közötti távolság 1 ujjnyira csökkent. A medence külső méretei 24 $\frac{1}{2}$, 27, 18 $\frac{1}{2}$. Külső genitáliák graviditas jellegét mutatják. A symphysis erősen mellfelé csúcsosodik, a szeméremív hegyes szöveget képez, melybe 2 ujjal sem lehet behatolni. A medence oldalfalai s az acetabulumok erősen benyomulnak a medencébe, ép úgy a promontorium. A keresztcsont erősen görbült, csúcsa kifejezetten beugr. Conj. diagon. 10 cm. Conj. vera 7.4. (Műtétnél lemérve.)

A klinikai észlelés ideje alatt normális temperatura, normalis táplálkozás; folyronos, különösen a bordákba lokalizált fájdalmak, melyek néha annyira kiélesednek, hogy nem tud aludni. Nappal fenjár, április 14-diktől kezdve azonban feküdni kénytelen a fájdalmak miatt; betegnek se nappala, se éjjele, rendhivül sokat szenved s táplálkozása is rosszabbodik.

Műtét április hó 27-dikén. Az V. hónapnak megfelelő gravid uterus kigördítése a hasseben, ligamenta laták lefogása Lumbricerekkel, körülöltése az art. uteruinaknak s peritonealis lebenykészítés után amputatio a pete épen tartása mellett. A cervical. canalis Paquelinezése után a csont fedése. Műtét tartama 1 óra.

Lefolyás teljesen reactio nélküli. A 7-dik napon varrat kivétel: p. pr. egyesülés. 14-dik napon cystitis lép fel, mely azonban rendszeres mosásra 7 nap alatt meggyógyult. A 23-dik napon kel fel, járni azonban nem bír; úgy járás, mint üléskor csontfájdalmak, melyek már teljesen elmúltak, visszatérnek. Ezért syrup. ferri albuminatit szed 2 kávéskanállal napponta. A fájdalmak lassan megszűnnek, a 41-dik napon már fájdalom nélkül jár. Az 51-dik napon távozik. Állapota jelentékenyen javult, támasz nélkül képes járni, semmi fájdalma nincs.

IX. eset.¹ Makk Jánosné, 37 éves, postaszolga neje.

Felvételett 1893. február 18-dikán.

Havi baja 18 éves korában lépett fel először, azóta eltekintve terhességei s lactatioitól, rendszeren 4 heti időközökben jelentkezett 6–7 napi tartammal, bő vérzéssel. Kilencszer szült. 1892. január havában influenza miatt fekvő beteg volt. Hat első terhessége s gyermekágya normalis lefolyású volt; VII. terhességében állítólag meghülés után csontfájdalmak jelentkeztek a betegnél az alsó végtagokban, medencében, mellkasi csontokban s gerincoszlopban; ugyanekkor a gyermekágyban a nélkül, hogy valami genitális megbetegedés lett volna nála kimutatható, 4 hétig feküdt s azután is rendkívül gyenge volt. Nyolcadik gyermekágyát (partus lepényelválasztással) szintén 4 hétig feküdt s mikor felkelt csakis botra támaszkodva tudott járni; ekkor használta a szt. Lukácsfürdőt, melynek befolyása alatt állapota hat hét múlva némileg javult.

A beteget először 1893. január 6-dikán látjuk, a mikor IX. szülése alkalmával orvosa a poliklinikum segélyét kéri, a szülés igen nehéz haladása miatt; mire azonban az igen távolesó lakásba megérkezünk, a magzat már spontán megszületett. Miután az osteomaláciát constatáltuk, azon meghagyással távoztunk, hogy a beteg mielőbb vétesse fel magát a kórodán s tényleg a beteg 1 $\frac{1}{2}$ hónap múlva, február 18-án jelentkezik is azon panasszal, hogy szülése óta rendkívül gyenge, folytonosan ágyban fekvő; nyolcz nappal ezelőtt megmozdulni egyáltalában nem volt képes s azóta is csak épen oldalra tud kissé fordulni, de azt is nagy fájdalmak árán, lábaira állani ez idő szerint nem tud.

Jelen állapot: gyengén fejlett, rosszul táplált, lesóványodott beteg. Külső megtekintésnél a csontrendszeren nem tűnnek fel lényegesebb látható elváltozások; a csontok tapintata is rendes, kivéve a csipőtányérokot, melyek bizonyos erő kifejtés mellett kisfokú hajlékonyságot mutatnak, úgy hogy azokat kis fokban egymáshoz közelíteni sikerül; a symphysis orrmányosul erősebben mellfelé csúcsosodik ki, az arcus pubis szűk; a szeméremcsontok párhuzamosan haladnak le egymás mellett, a két ülőgumó közti távolság kisebb, a linea terminalis nem ívelt, hanem nyújtott vonalat képez, a promontorium mélyen le van szállva a medencébe s könnyen érhető el, a conjugata diagonalis hossza 10.5 cm., a keresztcsont felső három csigolyája besülyedt. Külső méretek: 23, 26 $\frac{1}{2}$, 17.

A lefolyásból — az észlelés ideje alatt — említendő, hogy az első héten semmi változást sem észlelhetünk; időnkint a betegnek vándorló fájdalmai voltak a csontokban, melyek mozgásnál kellemetlen

módon fokozódtak; a második héten a fájdalmak nem oly jelentékenyek, de mozogni a beteg még mindig nem tud; március 1-én kissé oldalt tud fordulni fájdalmak nélkül; március 8-dikán kísérletet tesz, hogy felkeljen, a mi azonban nem sikerül; 5 nappal később kellő, kétoldali, támogatás mellett felkelni s néhány lépést járni is képes; ettől fogva járása mindinkább javul, úgy, hogy mikor a kórodát április 8-dikán, mintegy hét heti ott tartózkodás után elhagyja, ugyan még kissé nehézkesen, de egyenesen s támogatás nélkül képes járni.

A beteget ezután hosszabb ideig nem láttuk, 1894. április havában lakásán felkerestük s miután grvida s régi panaszai ismét felmerültek, a kórodára berendeljük; április 7-dikén jelentkezik; kikérdezőskor előadja, hogy 1893. november haváig, tehát a kórodáról való távozása után 7 hónapig, egészen jól érezte magát, házi teendőit minden nehézség nélkül végezte, járásában semmiféle zavart nem vett észre; utolsó menstruatioja 1893. november 25-dikén volt, azóta napról napra gyengül, járása fokozottan rosszabbodik (jelenleg határozottan kacaszzerűen totyogó), sőt az utóbbi 2 hónap óta csak támogatás mellett képes járni. Az egyén mintegy összerokadt, a bordaív mindkét oldalra annyira közelítve van a csipőtányérokhoz, hogy a kettő közé csak 1 ujjal lehet behatolni; a beteg lábait csak kis fokban tudja abducálni; a symphysis orrmányosul kicsúcsosodása kifejezett, a szeméremív szűk, felső részletében szárai jóformán párhuzamosan haladnak; a promontorium besülyedése s a keresztcsont 3 felső csigolyájának benyomulása a medencébe kifejezett.

Méretek Sp. 23, crista 27 $\frac{1}{2}$, conj. externa 17 $\frac{1}{2}$, conj. diag. 9, conjugata vera, melyet a későbbi műtét alkalmával közvetlenül mértünk: 7.4.

A beteg soktagú családjával egy földszintes udvari szobában lakik, mely elég tágas ugyan, de sötét s nedves. Tekintettel az osteomalacikus folyamat rendkívül gyors előhaladására, a terhesség kiviselése nem látszik tanácsosnak, annál kevésbbé, miután a terhesség még alig 5 hónapos; tekintettel másrészt a medence térvizszonyai által adott jelentékeny szűkültre s így a mesterséges koraszülési chance-jainak lényeges alászállására, az összes viszonyok alapos mérlegelése után azon meggyőződésre jutottunk, hogy betegnél a legezészerűbb eljárás leend a gravid uterusnak laparotomia útján való eltávolítása. Ezen műtétet, miután előzőleg anyagsere-vizsgálatok történtek, április 28-án végeztük: Hysterotomia a csontnak Chrobak szerinti ellátásával. A lefolyás teljesen láztalan volt, a csontfájdalmak a második naptól kezdve megszűntek s a beteg állandóan jó közérzettel a XIX. napig maradt ágyban; akkor felkel, magában képes járni még nehezen bár, de sokkal ügyesebben, mint a műtét előtt; a XXIII. napon távozik (május 30-dikán) úgyszólván teljesen egészségesen; a csontok seholsem hajlékonyak, nyomásra nem fájdalmasak. (A beteg távozása előtt is végeztettek anyagserekerkiserletek.)

1894. szeptember havában a beteg bemutatja magát kitiinő egészségen, a várból, a hol lakik, gyalog jött a klinikára, tehát legalább egy órányi távolságra; fájdalmak soha sincsenek, járásában alig van valami feltűnő; egyetlen panaszát az képezi, hogy 4 hetenkint saját-szerű vértörölődései vannak az agy felé, melyek azonban nagyobb kellemetlenséget neki nem okoznak. 1894. december 5-én ismét jelentkezik; állapota szeptember óta lehetőleg még jobb.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXIII. rendes ülés 1895. november 30-dikán.)

Elnök: Pertik Ottó; jegyző: Imrédy Béla.

A bal scapula veleszületett magas állása.

Dollinger Gyula. Az alakeltérés mint tipikus külön kórkép csak 1891 óta ismeretes, a midőn azt Sprengel írta le először. A bal lapoczka magasán áll, úgy hogy felső fele a nyak oldalán mint egy kiemelkedés látható. A m. cucullaris és levator scapulae meg van rövidülve és e miatt a scapulát nem lehet a rendes helyére letolni. A beteg a karját szabadon mozgatja, de a teljes felemelést a scapula meggátolja, a melynek a felső sarka ilyenkor a gerincoszlopnak nekifeszül. A bemutatott esetben a bal scapulának a tövisnyujtvány alatti része 3 cm.-rel rövidebb mint a jobbé. Ezen alakeltérés többnyire leányoknál és leginkább a bal scapulán fordul elő. Egynéhány ilyen esetben a gyermek születésekor a bal kar a hátára volt hajlítva és ezért lehet, hogy az alakeltérés oka abban keresendő, hogy az ébrényi fejlődés idejében a kar ezen elhelyezkedése folytán a fentebb megnevezett izmok összezugsugorodnak és később meggátolják a scapulának rendes elhelyezkedését.

Vannak esetek, a melyekben a scapula magasabb állását exostosisok okozzák. Ilyeket észlelt Koenig és Kölliker. Ezen esetek megkülönböztetendők a veleszületett esetektől már azért is, mert ezen alakeltérés az exostosis levésése által esetleg meggyógyítható, míg a veleszületett alakoknál eddig csupán Hoffa tett egy esetben gyógyítási kísérletet az által, hogy a scapulához felülről odatapadó izmokat átmetszette, azonban daczára annak, hogy azóta több esete volt, a műtétet meg nem lmételte.

Dollinger a f. év tavaszán még egy leánynál kórismétzte ugyan-ezen alakeltérést, a kinek a fényképét mutatja be.

Brachygnathia esete 3 hetes csecsemőnél.

Epstein Manó. Az alsó ajk a felsőnél valamivel beljebb esik, az alsó állkapocs egészben véve kiesiny. Az alsó ajk kifordításánál kitiinik, hogy csukott száj mellett (midőn az állkapocsok nem távolodtak el egymástól) az alsó állkapocs alveolaris nyujtványa legalább egy centimeter-

¹ Ezen eset más szempontból részben már közöltetett a „M. O. Archivum” III. évfolyamában következő czim alatt: „A calcium stb. kiválasztásának viszonyairól osteomalaciánál.”

rel beljebb esik, mint a felső állsont alveolaris nyujtványa, minélfogva az alsó állsont alveolaris nyujtványa az állkapocs alapjával a rendesnél jóval hegyesebb szögletet képez.

E fejlődési rendellenességnél fogva a csecsemő az emlőbimbót nem képes jól megfogni, s így vagy egyáltalában nem tud szopni, vagy ha igen, nem jól s azért szükségessé válik a mesterséges táplálás, és pedig legcélszerűbben a kanállal táplálás.

A csecsemőnél egy másik fejlődési rendellenesség is van jelen, t. i. kisebb fokú farkastorok, mely azonban ez időszert nem okoz feltűnő nehézségeket.

Urachus persistens esete.

Epstein Manó. A 9 éves fiú köldökéből 10 nap előtt ágyról leugrás után vizeletszagú folyadék kezdett ürülni. Ezt megelőzőleg a köldökcsészében egy vöröses púp volt jelen. Első vizsgálatnál a symphysis felett, a linea alba irányában egy körülbelül 6 cm. hosszú, 3—4 cm. széles, halvány kékes, elmosódott határú, nem fájdalmas terimenagyobbodás volt látható, mely fokozódó nyomásra lassanként eltűnt, folyadék a köldök-ből azonban nem ürült. A köldökcsésze felfelé irányuló félhoidalakú behúzódat mutat; a köldökcsésze alsó részéből egy barnyi, gyengén piros terimenagyobbodás emelkedik, melynek legkiállóbb részén egy 1 mm. hosszú, vonalszerű nyílás van, melyen sondával egy centiméternyire juthatni; a vizelet azonban nem ebből, hanem a köldökcsésze mélyében levő nyílásból ürül. A másnapra berendelt betegnél már bőven ürült a köldökből váladék, mely a laboratóriumban megéjtett vizsgálat szerint vizelet; a kiürülés nem folytonos és a hólyagtájról gyakorolt nyomással fokozható; a gyermek e mellett a természetes úton is bocsátja vizeletét. A fennálló bajt bemutató véleménye szerint csak radikális műtéttel: az urachus teljes vagy részleges kiirtásával, illetőleg elzárásával lehetne sikerrel megszüntetni.

Terhesség alatt fellépett foltos bőratrophia esete.

Temesváry Rezső. A 23 éves primiparánál a terhesség 3-dik hónapjában nagy számú borsónyi, egész ozüstkoronányi kerekded foltok alakjában bőratrophia lépett fel és pedig különösen a hát, a mell és a has köztakaróján. A szülés óta nem keletkezett újabb kiütés. A bántalom klinikopathologikus képe egészen hasonló az ú. n. terhességi hegekéhez és csak az alakban és a fellépési helyekre nézve tér el ezektől, míg azonban a terhességi hegek majdnem kizárólag mechanikus módon szoktak keletkezni, addig a bemutatott esetben a bőrbaj csakis idiopathikus, illetve trophoneurotikus úton keletkezhetett. Az irodalomban hasonló (terhesség alatt keletkezett) esetről nincs említés téve.

Nagyfokú rövidlátóság operált esete.

Szili Adolf. Ezen bemutatása alkalmával álláspontját az eljárással szemben jelzi. Eddig operált eseteinél a közvetlen eredmény feltűnő jó. A bemutatott 12 éves fiú, ki mindkét szemén 14 D. rövidlátó volt $\frac{1}{30}$ látással, most bal szemével 5 héttel az operatív gyógykezelés kezdete után H. 1'58 $\frac{1}{18}$ látással. A fénytörési állapot csökkenése, valamint a látás élességének javítása majdnem minden esetben igen nagy szokott lenni. A fénytörés csökkenését illetőleg még alapos phakometrikus vizsgálatokra és összehasonlító bonczani mérésekre vár annak a kérdésnek eldöntése, vajjon pusztán a kiküszöbölt lencsének túlságos gömb-szerűsége, vagy a vékonyabb hártás szem tengelyének operatio utáni megrövidülése is okozza ezt. A sokkal érdekesebb látásjavulást abból magyarázza, hogy új állapotában a szem nagyobb és élesebb látóhártya-képet nyer és ezt szemtükreszeti kísérletekből bizonyítja. Daczára ezen elvitázhatatlan előnyöknek előadó helytelenek tartja a lencse kiküszöbölésben „gyógyító” eljárást látni a nagyfokú rövidlátóságnál; az operatio csak egy másik neme a correctiónak, melyről bizonyos, hogy részben tökéletesebb, mint a szemüveggel való javítás, de nem bizonyos, hogy nem-e veszélyesebb annál. Alaposnak tartja azt a félelmet, hogy a fokozott mennyiségben a szem kitöltésére szükséges és tudvalevőleg igen szaporos megújulásnak alávetett csarnokvíz megújulása könnyen túlságos feladatot ró olyan szemre, melynek belső hártái többnyire úgy sem egészségesek. Előadó tekintettel erre javasolja, egyelőre az ő eljárását elfogadni, mely abban áll, hogy *csupán egy szemet operál.*

Nagyfokú rövidlátásnak lencseeltávolítással műtett esete.

Ifj. Siklóssy Gyula. A 16 éves leány 22 resp. 24 D. rövidlátással és $\frac{1}{4}$ illetőleg $\frac{1}{5}$ látóélességgel, jó szemfenékkal kereste fel a szt. Rókus-kórház szemosztályát.

A műtét 6 hét előtt történt, kis arányú discissio alakjában, mire a lencse rögtön mérsékelten puffadni kezdett s a felszívódás megindult. 4 hét alatt már az csarnokban voltak egyes lencserészletek, a helyenként fekete pupillában pedig kevésbé tömörebb lencseállomány volt látható. Ekkor a leányka sürgetésére a lencsemaradványok távolítottak el egy vonalas szaruhártyai seben keresztül. Jelenleg csarnok mély, pupilla gömbölyű, középtág, fekete; már tíz napja reactio nélkül van a szem: látóélessége $\frac{1}{4}$ (műtét előtt $\frac{1}{5}$). Refractionalis állapota 2 D. myopia.

Hangsúlyozza az eljárás előnyeit, melyek által a nagyfokú rövidlátó előtt úgyszólván más világ nyílik meg. Hori japán törzsvorosa azt mondja, hogy már az nagy előny, ha a nagyfokú rövidlátó azt a látóélességet nyeri el a műtét után, melylyel a műtét előtt legjobb corrigáló üvegen át nézve birt; mert ez utóbbit csak perczekre vehette igénybe, míg a műtét utáni látóélessége állandó. De a látóélesség minden esetben javul, feltéve, hogy nagyobb fokú chorioidealis elváltozások a javulásnak határt nem szabnak. Okát ez utóbbi körülménynek Schweigger adta és pedig abban a körülményben, hogy a nagyfokú myopiás corrigáló üvege a tárgy képét kisebbíti. Allítják még az eljárás előnyeit, hogy megszünteti, gyógyítja a rövidlátást és haladásának gátat vet; az utóbbi egyelőre eldöntetlen; minden esetre megszívlelendő Fuchsnek esete, ki a

rövidlátást lencseeltávolítás után növekedni látta. Tehát a műtét csak correctiónak, de állandó correctiónak mondható.

Hogy a műtét nem veszélytelen, s hogy milyen óvatossággal kell a műtétnek eljárnia, azt már a Közkórházi Orvostársulat ez év január 9-dikén tartott ülésében hangsúlyozta Siklóssy főorvos. Az alkalmazkodás elvész, de tekintettel arra az elenyésző csekély hasznára, mely abból az excessiv myopiásra háramlik, az számba sem jön. Elvész a binocularis látás, mert többnyire az egyik szem lesz műtétve, úgy hogy az egyik megmarad közelnézésre, a másik pedig távolnézésre. Utal azon körülményre, hogy a nagyfokú rövidlátóknál a lencse értéke — eltávolítás után levonva az előzetes vizsgálataitól — talált értékből a végállapotot — rendkívül magas. Oka ennek abban rejthet, hogy a rendes vizsgálati módszerek alkalmazásával a szem esomópontja, a szaruhártya csücs-pontja és a javító üveg közti távolság már 15 D.-án túl 3—4—5 D. My.-val többnek mutatja az esetet.

Legegyszerűbb és legpontosabb az atropinózott szemmel a legkisebb próbabetűt olyan távol olvastatni, a hol a beteg azt még tudja; kifejti azt a gyanúját, hogy a jó látóélességgel, jó szemfenékkal bíró nagyfokú rövidlátóknál esetleg a lencse magasabb dioptriális értéke fokozhatja a meglévő tengely-myopiát, míg a hiányosabb látóélességgel, kórosan elváltozott szemfenékkal bíró rövidlátóknál csupán csak a tengely hossza a rövidlátás oka.

Goldzieher Vilmos: Most egy éve operált nagyfokú myopia miatt egy beteget, a kit annak idején az orvosegyesületben be is mutatott és a kinél azelőtt legjobb correctióval a visus $\frac{5}{30}$ volt, ma pedig szabad szemmel $\frac{5}{24}$. Felemlít még 3 cataracta traumatica esetet nagyfokú myopiával, melyekben a lencse eltávolítása után a látás javult és hosszabb idő óta nem változott. Általában nagyon ajánlja a nagyfokú myopiában szenvedők operálását, mint a melylyel munkaképesség tehetjük az illetőket. Felemlíti végül, hogy a műtétnek németországi legfőbb ellenzői is már számos (körülbelül 200) jól sikerült esetről tesznek említést és az eredménytel megvannak elégedve.

Gröss Emil: Inkább Szili, mint Goldzieher álláspontjára helyezkedik. Az operatio 14—15 D.-nál magasabb myopia esetén — főleg fiatal egyéneknek — indokolt, ha nincsenek nagyfokú chorioidealis elváltozások; de ekkor is csak az egyik szemet operáljuk, mert így is elegendő segítsünk, a nélkül, hogy sokat kockáztatnánk.

Közkórházi orvostársulat.

(XV. bemutató szakülés 1895. november 13-dikán.)

Elnök: Schwartzter Ottó, később Koller Gyula; jegyző: Mohr Mihály.

Ulcus perforans duodeni. Peritonitis purulenta. Laparotomia. Gyógyulás.

Herczel Manó. L. I., 33 éves, budapesti aranyműves, ez évi augusztus hó 12-dikén minden előző tünet nélkül hirtelen igen rosszul lett. Azelőtt semmiféle betegségben, sem gyomorfekélyre valló tünetekben nem szenvedett. Most igen heves görcsökről panaszkodott, melyeket a jobboldali hypochondriumba lokalizál. E görcsök 5—10 percznyi időközben ismétlődnek, oly erővel, hogy a beteget lakására kellett szállítani. Otthon házi orvosa csillapító szereket rendelt. Ugyanaz nap estéjén láz lép fel, a beteg nagy erőlettel sokszor hány állítólág sötét epés folyadékot, vért nem. Igen elgyengült, elesett. Szélek nem mennek, széke másnap reggelig nem volt. Augusztus 12-dikén bemutató megállapította, hogy a has puffadt, feszült, nyomásra mindenütt érzékeny, különösen a serobiculum cordis táján. Mindkét hypochondrium és különösen a gyomor tája meteoristikusan tágult, annyira, hogy a köldök felett harántul futó behúzóadás látható.

A has felett a kopogtatási hang még dobos, a has legalsó részében is. Májtoppulat nem nyerhető, jobboldalt a szegymelletti vonalban már az V-dik bordától lefelé dobos a kopogtatási hang. Nyelv száraz, bevont. Hőmérsék 38'2", érverés 112, légzés 38 perczenként.

A tünetekből valószínűnek látszott, hogy ez esetben a bélhuzam magasabb helyén jött létre átfúródás és az ez által okozott hashártyalob van jelen. Erre utalt a has felső részének erősebb puffadtsága, a hőmérséknek aránylag alacsonyabb volta. A peritonialis tünetek hirtelen fellépése, a májtoppulat teljes hiánya, a nagyfokú elesettség e felvételben támogattak. Nagy bizonyosságot nyert bemutató akkor, midőn a kórházba szállított beteget műtét céljából aetherrel narkotizálni kezdték és ez erősen hányt, a hányadékban makroszkopice és görcsövel vért lehetett kimutatni.

A műtétet augusztus 13-dikán 25 órával a perforatio létrejötté után hajtotta végre. Aethernarkosis mellett 18 cm. hosszú metszéssel, melynek közepe a köldököt szelte át, hatolt a hasűrbe. A valószínűséggel felállított diagnózis mindjárt ekkor bizonyossá lett az által, hogy a hashártya megnyitásokor szagtalan gázok nagy mennyiségben ürülnek ki. A megnyitás után legnagyobb fokban tágult, erősen belévelt és genyes rostonyás izzadmánnyal fedett belek találunk ki. A gyomortáj beállításakor a pylorus alól gázok és geny áramlik kifelé, miért is az átfúródás itt volt keresendő. A pylorustól 5 cm. távolságban a duodenum lehajló ágán mellül és alul volt a borsónyi anyaghiány, melyet bemutató a szélek felrisszítése után két étage-ban varrt be olyképp, hogy az első, elsüllyesztett varratok (szám szerint 4) a bélfalnak egész vastagságán áthatoltak. A kis medencében levő körülbelül $\frac{1}{2}$ liternyi geny, a mennyire lehető volt steril gazetörölkkel távolítottatott el és bélcaesok a fedő genyrétegtől langyos steril vízbe mártott törölkkel tisztítottak meg. A puffadt belek visszahelyezése nagy nehézséggel járt. Hasfal az egész falon áthatoló selyemültésekkel lett egyesítve.

Műtét után a hőmérséklet leesett (36,2–36,5°) érverés 80–84, a légzés szapora maradt. Másnap spontán székürülése volt. A közérzet javult és a peritonealis tünetek lassanként visszafélődtek. A gyógyulást csak 5-öd nap zavarta meg 38,5°-ig menő hőemelkedés, melyet az erősebb köhögéssel járó bronchitis okozott. A jobb tüdő alsó lebenyében egyszerűsített egy hypostatikus gőz volt kimutatható. A javulás azonban gyorsan haladt. A hasseb prima intentione gyógyult. A beteg augusztus 30-dikán hagyta el a kórházat teljesen meggyógyulva, a hasseb helyén erős heggel. Azóta kitűnően érzi magát, súlyban folyton gyarapszik.

Hirschler Ágoston: A bemutatott esetet szóló is észlelte s így néhány megjegyzést óhajt az esethez fűzni. Alig van eset, mely a belgyógyász és a sebész együttműködésének fontosságát oly fényesen demonstrálna mint ezen esetet, melyben a sebészi beavatkozás javulatának felállítására és gyors kivitele életmentő volt.

Ismeretes a perforatív peritonitis veszélyes volta, eltekintve az előzetes peritonitis által eltolt helyen történt perforációktól. Ily körülmények között jogosult azon mindinkább előtérbe nyomulni felfogás, mely a perforatív peritonitist sebészi beavatkozás tárgyává óhajtja tenni; szóló osztja *Kurt Pariser* nézetét, mely szerint kívánatos volna, hogy a sebészi beavatkozás a perforatív peritonitis eseteiben ne ultimum, hanem primum refugium legyen.

Hogy a bemutatott eset mennyire ritkítja párját, felhossa szóló, hogy a *British med. Journal* 1894. évi május 12-diki számában *Dean* angol sebész esetet közöl, melyben duodenum perforatio operatív úton gyógyult, mint ilyen az első eset. A fekély kimetszése, a defectus bevarrása, a hasi régió kimosása után a seb begyógyult s az illető még két hónapig élt, a mikor bélzáródásban elhalt.

Azon identitásnál fogva, mely a duodenalis fekély és az ulcus ventriculi között fennáll, azt hiszi szóló, jogosult azon törekvés, mely az utóbbi időben az ulcus ventriculi pepticum perforatumot sebészi kezelést tárgyává óhajtja tenni. A *Deutsche med. Wochenschrift* 1895. 28., 29. számában *Pariser* egy statistikát közöl, mely szerint 43 ily operált eset közül 10 meggyógyult; oly szám, mely minden esetre biztató ily operatív végzésére. A bemutatott esetben 25 órával az áttörés után végzett eljárásnak — a genyves peritonitis dacára mutatkozó — sikere még inkább kötelességünké teszi hasonló esetekben a műtét kivételét.

A klinikai tüneteket illetőleg az ulcus pepticum duodenale és az ulcus pepticum ventriculi differentialis diagnosisa rendkívül nehéz, mert absolut biztos jellel nem bírunk.

Murphy-féle gyűrűkkel végzett gastroduodenostomia retrocolica.

Herczel Manó. K. J., 34 éves budapesti hivatalos orvos egészségese családból származik. Három év óta időnként rossz étvágy és renyhe székülés miatt voltak panaszai. Két év óta gyomor táján gyakori fájdalmakat és puffadtságot érzett. 1894 őszén több hétig tartó sárgasága volt; ez idő óta állapota folyton súlyosodik. Hetenként több ízben, rendszeren az étkezés után 4–5 órával, vagy reggel hányt. Véres hányadéka sohasem volt. Az étkezés után mindig felfuvarodást érez, mely csak a hányás után szűnik meg. Székelete csak hashajtókra indul meg. Bajának kezdete óta 10 kilogrammal fogyott.

Felvételnél a magasabb termetű sovány beteg hasa erősebben puffadt, a hasfalakon a gyomor és haránt remese contourjai elődomborodnak. A gyomor nagy görbülete alafelé majdnem a köldökig ér. Folytonos korgás és fokozott bélperisztaltika észlelhető, mely a hasfal érintésére még élénkebb lesz. Tumor nem tapintható.

A tápfelvétel után 2–3 órára a beteg az ételeket emésztetlen alakban hányja ki. A hányadék vizsgálatát *Hirschler* magántanár és *Mátrai dr.* végezte július 6-dikán, melynek eredményéből kitűnt, hogy a gyomor mozgató ereje nagyon hiányos. Két órával a próba-reggeli után kutaszva a gyomrot, abból nemcsak a reggelinél bevett összes tea és zsemle, hanem az előző napon bevett tápanyagok, ezek közt megalvadott tej is ürült ki. A savanyú erjedésben levő bennék jellegzetes rétegződést nem mutatott; savanyúsága 89% (1/10 normal natronlúgra). A szabad sósav reakcióját nem adja, tejsav-reactio kifejezett. Illó zsírsavak kimutathatók; a szabad lazán kötött sósav 0,115%-ot tesz ki. Emésztési kísérletnél csökkent emésztőképesség mutatkozik. Oltó ferment jelen van. Gőreső alatt emésztetlen ételmaradékokon kívül sok sarcina, sok lapos és kevés hengerhám, genyesejt, zsírcseppek és zsírgecsek találhatók.

Ezek alapján *Müller* tanár a kórismét pylorus szűkületre tette és az esetleges újképletnek kiirtása, vagy palliatív műtét céljából bemutatáshoz utasította.

A hasmetszést *Herczel* 1895. július 14-dikén végezte. Chloroform-narkosisban a köldök felett a középvonalon 8 cm. hosszú metszéssel megnyitotta a hasúrt. Meggyőződött arról, hogy a gyomor pylorikus részét egy alig mozgatható, kis almamekkoraságú, de teljesen sima felületű képlet foglalja el, mely főképp a gyomor hátsó falán terjed ki. Azonban a gyomor kis és nagy görbülete mentén számos apró mirigy van. E miatt a radicalis kiirtás nem látszott célszerűnek és bemutatáshoz *Hacker* eljárása szerint gastrojejunostomia retrocolicát végzett. Visszahajtva a nagy csepleszt és mesocolont és átmeteszvén az utóbbinak lemezeit, a gyomor hátsó alsó részét hozta elő és itt létesített összeköttetést a gyomor és bél között.

A *Murphy*-gyűrűket, melyeket e célra használt, a szabályszerű dohányzacskó-varrattal erősítette meg helyeiken, azután szorosán egymásba tolvá azokat a közlekedés helye körül a gyomor és belet még 6 finom selymvarrattal egyesítette. A hasúrt elsúlyesztett silkworm-varratok és felületes tolvafutó selymvarrattal zárta el.

A lefolyás teljesen láztalan volt: A hasseb per primam gyógyult. Betegnek 6-od nap spontán székürülése volt, 8-ad nap ricinus-olajra bő ürülés következett be, melylyel a *Murphy*-gyűrű eltávolított. A táplálkozás az erős étvágy mellett igen jól ment. A 3-dik héten beteg felkelt. Műtét óta 4 hó alatt a beteg 16 kilogrammal gyarapodott. Mindaddig semmiféle panaszai nincsenek.

Egy vizsgálat céljából kivett mirigy gőresővi metszeteiben *Pertik* tanár intézetében semmiféle rosszindulata beszűremkedést nem láttak. A beteg jó kinézése annyira meglepő, hogy arra lehet gondolni, miszerint ulceratiók és lobos beszűródés által okozott szűkülettel állottunk szemben; annál inkább, mivel jelenleg — 4 hónappal a műtét után — tumor a hasfalán át nem érezhető.

Hasonló két esetet, hol pylorus tumoroknál biztos diagnosist felállítani műtét közben sem lehetett, közül legutóbb *br. Eiselsberg*, míg *Talma, Kocher, Lauenstein* és bemutató személyes tapasztalatai mutatják, hogy a bélhuzam rákos újképletei, ha a béltartalom circulációján kívül helyezettnek, egyes kedvező esetben részben visszafélődnek.

A trachomatosus szarubántalom egy ritkább esete.

Feuer Náthán. K. R., 14 éves debreczeni illetőségű leány 4 év óta szembeteg és azóta otthon a trachoma elleni rendszeres gyógykezelésben részesült. Két év óta bal szeme mindinkább homályosodik, mi ellen az egy év óta végzett sublimat-ledörzsölések sem használtak.

A bal szemén súlyosabb trachoma észlelhető; a nélkül, hogy a conjunctiva bulbi felső része beszűródést mutatna, szaruhártyájának felső kétharmada többszöröse megvastagodott és hússzínű. Ezen szarubántalom az első megtekintésnél pannus crassusnak látszik, de behatóbb megvizsgálásánál kitűnik, hogy itt a beszűródés nem a szaruhártya felületére illetőleg mellő rétegeibe van lerakódva, mint a pannusnál (keratitis vasculosa superficialis), hanem hogy a beszűródés a cornea parenchymájában székelt és ez által a szaruhártya megvastagodását idézte elő. Ezen szarubántalom a pannustól kimenetele által is különbözik. Míg ugyanis a vastag pannus is majdnem egészen feltisztulhat, úgy ezen beszűródés a nélkül, hogy genyedésbe menne át, kötszövetté változik át, s ily módon a szaruhártyában vastag, fehér heg (leucoma) képződik, mely utólagosan legjobban mutatja, hogy a beszűródés a szaruhártya mélyebb rétegeiben is székelt.

Ezen bántalom ritka és mindazon 5–6 eset, melyet ezer meg ezer trachoma-beteg között látott — legtöbbször a már megállapodott heggel — véletlenül fiatal leányoknál fordult elő.

A therapia, melyben a rendszeres trachoma gyógykezelés mellett a galvanocauter nagy szerepet játszik, csak a még esetleg tisztá szaruhártya részt mentheti meg; a megtámadott rész feltisztulása ki van zárva.

Hess-féle ptosis-műtét esete.

Ij. Siklóssy Gyula. A 42 éves napszámosnál kifejezett tabes tünetek állanak fenn, e mellett mindkét szemén ophthalmoplegia externa totale van jelen. Állapota két esztendője állandó, 2 éve nem tudja szeméit semelyik irányban mozdtítani, s felső szemhéját nem képes emelni, egyik szemén sem. Bajával több helyen keresett orvosi segílyt; egy évig ivott jodkalium-oldatot a nélkül, hogy a legkevesebb javulást érte volna el. Legtöbb alkalmatlanságot okozott neki szemhéjainak leesése, a ptosis, mi miatt az osztályon műtétet tett, *Hess* eljárása szerint. Áttér ezután a ptosis műtétek értékének mérlegelésére. A ptosis csipetők, szemüvegek, melyent *Goldzieher* is szerkesztett, pillanatnyi hatásúak, nem számítva, hogy viselésük kellemetlen lehet, a *Pagenstecher* ajánlotta fonalműtét hatása ideiglenes, e mellett az anti- és asepsis idejében már helyt nem állhat, mert a szűresatornában fellépő genyedésre alapítja a sikert. A *Panas* műtété ptosis ellen jóval nagyobb hatást idéz elő, maradóbbat is, de a bőrlebenyek bőrhíd alatt való átbujtása, mikor felhám kerül sebfelület alá, ellenkezik a chirurgia követelményeivel, a mellett pedig torzulást okoz az arczon. A *Hess* műtét módja az, mely kettő választja a szemöldöktől kezdve a szemhéj széléig a szemhéjat és az elsimult redőt a tarsus domború széle felett újra képi az által, hogy a szemhéj bőrének, tehát a mellő lemezek középebe vezet fonalakat és eltolvá a felső lemezt az orbicularissal a tarsus felett igen erős lapszerinti hegedést hoz létre, minek folytán a frontalis működése jut a pilla szélén érvénybe.

Bemutatásához régebben műtett esetek fényképeit csatolja, melyek közül egyik 5 hó előtt műtétet, néhány nap előtt a helyben lakó orvos levele szerint 8 mm.-nyire tudja szemrését kinyitni.

A bemutatott beteg szemrését 9 mm.-re nyitja, könnyen csukja *Reméli*, hogy a hatás nem lesz mulandó.

Dieffenbach-féle szemhéjképlés esete.

Ij. Siklóssy Gyula dr.: A szemhéj és arczárkban szenvedett 5n éves asszony 4 év előtt másutt lett ugyane baja miatt műtétet. Jeleot leg baja kiújult és pedig oly területen, hogy a felső szemhéj kül-6 felét, a külső szemzugot, a halanték táj bőréből 1 cm.-nyi széles csíksó és az egész alsó szemhéjat minden képletével együtt el kellett távolítani. Az óriási anyaghiány pótlására fent 5 cm., lent a gyökérnél 2 cm. széles, belül 10 cm., kívül 14 cm. hosszú bőrlebenyt készítet az arcznak a bőréből, befedte vele a hiányt akkép, hogy a felső szemhéj csunkjához hozzá varrta a lebeny felső külső szélét. A külső oldalt a másodlagos anyaghiány határozza. Látni való, hogy az eljárás nem egyéb, mint szükség által módosított *Dieffenbach*, úgy is a mi a lebeny alakját, úgy is a mi a lebeny nagyságát illeti. Nagy különbséget tesz ilyen ese-

tekben, hogy megtartható-e a tarsus és a conjunctiva, nem szólva cosmeticus szempontból a szemszőrőről s látás szempontjából a szemréstől. A milyen könnyen oldható meg a feladat, ha a tarsus megvan és csak a felette levő bőrrészlet hiányzik, épen oly nehéz viszonyokkal áll szemben a mütő, ha a szemhéj egész vastagságában van megtámadva s ha a conjunctiva sem tartható meg.

A mütét lefolyása teljesen sima volt, a másodlagos anyaghiány *Thiersch* módja szerint takartatott be.

Goldzieher Vilmos: A Hess-féle operatiót kétszer végezte. Egyik esetet egy kis fiúnál, a hol véleszületett ptosis volt s az egész dolog eltorzulás benyomását tette, a másikat egy férfinál, a kinek mindkét szemén ptosis volt. A Hess-féle módszer a legszebb eredményeket nyújtja a mi a cosmeticát és a közvetlen eredményt illeti, a mennyiben a felső szemhéjat jellemző horizontális redő hozatik létre s a szemhéj a szemöldök alá varratván, összeköti a musculus frontalisal, mely a szemhéjat felhuzza. — Csakhogy ezen eredmény nem maradandó.

Feuer Náthán: Ha a bőrt felvarrjuk, első időben az eredmény szép, de a varrás hege még sem képes az izomműködést pótolni, főként a musc. sphincter palpebrae működése folytán.

Siklóssy Gyula: Minden ptosis operatio között ezen eljárás nyújtja a legjobb eredményeket, hogy hosszabb idő múlva milyen lesz az eredmény, azt most még nem lehet tudni. — Egyik esetük 5 hónapos, s a marezali orvos, a hol a beteg is lakik, azt írja, hogy az operált 8 mm.-nyire tudja szemrését nyitni.

A szűresatorna mentén fellépő hegköteg, igaz, hogy nem pótolja az izmot, de itt lapszerinti összenövés van.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: Bókai Árpád, Kétli Károly, Korányi Frigyes. Második kötet. Dobrowsky és Franke kiadása. 1895.

Az előttünk fekvő második kötet a vérbetegségek, lépbetegségek, anyagforgalom betegségeinek és a gyakorlatilag fontosabb mérgezéseknek leírását foglalja magában.

a) *Vérbetegségek. Bevezetés a vérbetegségek kór- és gyógytanába Ilgyes Endre tanártól.* Szerző leírását a vérelromlás keletkezéséről szóló fejtegetéssel kezdi. A vér vagy mennyiségében vagy minőségében változásokat szenved, megromlik. Az a kérdés merül fel, hogy a vérnek ezen elromlása kiindulhat-e magából a vérből is, avagy csak másodsorban lép az fel mindig az egyes szervek és szövetek bajai után, kívülről a vérerekbe jutott károsan ható okok folytán? A kérdés jelen ismereteink mellett el nem dönthető. Elméletileg nem vonható kétségbe, hogy a vérszövet és vérplasma önállólag is megbetegedhetnek, miután a vért élő folyékony szövet gyanúnt kell felfognunk, mely sejtekből és folyékony sejtközötti állományból áll. A vérelromlás mivoltáról szólva megjegyzi, hogy a vér a különböző betegségek folytán változást szenvedhet physikai, chemiai és morphologiai tulajdonságaiban; a chemiai elváltozások meghatározása főleg nehéz, mert hiányzik reá a megfelelő módszerek. Legjobban van kifejtve a morphologiai és színbeli tulajdonságok vizsgálata, melyet kis mennyiségű véren is végre lehet hajtani. A vér elromlása physikai tekintetben a vér színe, sűrűsége, mennyisége, hőmérséke és megálló képességének elváltozásait foglalja magában. A vér elromlásánál chemiai tekintetben a vér lúgosságának és a vér rendes chemiai alkotásának mennyiségének és elegyarányának megváltozásáról, a vér víztartalmának beteges ingadozásáról, a vérszövetek haemoglobin tartalmának beteges ingadozásairól, a vér fehérje-, zsír- és cukortartalmáról, a vérplasma és savó szervesetlen alkotásairól, a vér gáztartalmáról szól. Ugyanezen rovatban elsorolja a vérben rendesen elő nem forduló anyagokat, első sorban a húgyanyagot és húgysavat, acetont, leucomainokat. A vér elromlása morphologiai tekintetben a vörös, fehér vérszövetek és a vérelmezek elváltozásaira vonatkozik. Itt tárgyalja a vérben előforduló idegen alakelemeket. A leírt egyes elváltozások sokféle combinatiójának rajzát vizsgálja ezután a főbb betegségek: elsődleges acut anaemia, anaemia pern. progr., chlorosis, másodlagos anaemia állapotok, leukaemia következtében. A következő fejezet a vérbetegségekben megvizsgálásáról szól, felsorolja a legjobbnak elismert módszereket a vér sűrűsége, lúgossága, relativ haemoglobin tartalmára stb. nézve. A vérbetegségek orvoslásáról szóló részben

rövid vonásokkal igen sikerülten hangsúlyozza azon elveket, melyek alapján az orvoslás észszerű feladatának megfelelően s a szervezetnek compensáló működéseit fenntarthatjuk és elősegíthetjük. A vérkészítés és vértisztítás elősegítésén kívül, mint második főirányt kiemeli, hogy directe a vérré történő physikai és chemiai behatásokkal kell igyekezni azon, hogy az elromlott vér ismét rendes jó és ép vér legyen. Sajnálattal constatálja, hogy ámbár a cél, a mely irányban a pathologiai és therapeutikai kutatásnak haladnia kell, az eddigi hézagos ismeretek alapján is biztosan megállapítható, mégis ezen tekintetben ismereteinknek még csak kezdetén vagyunk. A mi e téren eddig positiv eredményre vezetett vagy sikerre kilátást nyújt, azt e fejezetben röviden összefoglalva felsorolja. A therapeutikai behatás objectiv értékét első sorban a vérszámolás és a haemoglobinnak időről időre való meghatározása által kívánja nagyon helyesen ellenőriztetni. Egy színes tábla a vérelromlás morphológiájáról elmondottakat szemléltetőké is teszi s alkalmas kiegészítője ezen kiválóan sikerült bevezetésnek, mely jól hangzó magyaros írásmódja, világos fejtegetése, rövid összefoglaló tárgyalása folytán a szakembernek vonzó olvashatóságot nyújt, a kevésbé tájékozottaknak pedig nagy segítségére szolgál a vérbetegségek kórtana mai állásának megismerésében.

(Folytatása következik.)

II. Lapszemle. Sebészet.

Az aktinomykosis gyógyítása. Rydygier tanár azon tapasztalásból indul ki, hogy mily gyakoriak a recidivák aktinomykosisnál még a legpontosabb operatiók daczára is, — a minek biztos tudatában van a sebész már mütét közben is, midőn érzi, mennyire képtelen minden rés és hézagból a nagyon elszaporodott gombácskák minden egyesét eltávolítani — úgy örömmel üdvözölte a jodkalit mint hirdettelt biztos belső szerét e bajnak. Azonban közvetlen az első esetben nem vált be, úgy hogy a jodkalium belső adagolása mellett annak 1% oldatát volt kénytelen befecskendezni a kóros szövetbe és ennek kapcsán két gyógyult esetről számol be. 1. Egy orvosnövendék, kinek az egész jobb nyaktájékra kiterjedő daganata volt, kétszeri operatiótól és belsőleg adagolt jodkaliumtól semmit sem javult. Rydygier a belsőleg adagolt jodkaliumon kívül, az infiltratumba annak 1% oldatából 1 fecskendővel injeciált. Az első injectio után a daganat nagyobb lett, az ürmenetből bővebb mennyiségű geny ürült. 14 nap múlva ismét kapott 1 1/2 fecskendővel, ekkor a daganat határozottan kisebbedett, aztán 14 naponként 2 fecskendővel kapott. Két hó múlva a daganat teljesen eltűnt. 2. 46 éves férfi, kinek jobb hypochondriumában két férfükölnyi daganata volt, több sipolylyal, melyekből aktinomyceses geny ürült. Egy hó leforgása alatt 16 fecskendő 1% jodkaliumot kapott, mire az egyik daganat eltűnt egészen. Ekkor hozzátartozói a klinikumról hazavitték. (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 39.)

B—s dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. *Inoperabilis rákos daganatok ellen Hüb arzenbefecskendezéseket használnak és többször látott jó eredményt.* Vagy 1 pro mille arsenessav-oldatot vesz igénybe, vagy pedig a következő oldatot: Rp. Acidi arsenicosi 0.20; Cocaini hydrochlorici 1.0; Aquae destill. 100.0. 2—8 napos időközökben 1—2 köbcentiméter fecskendez magába a daganatba. (La semaine médicale, 1895. 55. sz.)

2. *Súlyos anaemia eseteiben Mennella jódot és vasat fecskendez a bőr alá, 1—1 köbcentiméter két különböző helyen a következő oldatokból:* Rp. Jodi puri 0.20; Kalii jodati qu. s. ut fiat solutio in Aquae destill. 20.0. Rp. Ferri citr. ammon. 1.0; Aquae destill. 20.0. A befecskendezések naponként egyszer, esetleg kétszer végzendők. (La semaine médicale 1895. 55. sz.)

3. *Bright-kór eseteiben jó eredménnyel használja Polakov a bromlithiumot, mint biztosan ható diureticumot és az albuminuriát csökkentő szert.* A rendelésmód következő: Rp. Lithii brom. 1.25—2.0; Natrii bicarbon. 4.0; Aquae destill. 240.0; Tinct. menth. pip. guttas II. M. D. S. 3—4 evőkanálnyit 24 óra alatt. (Rev. internat. de méd. et de chir. prat. 1895. 20. sz.)

TÁR C Z A.

Spanyolországból.

A mai Hispania. Népszokások. Corrida de toros. Kihalt vidékek. Salamanca. A madridi facultás. Ramón y Cajal. Bacteriologiai intézet. A quirofano. Beteganyag. Leprosoriumok. Tanrendszer. Orvosi praxis.

A spanyolok Franciaország tótjai s a francziák Spanyolország németjei. Amazok szegény napszámosok, a kik olesó bérrel megelégszenek s munkát keresve elárasztják Dél-Franciaországot, emezek gazdag vállalkozók, kik a spanyol ipart, a vasutakat kezükben tartják s kizsákmányolják a szegény országot. Ez a mostoha gyámság az egyik oka, hogy e derék, törekvő, tehetséges nemzet nem tud előre jutni.

Messze bolyongásaim közben csak egy helyet találtam, melynek régiségei, szokásai a turistát, népének betegségei az orvost, testalkata az anthropologist jobban érdekelhetik Spanyolországnál — s ez a mi Dalmáciánk. Oly gyönyörű, szálas növési erős fizikók, koromfekete hajjal, napbarnított arczczal, vadul, bizalmatlanul villogó szemekkel, mint e két országban, sehol sem kerülnek elének. De itt is, ott is alig van élet; a szegénységet az igénytelenség enyhíti csupán és a fokozatosan süllyedő nép munkátlanul él régi palotáinak romjai között, multjának fényes emlékeit regélve. . . .

Nem képzeltetek el olyan művelt embert, kit Spanyolország látása meg nem indítana. Minő multja volt s minő jelent tár elének! Egyik véres harc a másikat váltotta fel történelmében, mert ha nem háborgatta ellenség, önmaga ellen támadt a nép. Előfordult, hogy 11 királya volt egyszerre a félszigetnek. A harcokban kimerült népet hol rettegésben tartották az inquisitio mérgei, hol a legféltelenebb kicsapongások közé vetette a beözönlő amerikai arany. Azután jött a szoldateszka, a forradalmak s az elbutított, dolgozni nem tanult nép teljes elszegényedése.

Annál sajtáságosabb, hogy mintegy atavismus folytán ez a decadens nép néha minő kiváló lángelméket teremt. Ki nem ismeri *Echegaray* drámáit, *Castelar* szónoklásait, *Zorilla* hazafiságát, *Martinez Campos* vitézségét és tegyük hozzá, melyik orvos nem hallotta *Ferrannak*, *Ramón y Cajalnak* nevét?

E ritka kivételektől eltekintve azonban mily sivár az élet, mily vigasztalan jövőnek néz elébe a spanyol nemzet! A nép elnyomott, indolens; folyvást veszíti azokat a szép nemzeti szokásait, melyek ma-holnap már csak a románczokban és *Gája* képein maradnak fenn. Ritkulnak a festői népviseletek: *mantilla*, *bolero*, a *capo* a párisi népviseletnek adnak helyet. A régi tánczokat, a *lotát*, *taconerót*, *seguedillát* felváltja a walter; a leányzókat, mint *Conchita*, *Annunziata*, *Potenzia*, *Visitación*, *Assunta* feleserélik Krisztinára, Adéla. Divatjukat mulják a románczok s a mandolin; régi játékaik közül haldoklik a *pelota* (labda) s csak egy képviseli még a spanyol karaktert, hoz lelkesedést, örömet a népbe, a bikaviadalok.

Mi művelt európaiak rendesen szeretünk kigyót-békát kibálni a bikaviadalokra, különösen a míg nem láttuk őket s barnak, kegyetlenek tartjuk azokat. Mi azt hisszük, hogy az a szegény állat emberül viseli magát, az ember pedig állatiasan. De hát jobbak vagyunk-e mi a spanyoloknál s van-e jogunk elítélni őket? Én láttam Freudenauban egy hat kilométeres akadályversenyt, a hol hat paripa közül négy elpusztult és két jockeynek betörték bordái. Láttam a művelt angolt fuldokló paripán rohanni, hogy agyonkorbácsolhassa a rókát; a francziát lövöldözni megvakított galambokra, a hollandust kakasokat viaskodtatni egymással. Láttam angol koldust, ki valaha híres *boxer* volt, míg a *matchokon* mindkét szemét ki nem ütötték. Még jellemzőbb mindezeknél a Lyon Maffio-féle mérkőzés, melyben egy gazdag francia társaság felfogadta e két vívómestert, hogy éles kardokkal meztelenül álljanak ki s kaszabolják össze egymást. Volt ember, a ki húsát így árúba bocsátja s egy másik, a ki napjainkban gyönyörét leli e gladiator játékban!

Bizony nem rí ki e társaságból a spanyolok ősi nemzeti játéka. A kegyetlenség nem bűn — az sarkalatos jellemvonása az emberi fajnak. A vérontás vágyát lehet formákba önteni, mo-

dernizálni, elfödni — csak kiirtani nem. Napoleon, XII. Károly, Nagy Sándor céltalan hadjárataikban mást tettek-e, mint népeket mészároltattak le népek által, hogy instinctív vágyaikat kielégítsék. Mi különben nem tudjuk megérteni, hogy mi az a *corrida* a spanyolnak. Nem mészárlás az, melyet a vágóhídon czélszerűbben és decensebben el lehetne végezni. Hiszen a néző az emberi intelligenciának és ügyességnek diadalát látja ott a nyers állatias erő felett s mikor az *espada* kicsiny késével megöli hatalmas ellenfelét s nyakára lép az elterült állatnak — akkor e népnek a saját ragyogó multja jut eszébe, az *invincible Armada* hőstettei, melynek győzelmes fegyvereit Európa és Amerika egyformán rettegte! Becsülöm a spanyolokat, hogy eme régi szokásukat nem áldozzák fel a vizet prédikálók lármájának. Bárcsak volna nekünk magyaroknak is valami ilyen hagyományunk, a mely felkeltené bennünk a tündöklő, az elszunnyadt nemzeti érzést!

Ez azonban bár orvoslandó, de nem orvosi ügy, térjünk tehát emezekre át. Az előzmények után senki sem fogja azt várni, hogy nagyszerű intézményekről, modern kórházokról fogok beszámolni. Vannak azonban érdekes szokások, melyek beható hygienikus tanulmányokra volnának érdemesek.

A spanyol ember sokkal tisztább az olasznál. Szereti ruháját váltani; tömérdek fürdőt vesz. Este nagyot sétál. Háza többnyire szabályszerű tisztaságú, különösen Sevillában meglepőek a lakások. A házak hófehérre vannak festve s többnyire márvány vagy porcellán borítja őket. Az udvarba, melyet *patio*-nak neveznek, be lehet látni az utcáról és az elének táruzó kép rendkívül vonzó, a tropikus növények között szökőkút csobog s az egésztest kifeszített ernyők védik a nap heve ellen. A szegényebb ázakban persze hiányzik a márvány, művészies vasrács helyett hak léczkapu zárja el a bemenetelt, de itt is mindig fehérek csfalak, buják, öntözöttek a növények s mint a szegényebb római atriumaiban, legalább a falra van festve a szökőkút.

A tisztaság érzete feltűnő. A kórházak falait már 300 év előtt is vízhatlan fayenceszal rakták ki, melyeket akkoriban többnyire remek festményekkel díszítettek. Tömérdek sok a *peluquero* (fodrász), *salon de limpia botas* (cipőtisztító = toilette-szoba), *bano* (fürdő) hemzseg a boltok között. A spanyolok este mindig nagyot sétálnak, persze folytonosan cigarettázva; az égő gyufát azonban sohasem dobják el s a tüzzel általában óvatosan bánnak.

Bámulatosan vannak szervezve a vásárok is. Minden csalásnak gyökeresen elejét veszik szigorú, de könnyen áttekinthető, egyszerű intézkedésekkel, melyeknek tanulmányozására érdemes volna valakit Budapestről pl. Pamplonába küldeni.

Szinte a népszokások egyikének lehet betudni, hogy ha igazat mond a statistika, Spanyolországban oly kevés a syphilis. A spanyol legények ugyanis nem „csaponganak virágról virágra, mint a pillangók“, nem pedig azért, mert a leány rokonsága nem érti a tréfát és ha a legény nem venné el feleségül az elbolondított leányt, bizonyos lehet benne, hogy a leány apja vagy bátyja belemártja szívébe a *nabáját*.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1895. december 6-dikán.

A magyar dermatologusok és urologusok egyesülete f. hó 5-dikén tartotta a bőrkórtani klinika rendelő helyiségében első ülését. Az eddigelé belépett 30 tag közül majdnem valamennyi jelen volt s az egyesület működése, a mely hivatva van a dermatológiát és urologiát művelő magyar szaktudósok érintkezését egymással gyakoribbá és szorosabbá tenni, igen kedvező auspiciumok között indult meg. Ámbár természetes, hogy az egyesület a címében viselt tárgyak beható kutatására törekedik első sorban, mindazonáltal alapítói, élükön *Schwimmer* tanárral belátván és méltányolván azon szerfelett számos vonatkozást, a melyben a bőrkórtan a belgyógyászattal, az idegkórtannal, gyermekgyógyászattal, a sebészettel és nőgyógyászattal áll, nem olyannak terveztek ezt az egyesületet, mint a melyben a tagok a szoros specialitás egyoldalú kultiválását üznék csupán, hanem olyannak, hogy benne az előbb felsorolt szomszéd tudományok képviselői is részt

vehessenek, felszólalhatnak és saját szaktudományuk alapján állva, tapasztalataikkal ennek és a bőrkórtannak kölcsönös fejlődését előmozdítsák. Különösen ama számos elvi és részletkérdésre, kóralakra és kórtörténetre gondolunk e szempont hangsúlyozásakor, a melyek a bőrkórtan illetve urológiában s a felsorolt tudományokban egyaránt szerepelnek, mint kérdéses vagy vitás pontok, vagy pedig azokra, a melyek mindkét szakma által eddigelé nem eléggé méltányoltattak, s a mely kérdések megoldása csak együttes munka által érhető el. Talán elég lesz itt példaképp utalni az idegbajok következtében fellépő bőrbántalmakra, mint a neurologia és dermatologia közös munkaterére s a női blenorhoeára, mint a gynaekológiával szomszédos feladatra. A felvételi szabályzat tehát úgy állapította meg a felvételre szóló minősítvényt, hogy az egyesület tagjává lehet minden orvos, ki az orvostudomány valamely részével tudományosan foglalkozik s a dermatologia vagy urológia iránt érdeklődik. Az ülés lefolyásáról e lapok hasábjain bővebben beszámolunk, most csak annyiról emlékeztünk meg, hogy az alapszabályoknak a ministerium által kívánt módosítása után 6 betegbemutató következett, melyekhez rendkívül eleven és kedélyes, másfél óráig tartó vitatkozás csatlakozott. Kívánatos volna, hogy az egyesület e szép kezdethez méltóan folytassa működését, nemcsak azért, hogy tudományos életünk nyerne ez által, hanem azért is, hogy a több idegen nyelven megjelenendő tárgyalások révén a külföldi irodalomban szakembereink munkásságáról ne csak személyük szerint vegyenek tudomást — mint eddigelé —, hanem kénytelenek legyenek munkásságukat olyannak tekinteni, a milyennek az egyesület címében van kifejezve, a magyar dermatologusok és urológusok működésének.

Vegyesek.

Budapest, 1895. december 13-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. november 24-től november 30-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 362 gyermek, elhalt 234 személy, a születések tehát 128 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi tisztviselői hivatalnak 1895. december 2-dikától december 9-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 15 (meghalt —), himlőben 2, álhimlőben 1, bárányhimlőben 35, vörhenyben 33 (meghalt 3), kanyaróban 253 (meghalt 5), ronszoló toroklobban és torokgyékben 31 (meghalt 5), trachomában 17, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 13 (meghalt —), orbáncban 22 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

— Párisban az orvostanhallgatók száma az 1894/95. tanévben 5445 volt; a mostani tanévben e szám körülbelül 6000-et tesz. Ezek közül 1046 az idegen és pedig 879 férfi és 167 nő.

— Csiky Ferencz dr.-t a pénzügyminister a kabolapójánai vasgyárhoz orvossá nevezte ki.

— Cholera. Galicziában november 19-dikétől 25-dikéig 28 megbetegedés és 11 halálozás fordult elő cholera következtében. Augusztus 23-dikától az összes megbetegedések száma 379, a halálozások pedig 245 volt; a halálozás százaléka tehát 64.

— Az influenza újból felütötte fejét Londonban; november első két hetében 17 halálozást fordult elő influenza következtében. Az influenza különben a házi állatok (kutya, lovak és macskák) között is erősen pusztít; minden 100 macska közül állítólag 24 pusztul el influenzában.

— Az orsz. közegészségi egyesület iskolaorvosi és egészség-tanári szakbizottsága felszólítja a képesített iskolaorvosokat és egészség-tanárokat, hogy a szakbizottságba lépjenek be. A belépési nyilatkozat Aujeszky Aladár titkárhoz küldendő. (VIII. Baross-utca 55. sz.)

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-kórházban 1895. december 5-től egész 1895. december 11-ig ápolott betegekről.

1895.	Felvett			Elbocsátott			Megtelt			Maradt			Az ápoltak közül				
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban				
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülendő	heveny fertőző	az állati-kórházban	
Decz.	5	67	34	101	54	43	97	2	2	4	1268	958	2226	1130	26	124	946
"	6	46	26	72	56	29	85	2	2	4	1256	953	2209	1114	28	122	945
"	7	45	36	81	43	64	107	3	3	6	1255	922	2177	1094	26	122	935
"	8	45	37	82	52	27	79	2	3	5	1246	929	2175	1089	26	125	935
"	9	54	44	98	51	59	110	3	4	7	1246	910	2156	1060	26	128	942
"	10	53	51	104	55	50	105	5	7	12	1239	904	2143	1045	26	131	941
"	11	64	39	103	60	21	81	5	3	8	1238	919	2127	1025	26	135	941

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősor 5. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Téli kúra
rheuma, köszvény,
ischias stb. ellen.
Szt.-Lukácsfürdő
r.-t. Budapest.

Kénes iszapfürdő,
douche-massage iszapborogatások. Meghülés veszélye nincs, mert a szállodák és fürdők egy fűtött épülettömböt képeznek. Olesó pensio. Lift és hordszékek, nehéz betegek számára felvonó a vízben. A fürdő főorvosa: *Bosányi Béla* dr. Prospektust küld az igazgatóság.

HIRDETÉSEK.

Dr. KELEN ISTVÁN
MASSAGE, TESTEGYENÉSZETI ÉS SVÉDGYMNASTIKAI GYÓGYINTÉZETE
Budapest, VIII., Kerepesi-út 49. sz. a.

BUDAPEST, V. kerület, Erzsébet-tér 8. szám

DR REICH MIKLÓS
TESTEGYENÉSZETI ÉS GYMNASTIKAI
GYÓGYINTÉZETE

BUDAPEST, V. kerület, Erzsébet-tér 8. szám

INGESTOL.

Ezen készítmény mint tényleg ártalmatlan, gyorsan és biztosan ható szer mindennemű **heveny és idült gyomor- és bélbaj ellen** gyermekeknél (a legkisebbeknél) és felnőtteknél eléggé ki van próbálva s az orvos uraknak ép oly egyszerű mint sikeres alkalmazási módja miatt melegen ajánlatik.

Az adagolás minden kor számára és alkatrészei pontosan közöltetnek.

Mintaüvegesék és előrajzok orvosi véleményekkel kivánatra ingyen és bérmentve megküldetnek.

Eredeti üvegek (à 200 gm.) **2 frt** és (à 100 gm.) **1 frt 25 kr.**

Egyedüli gyártók:
G. T. P. Richter,
Fabrik pharmaceut. Präparate,
Berlin, SO/33.

Főraktár Magyarországon:
TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerháza
Budapest, Király-utca 12.

Tamar Indien Grillon

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A *dugalás* és annak következményei ellen, ú. m.: **aranyérbántalmak, vértódulás, fejfájás, étvágyhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.** Nélkülözhetlen az asztonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnyvel alkalmazható előrehaladt koraiknál és gyermekekénél. — Semminemű drasztikus alkatrészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendszeres szorulásban szenvednek.

A *Tamar Indien Grillon* Franciaország első tekintélyei által javaltatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

MAGYARORSZÁGI FŐRAKTÁR:
TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerháza, Budapest, király-utca 12.
Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár. 26

Uj!!  **igen praktikus!**
 D. R. G. M. 25406
 Aluminium-Scala.
Uebe percz-hőmérője aluminium-skálával. D. R. G. M. 25406, különben egészen jeni normal-tüveg-
 ből, beolvaszott skálával, melynek eltávolítása tehát lehetetlen;
 könnyen és biztosan fertőtleníthető. Megbízhatósága hitelességi bizonyítvány által garantírozott, nikkeltokban vagy patent-hüvelyben. —
 Ára 1 frt 50 kr. Tuzatja 14 frt. — Egyedüli gyáros: **WILHELM UEBE**, orvosi hőmérő gyára **Zerbst, Németország.**
 Minták 10 x 13 cm. hosszúak lapunk szerkesztőségében megtekinthetők. 7

DR. GRÜNWALD SANATORIUMA
 Budapest, VII. kerület, Városligeti fasor 15. szám.
 (A király-utcai villamos vasút mentén.) 16
 Ujnan épült, minden komforttal és gyógyeszközzel ellátott
 magángyógyintézet. Felyétetnek bármily gyógyszakmába vágó
 beteg nők. — Gyógykezelés kívánság szerint bármely spe-
 cialista által. Van külön szülészeti pavillon is. Állandó orvosi
 felügyelet. Kitűnő ellátás. Telefon. Kívánatra prospectus.

VÉDŐJEGY.

 48 Univ. med. Dr. PÉCSI DANI
 nyilvános
TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE
 TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)
 tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltó-
 anyagot, a következő árakon szállít:
 50 egyénre (kb. 1 gramm) --- 3.—
 100 " (kb. 2 gramm) --- 6.—
 1 phiola 2-3 egyénre --- .60
 10 vagy több ilyen phiola á --- .50
 1 phiola 15 egyénre --- 2.50
 Csomagolásért 20 krajczár

ABBAZIA Dr. SZEMERE ALBERT
 a gyógyhelyen a torok- és mellbajok speciális
 orvosa. Lakik: Villa Szemere. 2

Dr. HORVÁTH MIHÁLY
 operateur
TESTEGYENÉSZETI INTÉZETE
 Budapest, VIII., Kerepesi-út 17. szám alatt.

DR. DOLLINGER GYULA
 TESTEGYENÉSZETI ÉS
 SEBÉSZETI INTÉZETE
 BUDAPEST
 VII., KEREPESEI-ÚT 52. 49

Med. univ. Dr. BÁCSKAY BÉLA
 nyilvános tehénhimlőtermelő intézete
 ARADON 48
 egész éven át szállít friss és biztos fogamzására nézve mindenkor
 előzetesen kipróbált oltóanyagot a következő árakon:

Egy phiola 50 egyénre (1 gr.)	3.—	100 egyénre való 8-10 phiolába	
Két " 100 " (2 gr.)	6.—	osztva	7.—
Egy " 3 " "	.50	Saját találmányú szabályozható scarifi-	
" " 15 " "	1.50	cator (igen kedvelt oltó-eszköz)	1.25

Vegyi, görcsövészeti és bacteriologiai
ORVOSI LABORATORIUM
 Budapesten, V. ker., Váci-körút 60. sz.
 Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajka-
 tej-, ex- és transsudatum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.
 Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

Alapított 1878. Sürgönyezim: Keleti J. műszerész Budapest.
A t. orvos urak becses figyelmébe!
 Betegápoláshoz szükséges eszközök, orvos-sebészi
 műszerek, kötszerek és gummiárúk beszerzésére
 ajánlja magát
a KELETI J. orvos-sebészi műszergyártó cég
 Budapest, IV., koronaherczeg-utca 17 és Rostély-utca Károly-laktanya 15.
 A cég elvállal teljes kórházi berendezéseket; szállít beteg-
 segélyező pénztáraknak sérvkötőket egy évi jótállás mellett és
 kötszereket legjutányosabb árakon, — úgyszintén gyáraknak
 mentőszekrényeket legújabb előírás szerint.
 Tiszti és körorvos urak részére mindenkor raktáron tart
 teljes boncsoló és amputáló készleteket igen czélszerűen beren-
 dezett tokokban.
 Jegyzet: Az igen tisztelt orvos urak kényelmére legnagyobb
 készséggel szállításokat évi számlára fogantatásit, — kezdő orvos
 uraknak pedig teljes berendezéseket havi, esetleg negyedévi
 részletfizetés ellen szállít.
 Minden a szakmába tartozó javítások, nikelizések, mű-
 köszűrőlések stb. foganatosíttatnak. 10
 Nagy képes árjegyzék ingyen és bérmentve.

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
 LYON

 Ar és iróddalom iránt
 prospectus kéreudo.
HELYI ANAESTHESIA
IDEGZSÁBÁK
 Tervegy által véve.

SAN REMO
 téli klimatikus gyógyhely az
 olasz Rivierán. Mérsékelt árak.
 Minden kényelemmel berendezett
 lakások. Kimerítő magyar prospec-
 tussal és mindenemű felvilágo-
 sítással készséggel szolgál a
 gyógyhely magyar orvosa: **Dr CZIRPUSZ DEZSÓ.** Lakása:
 Via Umberto. 9. szám. 2

Kedélybetegek és morphinkórosok
 a legszorgosabb ápolásban részesülnek
Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben
 III. ker., Leonhard-utca 3-5. szám alatt. 22

KÖZEGÉSZSÉGÜGY ÉS TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTAN.

Szerkeszti FODOR JÓZSEF tanár.

Tartalom. Marschalkó Tamás dr.: A venerikus bántalmak terjedése Budapesten és a prostitutio. — Közegészségügy.

A venerikus bántalmak terjedése Budapesten és a prostitutio.¹

Marschalkó Tamás dr.

Mélyen tisztelt orvosegyesület!

Neisser boroszlói tanár, volt főnököm a múlt év november havában megkért, gyűjtenék számára adatokat a venerikus bántalmaknak Budapesten a legutolsó években való elterjedéséről, melyekre neki egy nagyobb collectiv munkához van szüksége.

Megkezdett kutatásaimnak azonban már első heteiben oly fontos és egyúttal elszomorító adatoknak jöttem nyomára, hogy egyenesen hazafiúi kötelességemnek tartottam, miután ezek nem elvont tudományos, hanem a legnagyobb gyakorlati fontossággal bíró dolgok, a melyek mélyen belenyúlnak egész társadalmunkba: nemcsak ezen adatokról számolni be, természetesen Neisser tudtával, a legilletékesebb helyen, önök előtt mélyen tisztelt kartárs urak, mielőtt azok a külföldi sajtóban látnának napvilágot; hanem elhatároztam, hogy egyrészt az előbb szerény mederben megkezdett munkát szélesebb alapon folytatva, még több statisztikai adatot gyűjtök és egy nagyobb, a lakosság lehető nagy rétegére kiterjedő megbetegedési táblázatot állítok össze, a mely a venerikus bántalmaknak az utolsó évek alatt Budapesten való elterjedését, ha csak megközelítőleg is — fogná feltüntetni; másrészt meg, miután — mint jelzém — már kezdetben, azon meggyőződésre kellett jutnom, hogy azok nemesak absolute, de relative is folytonos emelkedést mutatnak, lehetőleg kifürkészem annak okait is, hogy intéző köreink figyelmét még mielőtt a már is tarthatatlannak mondható állapotok még rosszabbra fordulnának, azokra felhívassam.

Ezen elhatározásom annál indokoltabb és időszerűbb volt, mert hisz 1882 óta, a midőn Jurkiny kartárs úr egy ugyan- csak ezen mélyen tisztelt egyesület kebelében tartott nagy- érdekű előadásában részletes fejtegetés alá vette a viszonyokat és egy nagyobb statistikát állított össze a venerikus bántalmak utolsó 10 év alatti elterjedéséről, ezen óriási fontosságú és közegészségügyi, sőt társadalmi tekintetben is elsőrangú kérdéssel részletesen senki sem foglalkozott.

Pedig félig-meddig nyílt titok volt, hogy a viszonyok, a melyeket Jurkiny a 80-as évek elején már oly siralmasaknak tüntetett fel, azóta még rosszabbodtak, hogy a venerikus bántalmak folytonosan terjednek; hisz fel kellett tűnni, hogy a legutolsó években különösen a venerikus bántalmak ingyenes kezelésének könnyebb hozzáférhetővé tétele végett alakult nagyszámú rendelő-intézet beteg anyaga mily rohamosan emelkedik; sőt félig-meddig nyílt titok volt, hogy erkölcsrendészetünk is meglehetősen siralmas lábon áll; és mégis mintha egy sajátságos zsibbadtság, lethargia vett volna erőt a közvéleményen; mintha mindannyian a „laissez aller“ vagy a mi még rosszabb, „es kommt selten was besseres nach“ elvének hódoltak volna, senki sem akart, vagy még inkább mert belenyúlni ezen darázs-fészekbe, és bár hallgatagon a legtöbben megegyeztek abban, hogy az állapotok úgy a mint vannak, már-már tűrhetetlenek, azoknak nyilvános megbeszélésétől mégis mindenki irtózott.

¹ Előadatot a budapesti kir. orvosegyesület 1895. márczius hó 2-dikán tartott rendes ülésén.

Pedig akadtak egyesek, a kik fel merték emelni intő szavukat és a kik rámutattak ezen sanyarú viszonyokra; sőt akadtak olyanok is, a kik mint Cséry kartárs úr, tovább mentek és bátorsággal bírtak kimondani, hogy a venerikus bántalmak terjedésének főoka erkölcsrendészetünk tarthatatlan állapotában és az egész rendszer siralmas voltában keresendő; sajnós, hogy visszhangra nem találtak. Ennek oka nézetem szerint az, hogy csak fél munkát végez a ki ilyen dolgokat nyilvánosságra hoz, de nem tudja meggyőzni a közvéleményt arról, hogy az állapotok tényleg oly szomorúak, vagy még rosszabbak, mint a milyennek festik; a kik rámutatnak ugyan a baj okára és konkrét javaslatokkal állnak elő, a midőn csak általánosabb természetű bizonyítékokat hoznak fel az elsőre nézve.

Speziell Cséry kartárs úrnak — a ki pedig nézetem szerint a főbb dolgokban meglehetősen a fején találta a szegyet — a statisztikája, a melynek alapján a venerikus bántalmaknak Budapesten való terjedését konstatálja, nagyon is egyoldalú és csak a katonaságot foglalja magában, a mi mellett — és ez a fődolog — az általa felhasznált anyag nem is direct a budapesti helyőrségre, hanem a budapesti hadkiegészítő területre vonatkozik.

A brassói vándorgyűlésen megindult gonorrhoea vitából kifolyólag Dirner, Feleki és Róna kartárs urak indítványára egy bizottság küldetett ki, melynek czélja lett volna a venerikus bántalmak elterjedését Magyarországon tanulmányozni, a prostitutio ügyének állásáról referálni s konkrét javaslatokkal állni elő, a melyek a helyzetet javítanák; ezen fontos kérdés a pécsi vándorgyűlésen is szóba került és megoeszlétetett; a tanácskozások vége azonban az lett, hogy miután azon módok, melyek különösen a venerikus bántalmak elterjedéséről szóló adatok beszerzésére vonatkoznak, igen bonyolultaknak látszottak és azok gyűjtésére senki sem akart vállalkozni; ezen ügyfontosságú mozgalom függőben maradt és azóta — mint illetékes helyről értesültem — már a tespedés stadiumába jutott.¹

Vége szükségesnek tartom megemlíteni, hogy alig pár nap előtt Török kartárs úr egy közleménye látott napvilágot a „Gyógyászat“ hasábjain, a ki másnemű anyagot használt fel munkája alapjául, mint Cséry kartárs úr, és hogy azt érdeme szerint nem méltathatom, tisztán az idő rövidsége, a mely munkája megjelenése óta rendelkezésemre állott az oka; de azt örömmel konstatálom, hogy a conclusiókban — legalább a legfőbbekben — épúgy találkozunk, mint találkozom Cséry tagtárs úrral is, a mi különben a dolog természetében fekszik.

Né vegyék szerénytelenségnek tehát mélyen tisztelt kartárs urak, ha ily rövid idővel Török kartárs úr hasonló irányú dolgozatának megjelenése után mégis ide merek állani, hogy hasonló dolgokról diskuráljak; de egyrészt azt tartom, hogy az e fajta kérdéseket minél többször beszéljük meg és minél többen jutunk ugyanazon véleményre, ez a czél érdekében annál üdvösebb, másrészt meg úgy vélem, hogy a kérdést, ha csak némiképen is, mégis más irányban dolgoztam fel, mint Török kartárs úr és szíves türelmüket — tekintve a tárgy óriási fontosságát — talán még sem fogom egészen hiába igénybe venni; de meg azt is hittem és hiszem, hogy a czél

¹ A discussio folyamán örvendve hallottam Feleki tr. és Schwimmer tr. uraktól, hogy az említett mozgalom nem jutott a tespedés stadiumába.

érdekében van, hogy jobb lesz az eredmény, ha önöknek mélyen tisztelt kartárs urak közvetlenül számolok be kutatásaim [eredményéről, mintha azokról esetleg csak valamely szaklap közleménye után értesülnének.

Megvallom mélyen tisztelt kartárs urak, midőn már készen voltam kutatásaimmal, midőn már összegezni tudtam magamnak a benyomásokat, a melyeket szereztem, megdöbbenem és magam is sokáig haboztam, vajjon önök elé lépjek-e; és megvallom, most már magam is kezdtem érteni, hogy miért képezett ezen elsőrangú közegézségi kérdés eddig oly mostoha tárgyat és miért húzódott mindenki annak nyilvános pertractálásától.

Minden félreértések kikerülése végett azonban előre is megjegyzem és különösen hangsúlyozom, hogy én senkinek a személyét megtámadni nem akarom, annál kevésbé, mert azt is kijelentem, hogy nézetem szerint a hiba magában a korhadt rendszerben fekszik; én munkálatomat minden utógondolat nélkül tisztán tudományos czélből kezdtem meg és folytattam, és a mit támadni akarok, az maga az előadásom folyamán bővebben vázlandó korhadt rendszer; a mennyiben azonban az általam felsorolandó dolgok a tárgy természetéből kifolyólag esetleg mégis olyanok lennének, a melyek személyi tekinteteket is érintenek, előre is kijelentem, hogy ezt sajnálom, de nem tehetek róla; mert én úgy vagyok meggyőződve, hogy miután azon viszonyokba, melyeket önök előtt vázolni akarok, betekintést nyertem, azokat a nyilvánosság előtt leplezetlenül feltárni, nemcsak orvosi, hanem egyenesen emberbaráti és első sorban hazafiúi kötelességem is, a melynek teljesítésében magamat semmiféle személyi tekintet által visszariasztatnom nem lehet és nem szabad.

A mélyen tisztelt kartárs urak lesznek hivatva itélni felette, vajjon igazam volt-e.

Mélyen tisztelt orvosegyesület! Ha művelt laikus közönség és nem az ország első tudományos orvosi foruma előtt lennék szerencsés szólni, talán akkor sem lenne szükséges a venerikus bántalmak közegézségi és társadalmi fontosságát nagyon kiemelni és utalni a veszedelemre, a melyet azok terjedése magában rejt; így azonban ezen eset épen nem forog fenn és én nem is fogom szíves türelmüket oly dolgok felsorolásával teenni próbára, a miket úgy is mindannyiuk tud; s csak röviden utalok arra, hogy a venerikus trias legborzasztóbbika kétségkívül a syphilis, a melynek társadalmi jelentőségével igazán fölülleges lenne hosszasan foglalkozni, a midőn tudjuk, hogy napról napra szaporodnak az adatok, a melyek arra mutatnak, hogy a legsúlyosabb betegségek kóroktanában a syphilisnek jut a legfőbb szerep, a mely átöröklési képességénél fogva még akkor is, a midőn látszólag már régen megszűnt, az utódok utódainál is képes romboló hatását a legkülönbözőbb alakban kifejteni, úgy hogy a syphilist manapság az alkoholizmus mellett a legrettenetesebb társadalmi csapásnak kell tartani; és valóban nagyon szépen mondja *Tarnowsky*: „Hogyha lehetséges volna egyszerre az anyagi és erkölcsi kár összes nagyságát felmérni, a melyet minden syphilisben megbetegedett ember saját személyében és utódai-ban az államra, a társadalomra hoz; ha sikerülne mindazon költséget és fáradságot felbecsülni, a melyet a társadalomnak gyógykezelés, a munkaképtelenek segélyezése, gonosztevők elítélése és ellátása stb. alakjában viselni kell, hogy a bajt következményeiben legalább lehetőleg enyhítse; ha ehhez hozzávesszük azt a sok elveszett egészséges, normális munkacserőt, melyet az egészséges népesség utódainak megcsappanása képvisel; ha mindezt egyszerre felfogni, felbecsülni lehetne, bizonyosan senki sem kételkednék, hogy a syphilis terjedésének a legerélyesebb eszközökkel gátat vetni a legszükségesebb, legelodázhatatlanabb kötelesség.”

Azonban, mélyen tisztelt kartárs urak, utalnom kell arra is, hogy míg a venerikus trias második tagjának, a lágy fekélynek, mióta egész biztosan tudjuk, hogy az tisztán egy helyi megbetegedés, nagyobb jelentőséget nem lehet tulajdonítani és én is csak annyiban vagyok hajlandó ezt tenni, a mennyiben egyrészt annak szaporodása szintén az egészségi viszonyok rosszabbodását jelezné, másrészt még sohasem lehet

tudni, vajjon a venerikus helkosis helyén nem ül e egyszer-smind a syphilis méreg is: addig a venerikus megbetegedések legborzasztóbbikán a syphilisen kívül a kankós megbetegedések is napról napra fontosabbaknak tűnnek fel, a mióta — aránylag rövid ideje — tudjuk, hogy azok is a legsúlyosabb bántalmak közé tartoznak, melyek következményeikben szintén nem maradnak az egyénre szorítkozva, hanem mélyen belenyulnak a családba s a társadalomba.

„A *prostitutio* a venerikus bántalmak legfőbb terjesztője és a *prostitutio* rendszabályozása az, a melynek a venerikus bántalmak csökkentésére a legnagyobb befolyása és jelentősége van“; ez egy axioma, mélyen tisztelt kartárs urak, a melynek helyessége manapság az abolitionistákat kivéve, a kik egyes országokban, sajnos, igen is számba vehető pártot képeznek, a melynek már több helyen sikerült a leghathatósabb közegézségiügyi intézkedéseket hatályon kívül helyezni, sőt a *prostitutio* rendszabályozását megszüntetni, vagy legalább behatolva a közvéleménybe, a hatóságok tevékenységét többé-kevésbé megbénítani; de a mely nálunk, hála fajunk józanságának, mélyebb gyökeret verni soha sem tudott és — bizton remélem — nem is fog; a mely axioma helyessége, tehát az abolitionistákat kivéve, úgy a tudományos világban, mint az érdekelt hatóságok részéről általánosan el van ismerve, a melyet ennél fogva önök előtt, mélyen tisztelt kartárs urak, hosszasan fejtegetni, vagy plane bizonyítani annál feleslegesebb, mert hisz ebben, örvendetes módon, mindnyájan egyetértünk nemcsak: hanem intéző köreink ezen tudattól áthatva és a *prostitutio* mint társadalmi életünkbe mélyen belenyúló és közegézségi tekintetben elsőrangú tényezőnek fontosságát felismerve, igyekeztek annak rendszabályozását lehetőleg korán és a többi modern államokhoz többé-kevésbé hasonló módon keresztül vinni.

Fő- és székvárosunk legutolsó erre vonatkozó szabályrendelete 1885-ben kelt.

Miután a *prostitutio* rendszabályozásának legfőbb célja a venerikus betegségek terjedésének megcsökkentése, de legalább is azok növekedésének meggátlása, természetes, hogy a venerikus bántalmak elterjedésének, növekedésének vagy csökkenésének feltűntetése egyszer-smind hű tükrét képezi, egyrészt az illető rendszabályok életrevalóságának, másrészt — feltéve, hogy az első pont nevezetesebb gyarlóságokat nem mutat fel — annak, hogy ezen rendszabályok miképen léteznek nemcsak papíron, hanem miképen lesznek a gyakorlati életben végre is hajtva.

Az első és legfontosabb feladat az volt tehát mélyen tisztelt kartárs urak, hogy lehetőleg biztos adatokat szerezzenek a venerikus bántalmaknak Budapesten a legutolsó évek alatt való elterjedéséről. Nem titkolhatom el azonban, hogy ez a legnehezebb, majdnem lehetetlen feladatok közé tartozik, mert hisz igazán megbízható statisztikák, a melyek a venerikus megbetegedéseknek valamely város lakossága közötti elterjedéséről egészen biztos adatokat szolgáltatnának, a dolog természeténél fogva nemcsak nálunk, de egyáltalában sehol sem léteznek, mert azon számtalan hibaforrás következtében, a melyek minden ilyen statisztikába okvetlen becsúsznak, nem is létezhetnek. A statisztikába természetesen csak a lakosság azon rétegeit lehet felvenni, a melyek kórházi vagy poliklinikai kezelésben részesülnek; vagy pedig lehet egyes nagyobb testületeket, pl. katonaságot, betegsegélyző-pénztárak anyagát stb. felhasználni, feltéve, miszerint azon anyag elegendő nagy arra, hogy a lakosság azon bizonyos részében talált megbetegedésekből az egész lakosság megbetegedésére következtetéseket lehessen vonni. Azonban, miután akármelyik módját válasszuk is a statisztika csinálásának, a hibaforrások mindenütt megvannak és mindenütt körülbelül ugyanazok maradnak, egész szerény véleményem szerint minél nagyobb anyagot ölel fel valamely statisztika, annál nagyobb annak relatív becsé is, mert ugyebár, mélyen tisztelt kartárs urak, a hibaforrások mindenütt ugyanazok maradván, minél nagyobb a statisztika, annál nagyobb azon számok abszolút nagysága is, a melyek a hibaforráson kívül esnek; meg azután attól is nagyon sok

függ, hogy miféle következtetéseket akarunk az ilyen statisztikából levonni; minél sokoldalabbak, minél messzebbmenők azok, annál kisebb lesz természetesen azoknak relatív becsé is; hogy azonban bizonyos egyszerű dolgokra, mint a milyen a betegségek esőkenése vagy emelkedése, különösen, ha a számadatok annyira meglepők, mint az én statisztikámban, meglehetősen biztonságosan lehet következtetni, azt úgy vélem, nem szükséges bővebben fejtegetnem.

Én, mélyen tisztelt kartárs urak, statisztikám összeállításánál az általam említett első módozatot választottam, t. i. a kórházi és poliklinikai anyagot használtam fel.

Mielőtt azonban tovább mennék, kedves kötelességemnek tartom mindazon mélyen tisztelt kartárs uraknak, a kik részint intézeti évkönyveik vagy más kimutatások alakjában a már sortírozott beteganyagot rendelkezésemre bocsátották, vagy megengedték, hogy a poliklinikai stb. könyvekből magam szedjem ki azt, vagy végre a kért adatokat számomra direct e célra összeállíttatni vagy összeállíttatni szívesek voltak és ezáltal fáradságos munkám lehetővé tették, e helyről is köszönetemet fejezni ki.

Különös köszönettel adózom még *Kőrösi József* dr. úrnak, a fővárosi statisztikai hivatal nagyérdemű tudós főnökének, a ki az általam már kidolgozott statisztikai táblák szerkesztésénél és összeállításánál nagybecsű tanácsokkal támogatott.¹

A fő tábla, a melynek adataiból készültek a többi táblák, 13 rovatot foglal magában; a beteganyagot az 1885-től 1894-ig terjedő 10 évi időközre öleltem fel, a mennyiben t. i. ez lehetséges volt; a 13 rovat között csak kettő van, a melyben egyik vagy másik okból nem volt lehetséges az egész 10 évi anyagot felvennem, leszámítva természetesen azon intézeteket, a melyek csak a legutolsó időben alakultak.

Az első rovat a fővárosi kórházak anyagát tartalmazza, azután jönnek a Stefánia-gyermek-kórház, kereskedelmi kórház, izraelita kórház, irgalmasrendi kórház és a két budapesti helyőrségi kórház beteganyagai, ezt követik a nyilvános rendelő-intézetek és pedig az egyetemi bőrklinika, a budapesti általános poliklinika, a Révay-utcai rendelő-intézet, a Rókus-kórház III. osztályának ambulanciája, végül a budapesti kerületi betegsegélyező-pénztár, Teleia-egyesület és a Rökk Szilárd-utcai rendelő-intézet, a melyek mind csak a legutolsó időben alakultak.

¹ Az előadásomat követő discussio alkalmával a legélesebben és a legtöbb oldalról a statistika lett megtámadva. Én már a zárzó alkalmával kijelentettem, hogy bár az a körül forgott vita legnagyobb-részt nem volt egyéb szalmacséplésnél, és — bár statisztikai dolgokban bizonyára a leghivatottabb szakember *Kőrösi* dr. úr ismételt felszólalásai után nem is lenne részemről szükséges annak védelmére hosszabbban kiterjeszkedni és bővebben czáfolni az ellene felhozott érveket — mégis akarom azt tenni, és a mennyiben ezt akkor időhiány miatt nem tehettem, fenntartottam magamnak megjegyzéseimet később hozni nyilvánosságra.

Hát bizony nincs könnyebb, mint valamely statisztikára azt mondani, hogy az hibás, mert hisz hiba nélküli statisztikák egyáltalán nem léteznek és ezt én is eléggé hangsúlyoztam az enyémre nézve: de ezen az alapon azt mondani, hogy miután a statistika hibás, az abból levont következtetések is teljesen hibásak, hamisak és még relatív, megközelítő értékkel sem bírnak, az lehet nagyon kényelmes módja a támadásnak vagy védelemnek, hogy azonban mennyire igaztalan és mennyire nélkülöz minden alapot, arra leszek bátor rámutatni.

Én a statisztikát, mielőtt előadásomat sajtó alá bocsátottam volna, még egyszer átdolgoztam, még pedig oly módon, hogy mindazon kifogásokat és ellenvetéseket, melyeket ellene emeltek, tekintetbe is vettem és — bár azok egy része, mint erre később rá fogok mutatni, egyáltalában nem jogos — azokat gyakorlatilag is érvényesíttem s a kifogásolt számadatokat vagy rovatokat a statisztikából egyszerűen levontam, töröltem, a mit a statistika támadói esodálatosképen egészen olfejtettek vagy feleslegesnek tartottak megtenni.

En tehát a statisztikát átjavított alakban teszem közzé, hogy azonban kitűnjék, mennyi alappal bírtak az ellene intézett támadások és ellenvetések, az átjavított táblázatok mellé az eredeti táblákat is mellékelem; előadásom szövegét pedig, a mely az eredeti táblákra vonatkozik, szösz szerint közlöm, hogy a két táblázatot egymással összehasonlítva kitűnjék, ki lőtt túl a czélon, én-e, a ki statisztikám nyomán azt állítottam és állítom, hogy a venerikus bántalmak Budapesten az utolsó években nagy fokban terjednek, vagy azok, a kik a statistika értékét semmibe sem akarták venni.

Az egyes pontoknál azután meg fogom tenni itt a vonal alatt megjegyzéseimet.

Ebből a rövid vázlatból is méltóztatnak látni mélyen tisztelt kartárs urak, hogy statisztikám már azért sem egész teljes, mert tényleg hiányoznak onnan több többé-kevésbé nagy beteganyaggal rendelkező intézetek; ezeket azonban mind bele vonni a statisztikába, bár azok egy része nem az én bibából maradt ki, rám nézve egyszerűen physikai lehetlenség volt; nem vélek azonban tévedni, ha azt állítom, hogy statisztikám a budapesti kórházi és poliklinikai beteganyag legnagyobb részét magában foglalja; elégséges e tekintetben talán utalnom arra, hogy az összes statisztikámban foglalt megbetegedések száma az utolsó 3 évben a 100,000-et meghaladja és így az egész lakosságnak körülbelül $\frac{1}{5}$ -ét teszi.

Ha már előbb jeleztem, hogy az ilyenmő statisztikák hibaforrások nélkül nem képzelhetők, úgy természetes, hogy tudatában vagyok annak is, hogy statisztikám is számos ilyen-nel bír, de a mennyiben annak összeállításánál azokat számbavevő és lehetőleg felfedezni, főképp, ha a beteganyagot közelebből megismerni iparkodunk: úgy legalább azok egy részét lehet ellensúlyozni az által, hogy a conlusiókban azokra tekintettel vagyunk, a mennyire lehetett ezt én is megtettem; a hibaforrásokat azonban nem takargatom, sőt azokra magam akarom felhívni a mélyen tisztelt kartárs urak figyelmét.

A főbb ellenvetések, a melyeket statisztikám értéke ellen fel lehet hozni, a következők:

1. Budapesten az újabb és legújabb időben fe'állított sok rendelő-intézet által a szegényebb néposztályok részére az ingyenes gyógykezelés annyira meg van könnyítve, hogy azt relative is több egyén veszi igénybe. Ezen ellenvetés bizonyos fokig való jogosultságát elismerem, ennek folytán tényleg egy bizonyos számú esettel több van a statisztikában; hogy azonban e körülmény mennyire nem képezhet számbavehető hibaforrást, mutatja pl. a katonaság rovata, a melynek viszonyai e tekintetben nem változtak és a hol mégis ép oly nagyfokú az emelkedés.

2. Fel lehet hozni, hogy a kórházban és poliklinikákon kezelt betegek egy része nem budapesti lakos és csak gyógykezelés végett jön a fővárosba, vagy legalább is csak rövid ideig tartózkodik itt; ezen kifogás jogosultságát is elismerem némi tekintetben, ámbár azt hiszem, hogy annak nagyobb szerepe alig van, ha meggondoljuk, hogy a venerikus betegek egy nagy, sőt nagyobb része nem fekvő, hanem járó beteg; és azt hiszem, hogy ha valamely venerikus beteg csak pl. pár hétig marad is Budapesten, a mely idő alatt baját tovább terjesztheti, már akkor is helyet kell foglalnia a statisztikában; és itt ismét csak azt mondhatom, a mit előbb, hogy t. i. minél nagyobb az anyag, melyet a statistika felölel, annál nagyobb lesz azon megbetegedések absolut száma is, a melyek tényleg a szó legszorosabb értelmében vett budapesti lakosokra vonatkoznak.

3. Hogy a betegek sokszor egy és ugyanazon bajjal több intézetben szerepelnek; ezen kifogás jogosultságát is elismerem és bizonynyal tény, hogy a statistika számainak értékéből ez is le von valamit. Csakhogy a két utolsó pontban említett hibaforrások a relatív értékeken nem, vagy legalább nem sokat változtatnak, mert hisz azok minden évben ismétlődnek és bajos feltenni, hogy éppen a legutolsó években lett volna aránytalanul nagyobb azok száma, a kik venerikus bajokkal vidékről jöttek fel vagy egy és ugyanazon bajjal több intézetekben szerepeltek; ezek tehát csak az absolut számokat emelik; de még ezen emelkedés is, ha nem teljesen ellensúlyozva, de legalább mérsékelve van statisztikámban azáltal, hogy mint jelzém, az nem öleli fel az összes kórházi és poliklinikai beteganyagot.

Először hiányoznak, mint említém, egyes nagyobb intézetek is, a melyekben bizonynyal még számos venerikus megbetegedés fordul elő, hisz hogy többet ne említsek, a kerületi betegsegélyező-pénztár óriási anyagának csak alig több mint $\frac{1}{4}$ része foglaltatik statisztikámban; hiányzik a Stefánia- és az izraelita kórház fekvőanyaga, de meg, miután itt éppen venerikus megbetegedésekről van szó, nem is szükséges bővebben fejtegetnem, hogy pl. kórházaknál, sőt poliklinikákon is a venerikus betegek mily nagy része oszlik el más, nem vene-

rikus osztályokba, a mely megbetegedések azután külön mint venerikusak feltüntetve nincsenek és a melyek a statistikára nézve elvesznek. Ehhez járul még, hogy a kórházi és poliklinikai naplókba, bizony a legjobb akarat mellett is, sokszor hiba csúszik be és hogy tévedésből több eset kimarad, vagy a kórisme nem lesz beírva, mindezek szintén egy veszteséget jelentenek.

Mindezek után mélyen tisztelt kartárs urak, szerény véleményem oda megy ki, hogy statistikám a venerikus bántalmaknak az utolsó években a lakosság azon részében való elterjedéséről, a melynek egészségi viszonyai ránk nézve a legfontosabbak, a szegényebb részében, ha korántsem teljes, de legalább megközelítő képet nyújt.¹

¹ Hogy minden statistika hibás és hogy a statistikák mindig csak relatív, megközelítő értékkel bírnak, az köztudomású dolog; ezen az alapon azonban a statistikák bizonyító erejét egészen kétségbe vonni nemcsak hogy nem lehet, de nem is szabad, hisz akkor a statistikai bizonyításról az orvosi tudományban és egyáltalában a tudomány minden ágában egészen le kellene mondani. Azon hibákra, a melyeket statistikám összeállításánál én sem kerülhettem ki, mint előadásom szövegéből látható, magam hívtam fel a figyelmet és magam hangsúlyoztam, hogy statistikám is csak relatív értékkel bír, és csak ismétlem, hogy azok nagyrészt olyanok, a melyek minden évben ismétlődve a relatív arányszámot nem változtatják meg; a mennyiben pedig — mint az 1. pont alatt említett körülmény — nem ilyenek, azok a statistikában a számok nagysága által vannak lehetőleg ellensúlyozva, mert természetesen, hogy minél nagyobb számokat ölel fel a statistika, annál kevésbé befolyásolják a hibaforrások annak relatív értékét; mondjunk például, hogy a számoknak 2000-a alapszik hibaforráson, akkor ha 100 esetből csinálunk statistikát, 80 esik a hibaforráson kívül, ha ellenben 100-szor annyi, tehát 10,000 esetből (mint az én statistikámban az utolsó években évenként még több mint 10,000 venerikus beteg foglaltatik), akkor — a hibaforrások mindig ugyanazok maradván — a hibaszázalékunk is ugyanannyinak kell maradni, tehát ez esetben igaz, hogy 100-szor annyi hiba is lesz benne, illetőleg $100 \times 20 = 2000$ eset vonandó le a 10,000-ből mint hiba, de ugyanakkor marad 8000 eset, a mely hibaforráson kívül esik, tehát ugyancsak 100-szor annyi mint előbb, hogy pedig 8000 esetből előbb lehet következtetéseket vonni, mint 80 esetből, az — úgy vélem — egészen természetes. Ez a statistikai tudományunk a legelőnyösebb tétele ugyan, de mégis indíttatva érzem magamat ezt egy ilyen plausibilis példával tenni könnyebben érthetővé, mert — úgy látszik — a discussióban ez sem lett kellőképp méltatva.

De statistikám ellen nem ezek voltak a főbb ellenvetések, hanem az mondatott, hogy maga a módszer, a mely szerint azt összes állítottam, téves és így az azokból levont következtetések is hamisak.

E tekintetben statistikám ellen felhozott főbb ellenvetések a következők voltak:

1. Hogy az első években nem lévén teljes az anyag, azoknak számait az utolsókéval nem szabad megszorítás nélkül összehasonlítani; hát hogy a statistikában az első években nem minden rovat teljes, az igaz; a dolog természetében fekszik és rá nézve egyszerűen fizikai lehetetlenség volt mind a 10 év teljes anyagát összeállítani; hisz erre én magam hívtam fel a figyelmet, és a venerikus megbetegedések számának az összes lakosságra való vonatkoztatásánál az első két év adatait nem is vettem tekintetbe; csak hogy — és ép ez a dolog érdeme — ezen körülmény csakis a venerikus megbetegedéseknek az összes lakossághoz való arányát befolyásolja, a venerikus betegedéseknek az összbetegedéshez való arányát — a mi még fontosabb — egészen érintetlenül hagyja, mert ha az első években nem teljes az anyag, úgy a megfelelő rovatokból nemcsak a venerikus betegedés, de az összbetegedés is hiányzik.

Ezen fontos körülményről az igen tisztelt kartárs urak, a kik ezt az érvet mint egy hatalmas fegyvert hozták fel a statistika ellen, egészen el méltóztattak felejtkezni.

Különben hogy hogy áll itt a dolog, ha a statistika első öt évének számaitól egészen eltekintünk és csak az utolsó 5 évet vesszük tekintetbe, a midőn tehát ezen ellenvetés már absolute nem jöhet számba, arra később még rá fogok térni.

2. Szintén mint egy igen fontos érv hozott fel, hogy éppen a legutolsó két évben több olyan rovat van a statistikában, a melyek előbb nem szerepeltek, illetőleg a melyekben olyan intézetek foglaltatnak, a melyek az utolsó időben keletkeztek és hogy éppen ez okozza a nagyfokú emelkedést. Nos hát én ennek az érvek a jogosultságát — legalább oly mértékben mint felállítottam — egészen határozottan kétségbe vonom, mert ezen intézetek a legutóbbi időben keletkezvén, azok beteganyaga az előbbi években más, már régebben meglévő intézetekben oszlott el; mert, még ha fel is vesszük, hogy ezen betegek egy része tényleg a megkönyvített hozzáférhetőség folytán megy ezen intézetekbe, de azt már csak még sem lehet feltenni, hogy azok azelőtt egyáltalában nem kezeltették magukat, ha betegek és különösen, ha venerikus betegek voltak; és hogy ezen újban alakult rendelő-intézetek, különösen a betegsegélyző-egyletek nemcsak a venerikus bántalmakban szenvedők, de egyáltalában a többi betegeknek is az addig létezett rendelő-intézetekhez való önzülését mennyiben befolyásolják, az mindenki előtt feltűnő, a ki a nyilvános rendelő intézetek beteganyagát az utolsó években figyelemmel kíséri, és a legkézzelfoghatóbban bizonyítja statistikám is, a mennyiben látjuk, hogy az utolsó 1—2 évben az egyes nagyobb rendelő intézetek beteganyaga mennyire csökken;

csak a két legnagyobb nyilvános rendelő intézet, az általános poliklinika és a Révay-utcai ambulatorium rovatát említem, a melynek beteganyaga — különösen az előbbi — azelőtt minden évben pár ezernyi emelkedést mutatott és a melyekben az utolsó időben nemcsak a beteganyag csökkent, hanem a venerikus betegségek úgy absolut, mint relatív száma is határozottan csökkent mutat, éppen miután amaz új intézetek egy része különösen venerikus betegek számára alakult. Ilyen rovat, a melyben a beteganyag az utolsó időben csökkent, még több is van a statistikában.

Ha tehát ezeket a rovatokat a statistikából levonjuk, akkor csak önmagunkat ámitjuk és tudva kevesebb venerikus beteg vesztünk fel belé, mint tényleg van, mert az egyes nagyobb intézetekben a venerikus betegek számának úgy absolut mint relatív csökkenése is — ép úgy, mint az összbetegedés csökkenése — éppen ezen az utolsó 1—2 évben keletkezett intézeteknek tudható csak be; de hát én megtettem ezt és a statistika újabb átszámításánál ezen rovatokat egyszerűen töröltem, ilyen 3 volt az eredeti statistikában, a három utolsó rovat, ú. m. a budapesti ker. betegsegélyző-pénztár, a Teleia-egyesület és Rökk-Szilárd-utcai rendelő-intézet beteganyaga; ezen 3 rovat az újonnan átdolgozott statistikában nincsen benne.

3. Az is mondatott, hogy a statistika egyes rovataiban a beteganyag nagyon is egyoldalú, illetőleg, hogy főképp venerikus betegek által látogatott intézeteket is vettem fel, ilyenek pl. a Rókus-kórház III. osztályának járó rendelése és a Teleia-egyesület rovatai, a melyek a venerikus betegek relatív arányszámát felemelik.

Hát egyrészt én igyekeztem o tekintetben is minden válogatás nélkül venni fel a beteganyagot, így a nagyobb kórházak és rendelő-intézetek összes beteganyaga bennfoglaltatik, nemcsak a venerikus osztályoké és felvettem a statistikába olyan intézeteket is, a melyek a venerikus betegségek terjedésének feltűntetésére nem nagyon alkalmasak, így pl. a Stefánia-gyermekkorház anyaga, a mely óriási, évi 16—17,000-ből álló beteganyagával, a melyben a dolog természeténél fogva sokkal kevesebb venerikus bántalom fordul elő, a relatív arányszámot jelentékenyen leszállítja; de másrészt meg az említett kifogásnak is csak annyiban van értelme, a mennyiben ennél fogva a venerikus betegségeknek a száma az összes betegedéshez viszonyítva, tehát a relatív arányszám tényleg magasabb, csak hogy magasabb minden évben, nemcsak az utolsóban és így a venerikus betegségeknek az összbetegedéshez viszonyított évenkénti növekvésére, a relatív növekvésre annál kevésbé volt számbevehető befolyással, mert hisz a legtöbbet hibázott rovatban, a Rókus-kórház III. osztályának járó rendelése, a hol a venerikus betegedések tényleg igen magas százalékot képviselnek (60—82% között), a venerikus betegségek száma az összbetegedéshez viszonyítva a legutolsó évben, 1894-ben, csökkentést mutat (az eredeti statistikában 66.0% 1885-ben és 64.1% 1894-ben).

Az azonban, ha nem elégszünk meg a venerikus betegségeknek tisztán az összbetegedéshez való viszonyításával (bár ismétlem a statistikában mégis ez a fontosabb és megbízhatóbb), mert az mégis többféle körülménytől függ, hisz pl. egy influenza- vagy kolera-járvány alkalmával, a midőn az összbetegedés sokkal nagyobb, a venerikus betegségek száma ezzel szemben akkor is csökkentést mutathat, a midőn azok tulajdonképp emelkednek, ha tehát, mint ezt én is tettem a statistikai bizonyításnak másik módját is felhasználjuk és a venerikus betegségek összes számát a lakosság számához is viszonyítjuk, akkor fel kell venni a statistikába minden venerikus esetet, a mely csak hozzáférhető.

Habár tehát, mint mondtam, ezen ellenvetés sem állja meg egészen a helyét, mégis miután — mint említém — azt hittem, hogy a legjobb felelet lesz a támadásokra az, hogy ha azokat a kifogásokat, melyeket statistikám ellen felhozta gyakorlatilag is érvényesítem (a mit a felszólaló kartárs urak megtenni — ismétlem — csodálatosképpen elmulasztottak) ezen rovatokat egyszerűen töröltem a statistikából és a Teleia-egyesület rovatán kívül, a melyet már az előbb 2. pont alatt említettek-nél fogva is töröltem, kihagytam az újonnan átvizsgált statistikából még a Rókus-kórház III. osztályának rovatát is; és tettem ezt annál szívesebben, mert a discussio alkalmával éppen ezen rovatot támadták a leghevesebben és a venerikus betegségeknek azon nagyfokú és tényleg feltűnő ingadozásából, melyet azok ott az egyes években mutattak, egy hatalmas fegyvert kovácsoltak az egész statistika ellen. Nem szívesen ugyan, de kénytelen vagyok elárulni, hogy ennek oka egyszerűen az volt, hogy ezen osztály járó-rendelésének könyvei nem voltak, vagy legalább nem minden évben voltak a legpontosabban vezetve, úgy hogy nemcsak sok betegnél nem volt a kórisme bevezetve, a melyek a statistikára nézve természetesen elvesztek, hanem, mint egy az illető osztályon pár év előtt orvosai minőségben működött kartárs úrtól tudom, sok beteg egyáltalában nem is lett bevezetve; a szerint, a mint azután több vagy kevesebb ilyen hiba fordult elő a könyvekben, különböző volt az eredmény is; ezen körülmény — azt hiszem — eléggé megmagyarázza azon „feltűnő ingadozásokat”, a melyekre egyesek olyan nagy súlyt fektettek.

A statistikából tehát, a mely eredetileg 13 rovatból állott, a négy utolsó rovatot, a melyek kifogásolva lettek, úgy mint a Rókus-kórház III. osztályának járó-rendelése, budapesti kerületi betegsegélyző-pénztár, Teleia-egyesület és Rökk-Szilárd-utcai rendelő-intézet rovatát egyszerűen levonva, az átszámításokat újra végeztem; az eredeti táblát, a mely most már csak 9 rovatot foglal magában, csak ezen átvizsgált alakban teszem közzé (I. tábla), az összszerkesztést feltűntető táblák mellé (II., III. és IV. tábla), azonban mindenütt mellékelem az eredeti, át nem javított összeszámítási táblázatokat is, a melyek az orvosegyesületben 5 héttig kifüggesztve voltak és a melyekre előadásom szövege vonatkozik (II. a III. a tábla és a IV. tábla utolsó rovat).

Ezenkívül igyekeztem lehetőleg az eredeti tábla többi rovatait is átnézni és átjavítani, hogy statistikám ellen érdemleges kifogást tenni ne lehessen. Az 1. számú (fővárosi közkörházak) rovatra nézve *Kőrösi József* dr. úr volt szíves a discussio folyamán másodszori fel-szólalása alkalmával megemlíteni az orvo egyesületben, hogy azokat ő átnézte és helyeseknek találta; a budapesti általános poliklinika rovatát *Havas* kartársam vizsgálta át és mint nekem megemlíteni szíves volt, azt is helyesnek találta; ezen rovatokat tehát újonnan átvizsgálni nem tartottam szükségesnek; az egyetemi bőrkóroda járó-rendelésének rovatát pedig *Schweimmer* tanár úr volt szíves utána számíttatni és miután ezen rovatban pár hiba fordult elő, azokat szintén kijavítottam; a többi hat rovatnak az illető intézetek igazgatói vagy főorvosai által hozzám jut-tatni szíveskedett adatait megőriztem és azok kezeim között vannak. Megengedem, hogy még így is csúszhattak be apróbb hibák, melyek oka akaratom kívül én vagyok, hogy azonban azok a végeredményeken számbavehető változást nem okozhatnak, bátran állíthatom.

Nézzük most már statistikámat közelebbről és a con-clusiókat, a melyre szerintem az adatok feljogosítanak.

Nem fogom Önök figyelmét sok számmal fárasztani, úgy is attól félek, hogy sokáig leszek kénytelen türelmüket igénybe venni, csak a végeredményeket közlöm, a melyekre nézve messziről is áttekinthető táblákat készítettem, hogy a megért-hetést megkönnyítsem.

Az eredeti nagy táblával nem akarok foglalkozni, csak azt említem meg, hogy, ha a legutolsó 2 évben az egyes nagyobb intézetek beteganyaga nem mutat olyan növekvést, mint az előbbieken, sőt talán csökkenést, azt a legutolsó időben megnyílt rendelő-intézetek, különösen pedig a beteg-segélyező pénztárak működésének kell betudni.

Ha az eredeti nagy tábla összegeit feltüntető táblát nézzük, (I. II. és II. a) táblát látjuk, hogy dacára annak, mi-szerint az összes megbetegedések óriási emelkedést mutatnak és 37 ezerről 116 ezerre hágta, az ezek között előforduló venerikus bántalmak emelkedése még nagyobb és az összes megbetegedések számához viszonyítva 9·9%-ról 14·3%-ra emelkedett, mondjunk kerek számban valamivel kevesebbet 10-ről 14-re, a mi minden ezernél 40-et tesz ki és így 116 ezernél, kerek számban ismét kevesebbet számítva 4600-at, vagyis: ha a venerikus megbetegedések növekvése az elmúlt 10 év alatt az összes megbetegedések növekvésével arányos lett volna, úgy 1894-ben 4600 venerikus megbetegedéssel kevesebbnek kellett volna előfordulni.

Különb is a venerikus megbetegedések százaléka, mint méltóztatnak látni, egyik évről a másikra is folytonos növekvést mutat.

Ugyanezt mutatja a másik táblázat is (I. III. és III. a) táblát), a melyben az összes megbetegedések növekvése, ha levonjuk belőle a venerikus bántalmakat; és külön a veneri-kus bántalmak emelkedése mindig a legutolsó évhez viszo-nyítva van feltüntetve; látjuk, hogy a venerikus bántalmak emelkedése az összes megbetegedések növekvését a legtöbb évben sokszorosán felülhaladja.

*Az első conclusio tehát, a melyet statistikámból vonhatni vélek; hogy a venerikus bántalmak száma az utolsó 10 év alatt az összmegbetegedéshez viszonyítva — a mely maga is a 10 év előtti számnak körülbelül háromszorosát teszi ki — nagy fokú emelkedést mutat.*¹

¹ Ha az átjavított táblázatokat az eredetiekkel összehasonlítjuk, látjuk, hogy azok lényegében ugyanazt az eredményt adják, és pedig az átjavított táblázat szerint, mint a II. táblából látható az összes betegedés 36 ezerről 107 ezerre, a venerikus betegségeknek ezekhez viszo-nyított számaránya pedig 8·6%-ról 12·1%-ra emelkedett; a növekvés tehát 3·5, a mi 8·6-hoz viszonyítva 40·2%-nak felel meg, míg az eredeti táblázatban a növekvés 9·8%-ról 13·3%-ra = 4·5, vagyis a 9·8 hoz viszo-nyítva 45·9%-nak felel meg; a relativ betegedési többlet tehát minden ezer megbetegedésre nem 40, hanem csak 35-öt tesz ki az átjavított táblázat szerint.

Ime a legekleltársabb bizonyíték, hogy igazam volt teljesen, midőn azt mondtam, hogy a statistika körül forgott vita nem egyéb szalmacsép-lésnél, mert ezen az alapon a statistika relativ bizonyító erejét meg-támadni, sőt egészen tagadásba vonni nem lett volna szabad, és ha az illető kartárs urak — a mi talán még sem lett volna nagyon szerény-telen kívánság — kifogásaikat tényleg gyakorlatilag érvényesítették és az azoknak megfelelő értékeket a statistikából levonták volna, mint azt én tettem, akkor csak annyit mondhattak volna, hogy a veneri-kus betegségeknek az összes megbetegedéshez viszonyított relativ emelkedése a legutóbbi 10 év alatt nem 45·9%, hanem csak 40·2% s tett ki, és hogy, ha a vene-rikus megbetegedések növekvése az elmúlt 10 év alatt az összes megbetege-dések növekvésével arányos lett volna, úgy 1894-ben nem 4600 venerikus

Ha külön vesszük a férfiak és külön a nők megbetege-dését, úgy erre nézve statistikámnak csak két legutolsó éve nyújt kellő tájékoztatást, a mennyiben csak itt lehetett az anyagot e tekintetben is teljesen sortirozni.

Látjuk, hogy 1893-ban majdnem 3-szor annyi, 1894-ben pedig több mint háromszor annyi venerikus férfi volt kezelés alatt, mint venerikus nő; megjegyzem azonban, hogy itt a venerikus nők között a venerikus prostituáltak is benfoglal-tatnak, a melyeket, ha a prostitutióknak a venerikus beteg-ségek emelkedésére való befolyását akarjuk tanulmányozni, tulajdonképp nem lenne szabad ide számítani.

Második conclusióm tehát, *hogy a venerikus bántalmak-ban sokkal több férfi mint nő betegedett meg, még a prostituál-takat beleszámítva.*¹

Egy igen fontos kérdés, mélyen tisztelt kartárs urak, az egyes venerikus betegségek százaléka az öszsvenerikus meg-betegedésben.

Látjuk, hogy a legelső helyet a kankós bántalmak fog-lalják el átlag körülbelül 51%-kal; de míg azok száma, mint a táblázatból méltóztatnak látni, körülbelül állandóan ugyanaz maradt, sőt a legutolsó időben inkább csökkenést mint emel-keést mutat, addig — a mit különösen fontosnak tartok és hangsúlyozok — a syphilis meglehetősen nagy fokú emelkedést mutat; míg 1885. és 1886-ban alig 23% volt a syphilis ese-tek száma, addig — mint méltóztatnak látni — később fel-emelkedett 30, sőt 35%-ra is. Hát ha még azt a sok syphilis esetet hozzá lehetne számítani, a melyek azon visszás körül-ménynél fogva, hogy egyes nagyobb intézetek még manapság is „ulc. venereum“ gyűnév alatt foglalják össze úgy a lágy, mint a kemény fekélyeket, a statistikára nézve elvesznek.

De még meggyőzőbb a syphilis nagy fokú emelkedésére nézve, ha a budapesti helyőrség rovatát külön vesszük, mert hisz a katonaság egy önálló, homogen elemekből álló testület, a mely állandóan ugyanazon viszonyok között él.

Ha azt látjuk (I. V. tábla), hogy a budapesti helyőrség venerikus megbetegedései között a syphilis 10 év alatt 19·5%-ról fokozatosan, egyes esésektől megszakítva 28, 30, sőt a legutolsó évben 32·4%-re emelkedett, úgy, azt hiszem, mélyen tisztelt kartárs urak, senki sem zárkozhatik el azon megdöbbenő meggyőződés elől, *hogy a syphilis fővárosunkban az utolsó 10 év óta is ijeszítőleg szaporodik.*

Harmadik conclusión tehát, *hogy a venerikus bántalmak közül épen azok legrettenetesebbje s legfontosabbika a syphilis az, a mely az utolsó 10 év alatt a legnagyobb emelkedést mu-tatja.*²

Nézzük most már, mélyen tisztelt kartárs urak, hogy áll a dolog, ha a venerikus betegek számát a lakosság számához arányítjuk; mert hisz azt mondhatná valaki, hogy Budapest népessége óriási mértékben emelkedik, és ha a venerikus bän-

megbetegedéssel kellett volna kevesebbnek előfordulni, mint azt én előad-somban mondtam, hanem csak 3700 és egynehányval; a mi bizony meglehetősen egyre megy, úgy hogy egyáltalában nincs okom azon első conclusión, a melyet előadásom alkalmával statistikámból levontam csak valamit is változtatni.

Sőt tovább megyek, ha csak 1890-től vesszük a számokat, a mi-dőn a statistikában már valamennyi rovat teljes és midőn már épen-séggel semmi kifogást sem lehet emelni és csak a legutolsó 5 évi emel-keést vesszük tekintetbe, akkor is azt látjuk, hogy a venerikus beteg-ségek száma az összbetegedéshez viszonyítva 9·7%-ról 12·1%-ra emel-kegett, az emelkedés tehát még a legutolsó 5 év alatt is 27·8%-ot tesz ki; már pedig ezen emelkedés, mint a táblázatból látható, folytonos és fokozatos, úgy hogy nyugodtan bocsátom minden pártatlan bíráló ítélte alá, hogy nem-e menne túl a legnagyobb fokú optimizmus határain is ezt egyszerűen véletlennek, véletlen szabálynélküli ingadozásnak tartani.

¹ Ezen következtetés ellen nem lett kifogás emelve és így csak röviden említem meg, hogy az eredmény az átjavított statistikában is körülbelül ugyanaz és pedig az eredeti statistikában (azon rovatokat véve tekintetbe, a hol a férfiak és nők külön fel voltak tüntetve) 1893-ban 8499 férfire 3225 nő esett, 1894-ben pedig 11,986 férfire 3042 nő; az átjavított statistikában 1893-ban 7555 férfire 3203 nő, 1894-ben pedig 9362 férfire 3197 nő.

² Az átjavított statistikában ez talán még inkább szembetűnő, ha az első 5 és utolsó 5 évi átlagot vesszük, akkor a kankós bántalmak 52·4%-ról 50·3%-ra csökkentek, a syphilis ellenben 26·2%-ról 31·4%-ra emelkedett, úgy hogy talán ez sem olyan véletlen ingadozás mint feltün-tetve lett.

talmak százaléka az összes megbetegedéshez viszonyítva emelkedik is, de az abszolút, a lakosság számához viszonyított emelkedés talán még sem nagy fokú.

Erre vonatkozólag a következő tábla nyújt felvilágosítást. (L. IV. táblát.)

Méltóztatik látni, hogy míg 1885-ben a venerikus bántalmak száma minden 1000 lakosra csak 8·5, 1886-ban 9·5-öt tett ki, ezen szám folytonosan emelkedik; 1887-ben már 13·6, 1888-ban 17·8, 1892-ben már 24·1, 1893-ban 26, 1894-ben pedig plane már 30·1-et tesz ki; ha az 1885. és 1886-i esztendőket nem is számítjuk, a midőn a statistikában foglalt venerikus bántalmak száma, miután a fővárosi közközházak anyaga e két évről hiányzik, kevesebb és az abszolút szám 1000 lakosra számítva tényleg valamivel kisebb a táblázatban, mint a valóságban, a mely kisebbedés azonban legfeljebb 1—2‰-et tenne ki; ha csak az 1887. évet vesszük, a midőn az abszolút szám ezer lakosra 13·6-ot tett ki, úgy látjuk, hogy 1894-ig tehát 7 év alatt az emelkedés 16·5, a mi azt jelenti, mélyen tisztelt orvosegyesület, hogy 1894-ben minden 1000 lakos közül 16·5-et több betegedett meg venerikus bajban, mint 1887-ben, a mi 552,000 lakosra több mint 9000 pluszt tesz ki, vagyis más szavakkal, az 1894-ik évben már 9000 emberrel több betegedett meg Budapesten venerikus bántalomban, mint a mennyinek a lakosság emelkedését is beleszámítva megbetegednie kellett volna az 1887-dik esztendő megbetegedési arányszámát véve alapul, *illetőleg miután 1894-ben a venerikus összbetegedés 16,630-at tett ki, ez az 1887-i megbetegedésnek relative is több mint kétszeresét teszi ki.*

Valóban, mélyen tisztelt orvosegyesület, azt hiszem, hogy ezen óriási számok megdöbbentő hatása elől senki sem zárkozhatik el.

Pedig az 1887-i arányszám 13·6‰, már magában is elég elszomorító; ha ezen adatokat *Jurkiny* kartárs úr adataival összehasonlítjuk, látjuk, hogy a legmagasabb arányszám nála 13·6‰ volt 1880-ban, a mi szintén óriási emelkedés volt, úgy hogy ő az állapotokat már akkor tűrhetleneknek jelezte; mennyivel szomorúbbak és rosszabbak azok ma!

Pedig ismétlem nézetem szerint, a statistikában foglalt számoknak a valóságban még nagyobb számok felelnek meg, már a lakosság azon rétegében is, melyet az felöl; hát ha ehhez még a magánygyakorlat venerikus betegeit is hozzá lehetne számítani.

Szóval, mélyen tisztelt orvosegyesület, az utolsó conclusio, a melyre statistikám feljogosít, hogy a *venerikus betegek száma a lakosság számához viszonyítva az utolsó 10 évben megdöbbentő emelkedést mutat.*¹

Ezen viszonyok már magukban véve oly szomorúak, hogy vajmi kevés vigasztalást nyújtna az, hogy azok másutt talán még rosszabbak; lehet, hogy talán műveletlen, nem civilisált országokban ezen eset tényleg fennforog, nem hiszem azonban, hogy modern kulturállamban még valahol e tekintetben a mieinknél rosszabb állapotok léteznének.

Összehasonlítás kedvéért összeállítottam Blasehkö egy némely adatait a berlini viszonyokról.

A mi először is a katonaságot illeti, méltóztatnak látni (lásd V. tábla), hogy míg a berlini garnisonban az 1878—88. év alatt a venerikus bántalmak legnagyobb száma 54·1‰ volt, és ezen szám az utolsó években inkább csökkent mint emelkedett, addig nálunk e szám nagyobb mint még egyszer akkora, s az utolsó években már 144‰-re emelkedett; ugyanily nagy a növekvés, ha magát a syphilit vesszük tekintetbe.

¹ A legnagyobb különbség az eredeti és az átjavított statistika között itt mutatkozik, a mi nagyon természetes, miután az utolsó években keletkezett intézetek ki vannak belőle törölve; de még itt is mit látunk? azt, hogy az átjavított statistika szerint az emelkedés 1887-ről 1894-re (11·9‰-ról 23·8‰-re) épen 100‰-ot tesz ki és így előadásom szövegét csak annyiban kellene módosítani, hogy 1894-ben minden 1000 lakos közül nem 16·5, hanem csak 11·9-el betegedett meg több venerikus bajban, mint 1887-ben és így ez 552,000 lakosra nem 9000, hanem csak 6500 és egy néhány pluszt tesz ki, és hogy a 1894-i venerikus összbetegedés az 1887-ikének relative is nem több mint kétszeresét (mint azt előadásomban mondottam), hanem csak épen a kétszeresét teszi ki; az utolsó conclusión azonban, hogy a venerikus betegek száma a lakosság számához viszonyítva az utolsó 10 évben megdöbbentőleg emelkedik, itt sem szükséges semmit sem változtatnom.

És míg a venerikus betegek átlagos száma az egész hadseregben, nálunk 1887—92 közt 64‰ volt, addig a porosz hadseregben ezen szám az előbb említettem 10 év alatt 41‰-nél feljebb nem emelkedett. Bizony megszorító adatok mélyen tisztelt kartárs urak; hátha még a hadsereg statistikai évkönyveit lapozzuk és azt látjuk, hogy *Budapesten az átlagos venerikus megbetegedés kétszer oly nagy, mint az egész hadseregben, hogy a venerikus bántalmak legnagyobb száma épen a magyarokra esik* és csak azután következnek jóval az oláhok és többi nemzetiségek!

Nem kevésbé elszomorító a budapesti ker. betegsegélyző-pénztár adatai, összehasonlítva a berlini Gewerks-Kranken-Verein-nal a venerikus betegek arányát az összmegbetegedéshez és a tagok számához véve tekintetbe.¹

Ezek nyomán mélyen tisztelt kartárs urak most már elérkeztem azon kérdéshez, hogy mi hát az oka, vagy legalább mi a *legfőbb oka* a venerikus bántalmak, különösen a syphilis ezen óriási mérvű terjedésének?

Ha már előbb felemlítettem, miszerint azt, hogy a prostitutio a venerikus bántalmak főterjesztője, és hogy a venerikus bántalmak prophylaxisa a prostitutiótól nem választható el, egy axiomának kell tartani: úgy természetesen már a priori is fel kellett venni, hogy ezen siralmas viszonyok legfőbb oka magának a prostitutióknak szomorú állapotában keresendő; és megvallom, bár nem zárkozhatom el azon körülmény jelentősége elől sem, hogy fővárosunknak az utolsó években történt óriási fejlődésével lépést tartó növekvése a proletariatusnak, és ennek folytán más, a szorosan vett prostitutio ügytől távolabb álló, de azzal mégis összefüggő tényezők is szerepet játszhatnak a venerikus bántalmak terjedésében; de ez oly óriási fokú, hogy az említett körülménynek nagyobb jelentőséget nem tulajdoníthattam és a fővárosunk prostitutio ügyét szabályozó rendeletnek már felületes áttanulmányozása után is a bajnak legfőbb, ha nem is egyedüli okát a szoros értelemben vett prostitutio és pedig nyíltan kimondom, *a rendőri felügyelet alatt álló regisztrált prostitutio siralmas állapotában kellett már a priori is keresnem.*

És igen örülök, hogy már a nyilvánosság előtt sem állok ezen véleményemmel egyedül, hanem úgy *Cséry* mint *Török* kartárs urak ugyanezen nézetnek adnak kifejezést, mert ez által álláspontom lényegesen meg van könnyítve.

Hiszen, még ha a titkos prostitutióban rejlenék is a baj főfészke, mint ezt a 80-as évek elején *Jurkiny* kartárs úr vélte, akkor is sürgősen fel kellene rá hívni az orvosi világ és illetékes hatóságok figyelmét, hogy kiderüljön, vajjon maga a szabályrendelet nem nyújt-e e tekintetben elegendő biztosítékot, avagy annak intézkedései nem lesznek pontosan végrehajtva; minél inkább szükséges ezt mélyen tisztelt kartárs urak, ha a rendőrileg regisztrált, orvosi ellenőrzés alatt álló prostitutióról van szó.

Hisz a titkos prostitutio csak azért veszedelmesebb sokkal a nyilvánosnál, mert nem ellenőrizhető, és ennél fogva venerikus megbetegedések valamennyi országok egybehangzó adatai szerint ott sokkal, összehasonlítlanul gyakrabban fordulnak elő, mint emebben; *de ha egyszerre kiderülne mélyen tisztelt kartárs urak, hogy a regisztrált prostitutio ellenőrzése laza, vagy plane rossz, akkor ez egy óriási és eléggé nem méltányolható veszedelmet rejtene magában, mert a nyilvános prostitutio a dolog természeténél fogva sokkal inkább kihasznált*

¹ A discussio alkalmával fel lett hozva, hogy én, midőn a kerületi betegsegélyző pénztár venerikus megbetegedéseit a rendelkezésemre álló számadatok alapján az összes megbetegedések 15‰-ra becsültem, épen csak kerek 100 perccenttel tévedtem. Hogy azon adatok egy része, a melyeket kaptam — mint *Friedrich* kartárs úr volt szíves kimutatni — nem megbízhatók, no hát arról, mint azt *Friedrich* collega is hangsúlyozta, én nem tehetek; hogy azonban statistikám összes eredményein ez egyáltalában nem változtat semmit, kitént már abból is, hogy hiszen *Friedrich* kartárs úr maga volt szíves velem közölni, hogy a venerikus megbetegedések száma a kerületi betegsegélyző pénztári beteganyagában tényleg sokkal nagyobb, mint én azt négy kartárs adata alapján kimutattam; és kitént még jobban abból, hogy ime most az egész rovatot töröltem a statistikából és mégis meg van a nagyfokú emelkedés. Látható, mily nagy értéke volt a dolog valódi érdemére nézve ezen — az elsőperczben kétségkívül igen hangzatos — és hatásos elleuetésnek.

létén mint a titkos, ott ez esetben a venerikus bántalmak száma csakhamar nagyfokú emelkedést mutatna, és minél nagyobb a kihasználás, annál több infectiónak szolgálna forrásul.

Mert ne felejtjük el mélyen tisztelt kartárs urak, hogy, bár az állam a prostitutio ellenőrzése által ép oly kevéssé vállal garantiát a prostituáltak egészségére nézve, mint pl. egyéb orvosrendőri intézkedések által a kolera, vagy más fertőző betegségek távoltartására nézve, de az orvosi vizsgálat a prostitutio látogatóiban mégis, hogy úgy mondjam, bizalmat gerjeszt; és a könnyű és olcsó hozzáférhetés mellett ez is egy oka annak, a mit említék, hogy t. i. a nyilvános prostitutio összehasonlíthatatlanul jobban kihasználta mint a titkos, és pedig a dolog természeténél fogva első sorban a bordélyos és csak azután következik a magánosan lakó prostitutio.

Hogy mily szoros összefüggés van a kihasználás, a cohabitatio gyakorisága és a venerikus bántalmak $\%$ -nak a kéjnök számához való emelkedése közt egyrészt, másrészt meg az ellenőrző orvosi vizsgálatok száma és azon veszély között, a melyet a prostitutio egy adott időben a látogatóra nézve képez, mutatják külföldi statisztikák, így pl. a Commenge-féle, mely szerint Párisban, a hol a bordélyos kéjnök minden héten, a magánosan lakók csak minden 14 napon lesznek vizsgálva, a megvizsgált kéjnök között több bordélyos, mint magánosan lakó volt venerikus; azonban ha a vizsgálatok számát viszonyítjuk a venerikus $\%$ -hoz, akkor ez az elsőkre nézve sokkal kedvezőbben üt ki; úgy hogy az orvosi vizsgálatok ki nem elégtő, vagy plane rossz volta mellett, a bordélyos kéjnök fogják a legtöbb egyént inficiálni.¹

Mélyen tisztelt kartárs urak! Ne várják tőlem, hogy én a fővárosi prostitutio ügyét szabályozó rendelet minden pontját éles bonczkés alá vegyem önök előtt; ez egy óriási munka lenne, a melynek fel kellene ölelni minden, a prostitutio- és venerikus bántalmak prophylaxisával összefüggésben álló kérdést, a mi egyrészt semmikép sem férne különben is hosszúra nyúló előadásom keretébe, de másrészt meg én a kérdés minden pontját oly óriási fontosságúnak tartom, hogy egészen őszintén bevallom, az a pár hónap, a melyet a kérdés tanulmányozására fordítottam, sokkal kevesebb arra, mintsem minden irányban határozott ítéletet alkothattam volna magamnak; és különben is azt hiszem, hogy erre az enyémenknél sokkal nagyobb tapasztalokkal rendelkező szakemberek vannak és lesznek hivatva.

De a célnak, a mit szolgálni akarok, sem tennék ezzel jó szolgálatot, a ki egyszerre sokat akar, rendesen keveset ér el; és így én álláspontomat csak igen röviden kívánom körvonalozni, s csak azon főbb pontok felemlítésére szorítkozom, a melyek — és azt hiszem erről sikerülni fog önöket is meggyőzni — az egész szabályrendelet prophylactikus értékét nemcsak illusoriussá teszik, de nézetem szerint teljesen meg is semmisítik.

Az első igen fontos pont, a mit a szabályrendelet teljesen érintetlenül hagy, az *inscriptio*, a bejegyzés kérdése.

Mert, ha az állam a prostituáltot megrendszabályozza és említék, hogy ennek szükségét — azt hiszem — mindnyájan elismerjük, úgy nem elégséges azt mondani, hogy ennyi és ennyi bejegyzett kéjnök van, hanem okvetlenül szükséges, hogy szigorúan ellenőrizzük és kinyomozzuk azokat, a kik a prostituáltot titkosan — *de hivatás* — keresetszerűleg üzik, hogy azokat lehetőleg hamar arra szorítsuk, miszerint azon kötelezettségeknek, a melyeket az állam a regisztrált kéjnökre ró, ők is alávéssék magukat; és így közegézségi tekintetben veszedelmességüket legalább némileg csökkentjük. Szándékosan mon-

¹ A discussio alkalmával Rózsaffy kartárs úr azt mondá, hogy én hivatkoztam párisi és berlini statisztikákra, a hol a kórházba kiüldött prostituáltak száma a miénknél sokkal kisebb, a mi szerintem megfelel azon tapasztalatnak, hogy míg ott a venerikus betegek száma apad, addig nálunk tetemesen növekszik, és hogy „ezen utóbbi következtetés minden logikát nélkülöz és merőben téves felfogáson alapszik“.

Azt hiszem, teljesen elégséges, ha utalok előadásom szövegének erre vonatkozó fenti pontjára, a mely szó szerint megegyez azzal, a mit az orvosegyesületben mondtam, hogy kiderüljön, miszerint én ilyen *badarságot*, a mely tényleg minden logikát nélkülöz, nem mondtam, és hogy téves felfogásról csak annyiban lehet szó, hogy Rózsaffy kartárs úr előadásom ezen részét merőben tévesen fogta fel és azt teljesen félremagyarázta.

dom mélyen tisztelt kartárs urak „hivatás-, keresetszerű titkos prostitutio“, mert az „alkalmi prostitutio“, a mellett, hogy annak kinyomozása majdnem lehetetlen, közegézségi tekintetben nagyon fontos tényezőt nem képez, és ha a moralista annak üldözését meg is kívánja, itt tisztán az orvosi szempont az irányadó; csak az a titkos prostitutio, a mely nem alkalmoszerűleg, de személyválogatás nélkül üzi mesterségét, veszedelmes ránk nézve, mert csak az jut a gyakori cohabitatio folytán azon helyzetbe, hogy gyakran inficiáltatik és ennélfogva sokakat inficiál is.

Ezt a fontos kérdést a szabályrendelet teljesen figyelmen kívül hagyja, épúgy mint megfordítva azt is, hogy mily módokat mellett történhetik a prostitutio kötelekéből való kilépés is.

E két dolog különben tisztán a rendőri, az administratív részhez tartozik, s most csak azért hoztam fel, hogy a szabályrendeletnek ebben az iránybani tarthatatlanságát is jelezzem.

Fontosabbak ennél azon pontok, a melyek a regisztrált prostitutio orvosi ellenőrzésére vonatkoznak.

Az első pont, a mely nézetem szerint okvetlenül megváltoztatandó, ha az orvosrendőri intézmény színvonalát emelni akarjuk, az, hogy az orvosi vizsgálat díját maga a kéjnök fizeti. Nem szeretnék félreértetni, mélyen tisztelt kartárs urak és azért kijelentem, hogy minden más körülménytől eltekintve, rám nézve csak a következő irányadó, és azt hiszem, az eszemenet helyességét senki sem fogja kétségbe vonni: ha az állam a kéjnök, a ki az orvosi vizsgálatnak a legkézzelfoghatóbb okokból különben sem szívesen veti magát alá, még arra kényszeríti, hogy ezért fizessen is, nem-e természetes, hogy a kéjnök, a ki már e nélkül is többnyire minden rendelkezésére álló, sokszor a legraffinrozottabb eszközzel azon van, hogy magát a vizsgálat alól kiyonja, még inkább el fog mindent követni, hogy ezt tegye; hisz tudjuk, és minden ország prostitutiójának története igazolja, hogy valamennyi nagyobb városban a bejegyzett kéjnök egy és pedig nem nagyon alacsony százaléka a vizsgálat alól állandóan kiyonja magát, hát még, ha — mint nálunk — a rendőri administratív ellenőrzés laza, sőt rossz.

És itt nem jöhet tekintetbe, mélyen tisztelt kartárs urak az, hogy ezen anomalia megszüntetése pénzügyi tekintetben még több terhet róna az állam vállaira; a kinek fogalma van arról, hogy az államnak a venerikus betegek gyógykezelése évenként mily óriási összegébe kerül, az belátja, hogy ha csak némileg is sikerülne azok számát megapasztani, már ez is egy nagy megtakarítást jelentene, minden túlkiadás daczára, a melylyel egy ilyen reform járna. Csak röviden emlitem meg, hogy Jurkiny tagtárs úr számításai szerint az 1872/81. évben csak a Budapesten kezelt venerikus betegek ellátási költsége közel egy millió forintba rügött.

De ennél is sokkal fontosabb, mélyen tisztelt kartárs urak, azon pont, a mely nézetem szerint — ha más nem lenne is — egymagában is teljesen elegendő arra, a mit előbb mondtam, hogy a bejegyzett kéjnök orvosrendőri vizsgálatának értékét nemcsak teljesen illusoriussá tegye, hanem — nyíltan ki merem és kötelességem kimondani — teljesen paralyzálja is és örülök, hogy úgy Cséri mint Török kartárs urak is erre fektették a fősúlyt, ezen pont t. i. az orvosi vizsgálatoknak a kéjnök lakásán való véghez vitele.

Egy egyszerű számítás meg fogja győzni önöket ennek helyességéről, mélyen tisztelt kartárs urak; Budapesten a rendőri kimutatás szerint az 1893. év végén volt 1131 bejegyzett kéjnök, hogy most mennyi van, nem tudom, de miután a rendőrfőorvos úr a tavalyi közegézségügyi kongressus alkalmával közlé tett ismertetésében megjegyzi, hogy a nyilvános kéjnök száma az utolsó időben növekedett, fel kell venni, hogy jelenleg is legalább annyi van; ezen kéjnök több mint 40%-a magánosan lakó, a melyek száma a rendőri kimutatás szerint az utolsó 6 év alatt folyton emelkedik és csak többi része bordélyos; ezen kéjnöket 14 rendőrorvos vizsgálja hetenként kétszer, 9 és 2 óra között. A legjobb esetben tehát, ha minden rendőrorvosra egyforma számú kéjnök jut, esik egyre 80. Már most azt kérdem, mélyen tisztelt kartárs urak, nem-e egyszerűen physikai lehetetlenség, hogy egy orvos 5 óra lefolyása

alatt 80 kéjnt pontosan megvizsgáljon, plane mikor azok egy nagy része külön lakik. Hisz a vizsgálatnak, ha csak a legszükségesebbre szorítjuk is, ki kell terjedni első sorban a nemző részek pontos, valamennyi nyákhártyaredőre kiterjedő és külön még speculummal véghez vitt vizsgálatára; külön megnézendő, vajjon az urethra, nyakcsatorna vagy Bartolini mirigyekből szivárog-e vagy nyomható-e ki váladék; azután a köztakaró egy részének, legalább a genitáliák közüli testrészek, has és czombok, nyak és tenyér megtekintésére; a nyákhártyarendszer közül pedig a száj- és garatúr gondos vizsgálatára; és ha ezeket jól akarjuk végezni, akkor erre én szerintem, ha a rendőrorvosnak a kéjnek egy nagy részét külön kell látogatni, átlag 5 percnél több idő szükséges; de az említettem legkedvezőbb eset épen nem forog fenn, mélyen tisztelt kartárs urak, mert hisz vannak kerületek, a hol a kéjnek száma sokkal nagyobb, a melyek pedig a dolog természete szerint épen a nagyobb frekwenciával bíró kerületek, a hol a kéjnek kihasználása is a legnagyobb; és mely kerületeknek nincsen mindenike két részre osztva, úgy hogy van rendőrorvos, a kinek hatásköre alá 100-nál jóval több kéjnt tartozik.

A rendőrorvosoknak tehát a mostani viszonyok között a legjobb akarat s legnagyobb ügybuzgalom mellett sem lehet absolute physikai idejük, hogy a vizsgálatokat csak középszerűleg is végezzék.

Hisz az egész szabályrendelettel Bécs utánozzuk, csak hogy míg ott, azon adatok szerint, a melyeket Schrank kartárs bécsi rendőrorvos rendelkezésemre bocsátani szives volt, az 1893. év végén 1689 bejegyzett kéjntre esik 51 rendőrorvos, addig nálunk 1130-ra 14. Múltotztassék ezen számokat egymással összehasonlítani; de különben a bécsiek is érzik az anomaliát, a melyet a vizsgálatnak a kéjnt lakásán való véghezvitele képez és ott az orvosnak a saját lakásán is szabad vizsgálni és mint Schrank kollega írja, tényleg a rendőrorvosok egy része több közös lakást tart e czélra, a hol vizsgálatokat végeznek.

De még ha az időhiány nem is képezne nálunk legyőzhetlen akadályt, mondjuk, hogy a rendőrorvosok számát jelentékenyen megszorítanák és a vizsgálati időt a hét minden napjára kiterjesztenék, a vizsgálatoknak a kéjnt lakásán való végbe vitele akkor is határozottan elvetendő lenne. Alkalmos hely, világosság és egy bizonyos assistentia elkerülhetlenül szükséges az ilyen vizsgálathoz; és én megvallom, hogy el sem tudom képzelni annak még a lehetőségét sem, hogy magánosan lakó kéjnt a mostani rendszer mellett speculummal vizsgáljunk.

Pedig a speculummal való vizsgálat magában még édes kevés; igaz, hogy a syphilitisre nézve, ha a vizsgálatot a jelzett módon végezzük, kellőképp tájékozunk magunkat, de én egy lépéssel tovább megyek és kijelentem, hogy a kankós bántalmak prophylaxisára nézve a prostituáltak tisztán makroszkopikus vizsgálata a nemző szervek váladékának göresői vizsgálata nélkül, ha még oly pontosan van is kivéve, nem sokkal ér többet a semminél, mert azok gonorrhoeája mikroszkopikus vizsgálat nélkül a legtöbb szakember véleménye szerint az esetek egy nagy részében felfedezetlen marad; és pedig nemcsak valamennyi chronikus, alig észrevehető hypersecretióval járó kankós folyamat, hanem Neisser szerinti a heveny esetek legnagyobb része is, különösen, ha tekintetbe vesszük azon legkülönbözőbb raffinrozott fogásokat, melyekkel a prostituáltak az orvos megtévesztésére élnek és a melyeket mindenki ismer, a ki azok vizsgálatával csak rövid ideig is foglalkozott.

Nincsen helyén itt a gonococcusok vizsgálatának a gonorrhoea prophylaxisára való fontosságával bővebben foglalkozni, hisz a kifogások, a melyek ez ellen több oldalról felhozhatók, könnyen megczáfoltatók; és csak annyit említek meg, hogy pl., midőn Neisser-nek 1888-ban először volt alkalmja a boroszlói kéjntön egy próbagonococcus-vizsgálatot végezni, több mint 37%-nál talált gonorrhoeát. Azon statistikák is, a melyek pl. Angolországban a „contagions diseases acts“ előtt, alatt és után készültek, azt bizonyítják, hogy az orvosrendőri vizsgálatok a kankós bántalmak miatt kórházba küldött prostituáltak számát egyáltalában nem befolyásolják.

Különbén Boroszlón kívül a gonococcusok vizsgálata Stockholm-ban is obligat, kétes esetekben pedig ma már Brüssel, legújabbán pedig Berlin, sőt mint Schrank kartárs tudósításá-

ból értesülök, Bécsben is fogantatosítottatik. Igaz, hogy itt tulajdonképen minden eset kétes, de ez mégis arra mutat, hogy lassanként mind többen győződnek meg e reform szükségességéről, másrészt meg, hogy annak behozatala nem okoz elkerülhetlen nehézségeket.

Különbén ennek szükségét hazai szakembereink közül úgy tudom, Róna tagtárs úr is hangsúlyozza.

Több fontos, de inkább administratív jellegű pontra, így pl., hogy a reggel betegnek talált kéjnt, a nélkül, hogy a szabályrendelettel összeütközésbe jönné késő délutánig szabadon prostituálhat és inficiálhat, miután nem tartozik tulajdonképeni tárgyamhoz ez alkalommal ki nem terjeszkedhetem.

Ezen félig-meddig a prioristikus és elméleti fejtegetések után nézzük most már, mélyen tisztelt kartárs urak, hogy mik azon bizonyítékok is, a melyek a mellett szólnak, hogy a venerikus bántalmak ijesztő terjedése első sorban az ellenőrzött prostitutio siralmas állapotával függ össze.

Az első és legközvetlenebb bizonyíték lenne, ha a statistikában foglalt venerikus megbetegedések egy nagy részénél sikerülne az infectio forrását kimutatni.

E tekintetben sok adat nem állott rendelkezésemre, de a melyeket felhasználok, azok nézetem szerint mégis bírnak bizonyító erővel.

Róna tagtárs úr ugyanis, a ki maga is egy kórházi prostituált osztályt vezet, erre vonatkozó adatait könyvében is publikálja és így nem vélek indiscretiót elkövetni, ha daczára annak, miszerint erre már Török kartársúr is hivatkozott, én is hivatkozom.

Vizsgálatai szerint 1892-ben azon esetekben, a melyekben megbízható adatokat kapott az infectio forrására nézve, ezt syphilitisnél 72,7, kankónál pedig 56,6%-ban az orvosrendőri ellenőrzés alatt álló nyilvános prostituatio képezte; megdöbbentő nagy számok, mélyen tisztelt orvosegyesület! Az esetek legnagyobb részében az infectio bordélyos kéjnt által közvetített, a mit azonban véleményem szerint egyáltalán nem lehet a bordélyrendszer ellen felhozni, hanem a mi egyszerűen gyakorlatilag is igazolja azt, a mit előbb a priori kijelentettem, hogy a vizsgálatok egy bizonyos fokú hiányos volta mellett a legtöbb infectiót a bordélyos kéjnt közvetít.

Mindezen adatok ellen azonban talán mégis lehetne ellenvetéseket felhozni, hisz tudjuk, hogy sokszor a legnagyobb körületek mellett is mennyire megbízhatlanok azok.

En személyes tapasztalatokat is akartam e téren gyűjteni és ezen czélból az utolsó három hónap alatt Mezei főorvos úr szives engedélyével — a kinek szándékomról tudomása volt — bejártam a Rókus-kórház prostituált osztályára, hogy a kéjnt orvosrendőri vizsgálatának minőségéről — ha csak részben is — meggyőződjem.

Sajnálom, mélyen tisztelt orvosegyesület, hogy örvendetes dolgokról nem referálhatok, mert az ott látottak csak meg erősítették azon már a priori felvett tény valódiságát, hogy

¹ Róna kartársam a discussio alatt is hangsúlyozta, hogy szerinte tagadhatatlan, miszerint Budapesten a bejegyzett és ellenőrzött kéjnt okozó a legtöbb infectiót, de csak azon körökben, a melyek főképp a bordélyt (és természetesen a bejegyzett magánosan lakó kéjnt is. M.) keresik fel nemi szükségleteik kielégítésére; ennek oka azonban az, hogy sehol annyi syphilitikus és kankós nő egy csomóban nincsen, mint a bordélyban (és egyáltalában a nyilvános prostituáltak közt. M.), meg, hogy a syphilitikus nőket nem lehet addig a kórházban tartani, a míg teljesen meggyógyultak.

Hát hogy azok, a kik nemi szükségleteiket máshol, légitik ki, nem lehetnek a nyilvános prostituatio által fertőzve, az egészen természetes; csak hogy épen az a baj, hogy a legtöbbben mégis csak a nyilvános prostituatiót használják fel ezen szükséglet kielégítésére, mert hisz az a legolcsóbb és legkönnyebben hozzáférhető, meg orvosi ellenőrzés alatt is áll; és a nyilvános prostituatio a dolog természeténél fogva mindig jobban ki van használva, mint a titkos; de hisz épen ezen utóbbi körülmény, meg ana másik, hogy t. i. sehol sincsen annyi venerikus nő egy csomóban, mint a regisztrált prostituáltak között, csak egy okkal több, hogy az ellenőrzést szigorítsuk, hogy egyrészt a frissen inficiált kéjnteket lehetőleg korán küldhessük kórházba, másrészt meg, ha nem is tarthatjuk ott a syphilitikus kéjnteket teljes gyógyulásukig, legalább — mint ez előadásomban is hangsúlyoztam — nemcsak a legkisebb recidivánál, hanem a syphilitis korai leginfectiosusabb stádiumában minden legkisebb nem venerikus felhórsolás vagy erosio vagy pseudovenerikus baj felléptével azonnal elkülöníthessük és ártalmatlanná tehesük.

I. tábla.

Év	1. Fővárosi kórházak, Rókus-, szent István- és János-kórház (utóbbi csak 1890-től)								2. Stefánia-gyermekkórház					3. Kereskedelmi kórház							
	Összes megbetegedés	ebből venerikus bántalom	és pedig blenn.	U. m.	syphilis	A venerikus bántalmak hány %-át képezik az összes megbetegedésnek	Megjegyzések	Összes járó beteg	ezek közt syphilis	Szemészeti osztályon kezelt összes esetek	ezek közt blenn. conjunctiva	Megjegyzések	A blennorrh. conjunct. a szemészeti esetek hány %-át képezi	Összes megbetegedés	ezek közt venerikus bántalom	és pedig blennorrh.	U. m.	syphilis	Hány %-át képezik a venerikus bántalmak az összes megbetegedésnek	Megjegyzések	
1885	Férfi	—	—	—	—	—	A kórházi évkönyvek, melyből az adatok merítvék, csak az 1887. évtől jelentek meg.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	A statisztika a kórház összes anyagára (fekvő és járó betegek) vonatkoznak; a kórházban csak férfiak kezeltetnek.
	Nő	—	—	—	—	—		10,306	171	782	43	—	6·9	4221	965	637	260	68	22·8	—	
	Összesen	—	—	—	—	—															
1886	Férfi	—	—	—	—	—	Ezen számok azonban csak az „ivarszervek venerikus megbetegedéseire” vonatkoznak; 1887-ben a syphilis nem volt külön rovat alatt, hanem az idült fertőző betegségekbe beleolvasztva s így nem lehetett számát megtudni.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	A statisztika a kórház összes anyagára (fekvő és járó betegek) vonatkoznak; a kórházban csak férfiak kezeltetnek.
	Nő	—	—	—	—	—		12,184	178	873	56	—	6·4	4150	1149	830	280	39	27·6	—	
	Összesen	—	—	—	—	—															
1887	Férfi	15,129	1218	—	—	—	A nem szerinti osztályozása a venerikus betegeknek csak 1893-tól van meg.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	A statisztika a kórház összes anyagára (fekvő és járó betegek) vonatkoznak; a kórházban csak férfiak kezeltetnek.
	Nő	10,717	1397	—	—	—		11,828	189	935	96	—	10·2	3470	960	712	200	48	27·6	—	
	Összesen	25,846	2615	—	—	—															
1888	Férfi	14,194	—	—	—	—	A nem szerinti osztályozása a venerikus betegeknek csak 1893-tól van meg.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	A statisztika a kórház összes anyagára (fekvő és járó betegek) vonatkoznak; a kórházban csak férfiak kezeltetnek.
	Nő	11,794	—	—	—	—		13,825	230	944	76	—	8·0	2846	724	465	231	28	25·4	—	
	Összesen	25,988	3936	1632	8·1	1413		15·1													
1889	Férfi	15,536	—	—	—	—	A nem szerinti osztályozása a venerikus betegeknek csak 1893-tól van meg.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	A statisztika a kórház összes anyagára (fekvő és járó betegek) vonatkoznak; a kórházban csak férfiak kezeltetnek.
	Nő	12,567	—	—	—	—		14,849	241	1111	90	—	8·1	2859	657	446	149	62	22·9	—	
	Összesen	28,103	3875	1796	774	1305		13·8													
1890	Férfi	18,542	—	—	—	—	Ez évben a János-kórházi venerikus betegekéről nincsenek adatok az évkönyvben, miért is ez évben a János-kórházi beteglétszám nincs.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	A statisztika a kórház összes anyagára (fekvő és járó betegek) vonatkoznak; a kórházban csak férfiak kezeltetnek.
	Nő	15,374	—	—	—	—		16,687	232	1088	69	—	6·3	2628	493	316	126	51	18·9	—	
	Összesen	33,916	4627	2216	208	2203		13·6													
1891	Férfi	18,896	—	—	—	—	Ez évben a János-kórházi venerikus betegekéről nincsenek adatok az évkönyvben, miért is ez évben a János-kórházi beteglétszám nincs.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	A statisztika a kórház összes anyagára (fekvő és járó betegek) vonatkoznak; a kórházban csak férfiak kezeltetnek.
	Nő	16,301	—	—	—	—		17,217	229	1194	109	—	9·1	2833	701	466	173	62	24·7	—	
	Összesen	35,197	4809	2398	918	1493		13·6													
1892	Férfi	18,044	—	—	—	—	Ez évben a János-kórházi venerikus betegekéről nincsenek adatok az évkönyvben, miért is ez évben a János-kórházi beteglétszám nincs.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	A statisztika a kórház összes anyagára (fekvő és járó betegek) vonatkoznak; a kórházban csak férfiak kezeltetnek.
	Nő	15,075	—	—	—	—		16,150	259	995	93	—	9·3	3470	934	712	187	35	27·0	—	
	Összesen	33,119	5023	2142	405	2476		15·1													
1893	Férfi	21,559	2747	690	971	1086	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	A statisztika a kórház összes anyagára (fekvő és járó betegek) vonatkoznak; a kórházban csak férfiak kezeltetnek.	
	Nő	17,031	2972	1366	818	788		15,948	235	1034	109	—	10·5	4150	1143	830	253	60	27·5		—
	Összesen	38,590	5719	2056	1789	1874		14·8													
1894	Férfi	20,053	3060	1328	641	1091	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	A statisztika a kórház összes anyagára (fekvő és járó betegek) vonatkoznak; a kórházban csak férfiak kezeltetnek.	
	Nő	16,800	2891	700	279	1912		15,218	224	1152	125	—	10·9	6654	1686	1260	312	114	25·3		—
	Összesen	36,853	5951	2028	920	3003		16·1													

Év	4. Izraelita kórház					5. Irgalmasok kórháza					6. Katona-kórházak (16. és 17. számú helyőrségi kórház)										
	Összes járó betegek	ezek közt venerikus bántalmak	és pedig blenn.	U. m.	syphilis	A venerikus bántalmak hány %-át képezik az összes megbetegedésnek	Összes megbetegedés	ezek közt venerikus bántalmak	és pedig blenn.	U. m.	syphilis	A venerikus bántalmak az összes megbetegedésnek hány %-át képezik	Összes megbetegedés	ebből venerikus bántalom	és pedig blenn.	U. m.	syphilis	A venerikus bántalmak az összes megbetegedésnek hány %-át képezik	A budapesti helyőrség hány emberből állott	A venerikus bántalmak hány %-ot tesznek ki a helyőrség számához viszonyítva	Az összes hadseregben a venerikus bántalmak a legénység hány százalékát képezték
1885	Férfi ...	4110	184	74	45	65	—	—	—	—	—	—	5463	1041	606	220	215	19.0	11,000	9.4	—
	Nő ...	3246	39	5	—	34		1417	312	122	145		45	22.0	—	—	—	—	—	—	—
	Összesen ...	7356	223	79	45	99	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1886	Férfi ...	3565	201	110	26	65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Nő ...	1578	44	—	4	40		1510	350	120	191		39	23.1	—	—	—	—	—	—	—
	Összesen ...	5143	245	110	30	105	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1887	Férfi ...	3748	101	70	18	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Nő ...	2752	14	—	—	14		1284	249	103	103		43	19.3	—	—	—	—	—	—	—
	Összesen ...	6500	115	70	18	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1888	Férfi ...	3290	113	49	30	34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Nő ...	2960	20	2	3	15		1247	281	110	127		44	22.5	—	—	—	—	—	—	—
	Összesen ...	6250	133	51	33	49	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1889	Férfi ...	4379	126	67	23	36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Nő ...	3345	21	—	4	17		1320	309	165	93		51	23.4	—	—	—	—	—	—	—
	Összesen ...	7724	147	67	27	53	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1890	Férfi ...	4037	135	75	20	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Nő ...	2972	22	1	2	19		1380	395	139	204		52	30.8	—	—	—	—	—	—	—
	Összesen ...	7009	157	76	22	59	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1891	Férfi ...	4171	161	74	33	54	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Nő ...	3185	33	1	—	32		1525	483	173	261		49	31.6	—	—	—	—	—	—	—
	Összesen ...	7356	194	75	33	86	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1892	Férfi ...	3698	154	70	41	43	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Nő ...	3098	36	2	4	30		1661	453	166	256		31	27.2	—	—	—	—	—	—	—
	Összesen ...	6796	190	72	45	73	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1893	Férfi ...	3757	165	79	23	63	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Nő ...	3372	86	20	6	60		1698	489	148	300		41	28.7	—	—	—	—	—	—	—
	Összesen ...	7149	251	99	29	123	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1894	Férfi ...	4385	239	129	19	91	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Nő ...	2398	41	—	2	39		1443	361	148	177		36	25.0	—	—	—	—	—	—	—
	Összesen ...	6783	280	129	21	130	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Csak a járó betegek vannak felvéve.

Csak férfiak kezeltetnek.

II. tábla.

(Az I. tábla összegezve).

Év	Összes bete- gés	ebből venerikus bántalom	= százalék	És pedig:			A venerikus bán- talmak hány %-át képezi a		
				blenor- rhoea	ulcus molle	syphilis	blenor- rhoea	ulcus molle	syphilis
1885	36,916	3,188	8.6	1707	768	723	53.4	24.3	22.3
1886	39,055	3,582	9.1	1973	816	793	55.0	22.9	22.1
1887	55,764	5,445	9.7	1674	513	643 ¹	—	—	—
1888	70,631	7,508	10.6	3685	1568	2255	49.0	20.8	30.2
1889	78,899	7,703	9.7	4043	1324	2336	52.4	17.3	30.3
1890	97,152	9,449	9.7	4954	1169	3376	52.1	12.4	35.5
1891	101,862	10,786	10.5	5802	2193	2791	53.7	20.5	25.8
1892	101,952	11,611	11.3	5866	1751	3994	50.5	15.1	34.4
1893	106,742	12,251	11.4	5773	3134	3344	47.1	25.6	27.3
1894	107,813	13,143	12.1	6363	2286	4494	48.4	17.4	34.2

¹ Ezekhez a számokhoz jön még 2615 eset, mely az évkönyvben „Az ivarszervek venerikus megbetegedései“ gyűnév alatt foglaltatik.

II/a. tábla.

(Az eredeti át nem javított tábla összegezve).

Év	Összes bete- gés	ebből venerikus bántalom	= százalék	És pedig:			A venerikus bán- talmak hány %-át képezi a		
				blenor- rhoea	ulcus molle	syphilis	blenor- rhoea	ulcus molle	syphilis
1885	37,681	3,693	9.8	1966	879	848	53.1	24.0	22.9
1886	40,022	4,236	10.5	2343	886	1007	55.3	21.0	23.7
1887	56,878	6,235	10.9	2121	643	856 ¹	—	—	—
1888	71,824	8,414	11.7	4205	1730	2479	49.9	20.7	29.4
1889	80,779	9,070	11.2	4789	1525	2756	52.8	16.9	30.3
1890	98,602	10,402	10.5	5447	1289	3666	52.3	12.7	35.0
1891	103,344	11,971	11.5	6422	2325	3194	53.9	19.4	26.7
1892	103,707	12,694	12.2	6443	1847	4404	50.7	14.6	34.7
1893	112,56	14,071	12.5	6794	3363	3914	48.2	24.0	27.8
1894	116,073	16,630	14.3	8346	2637	5647	50.1	16.0	33.9

III. tábla.

Évi szaporodás.

Év	Összes nem veneri- kus betegedések	Venerikus betegedések
1885	—	—
1886	5.1%	12.3%
1887	41.8%	52.0%
1888	25.4%	37.3%
1889	12.7%	2.5%
1890	23.2%	23.3%
1891	3.9%	13.6%
1892	— 0.7%	7.6%
1893	4.6%	5.5%
1894	0.1%	7.2%

III/a. tábla.

Évi szaporodás az eredeti, át nem javított
tábla szerint.

Év	Összes nem veneri- kus betegedések	Venerikus betegedések
1885	—	—
1886	6.0%	14.7%
1887	41.3%	46.9%
1888	25.2%	34.9%
1889	13.0%	7.7%
1890	22.9%	14.0%
1891	3.5%	15.0%
1892	— 0.3%	5.7%
1893	7.8%	10.8%
1894	1.2%	18.1%

IV. tábla.

Venerikus betegedések 1000 lakóra.

Év	Lakosság	1000 lakóra	Az eredeti (át nem javi- tott) táblázat szerint esett 1000 lakóra
1885	430,405	7.4	8.5
1886	443,658	8.0 ¹	9.5
1887	456,911	11.9	13.6
1888	470,164	16.3	17.8
1889	483,417	15.9	18.7
1890	496,670	19.1	20.9
1891	513,010	21.0	23.3
1892	526,263	22.0	24.1
1893	539,516	22.7	26.0
1894	552,000	23.8	30.1

¹ Megjegyzés. A két első évben statistikából a fővárosi közkör-
házok anyaga hiányzik és így ezen számoknak a valóságban a többi
évekhez viszonyítva magasabb számok felelnek meg.Dr. Jurkiny szerint 1872—1881 esett 1000 lakóra:
1872: 12.5; 1873: 10.3; 1874: 10.1; 1875: 9.3; 1876: 10.8; 1877: 11.7;
1878: 12.8; 1879: 12.9; 1880: 13.6; 1881: 13.3 venerikus megbetegedés.

elterjedve, de fel kell vennünk, hogy a syphilitikus infectiót azok legnagyobb része el nem kerül, el nem kerülheti és pedig ez természetesen legnagyobbat részt mesterségük első éveiben történik; hogy többet ne említsek, *Sperk* Péter-várótt 315 15 és 20 év közötti, tehát mesterségük első éveiben lévő kéjű között 52.3% manifest syphilitist talált; elismeri ennek jelentőségét a mi rendőrorvosi intézményünk is, legalább a rendőrfőorvos úr egy, 1891-ben az orvosi körben a prostitútoról tartott előadásában maga mondja, miszerint azon állapot orvoslására (hogy t. i. a kórházból kikerült syphilitikus kéjűt lehetőleg veszélytelené tegyük) csak egy mód van: a syphilitisben szenvedő prostituáltak specialis ellenőrzése; e célból a budapesti főorvosi hivatal a központban naplót készült vezetni

az összes fővárosi syphilitikus prostituáltakról; ezek a főorvos úr saját szavai és én nem fűzök azokhoz semmiféle kommentárt.

A gonorrhoeáról nem is szólok, mélyen tisztelt kartárs urak; tükörvizsgálatok a kéjű egybehangzó állítása szerint nem is lesznek, és én saját tapasztalásomból mondhatom, hogy legalább igen sok esetben tényleg nem is lehettek fogatosítva, mert különben azt az óriási fluort a nyakcsatorná-
ból, a melyet a legtöbbször taltáltam és a melyek egy nagy részében már az első rövid vizsgálat után számos gonococcust voltam képes kimutatni, észre kellett volna venni.

Nem az én feladatom vizsgálni, mélyen tisztelt kartárs urak, vajjon ezen, minden egyéb, csak nem kielégítő álla-
potokért terhel-e valakit személyes felelősség is, vagy pedig,

V. tábla.
Katonaság.

a) Osztrák-magyar hadsereg				b) Porosz hadsereg (Blaschko nyomán)			
Év	Had-sereg	Budapesti helyőrség		Év	Had-sereg	Berlini helyőrség	
		venerikus betegedés	syphilis			venerikus betegedés	syphilis
		1000 főre				1000 főre	
1885	—	94	19·5 ^o / _o	1878/79	38·5 ^o / _o	54·1 ^o / _o	8·4 ^o / _o
1886	—	86	21·5 ^o / _o	1879/80	34·9 ^o / _o	48·3 ^o / _o	8·7 ^o / _o
1887	64	93	23·6 ^o / _o	1880/81	39·2 ^o / _o	52·0 ^o / _o	11·6 ^o / _o
1888	65	108	22·8 ^o / _o	1881/82	41·0 ^o / _o	53·4 ^o / _o	10·8 ^o / _o
1889	65	114	30·5 ^o / _o	1882/83	38·2 ^o / _o	50·6 ^o / _o	9·7 ^o / _o
1890	65	119	26·7 ^o / _o	1883/84	34·5 ^o / _o	42·9 ^o / _o	8·4 ^o / _o
1891	63	118	28·3 ^o / _o	1884/85	32·6 ^o / _o	35·0 ^o / _o	7·1 ^o / _o
1892	61	108	27·5 ^o / _o	1885/86	29·7 ^o / _o	30·7 ^o / _o	6·2 ^o / _o
1893	—	110	21·6 ^o / _o	1886/87	28·6 ^o / _o	35·4 ^o / _o	8·6 ^o / _o
1894	—	144	32·4 ^o / _o	1887/88	26·3 ^o / _o	40·0 ^o / _o	8·9 ^o / _o

hogy — mint előadásom elején is jeleztem, és mit most is fentartok, a hiba magában a korhadt rendszerben van, mert én most is azt mondom, hogy bár az állapotok, a melyeket leirtam, rosszabbak már alig lehetnek, de megvallom, a vázolt rendszer mellett jobbkat nem vártam és nem is találhattam volna; én nem akarok vádolni senkit és csak tényeket soroltam fel; különben úgy tudom, hogy azok többé-kevésbé nyílt titkot képeztek, és hogy Mezei főorvos úr már többször szóba hozta illetékes helyen ezen tarthatatlan állapotokat és sürgette azok szanálását, de eddig hiába.¹

Előadásom végéhez értem, mélyen tisztelt orvos-egyesület. Mint méltóztatnak látni, concret javaslatokat, propositiókat a baj orvoslására nem teszek; nem teszek pedig azért, mert itt egy intézményről van szó, a melynek számai mélyen belényulnak társadalmi életünkbe és a melyek átalakítása egy bizonyos — talán nagyfokú megrázkódtatás nélkül nem is fog végbemenni és én sokkal inkább tudom méltányolni ezen kérdés óriási fontosságát és a nagy nehézségeket, a melyek megoldásának útjában vannak, sokkal inkább érzem saját csekélyességemet és tapasztalásaim hiányát, semhogy én már most

¹ A discussio alkalmával több oldalról az is kétségbe vonott, hogy ezen esetek, a melyekről szóltam, bejegyzett kéjnékre vonatkoztak; Rózsaffy kartárs úr azt mondta, hogy ezen esetek aligha voltak nyilvántartott bárczás kéjnök — „vagy lehetett oly bárczás kéjnök, a ki bárczáját napokkal vagy hetekkel előbb lakáshány vagy más ok folytán visszaadta“. Nos hát semmi sembizonyítja jobban rendszer ügyefogyottságát és elégtelenségét, minthogy megtörténhetik, hogy a betegség korai és legkorábbi stadiumában lévő syphilitikus bárczású bárczáját visszaadhatja és ez által az orvosi ellenőrzés alól egyszerűen kivonja magát és a „venerikus bajokat — mint Rózsaffy kartárs úr mondja — a dolog természeténél fogva már nem mint bárczás, hanem mint titkos prostituáltak terjesztik“, a mi azoknak, a kik ilyen személyektől syphilit szereznek, valószínűleg édes-keves vizsgálatul szolgál; ezek száma pedig (a kik t. i. ilyenektől inficiálva lesznek) már csak azért sem lehet nagyon csekély, mert, hogy az ilyen beteg kéjnök nem azért adja vissza a bárczáját, mintha a prostituálást is abba akarná hagyni, azt mindenki tudja, a kinek a prostituálást csak a legelemibb fogalmai is vannak.

Ezen körülmény, hogy t. i. a szabályrendelet a prostitutio kétértelműből való kilépés, a mi pedig ép oly fontos, mint a bejegyzés, az inscriptio, teljesen figyelmen kívül hagyja, már előadásomban is jeleztem egészen röviden és talán lesz alkalmam arra más alkalommal még bővebben visszatérni. De más oldalról is kétségbe vonott, hogy azon kéjnök, a kiktől én szólottam, tényleg bejegyzett nők lettek volna. Ismételve hangsúlyozom azt, a mit előadásomban is, a zárszóban is különösen hangsúlyoztam, hogy én nem kutattam, vajjon terhel-e valakit ezen állapotokért személyes

propositiókkal mernék előállani; ezen kérdés gondos megfontolás és tanácskozás tárgyát kell hogy képezze és azt, mint a gordiusi csomót megoldani nézetem szerint nem lehet.

Mai előadásomnak nem is volt más célja, mélyen tisztelt kartárs urak, mint felhívni az önök figyelmét ezen állapotokra, a melyek rosszabbak már alig lehetnek; rámutatni annak a szükségére, hogy itt valamit kezdeményezni kell, tenni kell és pedig tenni közös erővel, vállvetve, ha csak társadalmi létünket nem akarjuk komolyan veszélyeztetni.

Budapest az ország szíve, mélyen tisztelt kartárs urak, ha már itt oly szomorúak a viszonyok, fel kell venni, hogy az egész országban sem lehetnek jobbak; innen kell tehát megindulni a mozgalomnak; hogy mily alakban, azt a mélyen tisztelt orvosegyesület bizonyára fogja tudni megválasztani; mert itt nemcsak fővárosunk, de az egész ország egyik legfontosabb közegézségi kérdéséről van szó. A budapesti kir. orvosegyesület minden fontos közegézségi kérdésnél az elsők egyike volt a küzdők sorában, ott lesz bizonyonyal most is.

Csak ha sikerült önöket, mélyen tisztelt kartárs urak, meggyőzni arról, hogy ezen állapotokat tétlenül néznünk többé nem szabad, ha az orvosegyesület saját kebelében egy mozgalmat indít meg, a mely mindig nagyobb hullámokat verve, nem fog többé nyom nélkül elenyészni, mint az eddigi — ezen állapotok sanálását célzó — kezdeményezések, csak akkor — és csak akkor fogom fáradságos és hálátlan munkám gyümölcseit élvezni.

KÖZEGÉSZSÉGÜGY.

Tengervízből édesvizet nyert Pfitzer úgy, hogy előbbi fatörzsön préselte át. Wilm utána csinálta a kísérletet, s egészen más eredményre jutott, mint Pfitzer. Wilm 0·5—1 m. hosszú és 0·4—0·5 m. kerületű, különböző fajta fát vizsgált, melyeket ólomcsővel kötött össze egy szívó-nyomó szerkezettel, mely 3—5 légkörnyomással dolgozott. A fán átszűrűt tengervíz eleinte sárgás és opalisáló, később tiszta lett, de kezdetül fogva jóles ízű volt, később pedig a szűrű vízben is éppen annyi is oldott meg, mint a mennyi a szűrűben volt. További kísérleteiből kitűnik, hogy csak igen nagy fatörzseken áthajtott víz veszt el sótartalmát. Éppen ezért practikus célokra ezen eljárás sem alkalmas, mert igen drága és nehézkes, mert igen nagy fatörzsek kellenek hozzá, s mert ezek is csak rövid ideig adnak sótalan vizet, utóbb pedig eltömülnek és a bacteriumok átburjánzanak rajtuk. Wilm továbbá azt is vizsgálta, vajjon a fa mint szűrű visszatartja-e a bacteriumokat? És azt találta, hogy a frissen levágott fán áthajtott vízben 2—3 napig nincsen microorganismus; később azonban megjelennek azok a szüredékben is, végül pedig ebben több is lesz a microorganismus, mint a szűrűben. Hosszabb ideig a szobában tartott fa kezdetül fogva bacteriumokban dús vizet adott. Ha a használt fadarabon annak sterilizálása végett forró vizet hajtott át, akkor az ezután sokkal több vizet boesátott át,

felelősség is, mert a korhadt rendszer, az institutio rosszassága mindent megmagyaráz, erről pedig egyesek nem tehetnek.

De ezen esetek, a melyek a rendszer hasznavehetetlenségét és ügyefogyottságát a legkézzelfoghatóbban bizonyítják, tényleg gyakran ismétlődtek és én az ügy érdekében kötelességemnek tartottam e tekintetben tapasztalataimat az orvosegyesületben egészen nyíltan, leplezetlenül és minden szépitgetés nélkül előadni, tekintet nélkül arra, hogy tartottam tőle, miszerint előadásom ezen részét félre fogják magyarázni és tekintet nélkül arra, hogy ezáltal saját személyemet tehetem ki éles megtámadásnak, a mint ez tényleg be is következett, úgy hogy a mit én a korhadt rendszer tarthatatlanságának súlyos és kétségtelen argumentumaiként az egyesületben nyilvánosságra hozni szükségesnek tartottam — előadásom ezen része — mint egy egész testület ellen irányuló collectiv és egyúttal burkolt, leplezett támadás lett oda állítva, a mit persze én legkevésbé sem intendáltam, már annál kevésbé sem, mert hisz az institutio gyarlóságát és rosszasságát az egyes személyek, valamint az egész testület ügybuzgalma és jó szándéka sem szüntetheti meg.

Eltelkintve azonban attól, hogy a discussio alatt ilyen esetekről mások is megemlékeztek, azt hiszem tökéletesen elégséges, ha utalok egyszerűen előadásom szövegére és arra, hogy én egészen nyíltan hivatkoztam Mezei főorvos úrra, mint e tekintetben a legilletékesebbre, a ki előadásomat jelenlétével tisztelte meg és az egész discussio alatt részt vett az üléseken: hogy kitűnjön, miszerint azon esetek, a melyekről én szólottam, igenis bejegyzett kéjnékre vonatkoztak.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÖRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem II. számú (Réczey Imre tnr.) sebészeti klinikumáról.

Adatok az idegen testek casuistikájához.

Közli Wenczel Tivadar dr., műtő.

A gyakorló sebész igen tág működési körét képezik azon műtétek, melyek az emberi szervezetbe kívülről jutott idegen testek eltávolítását eszközlik.

A sebészeti tapasztalat mutatja, hogy a hely, melyet ezen testek a szervezetben elfoglalnak, továbbá azok neme, száma és nagysága, valamint a mód, melylyel és az ok, mely miatt azok az emberi testbe jutnak, a legkülönbözőbb lehet. Leggyakrabban tapasztalhatjuk a sebészeti gyakorlatban a traumatikus erő által a szervezetbe jutott idegen testek jelenlétét. Egészen mindennapi a faszálkának, varrótűnek a bőr-alatti feltalálása a tenyérben, talpban, könyöktájon, térdtájékon; horgoló és gombostű darabok a tenyérben stb. De megkövácslásnál lepattant fémszilánknak a bőrben, a bőralatti kötőszövetben, izomzatban stb. jelenlétét is lépten-nyomon tapasztalhatjuk. Nem egyedül álló azon esetünk, hogy végbélbeöntés alkalmával az irrigatorosó vége bennmaradt a végbélben s onnan mesterségesen kellett eltávolítanunk. Igen gyakori a lövés következtében a testbe jutott golyónak a szervezet legkülönbözőbb helyén való feltalálása. Találunk elég nagy számban olyan eseteket is, midőn az egyén sajátkezüleg juttatja be az illető idegen testet leginkább testének valamely üregébe vagy bőre alá. Így hysterikus nők varrótűket szurkálnak bőrtük alá, gyerekek babot, kukoriczát, gombot stb. dugdosnak fülükbe, orrukba. Masturbáló nők a legkülönbözőbb tárgyakat, leggyakrabban tűt, iront, tollnyelet, tollszárat dugnak húgyesővükbe, húgyhólyagjukba, hüvelyükbe. Ide vonatkozó igen érdekes összeállítást ritkább esetekből közöl Prochnov (Deutsche med. Wochenschrift 1892). Igen sokszor találunk olyan eseteket, midőn nyelés közben szálka, esontdarab akad meg a gégében, bárzsingban.

Nem tartoznak a ritkaságok közé azon esetek sem, midőn valaki testében létező idegen test odajutásának egy másik egyén az oka. Így orvos műtétkor tampont felejtett a sebben és fölötte azt bevarrja vagy húgyhólyag-esapolásnál műszere letörhet, leszakadhat, eme darab a húgyhólyagban, húgyesőben marad vissza stb.

Olyan dolgok ezek, melyekkel a gyakorló sebész úgy-szólván mindennap találkozik, ellentétben azon esetekkel, melyek az egész orvosi irodalomban csak egy vagy legfeljebb néhány csekély számú eset által vannak képviselve. Ezek közé tartozik a (Wiener klinische Wochenschrift 1893. 9. sz.) Bazzanella által közölt ivópohárnak eltávolítása a hüvelyből. A pohár 150 gramm nehéz, 8 cm. magas, alapjának kerülete 17.5 cm., felső szélének kerülete pedig 20.5 cm. volt. Tíz évig volt a beteg hüvelyében, hová a nőtől elváló férj erőszakkal dugta be azért, hogy a válás után a nő nemileg ne érintkezhesék senkivel. A poharat eltávolítani csak igen nehezen, compresssekkel kibélelt szülészeti fogóval lehetett. Ezen esettel össze-

függésben fel van említve egy hasonló, Sichel által ismertetett eset, midőn Janssens egy férjétől elváltan élt nő hüvelyéből egy hengeres, 7 cm. átmérőjű, 8 cm. magas poharat távolított el, mely a hüvelybe állítólag akként jutott be, hogy a nő egy padról ülés közben lecsuszott és a földön álló pohárra esett. Wendt említ egy esetet, melynél Hubbauer egy 19 éves leány hüvelyéből masturbáláskor benrekedt 7 cm. magas, fenekén 2.8 cm., a szájadékon 3.5 cm. átmérőjű poharat távolított el. A „Geburtshilflich-gynaekologische Gesellschaft in Wien“ 1888. június 12-dikén tartott ülésén Bandl is említi egy ivópohárnak a hüvelyből szülészeti fogóval történt eltávolítását. A Deutsche medicinische Wochenschrift 1895. évi 2. számában Kirchgässer ír le egy esetet, melynél ő egy bányász felső állasontjába döfött, hegyével a kemény szájpapdot áthatoló 7.5 cm. hosszú, 1.5 cm. széles késpengerészletet távolított el, a jobb pofa és orrszárny felhasítása és a pengerészletet magába foglaló csontrésztlet levésése után. A pengerészlet 9 esztendeig volt a felső állasontban és 8 $\frac{1}{2}$ esztendeig az egyének semminemű alkalmatlanságot nem okozott, a műtét előtti 6 hónap alatt erős fejfájása és bűzös orrfolyása volt, mi a késpengerészlet eltávolítása után megszűnt. Haberer közli klinikánkról a „Sebészet“ 1894. 52. számában egy 18 cm. hosszú, 1.3 cm. széles fémrudaeszkának a gyomorból gastrotonia által történt eltávolítását, mely a beteg gyomrába akként jutott, hogy egy kardnyelő művész mutatványait akarta utánozni, a productióra használt fémrudaeszkát bárzsingjába tolt, hová az annyira becsúszott, hogy többé elérni és kihúzni nem volt képes. A fémrúd műtéti eltávolítása után 8. napon a hasfalán ejtett seb már per primam begyógyult, mire rövid idő múlva a beteg teljesen meggyógyulva hagyta el a kórodát. Prochnov közöl (D. med. Wochenschrift 1892) egyetemünk I. számú sebészeti klinikumáról 3 esetet, hol a hólyagba egy esetben 7.5 cm. hosszú hegyezett fadarab vezetett be magzat-elhajítás előidézése céljából; a második esetben 34 éves férfi sterilitas előidézésére 19 mm. átmérőjű rézkrajcárt vezetett be húgyesővébe s ez a hólyagba csúszott. A harmadik esetben 19 éves férfi vizeletrekedése ellen 8.5 cm. hosszú, 5 mm. vastag hegyezett csontpálczikát tolt be a húgyesőbe, honnan az a hólyagba jutott és 9 hétig volt ott. Schönborn a Langenbeck Archiv 29. kötetében ír le egy hajból álló 280 gm. súlyú, 13.5 cm. hosszú, 10.5 cm. széles, 5—6 cm. vastag daganatot, melyet gastrotonia által 15 éves leány gyomrából távolított el. A daganat akként jutott oda, hogy a leány egy éven keresztül hajfonatának végét folytonosan lerágta és lenyelte, mert azt hallotta, hogy ez által csengő hangra fog szert tenni.

Hogy hysterikus nők emlőjükbe, kuruzslók tanácsát követő egyének golyvájukba varrótűt szúrtak, azt klinikánkon a legutóbbi időben négyszer észleltük. A tűk kitapintható részére eszközölt rámetzés után a tűk eltávolítottak, a sebek varratok által egyesítették, melyek 5—7 nap múlva a per primam való gyógyulás után eltávolítottak.

Egész sorozatát az ilyen különös eseteknek állithatnánk össze az irodalomból s még mindig akadnának a gyakorlatban új, eddig nem talált esetek. Nem érdektelenek azért a gyakorlattal foglalkozók előtt azon közlemények, melyekben ilyen ritkábban előforduló idegen testek íratnak le, mert mindannyi új adat ezen esetek kimeríthetetlen és rendkívül változatos casuistikájához

Az utóbbi két esztendőben klinikánknak e tekintetben is igen gazdag beteganyaga több olyan esetet szolgáltatott, melyek a kívülről az emberi testbe jutott idegen testekről szóló közlemények között ritkábban találhatók. Az esetek következők:

I. *Késpenge a koponyacsontban; intermeningealis vérömleny; trepanatio; gyógyulás.* 1894. február 21-dikén E. S., 26 éves földműves vétetett fel a klinikumra. Verekedés közben egy nagyobb konyhakéssel fejbe szúrták s a késnek hegye a koponyacsontba beletört. A sérüléskor eszméletét nem veszítette el, csak szédült. Mivel orvosa a késhegyet koponyájából eltávolítani nem tudta, kórodánkra vétette fel magát. A fejtetőn a jobb falcson felső hátsó szögletétől előre és lefelé mintegy 2,5 cm.-nyire van egy 3 cm. hosszú, a fejbőrön át a csontba hatoló folytonosság megszakítás éles szélével; alapjából egy a csontba beékelte fémdarab 0,5 cm.-nyire a csont felszíné fölé emelkedik.

Első műtét ugyanazon napon. A lágyrész sebének kellő tágitása után a fémdarab kiemelése vagy kihúzása semmiféle eszközzel sem volt lehetséges, így hogy a csontseb széléből kellett a fémdarab végéig egy 3 cm. hosszú ikalakú darabot kivésni, s ezzel a fémdarab kiemelése a legnagyobb könnyűséggel történt. A kiemelt fémdarab a csontba szűrt késhegynél bizonyult, mely 2,5 cm. hosszú és 1 cm. széles volt. Műtétnél a koponyamegcszakítás éles szélével meg. Varrat, anti-septikus kötés, nyugalom. Hét napig a beteg egészen jól érzi magát, nyolczadik napon nyugtalan kezd lenni, álmatlanságban szenved. Kilenczedik napon székrekedés, fejfájás, álmatlanság. Tizedik napon beteg este lázas, 38,5° C., erős fejfájása van, bágyadt, beszéde nehézkes, aludni nem képes, igen nyugtalan, székrekedése van. Pupillák egyenlő tágak, fényre reagálnak. Sem motorikus, sem érzési eltérés nincs. Március 4-dikén 11. napon igen erős fejfájás, bágyadtság, álmatlanság, erős nyomó érzés a sérülés helyén. Éjjélkor és a következő napon reggel 5 órakor eszmélet jelenléte mellett epileptiformis görcsök. Ilyen görcsök a nap folyamán még délután 2, 6 és 8 órakor mutatkoznak. A bal végtagok paritikusok. Érzési eltérés nincs. A bal térd patellaris reflexe alig kimutatható. Pupillák közül a jobboldali tágabb. Reggeli hőmérsék 39,4° esti 39,6°. Erverés 58. Március 6-dikán az epileptiformis görcsök ismétlődtek és rajtok a Jackson-féle typus határozottsággal meg volt állapítható. A bennulási tünetek fokozódtak. Eszmélet az egész idő alatt ép. Hányás többször ismétlődik.

Március 7-dikén *második műtét*; trepanatio véső és kalapácsal, narkosis nélkül. Az első műtét teljesen begyógyult sebé helyén bemetszés a csontig, a csonton semmi kóros nem volt található. Csont mintegy 4 cm² területen felvésztett a dura materig. Dura mater ép, pia mater alatt igen kevés vér. Az agy szürke állományán keresztül a fehér állományba történt bemetszés után genyet találni nem lehetett.

Műtét után közvetlenül javulás. Hőmérsék, mely a műtét napjának reggelén 38,7° volt és az érverés 52, műtét után délután 37,6° és 53 volt. Március 8-dikán a beteg láztalan, nyugodt, jól alszik, fejfájása sokkal csekélyebb, mint műtét előtt, hányás nincs, csak hányási inger; epileptiformis görcsök nem mutatkoznak. Bal végtagok mozgékonyasága kissé javult. Március 9-dikén minden tekintetben javulás. Erverés 62, hőmérsék normalis; a nyitra kezelt sebben agyvelőesés. Március 15-dikén a bal végtagok mozgató képessége teljesen helyreállt, a fejfájás elmúlt; a visszamaradt agyvelőesés lapis edzéssel kezeltetik. Május 31-dikén beteg a seb helyén 0,5 cm.-nyi ürmenet kivételével teljesen gyógyult, úgy hogy ugyanekkor annak tágitása történt s belőle egy kölesszemnyi vasrészlet (a kósdarabnak egy külön visszamaradt szilánkjá) távolított el. Junius 9-dikén beteg teljesen gyógyultan hagyta el a kórodát.

II. *Késhegy a koponyacsontban; arteria meningea media sérülése; agyvérömleny; trepanatio, gyógyulás.* 1895. március 17-dikén R. S. 31 éves szűgyártó vétetett fel a klinikumra, kit zsebkéssel halántékon szúrtak. A bal halántékesont felett a fülkagyló felső szélé alatt van egy 1 cm. hosszú, függőlegesen haladó, éles szélű folytonosság hiány, melybe vezetett kutató csontba rögzített és abból kissé kiálló kemény, érdes testhez ütődik. Beteg öntudatlan állapotban van, jobboldali szájzuga lejjebb áll, mint a bal, mindkét jobboldali végtagja teljesen hűdött. Hőmérsék normalis, érverés perczenként 80.

Beteg még felvétele napján *műtét* tárgyát képezte. A műtét trepanatióból állott, mely alkalommal a bal halántékesontba hatolt fémdarabot rögzítő csontrészt eltávolított; a fémdarab, mely derékszög alatt lapjára hajlítot késpenge-hegynél bizonyult és a halántékesont belső lemezének félkrajcárnyi terjedelmű levált darabja kiemeltetett, midőn kevés véralvadék és agytörmelék távozott. A vérző arteria meningea media lekötése vált szükségessé, mely nagyobb vérömlenyt okozott a dura felszínén. Műtét után beteg láztalan, érverése perczenként 84. Öntudat helyreállt, de beszélni nem képes. Jobboldali szájzug már kevésbé áll olyan mélyen a balhoz viszonyítva. Jobb alsó végtagját igen kis mértékben mozgatni képes, a megfelelő felső végtag még teljesen bennül. Igen nehezen, vontatottan iparkodik felelni a hozzá intézett kérdésekre, de beszéde teljesen érthetetlen. A kóros végtagok villamozása és masszálása, belsőleg jodkalium használása, bár igen kis mértékű, de fokozatos javulást eredményeznek, úgy hogy április vége felé már jobb alsó végtagját igen jól tudja mozgatni, de rálépni még nem képes, a jobb felső végtag is bár alig, de mégis active mozgatható; vontatott, dadogó beszéde már megérthető. Május végén a beteg már jobb alsó végtagjára állni képes és bot segítségével 8—10 lépésnyire tud járni, jobb felső végtagját jól tudja active mozgatni, ujjai azonban még teljesen mozgathatatlannak, beszéde még igen nehézkes; junius végén javulás alig volt észlelhető; a jobb kéz ujjait tudta kissé behajlítani. Juliusban már bot nélkül volt képes néhány lépést járni, jobb kezének

ujjait is jól mozgatta. Augusztusban a beteg bár sántítva, meglehetősen járt, jobb kezével gyengén szorítani is tudott, beszéde is lényegesen javult, a jobboldali szájzug már csak alig észrevehetően áll lejjebb a balnál. Beteg hasonló kezelés mellett tovább ápolatik kórodánkon.

III. *Pipacsutóra a carotisban; halálos vérzés kilenczedik napon; halál.* R. A. 54 éves hivatalnok 1894. május 24-dikén vétetett fel a klinikumra. Kilencz nap előtt körülbelül 2 méter magas kőrakásról esett le pipával a szájában, midőn a pipa csutorája eltört és szájjadóját megsértette. A letört csutoradarabot nem találták meg, vizsgálatnál a torokban nem volt található. A sérülés után beteg elájult és nagyobb mennyiségű vért vesztett. A következő két napon nyakának jobb oldala megdagadt és súlyos légzési nehézségek léptek fel nála, miert vidékről feljött Budapestre és előbb lakásán kezelte magát; mivel azonban nehézlégzése fokozódott és fuladással fenyegette, a sérülés utáni 9. napon a klinikumra vétette fel magát.

Felvételekor a betegnél nehézlégzés mellett az arc nagy mértékben cyanotikus; a nyak jobb oldala teriméjében megnagyobbodott, elmosódott határokkal piros színt öltött. A bőr felette feszes, fénylő, vöröses, helyenként kékiesen színezett, nyomásra kissé fájdalmas, az ujjbenyomatokat megtartja. A beteg száját alig képes kinyitni, hogy a belső vizsgálat eszközöltessék, melynél a lágy szájpad és epiglottis vizenyője volt kimutatható. Jobb oldalon az epiglottis felett az areus palatopharyngeusnak megfelelően egy kis tyúktöjásnyi puha terimegnagyobbodás volt érezhető.

Ezen állapot miatt a beteget sürgős beavatkozásért a műtőterembe rendeltük. Mialatt a műtethez az előkészületek történtek, a műtőterembe vezet folyosón hozott beteg útközben vért hányt. Mire az alig 25 lépésnyire fekvő beteghez odaérkezünk, az egy arteriosus vértocsában feküdt, cyanotikus; szájából, orrából vér szivárgott, légzése szörösűgő volt. A helyszínen végezett tracheotomia és élesztési kísérletek eredményhez nem vezettek, a beteg néhány másodperc múlva meghalt.

A következő napon végezett boncolásnál kitűnt, hogy a lágy szájpad, a garat, az epiglottis erősen be vannak vizenyősen szűrődve. A lig. glotto-epiglotticum s a musc. palatopharyngeus helyén egy egyenetlen szélű folytonosság megszakítás van, melyben egy pipacsutórának megfelelő kemény test volt. A 8 cm. hosszú, 0,5 cm. átmérőjű, egyik végén tompa karimában, másik végén egyenetlen szálkákban végződő csutóra le- és mellfelé haladt a carotis communis ürterén keresztül a kulcscsontfeletti árokba. A carotis communis felhasítása után annak oszlása előtt 1 cm.-nyire egy babnyi egyenetlen anyaghiány volt, melyet egy friss thrombus fedett. Sérülésnél tehát a letört pipacsutóra behatolt a musc. palatopharyngeuson keresztül felülről belülről ki- és lefelé a nyak lágyrészei közé, átlikasztotta a carotis communist, okozta az erős vérzést s a kulcscsont feletti árokig hatolt előre. A beállott véres beszűrődés és lobos oedema okozta a nehézlégzést, később a fuldoklást oedema glottidis folytán. Midőn pedig az első pörk a carotis sebéről levált, hirtelen előállott azon erős vérzés a carotis communisból, mely a beteg halálát okozta.

(Vége következik.)

Közlemény az egyetemi bőrkórtani klinikáról. Fő- és székvárosi szt. István-kórház bőrbeteg-osztálya (Schwimmer Ernő tanár).

A syphilis okozta vérelváltozásokról tekintettel a kór felismerésére és gyógyítására. II-dik rész.

Justus Jakob dr. klinikai tanársegédétől.

(Folytatás.)

Vizeletvizsgálatokat végeztem azon czélból, hogy vajjon a vizelet urobilin-tartalma a higany bekebelezését követő időben megsaporodott-e? Úgy a sublimat intravenosus injectiónál, valamint az inunctionál, továbbá hydrarg. sozod. és sublimatnak intramuscularis befeeszkendéseimél azt találtam, hogy az urobilin mennyisége a higany felvételét követő 24 órában, sőt még a következő napon is igen jelentékenyen megsaporodott.

Az urobilin mennyileges meghatározására teljesen megbízható módszerrel nem rendelkezünk. Sem a *Georg Hoppe-Seyler*, sem a *Méhn*-féle quantitativ meghatározás nem szolgáltat pontos adatokat. Nem maradt más hátra, mint a vizeletben tartalmazott urobilin mennyiségét csak nagyjából megbecsülni, a mely megbecsülés igaz ugyan, hogy kisebb differenciákat megmutatni nem fog, de ha jeletékeny különbséget találunk vele, annál nagyobb lesz bizonyító ereje.

A methodus, a mely szerint eljárám, abban áll, hogy egy 200 kem.-nyi tartalmú üveget félig megtöltök vizelettel, sósavval erősen megsavanyítom és 100 kem. amylalkohollal összerázom. Összerázás előtt az üveget igen gondosan be kell

dugasolni; az amyalkohol ugyanis a vizeletből kivonja a sárgás-barnás urobilint, a mely, ha levegővel érintkeznek, folyton sötétebbre válnék. Betegemnél, a kik felvételük óta egyenletes kórházi koszton éltek, több egymásután következő napon, az egész napi összegyűjtött vizelet egy 100 kem.-nyi részletéből az urobilint amyalkohollal kivontam. Ha egyforma lumentiek voltak az üvegek, a melyekben a próbákat tartottam, úgy az urobilin által megfestett amyalkoholnak színárnyalata napról napra ugyanazon sárgás-barna volt. Csak az injectiót vagy az I. bedörzsölést követő 24 órában tirtett vizeletből vont ki az amyalkohol annyi urobilint, hogy sötétbarnának vagy egészen feketének látszott. A második 24 órában már kevesbedett az urobilin-tartalom, a harmadikban már alig volt észrevehető a többlet. Azon betegknél, kiknél a második vagy harmadik befeeskenés után még a haemoglobintartalom lesilyedt, mindenkor újra beállott a befeeskenést követő napokon az urobilinnak ezen jelentékeny megszapordása is. Természetes dolog, hogy arról, hogy ezen barnás-vörös festőanyag tényleg urobilin-e, a szokásos urobilin próbakkal és a spectroscop útján is meggyőződtem. Sohasem találtam urobilint higanyfelvétel után olyan syphilitikusoknál, a kiknél a higanyfelvétel után haemoglobin-esőkkenés már nem mutatkozott, tehát a kiknél a jelenlevő syphilis-tünetek már gyógyulásnak indultak.

Az eddig előadott kísérletek eredményei alapján felállithatom azon tételt, hogy bármely módon jusson egyszerre a higanynak therapeutikai nagyobb adagja florid syphilissel bíró egyén anyagcseréjébe, az haemoglobinaemiát, urobilinuriát és a vér festenytartalmának jelentékeny fokú megfogyását idézi elő. Igen számos ellenpróbából meggyőződtem, hogy a higany ezt a hatását nem gyakorolja olyan egyéneken, a kiknek syphilis-tünetei visszafejlődésben vannak vagy a kiknek a syphilise latens.

Legyen szabad, visszatérvén e dolgozatom bevezetésében említett gondolatmenetre, most azzal a kérdéssel foglalkozni, hogy a haemoglobinaemiának és a következményes urobilin-vizelésnek mi az oka? Maga a higany a haemoglobinaemiát elő nem idézheti. A szervezetet kívül hydrarg. sozod., sublimat, hydr. cyanatum oldataival kevert vérnek vörös tekeesei kisebb-nagyobb számban, rövidebb-hosszabb idő mulva feloldódnak ugyan, akár egészséges, akár beteg egyénektől származtak legyen, de a szervezetten belül a higany vagy annak vegyületei a vörös vértekeesekre — miként arról sokszorosan meggyőződtem s a mire még utóbb visszatérek — therapeutikai adagokban ilyenmő hatást gyakorolni nem képesek. Ennek a vörös tekeesekre gyakorolt bontó hatásnak, a melyet syphilitikus egyéneken tapasztalunk, a magyarázata tehát nem a higany physiologikus hatóképességében rejlik, hanem a syphilitikus egyén vörös vértekeeseinek állapotában, vagyis más szóval a syphilis változtatja el oly módon a vörös vértekeeseket, hogy azok a higany hatásának ellenállani többé nem képesek.

Már régebbi kísérletek léteznek arra nézve, hogy a syphilis a megtámadott egyének véreire olyan hatást gyakorol, a melynek következtében a vörös vértekeesek hőmérséki behatások ellenében ellenálló képességüket elveszítik. Murri végezte volt azt a kísérletet, hogy 30 syphilitikus egyénből érvágás útján nyert vért apró üvegesékben leülepitett. Ha ezen egyének véreit szobahőmérsékű helyen tartotta, akkor az alvadék felett tiszta sárgás savót nyert; mikor pedig a 30 üvegesét jégszekrénybe helyezte, tehát 2—3°-nyi hőmérsékűnél történt az ülepedés, 28 próbának savója vörösre volt festve. Haemoglobinuriában szenvedő betegek 90%-a kimutathatólag syphilisben szenvedett és ismeretes dolog, hogy az ily egyének erős lehűtés következtében haemoglobinuriás rohamot kapnak. Ugyanezt bizonyítja az a kísérlet, hogy ha egy haemoglobinuriára hajlamos egyének ujját hirtelen leszoritjuk, egy kis időre hideg vízbe mártjuk és a még lekötött ujjból vért veszünk, úgy ezen vér savója haemoglobin tartalmú. Számos syphilitikus egyéneken végeztem azt a kísérletet, hogy karját erősen szorító kötéssel lekötöttem; a mikor a venosus pangás annyira ment, hogy az ujjkőrmők megkékültek, a kari venákból nyert vér serumában mindig tudtam, bár igen gyenge

haemoglobin-esikokat találni. Hasonlót találtam olyan egyéneken is, kik valamely súlyos cachexiában szenvedtek, de szükség-telen hozzátennem, hogy ezen egyéneken experimenti causa adott intravenosus sublimat-injectio után, ha a kart a vérvétel alkalmával meg nem szoritottam, haemoglobint a savóban nem találtam.

Ha tehát nem a higany okozza tulajdonképen a haemoglobinaemiát, hanem ennek a valóságos oka magában a vér alkotában rejlik, vajjon a vér alkotórészei közül a tekeesekben vagy a vérplasmában okozott-e oly elváltozásokat a syphilis, melyek a higanynak haemoglobinaemiát előidéző hatását lehetővé teszik?

Tudjuk, hogy chlorosisban szenvedő egyének savója, ha bele más, egészséges egyének vörös vértekeeseit cseppentjük, ezen tekeesekből a haemoglobint kioldani képes; tudjuk azt is, hogy ezen haemoglobin kioldó hatásnak oka abban van, hogy chlorotikus egyének vérsavója kevesebb sókat tartalmaz, mint egészségeseké, tehát úgy hat az az egészséges egyének vörös vértekeeseire, mint valamely túlságosan felhígított sóoldat, a mely állításnak legjobb bizonyítéka az a tény, hogy ha a chlorotikus savóhoz még kevés natrium-chloridot adunk, akkor megszűnik ez a vértekecs-oldó hatása.

Ezen példán okulva nem kellett lehetetlennek tartanom, hogy talán syphilitikus egyének vérsavója hasonló hatást képes gyakorolni. Két florid syphilisben szenvedő egyénből ismert módon nyert vérsavót két külön edénybe lepípettáltam, azután mindegyik savóba a másik egyének egy csepp vérére cseppenttem. Ha óvatosan cseppentjük a savóba a véreceptet és az edényt meg nem rázzuk, úgy alvadás be nem áll. 24 óra mulva a két próbát spectroscoppal megvizsgáltam, egyik savóban sem találtam haemoglobint. Tehát egyik egyének a savója sem volt képes a másik beteg vörös tekeeseiből a haemoglobint kioldani. Most e kísérletet ismétlem oly módon, hogy az egyik egyének 0.012 gm. sublimatot feeskenek kari venájába s az injectio után 2 perezcel, tehát abban az időben, a melyben a haemoglobinaemia már konstatálható, a túloldali venából vért veszek; ennek a vérnek a savójában természetesen haemoglobinesikok vannak. A savót két kis üvegesébe osztom el; az egyiket ellenpróba gyanánt félreteszem, a másikba pedig annak a másik syphilitikus egyének egy csepp vérére ejtem. A mikor 24 óra mulva a két savópróbát összehasonlítom, a haemoglobin-tartalom mindkettőben egyforma erősnek mutatkozik. Tehát az injectio után nyert savó sem bír azzal a képességgel, hogy syphilitikus egyének vörös vértekeeseit feloldja. Nem marad más hátra, mint feltételezni azt, hogy a vörös tekeesekben rejlik a haemoglobinaemia oka.

Itt ismét azon kérdés merült fel, hogy vajjon a vörös tekeesek stromája, vagy pedig a bennük tartalmazott festeny, a haemoglobin képezi-e a syphilis által megtámadott és meggyöngített alkotó részt. A vörös tekeesek stromája épségének megítélésére egy eléggé érzékeny módszer birtokában vagyunk. Ez a módszer annak a vizsgálatán alapszik, vajjon milyen fokú ellenállást képesek a vörös vértekeesek a destillált víz hatásával szemben kifejtteni. Tudvalevő dolog, hogy ha egy csepp embervért destillált vízbe ejtünk, az abban azonnal feloldódik; a haemoglobin a sejtekből kioldatván, a vizet vörösre festi, a stroma pedig széjjelfolyik. Ha ellenben a destillált vízhez konyhasót adunk — pl. $\frac{3}{4}\%$ -ot — : akkor az a diffusionalis áramlat, a mely a destillált vízbe ejtett vérsejtől a haemoglobint és a sókat a folyadékba vitte, a vizet pedig a stromába, mindaddig, a míg ez megduzzadva széjjel nem folyt, nem fog beállani. De nemcsak $\frac{3}{4}\%$ -os sóoldatban képes a vértekecs stromája épségben megmaradni, illetve haemoglobinját megtartani. Ha valamivel kevesebb sót pl. 0.6%-ot oldunk fel destillált vízben, úgy a legtöbb egyén vére ebben még teljes épségben megmarad. Készítettem magamnak *Hammerschlag* módszere szerint egy olyan sóoldat-sorozatot, a mely 0.76%-on kezdődött és 0.74, 0.72, 0.70 stb. folytatódva egész 0.30%-ig terjedt. Ha most az egyén megszórt ujjából ezen oldatokkal megtöltött apró eprouvettákba egy-egy csepp vért ejtettem, úgy másnapra meghatározhattam, hogy melyik percentuatióval kezdődik a

vértelkecsék feloldása; tudniillik ezen epruvettában a leülepedt vörös vértelkecsék felett álló vizet a kioldott haemoglobin vörösre festette. Annak az egyénnek a vére volt tehát a legellenállóbb, a kinek vörös vértelkecséi még a nagyobb hígítású vagyis alacsonyabb percentuatiójú oldatban sem bocsátották el haemoglobinjukat.

Több syphilitikus egyénnél a kezelést megelőzőleg meghatároztam azt a percentuatiót, a melynél a haemoglobin már vörösre festi az epruvettában tartalmazott folyadékot, a mely percentuatio tehát már a vörös tekecsék egy részének a feloldásával jár. Ez a része a vörös tekecséknek bir tehát a legesekélyebb ellenálló képességgel a destillált vízzel szemben. Ha most több napon át mindig azt találtam, hogy a beteg vörös vértelkecséinek egy része 0.44%-os konyhasó-oldatban már feloldódik, úgy jogosan következtethetem, hogy az illető beteg vértelkecséi közül azoknak a stromája a leggyengébb, a melyek a 0.44%-os oldatban már széjjelfolynak. Ha igaz az a felvétel, hogy a syphilis befolyása következtében a vörös vértelkecsék stromája gyengül meg és ha igaz az, hogy ezen stroma veszt el ezáltal ellenálló képességét a sublimattal szemben, úgy a higany hatásának épen ezeken a meggyengített stromájú tekecséken kell nyilvánulnia. Ha sublimatot fecskendezünk a véráramba, úgy épen ezeknek a meggyengített stromájú vértelkecséknek kellene tönkremenniök és az injectio után a vérben keringő haemoglobin kell, hogy épen ezekből a tönkremenő vörös sejtekből származzék. Ha tehát ezen sejtek a sublimat hatása következtében elpusztulnak, úgy az injectio után egy-két órával nyert véresepp már nem tartalmazván kisebb ellenálló képességű sejteket, nem a 0.44%-os oldatban fogja a sejtoldódás nyomait mutatni, hanem képes lesz ezen hígításnak még ellenállani s csak nagyobb hígításban, pl. 0.40% vagy 0.38%-ban fognak a sejtek oldódni. Akárhányszor vizsgáltam azonban a vér ellenálló képességét intravenosus sublimatinjectiók vagy szürke kenőes bedörzsölések után, azt a kezelés előtti próbákkal összehasonlítva változatlanul találtam. Tehát nem a vörös tekecsék stromájában rejlik ama csekély ellenálló képesség oka, melyet a syphilitikus vér a higanynyal szemben tanúsít.

Miután kizártuk azt, hogy a serumban van a debilitás oka és miután a vörös tekecsék stromájában sincsen, nem marad más hátra, mint felvenni azt, hogy a syphilis a vér harmadik alkotó részét, a haemoglobint változtatta meg olyképen, hogy az a higany hatásának ellenállani nem bír.

Sokféle kísérletet végeztem arra nézve, hogy vajjon lehetne-e ezen kizárás útján nyert tételt más módon szerzett adatokkal is megerősíteni, azonban munkálkodásom eddigelé nem vezetett arra az eredményre, hogy a syphilitikus egyén vérének haemoglobinját nem syphilitikus egyén vérének vörös festenyétől a szervezeten kívül megkülönböztetni képes lettem volna. Kénytelen voltam tehát visszatérni azon folyamatok pontos megfigyeléséhez, a melyek az injectio után a vérben mennek végbe.

(Vége következik.)

Közlemény Tauffer Vilmos ny. r. egyetemi tanár II. szülészeti és nőgyógyászati kórodájáról.

Újabb adatok az osteomalacia gyógykezeléséhez 9 eset kapcsán.

Közli Neumann Szigfrid dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

Mielőtt eseteinkből direct következtetéseket vonnánk az indicatiók s therapeutikus eljárásokat illetőleg, rövid áttekintést kell adnom az indicatiók kérdésének, valamint a therapeutikus eljárásoknak mai állásáról.

Az osteomalacia gyógytanában a szerzők ma két irányelvet követnek: egy részük a különböző belső gyógyszerekkel, hygienikus s diaetikus rendszabályokkal való kezelést tartja helyesnek, a nagyobb rész azonban az operatív terapiát követi; vannak végül olyanok is, a kik szorosán egyikhez

sem ragaszkodva, bizonyos esetekben az egyik, másokban a másik főirányt tartják követendőnek.

A mi a phosphorral s egyéb belső gyógyszerekkel a legutolsó években elért eredményeket illeti, erre nézve az irodalomból következő fontosabb adatokat kell kiemelnem:

Thorn⁶ két esetről referál, melynél a belső gyógyszerelés teljesen hatástalan volt; hasonlóképp Stern²² két esetében; mind e 4 esetben utóbb castratio végeztetett igen jó sikerrel. Egy teljesen hasonló esetet közöl Preindlsberger.³⁰ La-Torre³¹ egyik betegénél két héten keresztül chloralhydratot adott belsőleg s a súlyos osteomalacia meggyógyult, miért is szerző azt ajánlja, hogy mielőtt az asszony megcsontkíttatnék, kísérsük meg e gyógymódot. Winckel²⁴ a kezelés legjobb módjának a phosphoradagolást tartja hosszú időn keresztül, egyéb gyógyszerekkel s diaetikus rendszabályokkal egybekötve.

A phosphortherapia egyik legbuzgóbb előharczosa Latzko³, a ki a chloroformnarkosist is (3/4 órán keresztül mély anaesthesia) mint direct gyógyeljárást ajánlja. Egy érdekes esetről referál szerző a chloroformtherapia érdekében; az illető osteomalaciában is szenvedő beteget Schauta pyosalpinx miatt aether-narcosisban operálta, a nélkül, hogy az osteomalaciát illetőleg valamelyes javulás mutatkozott volna; a beteget később chloroformnarcosisnak vetették alá, mire a folyamat határozott javulást mutatott.

Labadie-Lagrave és Pricklin³² dacára a castratio fényes eredményeinek fiatal nőknél előzetes belső kezelést tartanak szükségesnek. Labusquière³³ észlelései szerint a belső gyógyszerelésnek néhány még igen súlyos esetben is voltak eredményei.

Braun¹⁷ tetaniával complicált igen súlyos osteomalacia esetében a phosphoradagolás után egy ideig jó eredményeket látott, később azonban — még nem is a terhesség végén — kénytelen volt Porrot végezni, melynek eklatansan jó eredménye volt.

A mint ez összeállítás bizonyítja, a tapasztalatok, melyeket a phosphorral s egyáltalában a belső gyógyszerekkel eddig gyűjtöttek, valóban még igen kis számúak s ezeknek is legnagyobb része kevésbé kedvező; egyes szerzők ugyan feltétlenül ragaszkodnak hozzá s az operatív eljárásoknak csakis a legvégső esetekben adnak jogosultságot, azonban a tapasztalások túlnyomó része a betegségnek műtéti úton való gyógyítását követeli. Az esetek, melyekben az operatív beavatkozások után legnagyobb részben kitünő eredmények vannak felgyezve, oly nagyszámúak, hogy azokat e helyütt egyenként felsorolni lehetetlen, azonban egyes érdekesebb tényeket fel kell mégis említenem.

Sippel³⁴ régebben kételkedett a castratio gyógyértékében, azonban egy eset, melynél tulajdonképen nem is osteomalacia miatt végeztet castratiót, hanem rendkívül profus, semmi más módon nem csillapítható vérzések miatt, meggyőzték a castratio rendkívül nagy fontosságáról, mert a vérzések megszűntével maga a folyamat is meggyógyult; természetesen abszolút biztossággal ez esetben sem állapítható meg, vajjon a nagyfokú vérzések megszűnése vagy pedig a castratio mint olyan gyógyította-e meg a beteget.

Woerz³⁵ a terhesség végén esászármetszést végzett az uterus eltávolításával és a csónknak Chrobak szerinti ellátásával; szerző kiemeli e műtéti eljárás rendkívüli előnyeit: a peritonealis lemezek könnyű lefejthetőségét s a cervixnek gyors és tökéletes összehúzódását. Hasonló esetet közöl Runge.²⁰

Solowj²¹ classikus esászármetszést végzett az ovariumok eltávolításával s igen jó eredményt látott utána.

Guéniot³⁶, ki a terhesség VIII. havában classikus esászármetszést végzett az ovariumok s tubák behagyásával, szintén kitünő eredményt látott. Lodemann³⁷ is hasonlóan járt el egy placenta praeviával complicált esetben az osteomalaciának, azonban oly betegnél, kinél a folyamat már 8 év előtt megállapodott.

Seeligmann¹⁷ esete különösen azért érdemel figyelmet, mert a műtéti kezelést — a Porrot — egybekötötte egy ez ideig nem alkalmazott eljárással; ugyanis a műtét utáni hatodik napon mindkét alsó végtagra Volkmann-féle extensiv kötést

alkalmazott contraextensióval; a kötés eltávolításakor — 8 hét múlva — a beteg 18 cm.-rel hosszabb lett s a csontoknak minden pathologikus elváltozása elmúlt, sőt a medence konfigurációja is kedvező módon megváltozott.

Rasch²⁵ terhésnél mesterséges vetélést, majd később castratiót végzett jó eredménnyel.

Ezekon kívül az irodalomban számos gyógyult eset van közölve — a hazai szaklapokban Kézmárszky tanár úr klinikájából Polgár Emil dr.-tól²⁸, továbbá igen számos eset Velits¹⁸ tanártól —, melyeknél részint a castratio, részint a császármetszés — Porro szerint — adta a gyógyulást.

A fentebbiek közül Guéniot és Lodemann eljárására az a megjegyzésünk, hogy dacára annak, hogy esetekben gyógyulást láttak bekövetkezni, még sem tartjuk helyesnek, akár legyen a folyamat már régen megállapodva (mint Lodemann esetében) s még kevésbé, ha még fennáll, az ovariumokat visszahagyni, mert a beteget nemcsak annak tesszük ki, hogy esetleg bekövetkező újabb terhesség által az ismételt császármetszés esélyeinek kell őt alávetni, hanem kiteszük magának az osteomalacia könnyen bekövetkező recidívájának is; már pedig ezen eshetőségek bekövetkezése minden esetre súlyosabb consequentiákkal fog járni a betegre nézve, mint ovariumainak elvesztése. Az irodalomban néhány eset van említve, a hol véletlenségből maradtak vissza az ovariumok (Späth, Kleinwächter) császármetszés után a betegek teljes meggyógyulásával, azonban systemává emelni e tévedést véleményünk szerint nem jogos, miután a jelenleg leginkább s legtöbb joggal uralkodó felfogás szerint épen az ovariumok azok, melyek a csontmegbetegedés okát képezik.

Végül még kell említenem a Dimmock³⁸ esetét is, melyben egy hindu nőnél osteomalacia miatt symphyseotomiát végzett, miután a hosszú vajadás által rendkívül kimerült nőt nem merte a császármetszésnek alá vetni; az eredmény itt is kedvező volt. Tudomásunk szerint ez az egyedüli eset, melyben osteomalacia miatt symphyseotomia végeztetett.

Az osteomalaciával szemben követendő eljárások indiciói nézve a vélemények még eléggé szétterő, miután a therapeutikus eredmények még nem elég nagy számúak s nem elég egyöntetűek arra, hogy belőlük az eljárások helyességét közvetlenül leolvashatnók. Az utolsó évek irodalmát véve tekintetbe az egyes szerzők következőképp állítják fel az indikációkat:

Schauta¹⁵ szerint az osteomalacia azon előhaladott esetei alkalmasak a castratióra, melyek a terhesség megszűnése után még hosszú ideig fennállanak, s melyek gyógyítása más úton nem sikerül.

Stern²² véleménye szerint minden betegnek biztosan lehet megígérni, hogy castratio által meggyógyul s Velits is esalhatatlan gyógyfactornak tekinti a műtétet.

Harajewicz²³ nem barátja a conservatív eljárásnak; véleménye szerint a castratio minél előbb végzendő, mert csak ekkor fog tökéletesen célhoz vezetni, miután csak ez úton lehet elérni, hogy nagyobb elferdülései a csontrendszernek ne jöjjenek létre; a terhesség rendes végén császármetszés végzendő castratióval egybekötve.

Preindlsberger³⁰ szerint legtöbb esetben, a hol conceptio lehetősége még fenforog, a castratio meg fogja tartani jelentőségét s a gyógyszerelés csak mint kísérlet jöhet szóba.

Latzko³ az indiciókat következőképp állapítja meg: nem terheseknél a castratio a phosphorral, chloroformmal s chloralhydrattal szemben teljesen mellőzendő, sőt műhibának nyilvánítandó; mint ultimum refugium oly a klimaxot meghaladott nőkre szorítandó, kiknél a gyógyszerelés megkísértése után javulás nem következik be.

Sternberg¹⁰ következőképp foglalja össze az indiciókat: ha a medence viszonyai olyanok, hogy terhesség bekövetkezése esetén az érett magzat megszületése, illetőleg a terhesség vége előtt a mesterséges koraszülés keresztülvitele lehetetlen, akkor a castratio indikált. Ellenben a phosphorkezelés fogantató a klimaxon túl levő vagy ehhez közeledő betegknél, továbbá igen elgyengült s e miatt a hasmetszés veszélyeinek ki nem tehető vagy súlyos complicatiókban szenvedő (pl.

tuberculosis) betegknél s végül olyanoknál, kik a műtétet visszautasítják.

Rasch²⁵ a betegség nagyfokú előhaladottságánál helyesnek tartja a magzat érdekeitől eltekinteni s mesterséges abortust végezni későbbi castratióval.

Labusquière³³ az indiciókat következőképp foglalja össze:

1. a belső gyógyszerelésnek még igen súlyos esetekben is voltak eredményei;

2. ha nem terheseknél a belső gyógyszerelés célhoz nem vezet, castratio végzendő;

3. ha terhesség áll fenn, ezt lehetőleg ne szakítsuk meg, hanem végezzük a terhesség végén a Porro-műtétet, esetleg conservatív császármetszést az ovariumok eltávolításával.

Kleinwächter¹⁰ szerint castratióra azon esetek alkalmasak, melyek határozottan progrediálnak, melyek hosszabb idővel az utolsó szülés után még fennállanak, s melyek meggyógyítása más úton nem sikerül.

Saját eseteinkben operatív eljárásaink eredménye a kórtörténetek szerint következő volt:

Az első esetben egy igen előhaladott folyamattal volt dolgunk nagyfokú csontelferdülésekkel; castratio után a fájdalmak csak lassan szűnnek meg, a mozgási képesség szintén kévsé s tökéletlenül tér csak vissza; 5 héttel a műtét után a fájdalmak teljesen elmúltak, azonban a mozgási képesség még ekkor is csekély, sőt fájdalmas is. Három év múlva dacára annak, hogy a beteg körülményei igen nyomorultak, aránylag elég jó állapotban van, csontfájdalmai egyáltalában nincsenek, két mankó segítségével elég ügyesen jár, sőt azok nélkül is, de sokkal nehezkesebben; a csontok szilárdak, meg nem hajlíthatók, házi teendőit képes végezni. A castratio tehát kétségtelenül igen jó hatással volt ez esetben, főleg, ha tekintetbe vesszük, mily nagy csontelferdülésekkel volt dolgunk, s ha a közvetlen eredmény nem is volt oly fényes, mint azt sok szerző észlelte, a késői hatást (Dauererfolg) bizonyára ki-elégítőnek kell tartanunk. Ez eset különben bizonyítására szolgálhat azon, eddig csak igen kevés szerző által (köztük Harajewicz) hangoztatott elvnek, hogy osteomalaciánál lehetőleg törekednünk kell minden hosszabb kísérletezés nélkül minél előbb a tapasztalatilag legjobb gyógymódot — a castratiót — fogantatóítani, mert ha hosszasan kísérletezünk, kiteszük a beteget azon veszélynek, hogy csontvázában oly elferdülések jönnek létre, melyek, ha később castratióval meg is állíthatjuk majd a folyamatot, az egyén munkaképességét kérdésessé teszik.

A II. esetben szintén rendkívül súlyos, elhanyagolt beteggel találkoztunk a legnagyobb fokú csontelferdülésekkel, igen előrehaladott cachexiával, a thorax elferdülései folytán bekövetkezett elváltozásaival a légzési szerveknek; mindjárt az észlelés kezdetén az amúgy is nyomorult állapotban levő beteg egy nehéz pneumoniát állott ki, melyből azonban magához tért, úgy hogy meg lehetett kísértetni nála a chloroformnarcosist: 15 gm. chloroformmal rendkívüli óvatossággal 44 percig narcotizáltuk s 7 nap múlva constatálhattuk, hogy a beteg subjectív érzete mulékonyan javult, főleg a mi a csontfájdalmakat illeti; azonban a javulás nem annyira kielégítő, hogy további gyógykísérletekről lemondhatnánk, miért is castratiót végzünk, mely szemben a chloroformnarcosissal gyorsabban s tökéletesebben is hat; a mozgási képesség azonban csak későn s még hiányosabban tér vissza, mint az előbbi esetben; a beteg ugyan valamivel könnyebben mozog, mint felvételkor, de absolute véve mégis csak igen nyomorultan. A chloroformnarcosis hatását ez eset alapján megítélni nem lehet, már csak azért sem, mert ép ez volt legsúlyosabb esetünk; a mi pedig a castratio hatását illeti, ez esetben ép úgy voltunk, mint az előbbinél; itt is olyannyira előhaladott volt a folyamat, hogy a csontok már létrejött nagy elváltozásai folytán lehetetlenség volt a műtétől sokat várni; meg kell azonban vallanunk, hogy a következmények még ezen szerény követelményeket sem érték el, mert a műtét annyi eredmény-

nyel sem volt, hogy a beteget legprimitívabb házi teendőinek elvégzésére képessé tette volna. Az eset még inkább dokumentálja, hogy osteomalaciánál, ha egyáltalában hatalmunkban áll valamit tenni, tegyük meg ezt akkor, mikor még oly állapotban van a beteg, hogy a folyamat megállapodása után, ha nem is nyeri vissza teljesen munkaképességét, de legalább mégis használható tagja legyen családjának s a társadalomnak, nem pedig terhe azoknak.

A mi a beteg későbbi sorsát illeti, ez esetben a legrosszabb tapasztalatunk van, mert a mikor a beteget 1895. márczius hó 5-dikén a kórodára ismét felvesszük, azt a legnagyobb állapotban találjuk, a mint az különben a kórtörténetben le van írva.

A III. esetben egy nem nagy mértékben előrehaladott folyamattal állottunk szemben lényeges esontelferdülések nélkül; a castratio utáni XXI. napon a beteg felkel, esontfájdalmi nincsenek, csekély keresztjáji fájdalmi inkább ideges jellegűek. A castratio eredményével ez esetben tehát okunk volt megelégedve lenni, legalább a mi a közvetlen eredményt illeti: sajnálatunkra később a betegről semmi hírt sem kaptunk, mert a fővárosból elköltözött s új tartózkodási helye nem volt kikutatható.

A IV. castratióval kezelt esetünkben végül, hol szintén eléggé előrehaladott, de távolról sem oly súlyos alakkal volt dolgunk, mint az I. és II. esetben, a közvetlen hatás teljesen kielégítő volt, a fájdalmak gyorsan multak el, a XXIV. napon hagyta el a kórodát s minden támasz nélkül majdnem egész normalisan tudott járni. Ez esetben a castratio késői hatását (Dauererfolg) is fényesnek kell mondanunk; több hónappal a műtét után s azontúl is több ízben láttuk a beteget, a ki egy teljesen egészséges egyén benyomását adta. Megjegyzendő, hogy a beteg ez esetben phosphort¹ szedett hosszabb ideig; adagolását a műtét után két héttel kezdtük meg s a beteg subjectív meggyőződése az volt, hogy állapota ez idő óta javult rohamosan.

Castratió eseteinkből a therapiára nézve mindenekelőtt azon tanuságot vonhatjuk le, hogy a castratio nem tekinthető minden esetben mint végleges s tökéletes gyógyszer az osteomalaciának, különösen súlyos esetekben nem, hol már *csontelferdülések* s cachectikus állapot következett be; könnyebb s középsúlyos esetekben, mint a milyeneknek III. és IV. esetünket tartjuk, kétségkívül jobbak az eredmények; azonban meg kell jegyeznünk, hogy a hatás nem oly közvetlen, mint sok szerző leírja; nézetünk szerint e körülménynek a castratio értékét illetőleg nagy jelentősége van a chloroformnarkosisal szemben, miután a hatás lassú bekövetkezése a mellett szól, hogy nem a chloroformnarcosis, melynek a nitrificatio supponált mikroorganizmusainak tönkretévése folytán közvetlenül kellene hatnia, adja a gyógyulást, illetőleg javulást, hanem egyedül a castratio.

Tapasztalataink alapján egyszersmind azt is kimondhatjuk vezérelvtül, hogy ha osteomalaciás beteg kerül megfigyelésünk alá, akkor annál kevesebb jogunk van vele *hosszasabban* kísérletezni belső gyógyszereléssel, minél korábbi stadiumában van a betegségnek, mert a teljes restitutio ad integrum — minden gyógykezelésnek ideálja — csak úgy lesz elérhető, ha a betegséget korai stadiumaiban leszünk képesek továbbadásában megakasztani. Ha a betegség már nagyobb, semmiféle eljárásokkal többé nem corrigálható elváltozásokat hozott létre a csontrendszerben, akkor a castratióval — kevés kivétellel — ugyan szintén képesek leszünk a folyamatot megállítani s a rendkívül kínzó esontfájdalmakat is megszüntetni, de a csontelferdülések mérvéhez képest a beteg vagy teljesen, vagy csak részben is munkaképtelen marad. Ez elvünkön az újabb Seeligmann által egy esetben valóban feltűnő sikerrel alkalmazott eljárás (I. fentebb) eredménye sem fog egyelőre változtatni. (Vége következik.)

¹ A phosphort, melyet ezen s még több esetben adtunk, a Hazslinszky-féle Syrupus ferri albumin. phosph. alakjában adagoltuk naponta 2 kávéskanállal; adagolása közben semmi kellemetlen vagy ártalmas mellékhatást nem tapasztaltunk, a betegek kivétel nélkül jól tűrték.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXIV. rendes ülés 1895. december 7-dikén.)

Elnök: Pertik Ottó; jegyző: Temesváry Rezső.

A carcinoma uteri gyógyításáról.

Bäcker József. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Tauffer Vilmos: Előadó a carcinoma operatio után a méh nyák-hártyáját kórosan elváltoztottnak találta; ezzel azonban még nincsen bebizonyítva, hogy az endometritis a carcinomára praedisponál, mert lehetséges, hogy a carcinoma vonta maga után az endometritist. A méhrák diagnózisát illetőleg alig adhat valamit az előadó által elmondottakhoz; csak az kár, hogy előadó a szövettani vizsgálat jelentőségével nem foglalkozott. A mi a méhrák gyakoriságát illeti: a két klinika anyaga úgy látszik teljesen hasonló; az utóbbi pár év adatai alapján szóló is 7-20% gyakoriságot talált. A therapiát illetőleg, szóló szerint a radikális operatio indicatióit talán kissé bővíteni is lehet. Felemlíti sacralis metszéssel végzett méhkiirtás két esetét; mindkettőben recidiva következett be. E két eset meggyőzte szólót arról, hogy a hol per vaginam nem tudja eltávolítani a rákot, ott a sacralis módszer sem használ Felomlítja ezután a Péan-Segond-féle eljárást — a melyre előadó nem terjesztette ki figyelmét —, mint a mely az eddig ismert beavatkozások között a legkisebb veszélyvel jár s abban áll, hogy a hüvelyboltozat felpreparálása után egyszerű ollócsapással metszszük ki az uterust; a műtét 9 perc alatt végezhető. Csak az a hátránya e műtétnek, hogy a peritonealis ür nem zárható el, a minek fontosságát pedig szóló már 12 év előtt hangoztatta. *Mackenrott* régibb eljárását szóló nézete szerint előadó nem egészen jogosan ítéli el. Felemlíti még *Keely* eljárását, mely szerint thermocauterrel távolíttatik el az egész uterus; ezen eljárás kétségtelen előnyökkel jár — főleg a beajtási recidivák szempontjából — s azért van jövője. A mi végül a melléksértéseket illeti: ureter-sértést szóló sohasem követett el; magasabb bélszék sértülése sem fordult elő; a rectum sérüléseket mindig azonnal bevarrta. A mi pedig a végleges gyógyulást illeti: helyesnek tartja előadó azon csoportosítását, mely szerint a 3 éven túl egészségben maradt operáltak gyógyultaknak tekintendők, a 3 éven belül recidivált esetek ellenben nem gyógyultak; a 3 éven túl ismét jelentkezett carcinoma — a sebészek szerint is — nem recidiva, hanem új megbetegedés.

Ellischer Gyula: Mindenekelőtt megjegyzi, hogy vizsgálatai szerint a méhráknál előforduló endometritikus folyamat nem elsőleges, hanem másodlagos. Kifejti ezután, hogy egyedül statistikai alapon az aetiologiára vonatkozó elméletet felállítani nem lehet. A radikális operatiót jogosultnak tartja, mert eddig már 3 esetben sikerült gyógyulást elérnie; a kivételre nézve azonban az indicatiót még az előadónál is szűkebbre szorítja és a total exstirpációt csak akkor végzi, ha az uterus minden irányban mozgatható. Ha beszűrődés van jelen, nem végez total exstirpációt, mert az eredmény nincs arányban a veszélyvel, melynek a beteget kiteszszük. Az operatio technikájára áttérve, szóló is mellékesnek tartja, vajjon a méh fundusát elülről vagy a Douglas felől gördítjük ki. Arra sem fektet súlyt, hogy az operatio nagyon gyorsan végződjék; inkább arra törekszik, hogy a vérvesztés minimális legyen. Ezért mellőzte a *Landau*-féle csipeszek alkalmazását, melyeket nagyon kevésbé megbízhatóknak tart. E csipeszek használatakor még nagyon ügyes operateuroknál is előfordulnak utóvérzések. A mi a Paquelin-nel végzett totalexstirpációt illeti, szóló szerint ezen eljárás kellemetlen és nem tiszta; nem tagadja azonban, hogy a vérzéscsillapítás és a sebfelület fertőtlenítése tekintetében ezen eljárás kitűnő. A magas amputatiót illetőleg osztja előadó nézetét, mert sohasem lehet tudni, hogy milyen elfajulás rejlik a fundusban. A két peritonealis lap közé illesztett, de csakis a peritonealis sebet érintő s nem az ürbe hatoló, drainként működő jodoformszalag-kacs használatát szóló nagyon dicséri, főleg, ha ú. n. tisztátlan operatiót végeztünk, ha az adnexákat álhártyákból kellett kifejtenuünk. Szóló szerette volna, ha előadó az inoperabilis méhrák kezelésére is kiterjeszkedett volna. Végül előadónak a méhrák kérdését sokoldalúlag tárgyaló előadá-áért köszönetet mond.

Dirner Gusztáv: Egy esetben terhes méhet exstirpált carcinoma miatt; a terhesség 3-4 hónapos lévén, már meglehetősen nagy volt a méh, de azért mégis sikerült azt per vaginam a pete sértülése nélkül kihozni. Szóló is megpróbálta a forcipressurát *Richet*-féle fogókkal és két hátrányát tapasztalta a csípőknek: az egyik az, hogy nem tudta a vérzést aunyi Péan-nal csillapítani, hogy azok a műtét közben ne zavarták volna; a másik pedig az, hogy a Péan a bélen vagy hüvelyen decubitust okozhat. Magas amputatiót szóló elvi szempontból nem végez ott, a hol a méhet teljesen kiüríthatja; különben magas amputatióval is vannak jó eredményei, a mikor t. i. 4-5 éven túl terjedt a gyógyulás tartama.

Bäcker József: Előadásának gyakorlati irányt kívánt adni és ezért hagyta el a vitás kérdéseket, valamint a szövettani részleteket, melyeket különben *Fleischmann* külön feldolgozott és közölni is fog. Az endometritisnek aetiologiai fontosságát nemcsak a kiirtott méhekben talált endometritisek alapján állította, hanem a fősúlyt a statistikára fektette, mert a míg egyrészt a carcinomások aránytalanul gyakrabban születtek, másrészt nem bírta megmagyarázni másként, hogy az utolsó szüléstől a carcinoma felléptéig oly sok idő telik el, mint úgy, hogy talán a puerperium alatt fellépő endometritikus folyamat idézte elő a rákhoz vezető

elváltozásokat. A sacralis operatióról azt hiszi szóló, hogy csak elméletben jó; különben annak czáfolására, hogy a betekintés e módszernél nagyon jó, a sok ureter-sértés szolgálhat. A *Péan-Segond*-féle eljárás talán jó azoknak, a kik nem tudnak tisztán dolgozni; kiemeli a csipetők megbízhatlanságát és a decubitus veszélyét. A műtét rövidségét sem tartja előnynek. *Mackenrott* paquelin-jét azért nem dicsérte, mert ezen eljárás semmi garanciát nem nyújt az iránt, hogy meddig pusztítjuk a szöveteket, s hogy a pörk alatt nem következik-e be utóvérzés; de a paquelin-nel az uretert is könnyen sérthetjük, mert a sugárzó hő pusztító hatását kiszámítani nem tudjuk. Végül még azon nézetének ad kifejezést, hogy azon kérdést, vajjon méhráknál az endometritis elsődleges-e vagy másodlagos, inkább a klinikai adatok összegezésével, mint szövettani úton lehetne tisztázni.

(Évzáró rendes közgyűlés 1895. december 14-dikén.)

Elnök: Kétli Károly; jegyző: Imrédy Béla.

Elnök: Tisztelt választó nagygyűlés! A midőn szerencsés vagyok az ez évi választó nagygyűlést megnyitni, tudathatom, hogy a nn. belügyminister úr a szakosztályok felállításával kapcsolatos alapszabály-módosítást megerősítette. Ezáltal egyesületünk szakmüködése tágabb keretben mozoghat s a specialis tudományágak felszaporodott művelői önállóbb munkásságot fejtve ki, az egyesület összesége elé a megrostált közérdekű eredményeket terjesztik, hogy azokból mindegyikünk okuljon, bármelyik tudományszakhoz tartozunk is. Az orvosi tudomány rohamos fejlődése és különböző irányú terjedése természetes szükséglet-kép teremtette a specialis szakokat. Különösen századunk második felére esik azoknak felszaporodása. A legrégibb idők tanuskodása szerint hosszú századokon át a belorvoslás képezte működésünk fő-, mondhatni egyedüli terét. Legkorábban a sebészet kezdetleges kísérleteivel találkozunk, melynek képviselői azonban akkor még nem képeztek külön osztályt, hanem az orvosok némelyike sebészi beavatkozást is végzett. Később azonban ezen tudományág vergődött először oly önállóságra, hogy parallel a belorvoslással, mint elsőrendű specialis szak működött és működik ma is. Sokkal később a szemészet, fülészet, bőr- és bujakórtan stb. terjedtek maguknak önállóságot; sőt maga a belorvosstan is nagy terjedelménél fogva apróbb szakokra oszlott s annak egyes rendszerei vagy szervei külön művelőket nyertek. A mily örvendetes, mert természetes volt e szakirány, egy időben úgy látszott, mintha a specialis ágak önálló fejlesztése az orvosi tudomány egyöntetű haladását bémítaná, az egyes szervek betegségeinek elvont szemlézése többször zsákutczába terelte az egyoldalú tudást s kárára volt a betegnek. Ezt azonban csakhamar felismerve, az orvosbuvárok mindenütt a klinikai alapot tekintik az orvosi képzés feltételül s csak ennek el-sajátítása mellett és után léphet azután az illető az egyik vagy másik külön szak művelésére. De azután is szükséges, hogy meg ne szakítsa az összekötő fonalat, mely az orvosi tudományok egyes ágait organikus egésszé egyesíti. Ez okból támadt egyesületünk kebelében a szakosztályok eszméje s öltött oly alakot, hogy azok organikus nexusban állva az anyaegyesülettel, ez utóbbi képezi a lüktető központot, melybe az összes működés termékei ömlenek.

A közeledő millenaris országos kiállításban egyesületünk is annyiban részt vesz, a mennyiben működésének és hivatásának jele gyanánt évkönyveit s lehetőleg házának tervrajzait, illetve fényképeit állítja ki. Ezenkívül egyesülve első sorban az országos közegészségi és továbbá egyéb fővárosi társeszközökkel — mint az orvosi kör, a köz-kórházi társulat — egy országos orvosi és közegészségi congressust rendez, melynek tárgyait közegészségi és orvosrendi kérdések fogják képezni. E célra az orvosegyesület igazgató-tanácsa az elnök vezetésével alatt egy 6 tagú végrehajtó bizottságot küldött ki, mely bizottság a többi társeszközök hasonló hivatású tagjaival teljhatalmúlag jár el a congressus megalkotásában, ki lévén kötve az, hogy abból semmi anyagi teher az egyesületekre nem hárulhatik.

Egyesületünk tudományos működése a lefolyt polgári évben elégitő, sőt örvendetes képet nyújt; az orvostan minden szaka kellő képviselőben részesült, a legújabb kísérletek és buvárlatok itthon is beható kritikai alapon ismételve és megvitatva lettek.

A serumtherápia kérdése a legilletékesebb részről felvetve és gyakorlatilag tanulmányozva oly eredményeket mutat, melyek már is igazolják a hozzája fűzött reményeket.

A Balassa-pályadíj szabályzatának módosítását, melynek szükségességét a t. egyesület belátván, az október hó 14-dikén tartott évforduló ülésén elhatározott, lesz szerencsénk ma jóváhagyás végett elő-terjeszteni.

Az előadásokról és tudományos mozgalmakról részletesen beszámolni a főtítkárral lesz hivatva, valamint ő fog megemlékezni azon veszteségekről is, melyeket egyesületünk több bel- és levelező tagjainak elhalálása folytán szenvedett.

Ezzel az ülést megnyitom.

A titkári jelentés ismételtelen kifejti a szakosztályok alakításának jogosultságát és lehetőségét; jelenti, hogy az egyesületnek f. é. február 23-dikén tartott rendkívüli közgyűlése határozatilag eltörülte az Évkönyv régi alakját, helyette egy az adminisztratív ügyeket tárgyaló almanach lesz, s így — a nélkül, hogy az egyesület szellemi életére kár hárulna — évenként 600—700 forintot takarítanak meg.

A mi az egyesület tudományos életét illeti, a lefolyt évben 18 előadást és 72 betegbemutatást tartottak; az előadások a következőképpen oszlottak meg: belgyógyászat 3, sebészet 2, szemészet 1, szülészet és

gynaekologia 2, gyermekbetegségek 7, bőr- és bujakórtan 2, orvos-társadalmi kérdés 1.

Discussio tekintetében *Marschalkó* előadása az első hely, mely 3 rendes ülést vett igénybe az előadás napján kívül; előadása címe: „A vénikus bántalmak terjedése és a prostitutio Budapestén“. Az eszmecsere kapcsán három egyesületi tag bizottság kiküldését hozta javaslatba a kérdés tanulmányozása czéljából; a bizottság áll: *Angyán Béla* elnöklete alatt *Havas Adolf*, *Irsai Arthur*, *Jurkinyi Emil*, *Marschalkó Tamás*, *Mezey Adolf*, *Róna Sámuel*, *Temesváry Rezső* és *Török Lajos* tagokból, kikhez mint a belügyministerium delegatusa *Rózsaffy Alajos* csatlakozik; a bizottság tárgyalásait rendszeresen tartja, s remélhető, hogy a közel jövőben már munkálkodásáról beszámol az orvosegyesületnek.

A betegbemutatások száma: 72 és pedig, belgyógyászati 14, sebészeti 13, szemészeti 12, szülészeti és nőgyógyászati 12, gyermekgyógyászati 7, törvényszéki orvostani 4, kórboneztani 1, bőr- és bujakórtani 4, gégészeti 2, fülgyógyászati 3.

Ezenkívül az október 14-diki nagygyűlésen *Goldzieher Vilmos* tartott emlékbeszédet *Helmholtz* felett; ugyanezen ülésen dőlt el a pályakérdések és jutalomdíjak sorsa.

Ezen pályá- és jutalomdíjak odaitélése körül rendszeresen tapasztalt nehézségek az idén végre megérlelték az igazgató-tanács határozatát, hogy nevezett díjak szabályzatán módosítani kell; a tervezet elkészült s előterjesztése a mai ülés tárgyát képezi.

Az igazgató-tanács 11 adminisztratív ügyeket tárgyaló ülést tartott, a többek között: felterjesztést intézett a belügyministerhez, hogy az orvosi kamarák ügyében az orvosegyesület véleményét nyilváníthassa, mely felterjesztésnek a belügyminister helyt adott. Az orvosegyesület a balneologiai egyesületbe újból kiküldötte a mult évben delegáltakat, csak a kilépett *Müller Kálmán* helyébe választotta be mint új tagot *Marschalkó Tamást*. Elhatározta továbbá, hogy az egyesület az ezredéves kiállításra évkönyveit s néhány, vagyoni állapotát és tagjai számát feltüntető graphikus görbét fog kiállítani. Az ezredéves orvosi congressus előkészítése czéljából kiküldött bizottság elnökül *Fodor József* tanárt választotta. *Koller* pénztáros bejelentette, hogy a székes főváros által az egyesületnek nagylelkűen adományozott 15,000 forint utolsó 5000 forintos részletét is felvette. Ennek kapcsán *Pertik* indítványára elhatározta az igazgató-tanács, hogy a nagylelkű adományt újból átiratban megköszöni és márványtáblával megörökíti.

Az orvosegyesület választmányja a himlőjártás 1896. május 14-dikére eső évfordulója alkalmából *Hajniš Géza* indítványára rendezendő dísz-ülés előkészítésére bizottságot küldött ki, melynek tagjai *Högyes Endre* elnöklete alatt *Hajniš Géza*, *Bókai János*, *Lőw Sámuel* és *Imrédy Béla*.

Az Ivanchich-alap kamataiból 690 frt osztatott ki 11 kartárs, illetve azok özvegye között.

Az év folyamán elhaltak *Warsalik Gerő Nándor*, *Takács Endre*, *Helper Vilmos*, *Meizner János*, *Hartl Alajos*, *Kakucsy Sándor*, *Járó Ferencz* rendes tagok; *Ludwig Károly*, *Hoppe-Seyler Felix* és *Pasteur Lajos* levelező tagok. Az év folyamán négy tag kilépett; az összes tagok száma: 494.

A könyvtárnok jelentése szerint a könyvtár jelen állása 5698 mű 10,167 kötettel, a különlenyomatok száma 290. A könyvtárosnak a könyvtárvizsgáló bizottság javaslatára a felmentvény megadatik.

A pénztáros jelentése szerint az egyesületi vagyon állása: Pénztárkészlet 2317 frt 8 kr, 4% m. földh. int. záloglevél 600 frt, 4% szabály-és talajjav. 800 frt, 4% m. földh. koronaért. 200 frt, összesen 3917 frt 8 kr és a Szentkirályi-utca 21. sz. a ház körülbelül 60,000 frt értékben, melyet 19,000 frt jelzálogkölcson terhel. Az egyesület pénztárkezelése alatt áll a *Balassa-pályadíjalap* 9814 frt 18 kr, az *Ivanchich Viktor*-féle segélyalap: 14,697 frt 13 kr; a *Schuster-Bugát*-féle alap: 4041 frt 72 kr; az „*Orvosi Hetilap*“ díjalap: 1628 frt 62 kr.; *Mészáros Károly*-alap: 10,075 frt 15 kr; az egyesületi szolga biztosítéka 200 frt; költség előirányzat 1896-ra: bevétel 10,767 frt 8 kr., kiadás: 9323 frt 80 kr., maradvék 1443 frt 18 kr. A pénztárvizsgáló-bizottság jelentése alapján és indítványára az egyesület *Koller Gyula* pénztárosnak a felmentvényt megadja s neki eddigi fáradozásaiért köszönetet mond.

A *Schuster-Bugát*-féle gyámibizottság jelentése szerint a bizottság az üresedésben levő ösztöndíjat egyhangúlag *Kovács Bélának*, néhai *Kovács Dániel* dr. hajdú-büszörményi orvos árvájának ítélte oda.

Az igazgató-tanács javaslata a *Balassa-díjalap* szabályzatának megváltoztatása tárgyában 2 újítást tartalmaz:

1. Arra a tényre támaszkodva, hogy a nem gyakorlati szakmába vágó művek kitüntetésére a *Mészáros*-jutalomdíj áll rendelkezésre, az igazgató-tanács véleménye szerint a Balassa-díjösszeg 1/10-ével dotált *Balassa-jutalomdíj* első sorban a gyakorlati irányú művek jutalmazására volna fordítandó olyaténképen, hogy két egymásután következő cyclusban a gyakorlati és csak egy 3. cyclusban választassék a legjobb mű a nem gyakorlati szakmába vágók közül.

2. A *Balassa-díjalap* jövedelmének 4/10 részére az eddigi titkos pályázat helyett nyílt pályázatot hoz az igazgató-tanács javaslatba, de úgy, hogy a szerző a tárgyat szabadon választhassa. A pályázók munkatervét és egy kidolgozott fejezetet nyújtanának be tárgyukról. A beérkezett munkatervek megbíráltatnának és e bírálattól tétetnék függővé, hogy melyik szerző bízzassék meg munkatervének kidolgozásával. A kidolgozásra való megbízatás nyilvánosan történnék a nagygyűlésen, s a pályamunka 2 év alatt elkészítendő.

Azon esetre, ha nem érkeznék be oly munkálat, mely a kidolgozással megbízatásra érdemes, akkor a pályadíj határideje egy évvel meghosszabbítandó.

A pályadíj nem osztható meg. Ha pedig ketten vagy többen dolgoztak, akkor is a mű jutalmaztatik.

Végül előnyösebbnek tartaná az igazgató-tanács, ha a pályadíj és jutalomdíj, két évenként ugyan, de nem ugyanazon évben, hanem évenként alternálva osztatnék ki.

A közgyűlés az indítványt jóváhagyólag tudomásul vevén, titkár a pályázati hirdetéseket olvassa fel:

1. *Pályázati hirdetés.* A budapesti kir. orvosegyesület a Balassadíjalapból 600 frt jutalomdíjat tűz ki a magyar nyelven írt és önálló dolgozatok alapján készült a gyakorlati szakmákban vágó legjobb orvosi értekezésnek vagy könyvnek, mely 1895. június 1-től 1897. május 31-dikéig nyomtatásban megjelent. A jutalomdíj az 1897. október 14-dikén tartandó nagygyűlésen adatik ki. A jutalomdíj odaítélésénél minden megjelent dolgozat figyelembe vétetik.

2. *Pályázati hirdetés.* A budapesti kir. orvosegyesület a Balassadíjalapból 400 frt pályadíjat tűz ki magyar nyelven írott orvosi értekezés megjutalmazására. A tárgy szabadon választható, de a munkaterv és egy kidolgozott fejezet 1896. május 31-dikéig a titkársághoz a szerző nevének feltüntetésével benyújtandó. Az elfogadott tervezett szerzője az 1896. október 14-diki nagygyűlésen fog megbízatni azzal, hogy munkáját 2 éven belül elkészítse, s ez esetben 1898. október 14-diki nagygyűlésen fog a pályadíj kiadatni.

Ezután következtek a választások. A könyvtárvizsgáló bizottság tagjai: *Dollinger Gyula, Frank Ödön és Rákosi Béla*, a pénztárvizsgáló bizottság tagjai: *Csapodi István, Hochhalt Károly és Schwimmer Ernő* választottak.

Rendes tagokul megválasztottak: *Antal Illés, Ágai Béla, Áldor Lajos, ifj. Barbás József, Benedikt Henrik, Braun Sándor, Chyzer Béla, Dukesz Márton József, Farkas Elemér, Fery Géza, Fleischmann Hugó, Fornet Elemér, Frank Arthur, Gáspár Ferencz, Gmelin Ottó, Grodk Ernő, Hajós Lajos, Hérics Imre, Hirschl László, Hülli Hümér, Illyés Géza, Irsai Frigyes, Kelen Béla, Kerékgyártó Béla, Kélli László, Király Károly, Kollarits Jenő, Kovács József (I.), Kovács József (II.), Kovács József (III.), Kodach Aladár, Kovács Péter, Krompecher Ödön, Lakatos Izidor, Leitner Vilmos, Mahler Gyula, Martin Sándor, Maszák Elemér, Neuwirth Gusztáv, Papp Károly, Ranschburg Pál, Rosenák Miksa, Rózsa Félix, Scholtz Kornél, Schwartz Hugó, Selli József, Spitzer Mór, Szemeréy Bertalan, Torday Ferencz és Vajda Vilmos dr.-ok.*

Levelező tagokul: *Hoor Károly*, kolozsvári egyet. ny. r. tanár. *Tegze Lajos*, m. k. korona-urad. orvos Gödöllőn, *Kőrösi József*, a székes fővárosi statisztikai hivatal igazgatója és *Velits Dezső*, a pozsonyi m. k. bábaképezde igazgató-tanára.

Tiszteletbeli tagul: *Mészáros Károly*, a 10 ezer forintos Mészáros-jutalomdíj alapítója választott meg.

Több tárgy nem lévén, elnök — kellemes szünetet kívánva a megjelenteknek — az ülést bezárja.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: *Bókai Árpád, Kélli Károly, Korányi Frigyes.* Második kötet. Dobrowsky és Franke kiadása. 1895.

(Folytatás.)

Chlorosis Kélli Károly tanártól. A kóroktanban helyesen jegyzi meg szerző, hogy a vérérdény apparatus veszületett elváltozásai mellett is fejlődhetik a chlorosishoz hasonló kórkép, de hogy ezen anatómiai rendellenességek képeznek a chlorosis lényegét, azt el nem fogadja s ezen álláspontját kellően indokolja. Hogy chlorosis súlyosabb eseteiben oligochromaemia mellett oligocythaemia is támad — mint ezt szerző klinikáján végzett gondos meghatározások mutatták — oly állítás, melynek helyességéről mindenki meggyőződhetik, a ki chlorotikák vérésejteinak számlálásával sokat foglalkozott s erről referensnek is több esetben volt alkalma meggyőződni. A chlorotikák anyagcseréjének tárgyalásánál visszautasítja Wallerstein azon állítását, hogy a bél-resorptió náluk főleg a zsírokra nézve hiányos és a fehérjésztés és igen nagy. Lippmann Wulf a tápanyagok, vizelet és bélsár analysis alapján kimutatta, hogy chlorotikák a tápanyagokat rendszeresen kihasználják s felvett táplálékukból teljes nitrogen egyensúlyba képesek helyezkedni s nem veszítenek fehérjét. A betegség lényegéről s a felmerült hypothesisokról szólva Immermann nézetéhez csatlakozik, a cytogen készülék functionalis energiáját véve fel. A prophylaxis kapcsán igen hasznos tudnivalókat mond el a szerző, az orvoslás leírásánál kimerítően tárgyalja a vas javalatait és ellenjavalatait, a különböző vaskészítmények értékét, felemlíti az arsen is, továbbá az érmetszést, ellenben kimaradtak a vastartalmú proteidek (haemol, haemogallol, haematogen stb.). A vas hatásmódja

felől a nézetek maig sinesenek tisztázva; mint ismeretes, újabban Kobert és Bunge minden haszon nélkülinek tartják a vas adagolását, Bunge egy teoriát is állított fel, mely azonban alapjától meg lett fosztva, mióta v. Noorden és Rethers kimutatták, hogy chlorosisnál a bélrothadás nem fokozott. Kimaradt v. Noorden teoriája, a ki a vérben keringő vassókat gyógyszereknek tekinti, a melyek erőteljes ingert gyakorolnak a csontvelő vérvérvő sejteire, mely teoriájának támaszát látja az arsen felőli tapasztalásaiban, melyből nagy adagban adva chlorosisnál szintén a legjobb eredményeket érte el; ugyanezen szempontból itéli meg az érmetszés gyógyító hatását s azt hiszi, hogy a vastartalmú proteidek szintén bírnak némi izgatató hatással a csontvelőre s általában a vérvérvő szervek torporját megszüntetni képesek. Úgy látszik, hogy a vassókon kívül más gyógyszerek és diätetikus szerek jó hatása chlorosisnál szintén erre vihető vissza, a keserű anyagok egy részéről is kiderült, hogy a haemoglobint és a vérésejtek felszaporodnak alkalmaszások alatt. Az orvoslás végén röviden szól a házasság befolyásáról, a chlorosisra. Szerző saját vizsgálatai alapján írja le a sápadtságot, a hypothesisokkal szemben kifejti és indokolja saját álláspontját, nagy szakértelemmel, világosan és élénken írja le a betegséget, mind oly tulajdonságok, melyek alapján a kötet leg-sikerültebb fejezetei közé kell soroznunk a chlorosisról szólót.

Anaemia perniciosus progressiva. Jendrassik Ernő tanár az elsődleges idült anaemiás állapotok sorában a másodikat, az előre haladó vészes vérszegénységet írja le. Először is élesen elválasztja a botriocceph. latus és anchylostomum által okozott betegségeket az anaemia pernic. progr.-tól, azután rámutat azon lehetőségre, hogy a bélesatornából kiinduló autointoxicatio okozhatja a betegséget élősdiek vagy bacteriumok befolyása alatt s itt hivatkozik Wiltschur adataira, a ki a vészes kevésvérűséget nem tekinti a vérvérvő szervek betegségének, felhossa azon kísérleteket, melyek ptomainoknak a bélben keletkezése s haemoglobint oldó hatására vonatkoznak. A tünettanban behatóan eszeteli a legfontosabb változások színhelyét a vért, főleg a vérésejtek megfogyását, megváltozását Ehrlich és mások e téren vizsgálatai alapján, de megjegyzi, hogy a magvas gigantoblastok jelenléte a vérben sem teszi biztossá a körjelzést, mely tulajdonképpen biztosan csak a halál és a bonezolás után tehető meg. Legnehezebb néha valamely szív-bántalom kizárása, mire tanulságos esetet hoz fel. Figyelmeztet arra, hogy nagy fontossága van gyanus esetekben a szék gondos megvizsgálásának. A kórlényeg felderítését további vizsgálatoktól kell elvárni, az eddigi teoriák erre nem elegendők. Az orvoslásban a vas és arsen belső, esetleg subcutan alkalmazásáról szól, végső esetben meg kell próbálni az oxygen belégzést és a vér-átömlesztést, utóbbit Ziemssen újabban ismertett módszere daczára sem tartja veszélytelennek, mert embolus képződése nincs kizárva. Élénk magyaros nyelvezet, helyes kritika és nagy olvasottságra utaló feldolgozása a tárgynak jellemzik ezen sikerült fejezetet, melyhez méltóan sorakoznak a leukaemia, pseudoleukaemia, melanemia, purpura simplex, purp. rheumatica, morb. macul. Werlhofi ugyanazon szerzőtől. A leukaemiánál leiratnak a leukocythaemia élettani viszonyai, bizonyos betegségeknél előjövetele, Limbeck és Rieder vizsgálatai, a leukocytosisnak acut fertőzőségi betegségekre való viszonya, továbbá Ehrlich felosztása, a melynek alapját a morphológiával összhangban álló chemiai reakciók képezik, s mely alapon az emberi vér fehér vérésejtei lymphocytákra és leukocytákra oszlanak. A kórlényegben pedig kellően méltatja a fehérvérűség idült alakja mellett annak acut alakját, melynek ma már elég nagy az irodalma. A felsorolt kóralakok fertőző voltának gyanúját felemlíti, mindenütt leírva az eddig végzett bacteriologiai vizsgálatok eredményeit, bevégzett tényeket azonban erre nézve egy kóralaknál sem talál.

Súly. Vérértékenység. Haemoglobinvérűség. Irta Csatóry Ágost. A súly rövid leírása után áttér a haemophiliára, leírja a kóroktanban szereplő öröklést, mely itt nem a rendes apáról fiúra történő direct, hanem más betegségeknél nem is észlelhető indirect alakot mutatja, tárgyalja a haemophilia congenitalis, de nem öröklött alakját, ellenben elveti a harmadik alakját az ú. n. késői alakot, melynek felvételére kellő jogosultságot nem lát. A baj orvoslásánál elsőrendűnek tartja a prophylaxist, mely azonban sajnos nem vihető keresztül, főleg a mi a haemophiliás családból származó nők házasságát illeti. Együttal figyelmeztet arra, hogy

haemophiliásoknak az a jellegző sajátosságuk, hogy igen nagy vérvesztéseket soká elbírnak és utánok rövid idő alatt összeszedik magukat. A *haemoglobinvérség* ismert okainak felsorolása után behatóan szól a paroxysmalis haemoglobinuriáról, melyet a cikkek elején felsorolt okok által feltételezett tüneti haemoglobinaemiától megkülönböztetve, mint különálló betegséget tárgyal, kiemelve, hogy a haemoglobinuria első rohamának fellépését átfázás, megéröltetés vagy átázás előzi meg. Teljes elismerést érdemel szerző munkájáért, kiváló gonddal foglalkozik a haemoglobinaemiával, melyet saját észleléseiből ismer, esetei egyikét le is írja; az eset igen tanulságos több tekintetben, először mert a roham alatt a lép acut megnagyobbodását lehetett kimutatni, másodsor és főleg azért, mert a betegnél a haemoglobinuria kiváltásánál a hideg és fárasztó munka együttes behatására volt szükség s a haemoglobinuriát rövid ideig tartó, de biztosan kimutatható glycosuria követte, mely utóbbi két körülményt eddig mások nem észlelték volt.

B) *Lépbetegségek Stiller Bertalan tanártól.* A bevezetés a lépbetegségekhez, a lép szerkezete és működésének leírásával kezdődik és a lép physikalis vizsgálatának leírásában nyeri folytatását, kellően hangsúlyozva azon leküzdhetetlen nehézségeket, melyek a lép határainak pontos kikopogtatása elébe gürdülnek; mint legcélszerűbb vizsgálati módot az elfogadott jobboldali diagonális fekvésben való kopogtatást ajánlja. A lép vérkeringésének zavaraira tér át azután, a különböző okokból létrejött ütőeres vértorlódások közt hajlandó szerző ideges eredetű vértorlódást is felvenni a lépben, e feltevés új és ámbár jól megindokolt kórtani alapokra és analógiákra van építve, a szerző mégis oda concludál, hogy e tárgy még további idő irányuló észlelésekre szorul. A lép venás vérbőségének, a Maragliano észlelte epepangás után kifejlődött lép-daganatnak magyarázatát illetően Maragliano nézetéhez csatlakozik, megengedve, hogy a telt epecsatornák nyomást gyakorolhatnak a vena portae finomabb elágazásaira. A szívujjak incompensált stadiumában Stiller lépduzzadást soha sem tudott kimutatni, mely észlelésével nem áll egyedül; a lépduzzanat hiánya ilyen körülmények közt legalább is feltűnő jelenség, mint ismeretes Niemayer ennek magyarázatát is igyekezett adni. A következőkben szól véromlennyről a lépben, lépívőér gyuladásról és thrombosisról, a lép infarctus haemorrh.-ról, a lép ütőer aneurysmájáról s a lépívőér tágulatáról, melyek után a lép gyuladásai következnek. Ezen kevésbé ismert téren az újabb kórboneznok szerzők nyomán 3 rovatban tárgyalja a léplobokat, ú. m. a góczos, a heveny lobos és idült lobos lép-daganatok czíme alatt. E három közül legterjedelmesebben foglalkozik a nagy jelentőségű heveny fertőzési lép-daganattal, utalva első sorban arra, hogy mily élénken reagál a lép minden fertőzési ingerre, részletesen tárgyalva az egyes fertőző bajoknál fellépő reactív lobos lép-nagyobbodás fokát és gyakoriságát constatálva, hogy egyes fertőzések erősebben hatnak a lép-re mint mások, kellően méltatva a mai kórboneznok, búvárok azon álláspontját, mely szerint a fertőzési lép-nagyobbodás nem csupán vérbőségen, hanem sejtjeinek és gerendázatának duzzadásán s amazoknak újképződésén, szaporodásán is alapszik. Nagyon helyesen jegyzi meg, hogy a tüdőlob e tekintetben sajátosság állást foglal el, hogy t. i. a genuin tüdőlob kimutatható lép-nagyobbodással nem jár, noha kétségtelenül fertőző betegség, de bizonyos alakja, az ú. n. asthenikus vagy typhosus tüdőlobnál, majdnem mindig kitapintható lépduzzanatot találunk, minek *Korányi Frigyes* tanár fejtegetései nyomán haladva a különböző bacteriumok lép-re való hatásának fokozati különbségében véli magyarázatát adni. Ezután szól a lép sajátosságos viselkedéséről choleraanál, mely álláspontja szerzőnek 1893-ban az Orvosi Hetilapban megjelent közlése folytán ismeretes. A lép idült daganatai vagy gyuladásai czímű harmadik rovata e fejezetnek röviden összefoglalva tárja elénk a régibb és újabb észlelés megállapított adatait. Ezután következnek: a lép amyloid elfajulása, bujakórja, gümösödése, újképletei, tömlős daganatai, repedése, helyzetváltozásai. A fejezetet a lép-daganatok általános diagnostikája czímű függelék zárja be, terjedelmesen tárgyalva a lép és vese közti megkülönböztetést mint gyakorlatilag legfontosabbat, majd az egyes lép-tumorok közti differentialis kórismére tér át. Határozott elismerés illeti szerzőt a lépbetegségek megírásáért, nemcsak kellemes, de igen tanulságos olvasmányt nyújt, munkáján mindenütt meglátszik

a tárgygyal való beható foglalkozás, nagy olvasottság, helyes kritika, a leírás élénk, a hypothesisokkal való helyenként kelle-ténél hosszabb foglalkozás elmaradhatott volna, a mi azonban a munka értékét nem csorbítja, sőt ott — hol szerző megfigyelései alapján önálló nézeteinek ad kifejezést — nem méltányolható eléggé.

(Vége következik.)

II. Lapszemle.

Kórtan. Ideggyógyászat.

Gyomororbáncz esetét írja le *Ucke*. Az erysipelas a nyak-ról az oesophagus nyákhártyáján terjedt tova a gyomorig, megtámadva annak kezdeti részét. A cardia táján részint sárgás folyadékkal telt, részint már felpattant hólyagocskák találtak, olyanok, a melynek erysipelas bullosum eseteiben a külbőrön is előfordulnak. A nyákhártya többi része gyengén duzzadt és bővérű volt. A mikroskopi vizsgálat streptococcusok jelenlétét derítette ki. (Centralblatt f. allg. Path. u. path. Anat. 1894. 11. sz.)

Serummal kezelt meningitis cerebrosinialis egy esetét közli *Righi* a „Riforma medica“ augusztus 26-diki számában. A betegség fejfájással, rázóhideggel, lázzal, hányással és fájdalokkal a test minden részében kezdődött. A második napon már tetemes mérvű tarkó-merevség volt jelen; az ekkor megejtett vér-vizsgálat Fraenkel-féle diplococcusok jelenlétét derítette ki. Az ezután következő napokban strabismus, intermittáló delirium, herpes nasolabialis és facialis hűdés jelentkeztek és a betegség ötödik napján a 7 éves gyermek már félig öntudatlan állapotban volt. A 6. napon a beteg növéretől, a ki néhány nap előtt gyógyult ki meningitis cerebrosinialisból, vért bocsátottak és a képződött serumból 5 cm.-t a beteg bőre alá fecskendeztek. Már 5 óra mulva kisebb volt a hőmérsék, a légzés javult és a beteg enni akart. További 5 óra mulva a gyermek felült ágyában és képes volt fejét fájdalom nélkül mozgatni. 3 nap mulva a beteg elhagyhatta ágyát. 7—9 nap mulva ugyan még mutatkoztak némi kóros tünetek, 15 nap mulva azonban a kífokú strabismustól és facialis paresistól eltekintve semmi sem emlékeztetett a súlyos betegségre. (Wiener medic. Presse, 1895. 47. sz.)

A **migrain** aequivalensét kereste *Bary*, kiindulva a *Möbius*-féle felfogásból, mely szerint a migrain közeli rokonságban az epilepsiával az öröklési degeneratio egy különös alakját képezné s leír egy tipikus migrain-esetet, melynél a fájdalomrohamok 3 hónapon át szüneteltek s helyükbe rohamokban fellépő igen heves gyomor-fájdalom léptek; ezen idő leteltével a gyomor-fájdalom teljesen megszűntek s a migrain régi hevesességében ismét fellépett. Mint-hogy szerző organikus gyomororbántalmat, szintúgy hysteriát s neurastheniát kizárhatott, épen ezért a fenti gyomor-fájdalomokat a migrain aequivalenseinek tekinti. (Neurologisches Centralblatt 1895. 6. sz.) *Oszwald* dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Adhaesol.** Felületes bőrsebek és excoariók befedésére következő összetételű mixturát ajánl *Dufan*, melyet adhaesolnak nevez: Rp. Resin. copal. 35.0; Resin. benzoes, Bals. tolut., Naph-toli aa 3.0; Aether sulf. 100.0; Ol. aeth. thym. 2.0. (Wiener medic. Presse, 1895. 48. sz.)

2. **Galandféreg elhajtására** *Renshaw* a croton-chloralt ajánlja, mint a melynek az az előnye, hogy teljesen ártalmatlan és könnyen vehető be. Következésképen rendelendő: Rp. Croton-chlorali 4.5; Tragacanthae 0.10; Pulv. gummi arab. 0.25; Syr. simpl. guttas 25. Fiant. pil. Nr. 24. E labdacsokból lefekvéskor 4 és másnap reggel éhgyomorral szintén 4 veendő be. Egy órával a reggeli után 100 gramm sennaforrázatból és 15 csepp chloroform-alkoholból (10%-os) álló keveréket kell meginni. (Allgem. medic. Central-Zeitung, 1895. 92. sz.)

3. **Enuresis nocturna** eseteiben *Mendelsohn* a következő eljárást használja: 1. Délutánól kezdve nem kapnak folyadékot a gyermekek. 2. Az ágy lábvége emeltetik. Belsőleg rhus aromaticum rendeltetik és pedig délután és este közvetlenül a lefekvés előtt 15—15 csepp a tincturából. (München. medic. Wochenschrift, 1895. 44. sz.)

TÁR C Z A.

Spanyolországból.

A mai Hispania. Népszokások. Corrida de toros. Kihalt vidékek. Salamanca. A madridi facultás. Ramón y Cajal. Bacteriologiai intézet. A quirofano. Beteganyag. Leprosoriumok. Tanrendszer. Orvosi praxis.

(Folytatás.)

Mint az erkölcsök, az életmód is nagyon egyszerű. Az étkezés valóságos vegetáriánus. Az első spanyol ebéd, melyet egy irun-i hôtél table d'hôtején kaptam, a következőből állott: tojás és zsemle káposztával, burgonya sóskában, sajt vajjas kenyérrel. Egyedül a boraik azok, melyekért minden gourmet megirigyelhetné őket, oly felséges malagátat, xerest, alcantarát stb. isznak a parasztok is némely vidéken, a milyent nálunk még jubileumakor sem kap az ünnepektől. Ezt a jó bort a sajátos klíma termeli; a míg a félsziget közepén, Burgosban kegyetlen hidegek szoktak járni, s pl. Madridban létező egy májusi éjjelen megfagyott egy utcái csavargó, addig a tengerparton vadon nő a pálma. A Sierra Nevada 3500 m. csúcsain örök hó van, de lábainál a cukornád, a banana, a datolya érke s erdei az egyetlen Európában, melyekben vadon élnek a majmok.

Mily kár, hogy a természetnek ez a sokfélesége csak egy változatos keret azokhoz a romokhoz, melyeket az arabok minaretekben, a papok templomokban, a lovagok váraikban napjainkra hagytak. Mindezek pusztulóban vannak. A régi bástyák crenellirozott falaiból hullanak alá a kövek, omladoznak az ivék, mint a hajdan dicső nemzetből fokozatosan kivesznek a jellemvonások: az életérő, a civilizáció iránti fogékonyság. Hajdan népes helyeken ma egészen kihalt a lakosság. A *las Batuccas* nevű, 4000 □ km. területen alig él ezer elvadult troglodyta, inkább elbujva a sziklák között, rejtőzve a nagy ritkán arra vetődő turista elől, mintsem hogy az üresen álló, lakható romokban húzná meg magát. Nem egy óriási klastromot látni itt egészen elhagyatva. Lakóit kiölte az ellenség kardja vagy a betegség mérge. A toronyban még függ a harang, az elvadult kertben még látni egy-egy vén narancsfát, százados cyprus-sorokat; még áll az ajtók némelyike sarkaiban, korhadozva művészi faragványával — de messze vidéken nincs egy élő lélek, még csak egy állat, még csak egy keselyű sem! Ha egyébiránt valaki pusztuló várost akar látni, elég, ha *Osseroig* fírad Fiume mellé, melynek 30,000 lakosából alig ezer lakja az ősi falakat.

Néha mégis megfeszítette minden erejét a spanyol nép és juttatott valamit a közegészségügy czéljaira is. Hyenkor azután, mint a hogy lenni szokott, nem tudták a pénzt elég okosan, arányosan felhasználni. Rendszerint kizárólag a sebészet profitált.

Pamplonában voltam pl. a provinciális kórházban. A régi, sötét épület földszintjén istállók, mellettük a földön hevert egy pompás, drága, 5 atm. dolgozó desiniciáló készülék, melyet soha sem használtak, mert nincs gőzfejlesztő kazánja. Majd egy piszkos bonczterem, lesulykolt agyag-alappal, s mellette — fatális szokás, mely Budapesten is így volt hajdanában — a szülöház.

Az egész felett elterül az elmebeteg-intézet, melynek beteget rettenetes zajt csaptak, nagy multságára a szomszédságnak. Ebben a szennyes környezetben van a 2. emeleten a sebészeti osztály, pompás, kitűnő világítású műtő termével, üvegasztalokkal, drága eszközgyűjteménnyel. Lehet-e haszna mindennek ebben a környezetben?

De sehol sem oly kirívó a pusztulás képe, mint *Salamanca*-ban. Minő ellentét a fényes múlt és a nyomorult jelen között! A XIV. században a világ második egyeteme volt; a párisi után s az oxfordi és bolognai előtt következett. Tantermei, a híres *paraninjok* a világ minden részéből jött hallgatókkal voltak tele; *alumnoi* között mindig volt néhány királyfi. Itt tanítottak Avicenna, Averroes, itt írták Galenus commentárjait, melyek egy évezredig domináltak a medicában. Ezzel az egyetemmel tanácskozott Columbus, mielőtt útjára indult, Copernicus „eretnek” tanait egyedül itt merték kihirdetni és tanítani és a salamancai egyetem bíraskodott többször a római és avignoni pápák között Clement és Urbán idejében!

És ma ennek a híres egyetemnek, mely *mater scientiarum virtutis et artium* nevet viselt, a létezéséről is alig tud valaki. A gyönyörű paloták még mind állnak ugyan, büszkeségére a városnak, de nem bővültek új, modern épületekkel. A hajdan világhírű könyvtár még megvan, de a régi foliansokat nem tartják újabb írók művei. Avicenna kéziratái kincseit képeznek minden muzeumnak, de elégségesek-e azok mai nap már a tanulásra?

Megnéztem a tantermeiket. A humaniorák a régi épületekben vannak elhelyezve, melyek minden egyes ablaka valóságos remeke a tertiaer goth stílusnak, tetőzete roskad a drága faragványoktól, falait művészi frescók ékítik; kertjeikben buján tenyészik a tropikus növényzet. Annál vigasztalanabb az orvosi szak helyzete. A város egyik elhagyatott részén, rossz hírű szűk utcákban van egy régi kórház s mellette az elméleti előadások tanterme. Egy kicsiny amphitheatrum, melynek egyik sarkában néhány papírmaché alak, néhány száraz fű, másikában pár poros eszköz áll. Ama sarok a bonczterem és gyógyszerterem, emez az élettani intézet.

Egy másik szobában a kórboncztan adják elő elméletileg, s a kettő között phantomon tanítják a szülészetet.

De elég ennyi. Minek írnám le a többi orvosi facultást, melyek nyomorúságban méltó társai a salamancainak. Csak a madridi és barcelonai kezdenek európaiasabb szintet ölteni. Egyebütt, pl. Granadában, Cadixban csak egy-két intézet éled nagy kivételesen, mindig eredménytelenül próbálva a hallgatók tudományos színvonalát emelni. Hiszen maguk a tanárok sem láttak mást saját facultásoknál, legfeljebb, ha egy évre Madridba mentek a doktori czím elnyerésére. Miként várható, hogy ez a nemzedék anyagilag megkötve, szellemileg fel nem tárva, reformálni fogja a viszonyokat!

Ezek után erősen kíváncsi voltam a madridi facultásra, mely a tíz spanyol egyetem közül egyedül van feljogosítva a doktori czím adására és így a többi facultás felett áll. A többi városból, még Cubából is Madridba kénytelen jönni a tanuló, ha doktori czímet akar kapni és egyetemi carriert csinálni.

Előrebocsátom, hogy a viszonyok itt sem kielégítőek. Daczára annak, hogy Madrid világváros, hogy egyes dolgokban páratlan, például a világ legkitűnőbb képtárát bírja, intézetek, berendezés stb. tekintetében még mindig nem modern egyetem, de legalább némi látni valót nyújt.

Az egyes tanszékek, mint csaknem mindenütt, itt is szét vannak szórva. Fő részük a *Calle d'Atocha* uton fekszik; a klinikák egy része, mint Budapesten is, a városi kórházakban, a laboratoriumok egy része a természettudományi facultásnál van.

A központi épület tágas, emeletes palota, nagy befásított udvarral, melyben egy félkör alakú nagyobb tanterem is van az előadások számára. Az épület új, a helyiségek tehát nem oly monumentalisak, mint némelyik vidéki facultásnál. Néhány arezkép a dekanátusi helyiségben, melyben az Illustrissimo Señor Don José de Letamendi, az általános kórtan tanára fogadott. A laboratoriumok olyanok, mint mindenütt lenni szoktak, a hol valami maecenas keze nem segített... hosszú, keskeny szobák, fa asztalokkal az ablakok mellett; festék-pecsétek mindenfelé, poros praeparatumok az asztalokon nagy rendetlenségben, jelétül a kevésbé intenzív, de legalább létező munkának. Az üvegszekrényekben górcsővek ládái, néhány elkerülhetetlen eszköz és a mindenütt jelenlevő fiókos szekrény a mikroscoopi praeparatumok számára. Az asztalok közül néhány, igen kevés hallgató; cigaretta füst és a tengeri malaczkok szaga teszi kellemetlenné a tartózkodást.

Ilyen intézet sok van; a tanszékek itt is, mint Franciaországban plethorikusak és a tananyag határozottan aránytalanul van felosztva közöttük; így például a közegészségügy három tanszék között oszlik meg:

Higiene privada

Higiene publica

Ampliación de la higiene publica y Epidemiologia

e mellett azonban az ép szövegtant, histochemiát és a kórboncztan ugyanazon tanár kénytelen előadni, szemész, laryngologus, dermatologus pedig nincs a karban.

Mikor a facultás kiváló erőiről kérdezősködtem, soha sem hallott neveket említettek. *Excelentísimo Señor Don Andrés del*

Busto Lopez a szülészetnek, vagy *Excel. Sr. Don José Calvo y Martin*, az *Ampliación de la higiene* stb. tanára a legkitünőbbek madridi fogalmak szerint. Ilyenkor látni, mennyire igaz a régi közmondás: *nemo profeta in patria sua*... *Golgit* nem ismerték Páviában, s *Ramón y Cajal*ról, a kit épen akkor választott meg a londoni Royal Society tiszteletbeli tagjává, csak annyit tudtak a madridi orvosok, hogy ő is tanít a facultáson...

Ez a kis népek nagy fiainak sorsa. A mikorra sikerülne környezetével megértetni magát, már régen elfáradt a penetrálás nehéz munkájában. A nép csak azt látja, hogy őt nem keresi fel a *gubernador* vagy a *capitán*, nem hiszi tehát el az oda tévedt idegennek, hogy az a csendes, egyszerű emberke maradandóbb nevet szerzett magának, mint ezimekben és anyagiakban bővelkedő kollegája.

De ennek jórészt maga *Santiago Ramón y Cajal* az oka. Ha már *Golginál* is meglepett annak szerény, csaknem elfogult modora, itt valóságos zokon esett látni, mennyire visszautasít minden elismerést Spanyolország legnagyobb orvosa. Csaknem alázatossággal beszélt *Golgiról* és *Van Guchuchent, Obregiát, Lenhosseket, Schaffert* úgy említette, mintha cursust szándékoznék tőlük venni. Az agyrostozattánról, az ideg sejtánról általában úgy beszélt, mintha neki része sem lenne azok megalapításában. Technikai eljárását az idegrostok chrom-osmiumeztést impregnálásáról mindig *Golgi methodusának* nevezte. Vannak nehéz és könnyű tárgyak, úgy mond; az én sikereim csak abból állnak, hogy az utóbbiakat választottam és a kellő anyagot kellő időig hagytam megfelelő folyadékokban! Épen mint *Michel Angelo*, a ki saját szobraitól azt mondta: egyszerűen eltávolítottam egy nagy kockából a felesleges márványt.

Ramón y Cajal különben rendkívül szerény viszonyok között él. Mindössze három kis szobából áll intézete. Fix fizetése összesen 5000 peseta, mintegy 2000 frt, melyet csak írói illetményei emelnek némileg. Ebből azonban nemcsak az intézete kicsiny átalányát pótolja, de az általa kiadott spanyol archívum deficitjét is fedezi.

Innen a spanyol bacteriologiai intézetet néztem meg, mely a *San Juan-kórházban*, két szobácskában „fekszik” és *don Antonio Mendoza* vezetése alatt van.

A berendezés épen nem fényes ugyan, de elegendő volna intensív munkálkodásra is. Néhány fontosabb kis eszköz hiányát észrevettem, a melyek egy jól forgó intézetben kéznél szoktak lenni. E helyett találtam egy *monobrom naphthalin* immersiós Zeisstól (a legdrágább objectív), a melyekhez tudvalevőleg különös flint fedő és tárgy üvegek használandók, a melyeket Zeiss darabonként 2 márkáért árul! Boldog intézet, melynek ilyenre is telik!

Mendoza különben bacteriologiai kurzusokat is tart, de az eredményvel nem igen van megelégedve. Úgy hallottam, hogy az idősebb, az *ilustrisimo* és *excelentissimo* collegáknak derogál tanfolyamokra járni, a fiatalabbak pedig amazok után indulnak. Így történt azután, hogy a spanyol cikkekben néha *Don coccus* és *Senior Bacterium* szerepelnek mint búvárok és *Mecsnikoff* vagy *Gaffki* mint bacillusok nevei.

Ugyane kórházban van *Olavidez*-nek női venerikus osztálya, melyet csak azért említek fel, mert még soha oly rakoncátlan beteget, mint itt, nem láttam.

Sokkal modernebb és fegyelmezettebb *Azná*-nak dermatologiai osztálya, bár a szervezés itt is hiányos sok tekintetben. (Vége következik.)

Nékám.

Vegyések.

Budapest, 1895. december 20-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. december 1-től december 7-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 344 gyermek, elhalt 227 személy, a születések tehát 117 esettel múlták felül a halálozásokat. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1895. december 9-dikétől december 16-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 9 (meghalt —), himlőben —, álhimlőben 3, bányahimlőben 39, vörhenyben 49 (meghalt 1), kanyaróban 261 (meghalt 5), ronszoló toroklobban és torokgyékben 24 (meghalt 7), trachomában 18, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 9 (meghalt —), orbánczban 29 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1.

△ Alkalmazások az egyetemen. A II-dik számú belgyógyászati tanszékénél: díjazatlan gyakornokok: *Nagy Ernő, Kovács Péter, Farkas*

Elemér és *Antalik Károly* dr.-ok; díjazott gyakornok: *Wenhardt János* dr. — Kórboneztani I-ső számú tanszék: *Reisz Oktavián* szigorló orvos díjtalan gyakornok. — Első számú belgyógyászati tanszék: *Palotai Andor* és *Kövesi Géza* dr.-ok díjtalan gyakornokok. — Élet- és körvegytani tanszék: *Schönpflug Béla* dr. díjazott gyakornok. — Élettani tanszék: *Pekár Mihály* szigorló orvos második tanársegéd-helyettes; díjazott gyakornok: *Eisenmayer Gyula* szigorló orvos. — Második számú kórboneztani tanszék: *Schwarcz Miklós* dr. díjtalan gyakornok. — Törvényszéki orvostani tanszék: második tanársegéd: *Kupferschmidt János* dr.; díjazott gyakornok: *Németh Ödön* szigorló orvos; díjtalan gyakornokok: *Klombauer Istrán, Kulcsár Barnabás, Laczkovics Elemér* és *Láng Sándor* szigorló orvosok. — Fogászati intézet: díjtalan gyakornok: *Hollósy Ede* szigorló orvos; díjazott gyakornok: *Dobrymieszky Árpád* dr. — Általános kór- és gyógytani tanszék: adjunctussá választott: *Székely Agoston* dr., eddigi tanársegéd. — Bőr- és bújakórtani tanszék: tanársegéd: *Justus Jakab* dr.; díjtalan gyakornokok: *Deutsch Arthur* dr., *Sellei József* dr. és *Popper Mór* dr.

△ Egyetemes orvosdoktorokká felavattattak 1895. november 30-dikán: *Deutsch Ernő*, Budapest (Pestm.), f. a. Kézmárszky tnr.; *Stein László*, Belgrád (Szerbia), f. a. Tauffer tnr.; *Simonovits Antal*, Baja (Bácsm.), f. a. Plósz tnr. — 1895. december 7-dikén: *Reis Oktavián*, Turdosin (Arvam.), f. a. Ajtai tnr.; *Fischl Ármán*, Draskovecz (Zalam.), f. a. Hőgyes tnr.; *Feldmann Izidor*, Trencsén (Trencsénm.), f. a. Kétli tnr. — 1895. december 14-dikén: *Szemmelveisz Károly*, Zircz (Veszprém.), f. a. Bókai tnr.; *kenesei Kenessey Aladár*, Arács (Zalam.), f. a. Thanloffer tnr.; *Konrád Béla*, Hajdu-Böszörmény, f. a. Laufenauer tnr.

△ *Bókai János* dr.-t, a gyermekgyógyászat ny. rk. tanárát *fizetéses nyilvános rendkívüli tanári állomásra* hozta javaslatba az orvosi facultás.

○ Az orvosi facultás építkezéseinek kiegészítése tárgyában behatárolt felterjesztést intézett az orvoskari tanártestület a kultuszminister úrhoz.

∞ Docenturai folyamodványok elfogadása. Az orvos tanártestület *Fodor Géza, Tauszk Ferencz, Feleki Hugó* dr.-ok docenturáért beadott kérvényeit elfogadta és őket a magántanári cselekményekhez bocsátotta.

△ A budapesti egyetem orvosi karának rövid története. A közoktatásügyi minister a millenárius ünnepély alkalmából a felső oktatásügyet ismertető munkát fog egybeállíttatni; ebben a budapesti kir. magy. tud. egyetem orvosi kara rövid történetének megírásával *Hőgyes Endre* egyetemi nyilvános rendes tanár s orvoskari dékánt bizta meg.

△ Orvosdoktorrá avatás „sub auspiciis regis”. Ő Felsége megengedte, hogy a kolozsvári tudomány-egyetemen *Filip Gyula* sub auspiciis regis avattassék orvosdoktorrá és egyúttal felhatalmazta *Wlassics Gyula* vallás- és közoktatásügyi ministert, hogy e részben nevében közbenjárjon.

— Orvosi kinevezések. *Dohnál József* dr. bogdányi, *Kassay Kálmán* dr. biharmegyei központi járásorvosokká, *Tänzer Ernő* dr. buzási, *Halász Lajos* dr. erdődi körorvosokká neveztettek ki, illetőleg választattak meg.

— A francia tudományos akadémia az *Alberto Levy*-féle 50,000 frankos díjat egyenlő részben *Behringnek* és *Rouxnak* ítélte oda a diphtheria serumterápiájára vonatkozó vizsgálataikért.

— A berlini fogászati intézet szerény kezdett eredménye. *Albrecht* tanár mint magánintézetet alapította, mai színvonalára *Busch* tanár fejlesztette. A német birodalom 742 fogorvos-növendéke közül, kik az államvizsgára jelentkeztek, 428 Berlinben tanult.

— *Emile Roux* ünneplése. A párisi közsegtanács *Emile Roux*-nak arany érmét veretett, melyet az emberiségre olyan hasznos tudományos munkálkodásának elismerésül ünnepélyes ülésen adtak át. Egy másik hasonló érmét a szajnai département veretett.

△ A II. szülészeti és nőgyógyászati klinika szülészeti poliklinikáját az év november havában összesen 126 esetben vették igénybe. Műtétet végeztek 60 esetben.

△ A Magyar Orvosi Archivum szerkesztősége felkérte lapunkat, hogy tudósítsuk előfizetőit, miszerint az évfolyam 6-dik füzeté a szedő-strike miatt késéssel fog megjelenni.

— A maszlag árusítása. Felmerült eset alkalmával a m. kir. belügyminister kimondta, hogy a maszlag elárúsítására vonatkozólag a mérgekre nézve fennálló szabályok az irányadók, vagyis az 1894. évi 111,005. számú rendelet az 1893. évi 13,808. sz. rendelettel hatályon kívül nem helyezte, a mi magából az 1894. évi 111,005. sz. rendelet 11. §-ából is kitünik, mely a hatályon kívül helyezett rendeletek közt az 1893. évi 13,808. sz. rendeletet nem említi.

— Cholera. Galicziában december 2-dikától 8-dikáig 19 megbetegedés és 13 halálet fordult elő cholera következtében.

— Az orvosok halálozási viszonyairól közöl cikket *Kortright*, melynek alapját a New-York, Brooklyn és környékén az utóbbi 8 év alatt elhunyt 450 doktorra vonatkozó statisztikai adatok képezik. A középélettartam 54-6 év volt, a mortalitás pedig 25-53 szemben 15-93 mortalitással a papoknál és 20-23 mortalitással a jogászoknál. Az orvosokénál nagyobb mortalitással csak a vendéglősök, a mészárosok, a kőfaragók és a szegény gyári munkások bírtak. Az öngyilkosság orvosoknál 4-szer gyakoribb, mint a férfinemhez tartozó többi felnőttnél. A tüdővész mortalitása orvosoknál csak felakkora, mint az általános szám; nagyon sok orvos hal el azonban typhusban (41/2%-a többi felnőttnél 1/40%-ával szemben). Hasonlóképpen nagyobb a halálozás arteriosclerosis és más degeneratív folyamatok következtében, a mi kétségtelenül összefüggésben áll az orvosi hivatástól feltételezett rendetlen életmóddal.

— **Orvosnők Amerikában.** Mostanában, a mikor a nőknek orvosi pályára engedése mindenütt élénk vita tárgyát képezi, nem lesz érdektelen felemlíteni, hogy 1893-ban több mint 3000 nő foglalkozott orvosi gyakorlattal az Egyesült-Államokban. Az első nő 1849-ben avatott New-Yorkban orvosdoctorrá és már a következő évben megalapított az első női orvosi iskola, a „Woman's Medical College of Pennsylvania”. Azon orvosi iskolákon kívül, melyekbe csupán csak nőket vesznek fel, még körülbelül 35—40 olyan orvosi iskola is van, a hol a nők férfiakal együtt végzik tanulmányaikat (Co-educational Medical Colleges). A női orvosi iskolák között különben elismert tekintélye csak négynek van. Az amerikai női orvosoknak külön szaklapjuk is van, a „Woman's Medical Journal”, mely Toledóban (Ohio) jelenik meg, s a mely jelenleg a híresebb orvosnők arcképét és életrajzát közli; oly nevet azonban, melynek híre Európába is eljutott volna, közöttük nem találunk.

† **Elhunyt:** *Dutkay Gyula* dr. 28 éves korában Arcoban.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősor 5. sz.** — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Téli kura
rheuma, köszvény,
ischias stb. ellen.
Szt.-Lukácsfürdő
r.-t. Budapest.

Kénes iszapfürdő,

douche-massage iszapborogatások. Meghülés veszélye nincs, mert a szállodák és fürdők egy fűtött épülettömböt képeznek. Olesó pensio. Lift és hordszékek, nehéz betegek számára felvonó a vízben. A fürdő főorvosa: *Bosányi Béla* dr. Prospektust küld az igazgatóság.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-kórházban 1895. december 12-től egész 1895. december 18-ig ápolott betegekről.

1895.	Felvett			Elbocsátott			Megment			Maradt			Az ápoltak közül				
	beteg			gyógy.			beteg			beteg			a Rókusban				
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülőnő	heveny fertőző	az álló-úti kórházban	
Decz.	12	42	39	81	52	24	76	7	3	10	1221	931	2152	1053	26	130	943
"	13	61	33	94	44	46	90	1	1	2	1237	917	2154	1026	26	149	953
"	14	41	47	88	71	42	113	4	5	9	1203	917	2120	1034	24	129	933
"	15	48	24	72	56	32	88	5	4	9	1190	905	2095	1042	24	126	903
"	16	59	49	108	50	52	102	4	2	6	1195	900	2095	1031	24	131	909
"	17	56	54	110	40	44	84	6	2	8	1205	903	2113	1033	25	131	924
"	18	52	36	88	31	32	63	7	2	9	1219	910	2129	1045	26	123	935

HIRDETÉSEK.

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI
ÉS
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST
VII., KEREPESI-ÚT 52.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsői és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak

dr. **VAS BERNÁT** és dr. **GARA GÉZA** a labororium vezetői.
Poliklinika: VII., Dohány-utca 31. szám.

SAN REMO téli klimatikus gyógyhely az olasz Rivierán. Mérsékelt árak. Minden kényelemmel berendezett lakások. Kimerítő magyar prospektussal és mindennemű felvilágosítással készséggel szolgál a gyógyhely magyar orvosa: **Dr. CZIRFUSZ DEZSŐ.** Lakása: Via Umberto. 9. szám.

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Budapesten, V. ker., Váci-körút 60. sz.

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudatum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. **MÁTRAI GÁBOR**, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

Labdacskok és tablették 0.3 gr. friss mirigygyel 50 és 100 darabot tartó üvegekben is kaphatók.

THYRADÉN

szagtalan (Extract. Thyreoideae Haaf) ártalmatlan
1 rész = 2 rész friss pajzsmirigy

dr. Haaf és C. Traczewski, berni orvosok utasítása szerint készítik:

KNOLL és TÁRSA, Ludwigshafen a/Rh.

A fennebbi készítmény dr. Kocher berni tanár kórodáján megvizsgáltatván, helyesen alkalmazva hatásosnak és ártalmatlannak találtatott és a nevezett kórodán kivétel nélkül rendeltetik.

Természetes arsen- és vastartalmú ásványvíz

Guber József

SREBRENICA BOSNIÁBAN

Természetes arsen- és vastartalmú ásványvíz Srebrenicában Boszniában. **Mattoni és Wille Budapest Mattoni Henrik Bécs**
Budapest, Bécs, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn.

Dr. DREISZKER JÓZSEF

VÍZ-GYÓGYINTÉZETE

Kőszegen (Vas m.)

vasúttal 3/4 óra Szombathelytől.

Egész éven át nyitva. ★ Mérsékelt ár.

Vízgyógyintézet „Pozsony” Pozsonyban.

Massage, elektrotherapia, gyógytestgyakorlat stb.

Egész éven át nyitva.

Tulajdonos: a pozsonyi iparbank.

Orvosi vezető: **dr. Schlesinger Miksa.**

Előrajzokat ingyen és bérmentve küld az igazgatóság.

Univ. med. Dr. **PÉCSI DANI** nyilvános

TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE

TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

tümeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot, a következő árakon szállít:

50 egyénre (kb. 1 gramm)	3.-
100 " (kb. 2 gramm)	6.-
1 phiola 2-3 egyénre	60
10 vagy több ilyen phiola á	50
1 phiola 15 egyénre	2.50

Csomagolásért 20 krajczár

S Z E M É S Z E T.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

Tartalom: Goldzieher Vilmos dr.: Emlékbeszéd Helmholtz Hermann fölött. — Ij. Siklóssy Gyula dr.: Szemháj- és arczrák miatt plastikusan műtött esetek. — Weisz Gyula dr.: Hirschberg-féle mágnes-műtét. — Isssekutz László dr.: Észleletek a gyakorlatból. — Irodalmi szemle. — Vegyesek.

Emlékbeszéd Helmholtz Hermann fölött.

Mondta a budapesti kir. orvosegyesületben a folyó évi október 14-dikén tartott évi nagygyűlésen Goldzieher Vilmos dr., ny. rk. tanár.

I.

Vannak, kik — laudatores temporis acti — még mindig azt a nézetet vallják, hogy az ifjúság szellemének művelésére és lelkületének nemesítésére a régiek művei alkalmasabbak és hivatottabbak az újabbak alkotásainál. Ezek ellenében nem hivatkozhatom döntőbb, meggyőzőbb irodalmi műre, mint egy pohárköszöntő szövegére, melylyel ama férfiú, kinek megdicsőült szelleme mai összejövetelünket ünneppé avatja, azon hódolatokra válaszolt, melyekben hetvenedik születésnapja alkalmából (1891. november 2-dikán) részesült.

Helmholtz ama pohárköszöntőjében egyúttal irodalmi emlék áll előttünk, aereperennius, telve az újkor szellemével, emlék, mely nem csupán a mesternek alakját, növekvését, létesülését szemlélteti, hanem a természettudományi nevelés eszközeit és céljait is egyenesen eszményi módon világítja meg. Remek alakban, a hosszú és termékeny életre visszatekintő bölcsnek teljes érettségével arra tanít e beszéd, mily kimeríthetetlen bősége az erkölcsi és nevelő mozzanatoknak szunnyad a természettudományi oktatásmód ölében, hogy ezen módszernek az legyen a főcélja, miszerint az ifjú elmének felderítsék az összefüggést az ember és az őt környező természet közt és nyilvánvalóvá tegyék előtte azon tengelyt, mely köré a valódi tudományosság összes tényei csoportosulnak. Ezen tengely nem egyéb mint valamennyi ténynek a természettörvény alá rendelése, más szókkal: a jelenségek oksági kapcsolatának felderítése, melyekről a tanulatlan elme azt hiszi, hogy szabály és törvény nélkül követik egymást. Ezen szempontból irányítva, a természettudományi nevelés nem csupán kimeríthetetlen okulásnak válik kútfejévé, hanem ethikai és aesthetikai gerjesztést is dúsabb mértékben nyújt mint azon összefüggéstelen, általános érvényű törvénytől nem rendezett töredékismereteknek tömege, melyeket az úgynevezett klasszikus oktatásmód a zsenge agyakra beleerőszakol.

Ezen beszéd, melyből Helmholtz idealis alakja jóformán közvetlenül és teljes nagyságában lép elénk, minden életrajz-írójának szorosán kijelöli az útját. Úgy látszik, mintha Helmholtz élte alkonyán azon kötelességet érezte volna, hogy a mily lelkiismeretességgel végezte tudományos kutatásait, úgy vizsgálja a saját egyéniségét, s egyúttal azon nyíltsággal, melyre csak olyanok képesek, kiknek semmi titkolni valójuk nincs, feltüntesse azon értelmi és erkölcsi erőket, melyek benne hatékonyan nyilvánultak. Minden álszerűség nélkül ismerte el, hogy tevékenységének veleje az emberiség közös birtoka lett; ennél fogva nem akart kétséget fennhagyni a rendelkezésére álló képességek mértéke, lényének rügói és azon speciális körülmények felül, melyek reá nézve elhatározókká váltak. E szónoki remekmű azért, a mint már alaki szépségénél fogva időtlen időnkig le fogja a figyelmet kötni, pszichológiai és paedagogiai tekintetben is kiváló rangú marad az irodalomban.

Egy pontban azonban Helmholtz biographusai nem lesznek ama beszéd szerzőjével egy nézetben. A mint élte művének eredményeit egybeveti az arra fordított munkájának fáradozásával és nehézségeivel, azon következtetésre jut, hogy többet köszön kitartásának és a benne lakozó kutató ösztönnek mint képességeinek és hogy csak a véletlennek tudható be, ha más tehetségesebb szaktársai nem jutottak ugyanazon eredmények-

hez. De mi orvosok legkevésbé leszünk hajlandók Helmholtz-czal e felfogásban egyetérteni. A mit a mi tudományunk neki köszön, az megbecsülhetetlen. A terület, melyet ő hódított művészetünknek, megmérhetetlen. Épen a mi sajátlagos területünkön olyan pontossággal, a milyent csak kívánhatni, kimutatható, hogy nem a véletlen kedvezései segítették őt találmányaiban, hanem előbbre vitte őt a rendszeres és fáradhatatlan munka, a szellemnek példátlan mélysége, melynél fogva már munkája kezdetén ennek végső céljait világosan előre meghatározta és csak célja teljes megvalósításával látta feladatát befejezve. Ezen okból mi, a kiknek az ő élete művéből közvetlenebb rész jutott ki mint a többieknek, mi nem engedhetjük, hogy Helmholtz iránti bámulatunkon akár maga Helmholtz is csorbát ejtessen.

Mielőtt élte útjának leírásába fognánk, legyen szabad egy előleges megjegyzést tennünk. Helmholtz munkássága oly gazdag, érdemei a biologia, physika, matematika minden terén oly nagyok, hogy egy emlékbeszéd keretében mindnyáját érdem szerint méltatni lehetetlen. Minthogy továbbá sem physikus, sem matematikus nem vagyok, nem is tartom magamat illetékesnek, hogy szellemi tevékenysége ezen oldalát behatóan tárgyalhassam. Nekünk, a kik e teremben összegyűltünk, főként az a feladatunk, hogy Helmholtznak a mi tudományunk körül szerzett érdemeit ünnepeljük. Igaz, hogy az orvostudomány Helmholtz útjának csak egy része, átmeneti állomás az ő voltaképi céljához a physikához — de itt is oly sikereket ért el, melyek nem csak a tudományt gazdagították és a gyógyító művészet egy ágát megteremtették, hanem kezünkbe anyagot adtak arra is, hogy az emberi ismeretek összegét bölcselő elmével feldolgozzuk.

Hogy útjának *eme* részét bemutassam és Önök előtt feltüntessem, ez ünnepi alkalommal főfeladatomnak tekintem.

II.

Helmholtz H. élete igazi, német tudóselet volt, sima és nyugodt külső lefolyásában, viharoktól fel nem kavarva, egyedül a kutatásnak és tanításnak szentelve. Potsdamban született 1821. augusztus 31-én; a szerencse kedvezése, hogy tudósnak házában jött világra. Atyja, a ki philologus és a potsdami gymnasiumon tanár volt, nem igen bővelkedett földi javakban, de még tanuló korából, mely a fichtei időbe esik, megőrizte volt az idealis érzületet, mely a német tanférfiút jellemzi és a mely, a mint más népek idealistái hiszik, Németország hadi sikereinek titkát rejti magában. A hirneves fiú úgy szól atyjáról mint szigoruan kötelességtudó, de entusiastára férfiról, a ki a költészetért, főként pedig a német irodalom nagy korszakáért lelkesedett. Azon irodalomban, a mely jelenleg rendelkezésemre áll, Helmholtz atyjáról csak egy adatot találok; minthogy ez jellemzőnek tetszik, hadd hozzam fel. Schopenhauer Frauenstädthez intézett egyik levelében említi, hogy az öreg Helmholtz-czal régebben barátságban élt. Ezen tény, minthogy Schopenhauer kiméletlen exclusivitasában valósággal irtóztott minden köznapi elmétől, csak kedvező véleményt kelthet Helmholtz atyjának jelentőségéről. Minden esetre felőtöl, hogy oly férfúnak fia, a ki maga kizárólagosan philologiai tudományoknak élt, a természettudományok iránti akkora fogékonysággal született világra. Ez ugyanis már igen korán mutatkozott; már mikor gyermekéveiben betegeskedése miatt soká ágyhoz volt bilincselve, épülethasábkokkal játszva, annyira elsajátította önszemlélet útján a tér geometriájának

elemeit, hogy később, a gymnasiumon, e tárgyban kevés tanulni valója maradt. Midőn szülővárosa szép környékén kirándult, a természethez való hatalmas vonzalom fogta el, mely fokozódott, midőn a physika és chemia alapismereteit megtanulta; ekkor lett előtte világos, hogy a természetet a tudomány felfedezte törvények segítségével megismerni annyi, mint felette uralkodni. Lángbuzgalommal vetette magát mindama physikai művek tanulmányozására, melyeket atyja könyvtárában talált, a bennök tárgyalt kísérletekbe is elmélyedt, a mennyiben azokat kezdetleges eszközeivel megcsinálhatta.

A grammatikai és történelmi tanulmányokkal kevésbé tudott megbarátkozni, úgy tünnek fel előtte, mint szabálytalan töredékismeretek, mint a mi a szellemet hiába való módon megterheli. Cicero és Vergilius fölöttébb untatták; tárgyalásuk közben a pad alatt azzal foglalkozott, hogy kiszámította a fénysugarak útját a teleskop lencséin keresztül. Ellenben egész énekeket tanult meg betéve Homérból és teljességgel lebilincselte őt e költő, a ki minden mást túlhaladó nagyságában önmaga is mintegy természeti tünemény és a ki mellett, nézetem szerint, még csak egy említhető, a brit Shakespeare, a kinek fejről egyébként hasonló sors igyekszik a költői koszorút leszakítani, hogy alaktalan és tartalmatlan árnyakat koronázzon meg vele.

Igy mult el a gymnasiumi tanulmányok ideje, mely alatt Helmholtzban a természet megismerésére való ösztön szenvedélylyé fejlődött és ama eltökélés érlelődött meg benne, hogy egészen a physikának szentelje magát. De ez, atyjának felfogása szerint, csak úgy volt lehetséges, ha orvostudományra adja magát, minthogy a physika oly művészet számba ment, mely emberét nem táplálhatja. Családi összeköttetések révén sikerült Helmholtzban az úgynevezett Pepiniérebe, a katonarvosi (Frigyos-Vilmos) intézetbe felvétetnie, mi által leendő életpályája is biztosítottnak látszott. Az orvostudományra adnia magát épen nem esett nehezére, hiszen itt is a természettudományról vagy legalább alkalmazott természettudományról volt szó.

Hasztalan kísérlet lenne fürkésznünk, miként fejlődött volna Helmholtz lángelméje, ha a katonailag vezetett intézetben oly tanítókhöz kerül, kiknek egyedüli czélja lett volna katonailag betanított és fegyelmezett szakférfiakat kiképezni. Ily esetekben összeütközések szoktak keletkezni, melyekben nem mindig a lángelme diadalmaskodik. Szerencse Helmholtzra és a világra, hogy nem volt ily sorsnak kitéve. Tanítója Müller János volt, a német orvosi tudomány egyik legnagyobb alakja.

Müller János, koblenzi varga fia, mint anatomus már korán vonta magára a figyelmet. A kevéssel azelőtt alapított bonni egyetemen mint magántanár tanítással és kutatással vívta ki az első elismerést. Ha eltekintünk is nagy tudományos sikereitől és jelentőségének mértékétől csupán azon nagybecsülést vesszük, melylyel tanítványai, kik közül némelyek a tudomány legmagasabb polczára emelkedtek, iránta viseltettek, akkor is kivételes egyéniséget kell benne látnunk. Már külseje is lebűvölőleg hatott a fiatal nemzedékre. Homloka szokatlanul széles és magas volt, szeme nagyobbára elfátyolozott, de a szellemi megfeszültség pillanataiban villámszerűen felvillanó; hallgatagsága a közönséges érintkezésben közmondásos volt, a congenialis tanítvány irányában ellenben közlékeny és bizalmas volt, csupa gerjesztés és ösztönzés. Már fiatal magántanár létére a hallgatók csoportjából kiszemelte a leghivatottabbat, hogy belőle korunk legkitünőbb anatomusát képezze: Henle Jakobot. Berlinbe hivatta, hogy ott az orvosi tanulmányoknak nagyobb lendületet adjon, mindjárt kezdetben tevékenységre sarkalta a sejtán megalapítóját, Schwann Tivadart. Müller hajlamánál és hivatásánál fogva anatomus, de természetkutató létére nem állapodott meg a pusztá leírásnál, hanem az összehasonlító anatomia révén eljutott a fiziologiához, melyet ép ő emelt kísérleti tudomány rangjára, miután annyi ideig az anatómiának csupán függelékeül szerepelt. Az által, hogy a morphológiától a fiziológiához hatolt előre, azaz, hogy új tényeket halmozva és azokat összehasonlítva a működő szervezet tudományos megvilágításához

jutott el, megteremtette a biologia alapjait, azon tudományét, mely az életnek legkülönbözőbb és legváltozóbb jelenségeit egy szempontból felfogni és lefolyásuk törvényeit meghatározni igyekszik. Hogy a biologia tanulmánya, melyet mi a természettudományok koronájául tekintünk, kizárólag oly tudományos módszerek szerint folytatható, a minőt a kísérleti élettan, a physika és chemia nyújtanak, eziránt Müller János tisztában volt. Előttünk e követelés magától értődik, de az ő korában, mikor számos elme rabja volt egy természetphilosophia üres speculatióinak, melyeket legfeljebb költői körülírásokul fogadhatni el, nagy érdem és tényleg a tanítványok egész fényes sora, élükön Helmholtz, Du Bois Reymond, Brücke és a bár nem egyenest Müllertől eredő, de befolyása alatt álló Ludwig őtől indultak ki, hogy a physiologia épületét az új szellemben betetőzzék. De ha közösek voltak is a módszerek, melyekkel az életfolyamatot kutatták, az élet felfogásában, a mestert hírneves tanítványaitól mély űr választotta el, melyet meggyőződésem szerint Müller János philosophiai dispositiója idézett elő. Valjon az élet physikai és chemiai folyamatok kizárólagos játékból megmagyarázható-e? Feltéve, hogy a mi az élet processusában physikai, mindazt pontosan ismerjük, valjon, ha az élő organismusból a physikai erőket kiküszöböljük, teljesen megoldhatjuk-e az élet rejtélyét vagy pedig marad-e még egy X, mely az egész bonyodalmas életfolyamat hordozója, egy meg nem állapítható elv, mely az említett erőket csak azért szegődötteti szolgálatába, hogy a látható világban a neki megfelelő szerepet vigye? Ezen elvet, ezen rejtett erőt: *életerőnek* vis vitalisnak nevezték és nincs kockázat azon állításban, hogy a vitalisták, köztük Müller János, nem hitték, hogy az élet *physikai* erőinek kiderítésével meg van magyarázva, mert hiszen a physikai folyamatok megett az élet metaphysikai titka rejtőzik. Müller János maga metaphysikai eltévedések ellenében kellően volt vértézve, mert Kant philosophiájának nemcsak elvű követője, hanem egyszerűs mind physiologiai alapját is ő vetette azzal, hogy az érzékek specifikus energiájáról szóló törvényt kiderítette; már pedig Kant szerint minden tudomány kizárólag a tapasztalat tanain felépülhet, mi pedig a tapasztalat körén túl van, azt tudományos megismerésünk meg nem közelítheti. De Müller János tanítványai és velük meg utánuk az összes csak némileg is számottevő physiologusok ellenezték, hogy a természettudományi kutatásokba metaphysikai elem vegyüljön; mindama segítő szerek birtokában, melyeket az egyre hatalmasabban fejlődő természettudományok nyújtanak, ők, Helmholtzsal élükön, azon elvet állították fel: ha az ő feladatuk, hogy az életet kifürkészsék, nekik azon feltevésből kell kiindulniok, hogy az élet igazán ki is fürkészhető. Így történt, hogy a physiologiai tudományokban egészen a mi időkig uralkodó új iskola egyik legfőbb sikereként dicsőítik, hogy végkép kiküszöbölte a titokzatos életerőt, mely nekünk orvosoknak is a *vis mediatrix naturae* neve alatt ép oly rejtelmes, mint kívánatos szolgálatokat tett, hogy *egy* természettörvény mozgatja úgy az élő, mint az élettelen természetet, hogy tehát az élet csak egyik specialis esete a mozgató erőnek, melyek a térben tova repülő égi testekben, valamint a legesekélyebb porzemekben működnek. Igaz, hogy e század nem záródott le a nélkül, hogy az életfolyamat eme mechanikus felfogása ellen természettudományi részről reactio meg nem indult volna és mi más Du Bois Reymond híres kijelentése: az „Ignorabimus“ mint azon vallomás, hogy a távolság, mely bennünket az élet megértésétől elválaszt, ma, a biológiának minden haladása mellett, ép akkora, mint annak előtte? De annyit el kell hogy ismerjen a tudományok története, hogy termékenység, fényes sikerek és nevezetesen a gyakorlati orvostan számára gyümölcsöző eredmények dolgában nem haladja túl Helmholtzban és hasonló törekvésű társainak módszertanát semmilyen más, sőt, hogy az az egyedüli, melytől jövőben is *gyakorlati* eredmények várhatók. Mikor Helmholtz még Müller János közvetlen vezetése alatt állott, már mint hallgatót, túlnyomólag morphologiai tanulmányok foglalták el, melyeknek legszebb gyümölcse az a felfedezése, hogy az *idegrostok az idegdúcsejtekből erednek*, mely doctori dissertatiójában: de fabrica systematis

nervosi vertebratorum foglaltatik (1842). A mint elbeszéli, histologiai kutatásához a mikroskópot azon megtakarításokból szerezte be, melyeket egy súlyos typhus abdominalis tartama alatt kénytelenségből tett. De a histologia nem tartotta vissza attól, hogy magát kedvelt tudományaiban, a physikában és matematikában alaposan ki ne képezze, a mihez a katonarvosi intézet gazdag könyvtára szolgáltatta az eszközöket. Kevéssel dissertációja után megjelent Müller Archiv-jában (1843) első kísérleti dolgozata: a rothadásról és erjedésről, melyben *Liebig* ellenében kimutatja, hogy a mustnak erjedése egy szilárd testnek: a kovászsejteknek otlétéhez van kötve és hogy be nem áll, ha a környező levegő előzetesen izzó hőség által sterilizáltatott. Szükséges tehát, hogy az erjedés mikroorganizmusai a folyadékba kívülről jöttek legyen, ősnemzést (generatio aequivo-ca-t) a megfigyelés ki nem mutathat.

Helmholtz két említett munkája alapvetőnek tekinthető és oly problémákat illet, melyek még ma is számos kutatót foglalkodtatnak. A rothadásról és erjedésről szóló munkájában Helmholtz Pasteur elődje és talán csak az akkori mikroskópok fogyatékoságának tudandó be, ha Helmholtz beérte az erjedés elméletében elért eredményekkel és nem kísérte tovább azon bomlási folyamatokat, melyek a szerves testekben bizonyos mikroorganizmusok behatolása után állanak be. Őt egyébként akkor, gerjesztve ezen munkák, valamint az életerőről való speculációk által, elméleti kutatások foglalták el, melyeket nemsokára közzé tett egy értekezésben, mely az újabb physikának vetette meg alapját. Az „életerő“ hívei azon bomlási folyamatokat, melyek a szervezetben a halál után mennek végbe, a szervezetben működő és csak most felszabaduló kémiai erőknek tartották, melyeket az élet tartama alatt éppen a transcendentalis életerő mintegy felfüggesztett. E szerint az önmagában mindig megújuló életerőnek hatalmában állana a természetöröklet oldania és kötnie, tehát képes volna munkát végezni és megsemmisíteni, a nélkül, hogy maga szem volna a természetöröklet láncolatában. Ez annyit tenne, mint munkát a semmiből előállítani és egyenlő értelmű a „perpetuum mobile“ elvével, melynek construálásával a századok folytában nem egy gondolkodó fő kimerültség gyöttrődött volt. Ezen speculációkból kiindulva, Helmholtz felveti a kérdést: „mely viszonyoknak kell az egyes természeti erők közt fennforognia, ha a „perpetuum mobile“-t általában lehetetlennek hisszük?“ és e kérdés oda vezette, hogy megállapította az erő, vagy a mint a physikában ma mondják, az „energia“ megmaradásának törvényét, a mely a mechanika betetőzése és a modern physika alapvető tana lett.

Helmholtz kutatásainak kiindulópontja nem találkozott az összes bölcsészek tetszésével, és, mondjuk ki nyíltan, végső következtetései nem is eléghetnek ki mindenkit. Az erő megmaradásának törvénye szilárd alapokon nyugszik ugyan a mechanika birodalmában, de az „életerő“-t azért nem bírta megsemmisíteni. Annyi bizonyos, hogy az életerő *Stahl*-nak, vagy éppen *Paracelsus*-nak értelmében, mint az anyagon belül és mögötte lakozó, értelemmel és akarattal felruházott potentia sokkal több durván érzéket, sőt babonásat foglal magában, semhogy természettudósok elfogadhatnák. Hiszen a következtetések is, melyeket a vitálisták elméletükből levontak és melyeket Helmholtz-nak a rothadásról és erjedésről szóló munkájáról szoltunkban felhozunk, legalább részben a chemia és bacteriologia újabb haladásai által megczáfoltattak. Másfelől igaz, hogy a bacteriologia legújabb, legfényesebb szaka újból tényül hirdeti az élő szervezet küzdelmét a rothadás és bomlás kívülről behatoló hordozói ellen és mi más *Metschnikoff*-nak „Phagocytosis“-a, mint a sejt azon akaratának kifejezése, hogy magát integritásában fenntartsa. Mindenesetre bizonyos, hogy minden természeti folyamat, bárhol játszódik is le, akár szervezetekben, akár élettelen testekben, csakis az okság törvénye szerint ítéltető meg, mert a természeti folyamatok — in ultima analysi — csak jelenségek, melyek érzékszerveinket afficiálják, központi organumunkban észrevéteket keltenek, melyek kizárólag csak a számukra érvényes kielégítő ok szerint rendeztetnek. De ha már mind a jelenségeket rendeztük, lefolyásukat tér és idő szerint meghatároztuk, akkor utolsó sorban

elérünk az érzékszerveinket afficiáló minden mozgásnak okához, az energiához, mely a különböző, ismeretes természeti erők valamelyikének alakjában lép föl. Képesek vagyunk-e már most ez energiát meghatározni? Nem ép oly idegen-e tőlünk mint a *Stahl*-féle életerő? Csak annyit tudunk róla, hogy állandó nagyság, mely nem alakul újból és el nem enyészik, úgy hogy, ha mint erő valahol megjelenik, csakis helyét változtatta, és ha mint erő eltűnt, akkor visszamerül a mindenség nagy energiakészletébe. Helmholtz szavaival kifejezve úgy szól a törvény, hogy a természet a hatékony erőknek bizonyos készletével rendelkezik, mely nem növelhető, sem nem csökkenthető, hogy tehát az anorganicus természetben a hatékony erőnek mennyisége örök és változhatatlan, mint az anyag mennyisége. Ez alakban kifejezve az erő megmaradásának törvénye a physika alaptörvényeül tekinthető és ma oly magától értődő hangzik, hogy nekünk ifjabbaknak esodálkoznunk kell, mennyi ideig tartott, míg a szakférfiak általánosságban elfogadták. Mert már néhány évvel Helmholtz publicatioja előtt egy német gyakorló orvos, a heilbronni Mayer Gyula Róbert ugyanazon gondolatot fejezte ki (1840 és 1841), melyhez ő pathologiai tapasztalatok és elemi természeti tünemények megfigyelése útján jutott volt el. A mi Mayert illeti, némileg érthetővé válik azon mellőzés, mely közzétételeit érte, az által, hogy ő matematikai képzettség, sőt tulajdonképpen a physikában való specialis szakismeretek nélkül csak nagyszerű intuitióból merítette a természetmegismerés legfőnségesebb alaptörvényét. Annál felülőbb a szakférfiak visszautasító magatartása Helmholtz értekezése iránt, melyet szigorúan tudományos tárgyalás és elegáns matematikai dolgozat mintájaként dicsérnek. Csak egy nemszakember közbenjárására tehetett kiadóra szert, ellenben a tulajdonképi physikusok, a mint most nyilvánvaló, nem értek még meg annyira, hogy az eléjük terjesztett munka rengetek jelentőségét fölfoghatták volna.

Nem érezzük magunkat indítva, hogy ezúttal Helmholtz-nak Mayerhez való viszonyáról nyilatkozzunk, bebizonyult, hogy Mayer eredményei jó ideig ismeretlenek voltak előtte. De minékünk orvosoknak főlemelő tudat azon tény, hogy az újabb physikának legtermékenyebb gondolatja két orvosnak agyából fakadt, hogy tehát az orvosi tudománynak módjában van búsán visszafizetnie azon impulsusokat, melyeket az exact tudományoknak köszön.

Ugyanazon gondolatkörből, mely arra vezette, hogy az erő megmaradásáról szóló törvényt megállapítsa, támadt egy másik dolgozata is a hőről, mely munkaközben az izmokban képződik (1848). Ha a hő nem egyéb mint munka más formában, akkor kell, hogy az izommunka egy megfelelő része mint hő érvényesüljön. Ki volt mutatandó, hogy az izom összehúzódása közben tényleg hőt fejleszt, egész függetlenül a vészállításától és az elhasznált anyagok felhalmozódásától. Thermoelektrikus oszlopok alkalmazásával Helmholtz döntően bebizonyította, hogy akár a gerinczagy felől való tetanizálás, akár közvetlen ingerlés után mindannyiszor mérhető hőemelkedés következik be, és ezzel a szervezet hőfejlesztésének egyik forrása föl volt derítve.

A legközelebbi kutatások, melyekbe fogott, az idegphysiologiát illetik, a mely akkor Du Bois Reymondnak fényes eredményei által hatalmas lendületet vett. Helmholtz mindenekelőtt a kutatás oly módjával, mely elegantiájával és pontosságával még ma is elragadja a physiologist, meghatározta azon gyorsaságot, melylyel az inger az élő idegben továbbterjed, egy másodperc alatt körülbelül 26 métert tesz ki; ezen tény által a gondolatnak villámgyorsaságáról szóló mondas a tudományból a költészet világába utasított (1850). Áttérve aztán az élő idegek elektromotorikus tulajdonságairól való tényre, melyet Du Bois Reymond talált volt, megállapította az elektromos áramoknak megoszlását az állati vezetőkben (1851), meghatározza az izom mechanikus változásainak lefolyását a rángatózás közben, és megméri a reflexvezetés gyorsaságát a gerinczagyban, megannyi munka, mely az idegphysiologia alapjaihoz tartoznak.

E közben kedvezőbbre fordult Helmholtz külső élete is; miután egy ideig katonarvos volt Potsdamban a vörös huszá-

roknál, 1848-ban mint Brückének utódja, assistens lett az anatómiai intézetben és az anatómiának tanára a művészeti akadémián Berlinben, 1849-ben pedig a physiologiának és az általános pathológiának tanára Königsbergában. Itt, Kantnak és a kritikai philosophiának szülőhelyén, főtevékenységét a physiologiai optikára fordítja, és kevés idő múltán meglepi az orvosi világot egy addig legyőzhetetlennek hitt problémának megoldásával és eszközt ad az orvosok kezébe, mely a diagnostikát mérhetetlen területtel gyarapította és egyszersmind ösztönzésül szolgál a therapia megbecsülhetetlen gazdagítására.

A szemtükör szerkesztése az, a mire gondolunk, azon eszköze, melylyel a szemgyógyászat az igazi klinikai szakrangjára emelkedett, és mely elméleti, sőt aesthetikai szempontból nézve az alkotó emberi szellem legnagyobbív-mányai közé tartozik.

A hogy Helmholtz azon utat feltünteti, melyen legszebb, minden esetre legaldásosabb sikeréhez eljutott, méltó rá, hogy szerte ismertté legyen és mindazok megszíveljék, kik magukat akadémiái pályára szentelik; mint igyekeznek pedig a feltalálás főérdemét elődeire tolni és a babért barátja Brücke fejére tenni, az nemeslelkűségének és szívének teljes becsületére válik. Nyomban ki fogjuk mutatni, hogy soha a dícsőség koronája, bármely kutató fejét ékesítette is legyen, jobban kiérdemelve nem volt annál, mely ő neki a szemtükör feltalálása fejében kijutott.

Egyetemi tanár, úgy beszéli Helmholtz, fölötté hasznos fegyvelzésnek van alávetve az által, hogy tudományának egész terjedelmét évente úgy kell előadnia, hogy hallgatóságának éber elméit is, a legközelebbi nemzedék nagy férfait, meggyőzze és kielégítse. Ezen kényszer adott okot arra, hogy Brückének a szemfénylésről való elméletével foglalkozzék és hogy azt hallgatóinak kísérletekkel megmagyarázza. Ekképen bukkant a szemtükör problémájára, melyet Brücke, ha csak akarta volna, ép úgy tudott volna megoldani, mint ő, Helmholtz maga.

Ámde ezen föltevéshez épen nem csatlakozhatunk. A szemfénylés irodalmából teljes bizonyossággal kiderül, hogy Helmholtz classikus műve előtt ép oly távol voltunk a szemtükör feltalálásától, mint a megelőző századoknak bármely időpontjában. Sem Brücke, sem más valaki elődei közül nem fogták föl a szemfénylés tünetét annak, a mi tulajdonkép, t. i. sürgős felszólításnak a természet részéről, hogy leggondosabban őrzött titkainak egyikét elragadják tőle. Hogy sok állatnak szeme bizonyos időben fénylik, régtől fogva volt ismeretes, néha-néha emberen is észlelték e jelenséget. Nagy haladásnak tetszett, mikor Cumming Angliában, Brücke Németországban megállapították, hogy azon fény, mely égő parázshoz hasonlóan, némelykor zöldes vagy violás színben a szemből kiárad, nem objective magában a szemben keletkezett, hanem a külvilágtól kölcsönzött fény, melyet a szem háttere reflectál. Brückénél még tovább nyomult előre Cumming, a ki a tünetet embereken tetszés szerint bírta előidézni és azon volt, hogy a diagnosis czéljaira értékesítse. De azon eszme, miszerint a szemből kiáradó sugarakat gyűjteni is lehet, hogy a szem belsejének képét nyerjük, senkiben nem támadt. Hogy Brücke meg sem közelítette a szemtükör problémáját, hogy föl sem ért hozzá, azt döntőleg bizonyítja azon körülmény, hogy mikor a véletlen rögtönzött szemtükört játszott a kezére, ő figyelmen kívül ment el mellette. Erlach barátja ugyanis, a ki pápaszemet viselt, arra tette volt figyelmessé, hogy, ha sikerült egy kellően fölállított lángnak tükrökép a szemüvegéből egy átellenében álló személy szemébe vetnie, akkor ezen szemnek a pupillája fénylett. Hogy egyáltalában azon kérdés, miként lehetséges a csupán átlátszó közegekből álló szem belsejét megvilágítani, Helmholtz idejéig nem foglalkoztatta komolyan a physikusokat, ma megfoghatatlannak tűnik föl előttünk. Mert hiszen a szemben történő sugártörés elmélete, lényegében, már Kepler óta volt ismeretes és nem forgott fenn kétség az iránt, hogy a szem a camera obscura physicalis typusa szerint épült. Hogy senkisémm vállalkozott arra, hogy a camera obscura egyszerű viszonyait a probléma megoldására értékesítse, örökké nevezetes marad a tudomány történetében. Mintha valamely

titokzatos hatalom visszatartotta volna az embereket attól, hogy a sötét burokba zárt kristályszerű magvat megvilágítsák és hogy a szemnek, vagy a hogy a megfejtett titok ellenére is állandóan nevezik: a lélek tükrének hátterét a megfigyelő tekintetének kiszolgáltassák.

Mindebből kiderül, hogy Helmholtznak e téren nem volt előzője és hogy kizárólag őt illeti a szemtükörtan megalapításának dícsősége.

Helmholtz értekezése a szemtükörről — megjelent 1851-ben Berlinben — egy csapással és a legrövidebb úton megold egy problémát, melyet eladdig nemesak hozzáférhetetlennek tartottak, hanem fel sem állítottak. Mondhatni, hogy a physikailag képzett olvasó a megoldást már az értekezés első lapján megtalálja. Megállapítja a szemfénylés elméletét, fejtegeti a szem hátterétől reflectált sugarak menetét, kimutatja a camera obscura példáján, miért marad a szem belseje rendszeren sötét és kimutatja egyúttal annak a lehetőségét, hogy láthatóvá tegyük. Azután a módszert írja le, miként lehet a legegyszerűbb eszközökkel, egyszerű üvegeszeréppel a pupillát fénylővé tenni; miként gyűjthetők egy hozzáillesztett concavencse segítségével a pupillából áradó sugarak virtuális képpé. Erre egy teljes szemtükör leírása következik, melynek elvén máig is csak csekély módosítás történt. Végül pedig a szemhátter leírása, mely nem kevésbé nevezetes, minthogy arról tanuskodik, mily tökéletes diagnostikus éléslátással rendelkezett a „theoretikus“, a ki előd nélkül és igen korlátozott anyagon már oly részleteket határozott meg, melyek, mint p. o. a papilla áttetszősége, önmagukban is egy kipróbált klinikusnak teljesen becsületére válhatnának. Eszközt is szolgáltat kezünkbe, hogy a szemtükör-vizsgálat által a refractio objectiv megállapításához eljussunk, és megmutatja, hogy a szemhátter beállható pathologikus elváltozásai, melyekről tökéletesen találó schemát vázol, miként lesznek hozzáférhetők a diagnostikus szeme számára.

Ezen munkát in nuce magában foglalja az egész szemtükörtan. Az elmélet be van fejezve, az épület alapjai szilárdan meg vannak vetve, csak csekély kézi gyakorlottság kívánatos, csak a klinikusoknak jóakarata és képessége van szükség, hogy az új disciplinát azzá tegyék, a mivé tényleg lett: az orvosi diagnostika legexactabb részévé.

Hozzájárul, hogy Helmholtz értekezése oly világossággal és nyugalommal van írva, mely semmi kétséget fenn nem hagy, hogy nem akad benne semmi, a mi későbbiek valami kifogásolni valót találtak volna, és hogy egyetlen fölösleges szó nélkül mindazt megmondja, a mi azon időben egyáltalában mondható volt. Ha van mű, mely magában hordja a halhatatlanság criteriumait, bizonyára ez az. Azért meg is érdemli, hogy minden physiologiailag képzett orvos, a ki önmagát megbecsüli, legalább egyszer alaposan áttanulmányozza, mert benne az exact kutatás mintáját élvezheti. Hiszen a mi időnkben eléggé visszaélnék az „exact“ jelzővel, a mennyiben igénybe veszi maga számára mindenki, a ki csak egyszer életében egy pár tengerinyulat vagy békát agyonkínzott. A mi pedig a szemorvost illeti, — e könyv tanulmányozása ihlettséggel tölti el őt, mint a természetkedvelőt, ki a folyamat, mentében a hegyóriásokig kíséri és ott fenn a magasban a fenséges magányban a zöld hegyi tóhoz ér, melyből a vizek zuhogva szakadnak a völgynek, hogy ott magukba fogadják mindazon ereket, melyeket a természet öskezdetől fogva egy folyammedernek szánt.

A szemtükör föltalálásával Helmholtz a legnehezebbet cselekedte meg, a mi a élettani optika terén végzendő volt. Most előállott azon föladat, hogy ezen fontos disciplina, mely annyi kutató megfeszült munkássága daczára töredék maradt, kiépíttessék és, a mennyiben ez a tudomány határaiba vág, egészszé alakíttassék. Csak oly egyetemes szellemű, oly mély intuitiójú férfi, a ki a természetbuvárnak rendelkezésére álló kutatási módszerek föltétlen ura és a ki a kísérletek elrendezésében kimeríthetetlen leleményességű, csak ily férfi lehetett képes ezen tervet keresztülvinni. Mert az élettani optika nemes csak a physiologiának legexactabb része, hanem egyszersmind a legbonyodalmasabb is. Egyáltalában, az ophthalmologia a kutatás oly tere, mely a kutatókat ellenállhatatlanul csábítja;

kezdetben a leghozzáférhetőbbnek tűnik föl, holott mélyében a legnehezebb és legérdekesebb problémákat rejt, melyeknek megoldására még kiválóbb elmék is örömet fordítják szellemük teljes erejét. Azon bűvös országhoz hasonlít, mely határain minden vándornak nyitva áll, rónákon, magaslatokon, mélysegeken át, odáig elvezeti, hogy a vidék szépségétől legmélyebb valójában elragadva, meg nem állapodik a belsejében levő titokzatos és áthatolhatatlan oserdő előtt sem. Már a szem anatómiája is elegendőképp szemlélteti a világosság és homály ezen egymásmellettségét. Ideális világosságban állanak előttünk a szem alkotó részei, szövetjük rétegeiben pedig a legkülönbözőbb histologiai elemek rengeteg számát rejtik, melyeknek funkcióiokról és összefüggéséről a legserényebb kutatók egész sora daczára nem sikerült még tiszta képet nyerhetnünk. Mint optikai készülék a szem ismert típusok szerint épült, melyeknek törvényei fölül a physika nem hagyott kétséget, de mint az embernek látóapparatusa, melylyel akarata szerint élhet, oly berendezéssel rendelkezik, melynek tökélet-s megismeréséig még mindig el nem jutottunk. Az által, hogy a természet páros szervnek teremtette, bennök rendkívül finom és sokszorosan bonyolult pályáknak kell lenniök, melyek az ikerszervek érzeteit egymással összekapcsolják — a szálak fölötté dús hálózatának, melynek csomópontja nagyrészt máig ismeretlenek előttünk. És mivel a szem mint legfontosabb érzékszerv a külvilág megismerésére a legnevezetesebb anyagot szolgáltatja, azért szükséges kimutatni, mely úton jut szellemünk meglevő ismereteinek birtokába, mi módon dolgoztatnak föl a retina szétfolyó érzetei a külső tárgyakról való határozott észleletekké, míg azután a világ színpompájában, sokszerű változatosságában és végtelenségében áll előttünk.

Látványos ebből, mily kimeríthetetlen az ophthalmologia munkatere, minthogy egyszerűeknek látszó kérdésektől, melyek elemi physikai tantételek helyes alkalmazásával megoldhatónak tűnnek föl, egészen az emberi kutatás legmagasabb problémáig terjed.

III.

Helmholtznak 1867-ben befejezett „*Physiologische Optik*“ egyöntetű mű, jöllehet egyes tanulmányok rengeteg tömegéből keletkezett. E műben semmi sincs másunnal kölesönözve, a teljes anyagot maga a szerző dolgozta fel irodalmilag, kritikailag és kísérletileg. A munka önállóságát véve összehasonlítási alapul, nem tudnék vele körünk orvosi művei közül mást egybevetni mint az anatómia nagy kézi könyvét *Henle Jakabtól*, mely az anatómiának rengeteg anyagát szintén kizárólagosan saját kutatásai alapján tárgyalja, nyelve tökéletes, oly világos áttekinthető, hogy ritka német tudományos mű kelthet vele versenyre.

Helmholtz kutatásaira és tanulmányaira jótékony lefolyással volt, hogy az északi Königsbergből 1855-ben Bonnba és kevéssel rá 1858-ban a physiologia tanárául Heidelbergába hívták meg. Ha van város, mely a múzsák otthonának mondhatja magát, akkor méltán ékeskedhetik e névvel Heidelbergba, a hol az iskola hagyományai párosulva ósrégi történeti emlékekkel hatalmas benyomást keltenek a lakókban, a hol a nap zaja és az auri sacra fames nem tompítja el a lelkeket, a hol páratlanul szép természet az elméket emeli és a szellemi munka utáni üdülést biztosítja, a hol esupán a tudománynak élő annyi ember kölesönös érintkezése önálló tevékenységre serkent és az egyetemet tényleg azzá emeli, a mit neve kifejez: Universitas litterarum-má, a tudósok köztársaságává. Jöllehet életének utolsó berlini szakában Helmholtzot sokkal nagyobb külső fény övezte, bizonyonyal mégis Heidelbergában folyt le életének legszebb, legboldogabb ideje. Itt nevezhette barátjának *Kirchhofot* és *Bunsent*, a spectral analyticiai módszer lángelméjű teremtőit, itt bírta kartársul az anatómiái kutatás nestorát, *Arnold Frigyst*, *Friedreich* és *Simon* klinikusokat, *Knappot* és *Beckert* az érdemdús, fáradhatatlanul szordalmas szemorvosokat, ide özlöttek évente a szemészek Graefe és Donders vezetése alatt, hogy szabad egyesülésben Helmholtz auspiciumi alatt vegyék előre az új tudományt, mely általa oly hatalmas lendületet vett. Itt rendezett be az

ő számára egy kiesiny, de a cultura magaslatára emelkedett állam bőkezűsége egy diszes laboratoriumot, minden országból tódultak feléje a hallgatók, kik közt nem egy specialis vizsgálódásokra is képes volt. Ezen kedvező külső feltételek mellett érte befejezését két legnagyobb könyve: az említett „*Physiologiai Optika*“ és „*Die Lehre von den Tonempfindungen*“ (A hangérzetek tana).

Lehetetlen egy emlékezés keretében mindazon kutatások elemzésébe becsátkoznunk, melyekkel Helmholtz a physiologiai optikát gyarapította. Csak egyes olyan pontokat emelhetünk ki, melyek legközvetlenebbül, gyakorlati tekintetben is, a tudomány haladásánál közrehatottak. Ezekhez tartozik első sorban az *ophthalmometria*, összehasonlíthatlanul finom és biztos módszer a szem *constans*-ainak mérésére. Az eszköz, melyet Helmholtz a physiologusok és szemészek kezébe adott, igaz, hogy nagy követeléseket támaszt a vizsgáló ügyessége és lelkiismeretessége iránt, de egyúttal minden másnál alkalmasabb arra, hogy pontos eredményeket nyerjünk. E legfinomabb optikai mérőeszköz segítségével nemcsak a szaruhártya görbületét sikerül megmérni, hanem meg is állapítható, hogy az a szemnek accomodációjánál nem módosul. Helmholtz bebizonyította, hogy az accomodációt nem a cornea, hanem a lencse alakváltozása idézi elő és ezzel az accomodatio elméletét, mely számára eladdig hiába kerestek volt kielégítő magyarázatot, biztos, physikai alapra fektette. Csak a legújabb idő mutatta, mily gyümölcsözővé válhatik az ophthalmometer a szemorvosi gyakorlatra nézve. Egyike a leggyakoribb hibáknak az astigmatismus, csakis ophthalmometrikus úton határozható meg objectiv pontossággal. Az eredetileg Helmholtz-féle eszköznek egy változatát, mely *Cocius*-nak, a lipesei professornak köszönhető, a párisi *Javal* ügyesen élt eszköz szerkesztésére használta fel, mely a gyakorlati élet legjogosabb követeléseinek megfelelő, úgy hogy az ophthalmometria elve, melyet Helmholtz hirdetett legelőbb, a gyakorlatban csak most fejt ki áldásos hatását, a mennyiben a szemorvos működése terét tetemesen tágitja.

A *színtanban* Helmholtz megszünteti a fennálló zavart azáltal, hogy kimutatja, miként használhatók a tisztult spectral-színek színvegyítésre és hogy megvilágítja a különbséget, mely spectral-színeknek és pigmentumoknak vegyítése közt létezik.

Young Tamásnak elméletét (1807) tartja legalkalmasabbnak, hogy a színészrevétek jelenségeit megmagyarázza; tökéletesíti és a színvakság elmélete számára is értékesíti. Young-Helmholtz elmélete, ha eltekintünk itt *Schopenhauernek* jogtalanul mellőzött elméletétől, az első kísérlet, mely a színészrevéteket physiologice igyekszik megmagyarázni, azaz azon összefüggést földeríteni, mely a színek Newton-feltételezte objectiv természete és az érzetnek subjectiv jelensége közt fennforog. Búsán teljesítette minden tudományos elmélet hivatását, miszerint a tudományoknak koronkénti állása szerint egységes szempont alá foglalja a tényeket, ne csodálkozzunk, ha őt is érte minden elmélet sorsa, a mennyiben más elméletnek kénytelen helyet engedni. A színészlelet modern elmélete, mely a Helmholtz tanulmányai és ösztönzései által összehordott gazdag ténykészletből meríthet, a reczeshártya photochemiai változásaiból indul ki, melyekről eddig csak igen tökéletesen ismereteink vannak; feltétlen alkalmazhatóságát még igazolni tartozik.

A színelmélet példája világosan mutatja, miként kell a kutatónak saját öntudata tényeiből kiindulnia, hogy physikai szemlélethez eljusson. A színek megismeréséhez közvetlenül és kénytelenül jutunk a retinának egy *érzete* által, melyet ugyan rendesen objectiv világosság behatása idéz elő, de a mely semmikép sem hasonló ahhoz a mit a physika színek nevez, tudniillik bizonyos hullámhosszaságú aetherrezgéshez. Nevezett esetben minden physikai fejtegetésnek kiinduló pontja egy psychikai folyamat: az érzet. Még nagyobb mértékben szorultunk psychikai jelenségek tanulmányozására a látás észrevéteiről szóló tanban. Ha a látás észrevéteit a külvilág megismerésére a legjobb anyagot szolgáltatják, akkor a természet-kutatónak fel kell vetnie a kérdést, miként építjük fel az

érzékek nyújtotta érzetelemből a külvilágot? Csak az elfogulatlanul primitív ember hiszi, hogy a külvilág önmagából értődő, mely feltétlenül adva van; a tudós előtt nem lehet kétséges, hogy a külvilágnak oly construálására, a mint az ember előtt megjelenik, az emberi szellem tevékenysége szükséges. A physiologusnak van leginkább módjában, hogy e tételt egy ráutalással szilárdítsa. Ha a természetvizsgáló teljes felszerelésével ellátva a külvilágot szervezetünknek utolsó bűvő helyéig nyomozzuk, akkor elvégre két apróra kicsinyített, megfordított, elmosódott és gyakran nem is congruens retinaképekhez, a külső tárgyak másaihoz érünk. És ezáltal, hogy a külső tárgyaknak optikai tekintetben tökéletlen másait érzékeljük és egységes érzetté olvasztjuk, eljutunk a külvilág észrevetéséhez, a mint három dimensio felé való végtelen kiterjedésében, színpompájában és az alakok kimeríthetetlen változatosságában előttiünk elteről. És most hadd álljon be az érző subjectumnál az occipitalis agykérgének körülhatárolt részén laesio akár sérülés, akár vérkeringési fennakadás által és ime a világkép egészében vagy egyes részeiben eltűnik, daczára annak, hogy az érzékszervek és az agynak legnagyobb része épségben maradtak. A ki ezután nem vallja meggyőződéséül, hogy a világ agyjelenség, annak bizonyára a mint humorosan felkiált egy nagy philosophus, kire azonnal rátérünk, az istenek egytől egyik hátat fordítottak.

Az a kérdés már most, miként jutunk a külvilág megismeréséhez, mennyi felel meg az ismeretekből a valóságnak és mennyi csak látszat, már régóta foglalkoztatta a philosophusokat. Még a tulajdonképeni természetvizsgáló sem mellőzheti, mert lépten-nyomon tódulnak elébe problémák, melyeknek megoldására a physikai kutatás segédeszközei nem elégségesek, hanem mellőzhetetlenek oly feltevések is, melyek a tapasztalati tudományok körén túl esnek. Helmholtz nagy szelleme is fáradott e problémákon. Physiologiai optikája az ismeretelméletnek nem csak minden kísérleti anyagát foglalja magában, melylyel minden jövendő kutató tovább építhet, hanem önmaga is jól kidolgozott elméletben ormol, mely napjaink irodalmában az *empiristikus elmélet* nevén szerepel. Ugyanazon irodalomban az érzéki észrevétekről való empiristikus elméletét szembe helyezik a *nativistikus*-sal, sőt a kettőt némileg ellentétbe állítják. Ámde a philosophiai irodalom behatódott és elfogulatlanabb ismerője előtt nem lehet kétség az iránt, hogy mind két elmélet Kantból indul ki, a kinek nézeteiből a nativistikus tan maig sem tágit, míg az empiristikus elmélet nem más mint Kant tanainak szabad továbbfejlesztése és fontos változata, a melyet *Schopenhauer* állapított meg és már 1816-ban a látásról és a színekről szóló egyik emlékezetes értékezésében a legátlátszóbb módon adott elő. Kant és a mai nativisták szerint érzékszerveink útján a világkép készen sétál belénk; szellemünk vele született szervezeténél fogva kénytelenül jutunk a külső tárgyak szemléletéhez. E módon magyarázat nélkül marad, miként válnak az első elemek, érzékeink, diffus érzetei, határozott észrevétekké, szellemi életünk tartalmává. Egy szóval Kant szerint a pusztá érzéki érzet nyomban észrevétté lesz. *Schopenhauer* szerint, a kihez Helmholtz teljesen csatlakozik, az érzékszervi érzetek csupán csak az anyagot szolgáltatják, melyből elméleti folyamat segítségével csinálhatunk valamit; a külvilág behatása által előidézett érzéki érzetek még csak az anyagot adják, melyet az elme szemléletté dolgoz fel. Ez a két elmélet közti elvi eltérési *Schopenhauer intellectualis* elméletét éppen Helmholtz emelte teljes érvényre az empiristikus elmélet nevével.

Vonzó és okulást dúsan nyújtó tanulmány, ha utána járunk azon ösvényeknek, melyeken két oly gyökeresen különböző szellem mint *Schopenhauer* és *Helmholtz* egymástól függetlenül ugyanazon eredményekhez jutottak. Az utak különben tisztán terülnek el előttiünk, régtől fogva ismeretesek a deductio és inductio nevéu. A két philosophus hasonló két fölfedező utazóhoz, kiknek egyike a folyam mentét torkolatától forrásáig, másika a forrásvidékétől torkolatáig követi. Hogy majd azon hydrographikus mappá, melyet Helmholtz terjeszt elénk, sokkalta gondosabban van kidolgozva és részletekben jóval gazdagabb mint a *Schopenhaueré*, ez Helmholtz szellemé-

nek induktív természeténél fogva nem ejthet csodálatba. Azt is fogjuk érthetőnek találni, hogy Helmholtz teljesen ignorálta lángeszű elődjének művét. Eltekintve azon erkölcsi idegenkedéstől, melylyel oly ethikai jelességekkel ékeskedő férfiú mint Helmholtz szükségképen viseltetett *Schopenhauer* iránt, a ki a philosophusnak csak szellemét bírta, ezenfelül mint az inductio nagy mesterét mély bizalmatlanság töltötte el a deductio módszere iránt. Hiszen egyik főérdeme azon iskolának, melynek élén állott, hogy a deductiónak kinövéseit irtogatta; ő a deductiónak eredményeit nem tartja egyenrangúaknak azokkal, melyek az inductio biztos talajából lassan, fáradsággal, de szilárdan sarjadnak. Ezt Helmholtz nyíltan, tisztán kimondotta egyik legszebb akadémiai beszédében. „*Az orvostudományban való gondolkodásról*“ (Ueber das Denken in der Medicin), a melyben, utalva a régebbi orvostan szomorú állapotára, arra buzdítja az ifjú nemzedéket, hogy a tapasztalat és a részletkutatás biztos talaján maradjon továbbra is. Vegyük még tekintetbe, hogy a két nagy elmélkedő világnézete homlokegyenest ellenkezik egymással, a mennyiben *Schopenhauer* nagyszerű fölfogása a világról a pessimismus kirívó dissonanciájában hangzik ki, míg Helmholtz igazi természetkutató léte az emberi törekvések realitásán nem kételkedett. Ezzel azután, úgy hisszük, kimerítettük mindama pszichologiai mozzanatokat, melyek azon felöltő tényről fölvilágosítják, hogy Helmholtz, a ki különben minden érdemet készségesen elismert, *Schopenhauer*ert nem becsülte meg számottevő vívmányok szerzőjéül, hanem inkább költői lehelettől ért dilettánsnak és egy beteges, nem tudományos philosophiai divatáramlat képviselőjének nézte.

Az utókor, ez szilárd meggyőződésünk, csak mély sajnálattal fog azon disharmoniára tekinteni, mely az emberiség legnagyobbjai közül való ezen két elmélkedőt egymástól elválasztja, de bennünket magyarokat érdekelhet megtudnunk, hogy Helmholtz, bár lehetetlennek nyilvánítva a tudományos okokkal való küzdelmet a pessimismus ellen, felszólítja az emberiséget, ne engedje, hogy kétség férközzék ahhoz, hogy gondolkodása realis és a világrend észszerű és hogy majdnem ugyanazon szavakkal azt a vigasztaló tanácsot adja, melylyel Magyarország mély elméjű költője, Madách „Az ember tragédiájá“-t befejezi:

Mondottam ember, küzdj és bizva bizzál!

Nem egészen négy évvel a physiologiai optika befejezése után beteljesedett Helmholtz életezélja, hogy teljes erejét a physikának szentelhesse. 1871-ben ugyanis Magnus utódjául a legfényesebb föltételek mellett hívták meg a berlini egyetemre. 1878-ban új nagyszerű physikai intézetet kapott. Azon nagy feladatokról, melyeket mint physikus maga elé tűzött, erősen igénybevéve, mégsem szünt meg a physiologiai optika továbbfejlesztésére befolygni, a mennyiben ezen kedvelt tárgyáról állandóan kollegiumot tartott és számos tanítványt önálló kutatásokra serkentett. A nagy személyes tekintély daczára, mely a német birodalmi fővárosban neki kijutott, tartózkodott tőle, hogy dolgozó szobájából a politika és a pártvillongás bonyodalmaiba ártsa magát. Sem azon tisztelet, melylyel a nemzet irányában viseltetett, sem azon kitüntetések, melyekkel a föld hatalmasai elhalmozták, nem bírhatták rá, hogy az örökkévalóságra irányult tudományos ezélok szolgálatából a muló napnak szolgálatába lépjen. Formai szépségük, valamint mélységük által annyira kitünő népszerű beszédeinek egyikeben sem akadhatni oly helyre, hol a nemzeti hiúságnak, változó divatáramlatoknak vagy a politika hatalmasainak hódolt volna.

Mint akadémiai tanár Helmholtz azok közé tartozott, kik inkább előadásai tartalmára fordítják főfigyelmüket és semmi nemű rhetorikához nem folyamodnak. Hogy a *nyelven* teljesen uralkodott és hogy képes volt a legmélyebb gondolatokat felülmulhatatlan világosságban és legszebb alakban kifejezni, arról tanuságot tesznek népszerű előadásai; ámde *beszéde* óvatos, józan volt, hébe-korba akadozott már mint a mélyen gondolkodó embernél, a ki hosszú gondolatláncolat kezdetén állva elébb az egész logikai sort át akarja tekinteni, mielőtt szavát folytatná. Úgy mondják, hogy ezen óvatos beszédmódja

berlini idejében erősebben lett érezhetővé; de épen nem állíthatni ezt heidelbergai koráról, a melyben szerencsém volt tanítványai sorába tartoznom. Ellenben módfelelt vonzókká és lebilincselőkké varázsolta élettani előadásait ama lelkiismeretesség és tökéletes művészet, melylyel hallgatóinak a döntő kísérleteket bemutatta. Physiologiai optikáról és akustikáról folytatott előadásai, melyeket nagyrészt physikusok és matematikusok hallgattak, a világosság mintául magasztalhatók. Tanári hivatásának legkiválóbb színhelyül azonban laboratóriumát kell tekintetünk; és minden intelligens meg tanulni vágyó tanítvány bizonyos lehetett benne, hogy a mestertől ösztönzést nyer, tudásának kifogyhatatlan kútfejéből pedig okulást meríthet. Ha tanítványai közül akár a legifjabbban ismert fel törekvést és derekas akaratot, önálló munkára buzdította és themát is adott a kezébe; soha sem láttam izgatottnak, sohasem barátság-talannak. Jóindulat és minden egyéniség iránti tisztelet teszik lényének alapvonásait és magasztosították arcát, melyben komolyság és szelidség összhangzatosan vésődtek ki. Későbbi berlini idejében testi bajok gyötörték, de környezete iránt változatlan maradt a lénye. Közepesen magasabb természetével, mindenkor egyenes magatartásával, járásának daliasságával és előkelőségével az északnémet porosz faj prototypjeként tünt fel és tanuló éveinek katonai nevelésére emlékeztetett; a szellem, mely arcvonásaiban kifejeződött, a hatalmasan kifejlett cranium szembeszökően a gondolkodóra vallottak. Az őt ábrázoló képek közül, a melyeket ismerek, nevezetesen Lenbach portrajta nagy mértékben jellemző; ezen nagy és gondolkodó művész az elmékedőt profilban, olvasva tüntette fel, oly poseban, melyben a homloknak hatalmas fejlettsége fenséges szépségben érvényesül. Ezen kép mintájára vésetett Tautenhayn érme is, melyet a természetvizsgálók utolsó bécsi gyűlésének nem egy látogatója szívesen fogadott emlékként kapott.

1893-ban Helmholtz 72 éves korában amerikai útra indult, a chicagói kiállításához; haza felé való útjában a gőzösen elbukva veszedelmes megsérült, és bár nemsokára felépült, meglehet, hogy ez a baleset siettetta a végét. 1894 szeptember 5-dikén agyvérzés állott be nála, mely őt szeptember 8-dikán az élők sorából kiragadta.

Helmholtz Hermann minden időknél legnagyobb természetvizsgálói közé tartozik. Ilyen létére nem kizárólag egy népe, egy államé, benne az összes emberiség egyik legragyogóbb alakját ismeri el. Emlékezetének nincs mit tartania a mulandóságtól; bármely oldalról tekintjük is éltének művét, mindenünnen nagyszabású, el nem enyészhető. Nemcsak mint elmékedő, hanem mint az emberiség jóltevője is, a szemtükör felalálásával a halhatatlanságot biztosította magának. Hozzánk orvosokhoz személyesen legközelebb áll, mindenekelőtt mindnyájunk tanítója és mestere; tudományunknak eszményi alakja ő, mostaniak és jövődők büszkeségükül vallhatják, hogy az ő szellemében kutatnak, működnek és élnek.

Szemháj- és arczrak miatt plastikusan műtött esetek.

Bemutatja ifj. *Siklóssy Gyula* dr. a m. kir. orvosegyesület 1895. október 26-diki gyűlésén.

Tisztelt orvosegyesület!

A következőkben bátorságot veszek magamnak arra, hogy két beteget mutassak be, kiknél a szemhájak és az arcz, egyiknél még a szemteko-felhámképlete miatt plastikus műtét lett végezve.

Az egyik eset Stanek Mátyásné, ezen 78 éves napszámosnő, ki 1895. április 2-dikán lett az osztályra felvéve.

Bajára vonatkozólag előadja, hogy mintegy 3 év előtt a külső szemzúgban támadt egy kis fekélye, melyről azt hitte, hogy az majd elmúlik, gyógyíttatta is és a doktor „égette”, — minthogy azonban utóbbi időben belátta, hogy erősebb beavatkozásra van szüksége, — feljött a fővárosba baja ellen segílyt keresni és a szemosztályra vétette fel magát.

Jelen állapota ez időben, mint az I. ábrán látható, következő volt:

A bal felső szemháj felére, az egész alsó szemhéjra és a bal arczfélre kiterjedőleg a bőr hiányzik, helyét piszkos lepedékekkel bevont, egyenetlen felszínű, felhánt határú, kemény tapintatú álképlet foglalja el, az os jugulare külső szélének megfelelőleg legerősebben rögzített, egyébként is az alatta fekvő szövetekkel elég erősen összekapaszkodik. A bulbaris conjunctiva a sclera alsó felében szintén belevonatott a daganatba, beteg tekéjét mozdtítani nem képes, a külső egyenes izom mentén hatol a folyamat az orbitába legmélyebben. A diagnosit ezek szerint epitheliomában állapítottuk meg. A praeauricularis mirigyek alig kitapinthatók, de mégis kissé beszűrődtek, az áll alatt egyetlen kis babnyi göb érezhető, mely azonban szabadon ide-oda mozdtítható.

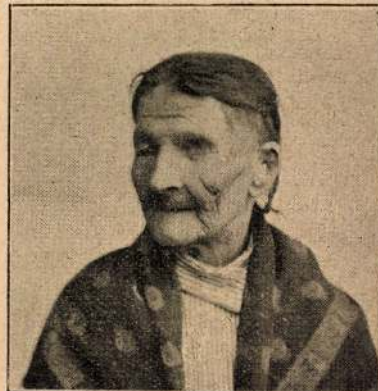
A műtét csak június másodikán lett végrehajtva. A teke az egész alsó szemháj, a felsőnek pedig $\frac{2}{3}$ -da, valamint az arczbőre egész a linea nasolabialisig eltávolított, vagyis a mekkora területet az álképlet elfoglalt; hozzászámítva minden irányban $\frac{1}{2}$ cmtert még, a mennyiben beljebb az ép szövetben vezettük a metszést.

Az anyagihiány, mely így a fedésre várt, téglányhoz volt hasonló, melynek hosszanti oldala 13 cmtert, rövidebb oldala 8 cm-t tett ki. Pótlására a homlokbőréből vettünk egy 5 cm. széles és 14 cm. hosszú bőrlebensyt, melynek gyökere az anyagihiány felső külső részletével volt határos, a hajzatos fejbőrnek pedig kezdetével esett össze.

E lebensy direkt függélyes irányban lett először a medialis oldalon felülről lefelé a felső szemháj csomkjához, az alsó



I. ábra.



II. ábra.

szemháj eltávolítása által kapott seb felülethez és lent a szájúg felett az anyagihiány széléhez odavonva. Miután még alul néhány cursiv varrat által megerősített, a lateralis rész egyesítése vált kívánatossá; az anyagihiány azonban 8 centiméternyi széles volt, míg a homlokbőréből 5 centiméternél szélesebb lebensyt készíteni nem lehetett. Nagyon előnyösen alkalmazhattuk ez esetben is az eltolást, a fül előtt fekvő bőr-részlet teljes alávjása és egy félkör alakú felszabadító metszés készítése által, mit *Kovács* tanár ajánlott először. Így nyertünk egy körülbelül 4 centiméternyi széles bőr hidat, mely felül és alul a környezetével összefüggésben maradt s a mely a lebensy lateralis oldalával könnyen volt egyesíthető. Az eltolás után maradt hiányt még néhány felül és alul a fül előtt alkalmazott varrat által kisebbitettük, míg a homlokra maradó hiány alá vájás és irányító varratok által annyira egyesítettük, a mennyire csak lehetséges volt.

Az üresen maradt orbitába kis jodoform gaze csíkot vezetünk be, az egész műtési területet 1:5000 sublimattal lemosuk, majd jodoformot hintettünk be, vaselinós staniolpapírral fedtük be s védő kötéssel láttuk el.

A lefolyás zavartalan volt. Jelenleg az asszony kissé gyengélkedik, — két hét előtt nagyobb lázakkal járó influenzát állott ki, — a műtét óta 5 hónap tel el.

A homloki lebensy a zsugorodás után 3 centiméternyi széles és 10 centiméternyi hosszú. Ha az asszony hunyorgat, a lebensy distalis vége felhúzódik és ránczokba szedődik. (Lásd II. ábra.)

A második eset egy sokkal jobb conditióban levő aszszonyra vonatkozik, ki szeptember 3-dikán lett a szemosztályra felvéve. (Lásd III. ábra.) Baja két éve tart; a körképnek műtét előtti leírása a következő: a felső szemhéj belső harmada, az orrhát bőre majd a közép vonalig, az alsó szemhéj pedig külső felében evet termelő, bűzös, felhányt szélű fekélylyé átalakult, mely a rectus internus mentén mintegy 15 milliméterre betejed az orbitába, az alsó szemhéjnak külső felét pedig egy kemény diónyi mekkoraságú zsinoros felszínű tömeggé alakította át. A teke teljesen szabadon mozgatható, a daganattal össze nem függ. Az ornyereg bőrén közel a csücsához kis babnyi a fent leirtakhoz hasonló természetű és külemű új képlet látható, ugyanilyen van az ellenoldali szájúg felett is.

A műtét szeptember 9-dikén lett végezve. Böven az ép bőrben vezetett metszéssel lett az álképlet kiirtva; a mennyiben betejedt a rectus internus inára és izom szövetére, az is eltávolított.

Az anyagiány pótlására a homlok bőréből készítettünk egy 4 centiméter széles és 10 centiméter hosszú lebenyt, melynek gyökerét a közepén túl kissé az ellenoldali szemöldök felé helyeztünk. A lebenyt így az anyagiánynak orrháti oldalához varratokkal erősítve jutottunk mind lejjebb, míg a lebeny legdistalisabb lekanyarított széle a külső szemzúg képzéséhez használtatott fel. A lebenynek felső hosszú széle a szemrés alsó határát alkotta. Az anyagiány fedése az itt adott módon csak úgy sikerült, ha a környékbeli ép bőr, vele együtt a felső szemhéj csontja, mint egy második lebeny



III. ábra.



IV. ábra.

szabadítottatott fel alapjától és tolatott el annyira, míg a felső szemhéj csontja a valódi lebenynek felső a gyökeréhez közel eső részletével egyesíthetővé lett. Az eredeti lebeny tehát le- és kifelé, a határos bőrből készült másodlagos lebeny be- és felfelé irányuló húzás által egyesített.

Ezáltal mint az a IV. ábrán látható, a felső szemhéj megmaradt részlete a pillaszőrökkel együtt fel- és befelé elhúzódott; ezek alatt van egy kis rés, mely szemrésnek alig nevezhető.

A műtött beteg hőmérséke állandóan 37° C. volt; a gyógyulást mellékkörülmény nem akadályozta.

Szabadjon e két esetből kifolyólag néhány megjegyzést tenni.

Mindkét lebeny a homlokbőréből lett véve, a mit az adott viszonyok között másként választani nem volt lehetséges.

Az első esetben az arteria angularisból eredő vérzés könnyen volt csillapítható, mert nem kellett az álképlet eltávolításánál egészen a csontig hatolni. Nem úgy a második esetben, hol a belső szemzúgból indult ki az egész folyamat s ahol az álképlet e helyen terjedt legmélyebbre. Nem tudom a digital compressiót e helyen eléggé ajánlani, mint a mely lehetőségessé teszi, hogy a műtő tisztán dolgozhassék. Míg az álképlet a belső szemzúgból teljesen eltávolítottatik, a helyi segéd erőteljes, függélyes irányú nyomást könnyen gyakorolhat az orrfalra, olyan formán, mintha blennorrhoea saecura nézve lenne vizsgálatot. Ha az arteria angularisnak pincebe szorítása nem sikerül, úgy könnyen lemondhatunk arról, mindaddig, míg a parenchymatosus vérzés meg nem szűnik.

Ennek csillapítása jeges sublimat irrigatiók, sőt mint jelen esetben is, az álképlet eltávolítása után az izmok mentén maradó üregnek erőteljes tamponálása által történhetik. Előbbiek a kis területen működő sok kéz, — az orrhátra támaszkodó altató kosár, sőt a hajak által esetleg bevitt nem tiszta anyagot fertőtleníti, utóbbi pedig csak ideiglenesen alkalmaztatik, s ha már szükség nincs reá, eltávolítottatik.

A lebeny készítésénél, a környék alávjásánál keletkező vérzéseket könnyen uralhatja a műtő. Itt is nagy tere jut a helyi segédnek, hogy ügyességét kimutassa.

Mindkét esetben nagy terület fedéséről volt szó. Hogy e körülmény a műtét sikerülését nem akadályozta, az az esetekből látható. A lebenyek alakja hosszas nyelvalakú volt, szélessége hosszához körülbelül úgy aránylott, mint 1:3-hoz.

Fontos dolog azonban nagy hiánynak nyelvalakú lebenyvel való fedésénél, hogy a lebeny gyökerét, mely az egészet táplálja, keskenyre ne szabjuk. A fordításnál, csavarásnál keletkező púpot hamarabb lehet szépségi szempontból eltávolítani, mint a gyökéren áthaladó edények bőr ágait nélkülözni. De az áthajlítás helye sem lesz észrevehető, ha pl. a homlok-lebeny gyökerénél a külső alsó szárat hosszabbra vesszük mint a felsőt, így a két végpont közti távolság is több, mintha a két parallel haladó metszést egy függőleges sík határolja, tehát több tápláló edény halad át a lebenybe és az elfordítás simábban sikerül, a mint azt itt is, mind a két esetben végeztük.

Az első esetnél a teke eltávolítottatott, a szemgödör pedig teljesen kiürítettett. Kérdés férne az ilyen üregnek bármily szigorú aseptikus cautelák betartása mellett is, teljes befedéséhez. De ha egy kis nyílást hagyunk is addig, míg ezen üreg sarjadásokkal töltődik és nem tömjük az üreget, de egy kis gaze csikot helyezünk a váladék elvezetésére, nem kapunk kellemetlen melléktüneteket.

Nehezebb annak eldöntése, hogy a szemhéjak eltávolítása után iparkodjunk-e szemrészt készíteni, iparkodjunk-e a benmaradt tekét a látás szempontjából is kielégíteni? Vagy ha szemrészt készítéséről, mert orbicularist és levator palpebrae adni úgy sem vagyunk képesek, le kell mondanunk, kivegyük-e tekét, vagy pedig bentmaradjon-e az. Ha a beteg tudomására jut, hogy csak 1:100-hoz remény is van arra, hogy a teke bentmaradjon a szemüregben, úgy annak kivételébe semmi módon bele nem egyezik. Ha az orvos előkészíti is arra, hogy műtét alatt dől el, vajjon meg marad-e szeme vagy nem, még sem nyugszik meg, csak akkor, ha a teke eltávolítása, mint szükségszerű postulatum lesz oda állítva. Már pedig az orvos épen úgy köteles a beteget kielégíteni, mint a tudományt szolgálni. Ha a propremendit szemteke megtámadva nincs, úgy az megtartható, szükséges azonban, hogy nedv elválasztásra szolgáló conjunctivából legalább a fele megmaradjon. Goldzieher vizsgálataiból tudjuk ugyanis, hogy a könnyek elválasztásához a könymirigyen kívül a conjunctiva kehely sejtjei is hozzá járulnak; ha tehát a könymirigyen kívül conjunctivából is megmarad bizonyos rész, úgy a teke megtartható.

De mi lesz továbbra sorsa az ilyen (II. eset) tekének? Az internus helyét elfoglaló sarjából hegesedés fejlődik, mely a szemet az orbita belső falához rögzíti, a borító lebeny hámtalan belfelülete a conjunctiva bulbinak, resp. az arcra eső felületnek sebes részletével tapad össze (így válik a műtét sikerülté) de a tekét ez irányban is hegkötegek rögzítik.

Tehát a teke mozdulatlan lesz: e mellett pedig a lebeny teljesen ráborul; úgy hogy azt hiszem, a második esetben joggal takartuk be a tekét teljesen. A két lebeny között az a kis rés van, mit a felső szemhéj megmaradt külső részlete határol.

12 nap előtt az orron- és a szájúg felett levő kis daganatok lettek két-két ovalaer metszés által eltávolítva, melyek is simán gyógyultak.

Különös köszönetem illeti meg id. Siklóssy Gyula dr. kórházi főorvos urat, ki az eseteket műtetre és bemutatásra átengedni, a műtét alatt böles tanácsával támogatni kegyes volt, valamint Rupf Adolf dr. kórházi segédorvos urat, ki a műtétnél segítségemre volt.

Közlemény a pesti izr. hitközség kórházának szemészeti osztályáról.

Hirschberg-féle mágnes-műtét.

Weisz Gyula dr. kórh. alorvostól.

Bemutattatott a kir. orvosegyesület 1895. okt. 15-dikén tartott ülésén.

A mágnes-műtétek története a szemészetben állítólag harmadfél század évre vezethető vissza, de valóságos eredmények elérése csak rövid keletű, alig 20 éves. Keown dr. belfasti orvos volt — Hirschberg szerint — az első, ki mágnessel az üvegtestbe behatolt, hogy onnan egy idegen testet eredménynyel eltávolítson. Ő volt az első, ki tudományos célból a mágnest úgy az idegen test fölkeresésére és kihúzására használta, valamint a diagnosis megállapítása céljából a bulbus külső felületére helyezte és nézte, hogy az idegen test nem mozog-e? Pár esetet még 1878-ban közölt, de műtétei nem valami fényes eredményt mutattak föl, bár ő maga nagyon esodálkodik, hogy a szemorvosok a mágnest többször nem alkalmazzák.

E szemézi specialismus megalapítójának és valóságos úttörőjének Hirschberget kell tartanunk, ki az első műtétet az általa konstruált mágnes segítségével már 1879-ben végezte és ki már 1885-ben „Elektromagnet“ című monographiájában 33 a bulbus különböző szöveteiből való eltávolítás esetét közli részint eredménynyel, részint a nélkül. E füzetjének nemsokára folytatásaként a Graefe Archiv 1890-dik évfolyamának III.-dik kötetében 100 esetről számol be. Ujabban pedig a Centralblatt 1894-dik évfolyamának utolsó füzeteiben veszi fel a harcot Haab és mások ellen.

A mágnes-műtétek kétféle methodusát ismerjük. Egyik az, hogy utat csinálunk magunknak a szem belsejébe és a vasdarab közelébe tartjuk mágnest, vagy pedig a mágnest csak a szemteke közelébe tartjuk, a vasdarabot a delejesség távolhatása által kihúzzuk a szem mélyéből az elülső szövetekbe és onnan mechanikus úton távolítjuk el. A Hirschberg-féle műtét az előbbi eljárásban rejlik, a mennyiben egy mindkét oldalon kampó alakú véggel ellátott vasrúd körül galvanikus vékony drót vezettedik, mely elemmel összeköttetésben lévén, azt delejessé teszi. A másik eljárás sokkal nehezebb. Nagy csak physikai intézetekben található, úgynevezett Rumkorff-féle mágnest alkalmaznak, a beteget az intézetbe viszik, közel ültetik a több métermázsányi súlyú mágneshoz, a vasdarabot helyéből kimozdítják és a szemteke felületére húzzák. Ezen két eljárás van használatban, előbbinek számtalan híve, míg utóbbinak Haabon kívül alig van szószóljaja. Hirschbergen kívül mások is konstatáltak hasonló rövidebb vagy hosszabb, könnyebb vagy nehezebb eszközöket. Pooley diagnostikus célból igyekezett a mágnest felhasználni. Delejtűt közelített a szemtekéhez, a melyben idegen testet gyanított. Hirschberg szerint a kutyákon tett kísérletei alapján a helyi diagnosis teljesen biztos, míg mások állítják, hogy eredményeik a helyi diagnosisist illetőleg majdnem negatívok voltak.

A mi a 2-dik methodus összehasonlítását illeti, határozottan Hirschberg javára kell döntenünk. Eltekintve attól, hogy az eszköz könnyű, elég olesó, könnyen kezelhető, mennyivel könnyebb egy 2—3 mm. vastagságú eszközzel behatolni a szemtekébe a nélkül, hogy ott valami bajt okoznánk. A Rumkorff-féle mágnest a szemészeti klinikák nem szerkeztetik be és a beteget a physikai intézetbe transportálni nem épen kellemes dolog sem a beteg, de még az operateurra nézve sem. A Rumkorff-féle mágnes a szöveteket szakítja és ily esetekben számtalanszor fejlődött hályog és az idegen testtel együtt iris darab is szakított ki. Azonkívül igen fájdalmas és ájulást is idézhet elő. Magától értődik, a mágnes-műtét eredménye mindig attól függ, hogy hol van a vasdarab, milyen nagy, meddig volt benne és micsoda szövödményeket idézett elő a szemben. A cornea felületéről vagy mélyebb rétegeiből való eltávolításnál könnyen nélkülözhetjük a mágnest, de már a mellső csarnokba esett vasdaraboknál a tractiós eszközökkel nagyon óvatosan kell bánnunk és szívesen helyettesítjük egy olyan erővel, mely az idegen testet kifelé húzza és befelé nem

tolja, mert ezáltal a lencsesérüléstől meg vagyunk óva. Legfontosabb szerepe van azonban olyan esetekben, hol a vasdarab az üvegtestben vagy a reczehártyában fekszik és ilyen esetekben elért eredmények valóságos diadalát jelentik a szemészeti technika előrehaladottságának. Hogy az idegen testhez hozzájussunk, utat kell magunknak készíteni. Ezen útkészítés többféle módon történhetik, vagy a cornea szélén vagy pedig meridionalis irányban 8 mm.-rel hátrább a limbustól függélyesen az aequatorra, kikerülvén a sugártest oly veszélyes táját és elejét veendő az ezen tájékon esetleg fellépendő zsugorosodásnak és heges behűződésnek. Ha pedig az út még a sérülés után nyitva van, akkor ezen utat választjuk a vasdarab felkeresésére. Hirschberg elsődlegesnek nevezi azon műtétet, a melynél rögtön beavatkozunk, mikor még izgalom nem lépett fel; másodlagos az izgalom stadiumában történő műtét, míg harmadlagosnak az idegen test okozta izgalom lezajlás után hónapok esetleg évek múltán történő beavatkozást nevezi. Könnyen érthető, hogy a primaer beavatkozás a legjobb kilátásra jogosít és ezért mondja, hogy friss esetekben haladék nélkül operáljunk. Az idegen test nagysága fontos szerepet játszik.

Kicsinynek neveztedik, ha 30 milligrammon alól van, közép nagyságú 50—150 milligramm közt, míg azon felül lévők már kevés reményre jogosítanak a szemteke megtartását illetőleg. Hirschberg — kinek ezen a terén legtöbb tapasztalata van — azon nézetét hangoztatja, hogy az óvatos sondálást friss esetekben mindig meg kell kísérteni, bár a várás sok esetben nagy haszonnal járt és a vigyázatlan sondálás halálos ítélet lehet a szemre.

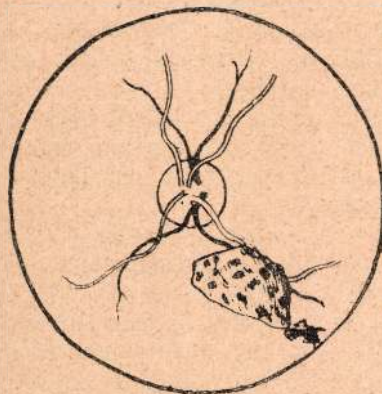
A mágnes-műtétek haszna csak azon esetekben válik be igazán, hol az idegen testet eszközökkel megközelíteni nem lehet, vagy ha igen, úgy a közelfekvő részek nagy sérülésnek vannak kitéve. A saruhártya felületéről vagy a hátlapjáról, a mellső csarnokból az idegen testet más úton is el lehet távolítani, de már az iris felületéről való eltávolítás bizonyos veszélylyel jár. Az üvegtestbe és a retinába beekelődő idegen testeket nem is merték bántani és Zander és Heisler az 1864-ben a „szem sérüléséről“ című könyvében az üvegtestben levő idegen testekről következőképen nyilatkozik: „Az üvegtestbe behatolt idegen test a sebészeti beavatkozásra ritkán értékesíthető, kénytelenek vagyunk azt saját sorsának átengedni és a sérült szemet azon helyzetbe hozni, hogy az idegen test betokolódjék és a szem gyuladása alább hagyjon.“ Azon időben ezen elvek szerint jártak el, az idegen testet csak azon esetben extrahálták, ha nagyon elül feküdt, vagy helye valamiképen külsőleg jelezve volt, vagy nagyon nagy volt, de az üvegtestben való keresése semmiképen sem volt megengedve. Mily nagy haladás volt a szemészeti technikára nézve, mikor alig pár évvel e kitűnő könyv megjelenése után a vasdarabot mágnetikus úton akarják eltávolítani a nélkül, hogy az eszközökkel a szemteken nagyobb sérülést ejtenének és a nélkül, hogy az idegen testet össze-vissza keressék. A reczehártyába beekelődő idegen test eltávolítása sokkal nehezebben megy és prognosizuk határozottan rosszabb.

Az üvegtestben található idegen testek eltávolításánál — mint már említém — Hirschberg kétféle metszést szokott használni, úgy mint cornealis és meridionalis metszést. A cornea szélén történő metszést két esetben tartja indikálnak: 1. ha az idegen test egy fiatal egyén lencséjének háta mögött van, utóbbi hályogos lett és a hályogkivonást az idegen test eltávolításával össze lehet kötni; 2. ha már a lencse egy előbbi műtét által eltávolított és csak másodlagos tokhályog maradván vissza, a tokhályog meghasítása után a mágnes szintén egy cornealis seben keresztül vezethető be. Minden más esetben a meridionalis metszést javasolja és azt is végezte.

Hirschberg a „Deutsche medicinische Wochenschrift“ 1894-diki évfolyamának 23. és 25-diki számában újabban védelmére két módszernek és tényekkel akarja bizonyítani, hogy az ő mágnesével való műtét teljesen veszély nélküli. Különösen Haab eljárását, ki nagy mágnesekkel dolgozik, kritizálja, azaz elítéli. Eredményeit, melyeket 150 mágnes-műtét alkalmával szerzett, a következőkben foglalja össze: 1. sebgye-

dést az inhártyametszés után sohasem észlelt, mert az inhártya-seb a kötőhártya által teljesen fedve van; 2. belső genyedést egy esetben — 100 közül — észlelt, hol fel kell tennie, hogy a szem a lappangási időszakban műtétet; 3. üvegtest veszteség sohasem fordult elő; 4. üvegtest zúzódás elkerülhető, ha az inhártyametszés az idegen testig nyúlik.

Miután ezen eljárásokat ismertettem, rá akarok térni azon eredményekre, melyeket Hirschberg és utána mások elértek. El fogok tekinteni azon műtétektől, hol az idegen test a szaruhártyában, a mellső csarnokban vagy a lencsében volt, tisztán az üvegtest és reczehártyából eltávolított idegen testek műtéteinél elért eredményeket akarom méltatni. Hirschberg



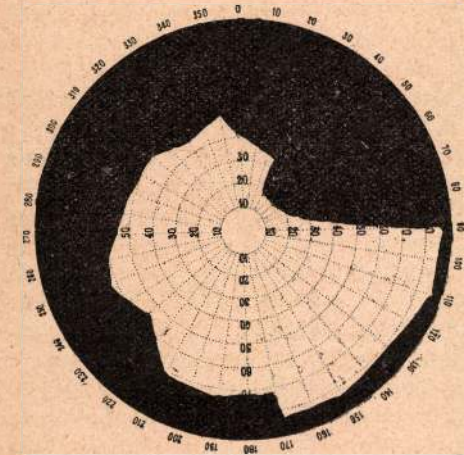
1. ábra.

100 esete közül 41 esetben volt az idegen test az üvegtestben és a reczehártyában; 4 esetben jó, 3 esetben közepes, 6 esetben csekély látóképességet ért el, míg a többi 28 esetben a szemtekét enucleálni volt kénytelen. 6 esetben a sondálás eredmény nélkül volt, idegen testet találni nem lehetett, de a látóképesség jó maradt, 4 esetben hasonló körülmények között csekély látóképesség maradt vissza, 5 esetben csak a szemteke formája volt megmenthető, míg a többi 10 esetben enucleálásra került a sor. Hürzeler 313 mágnes-operatio eredményét állította össze, köztük 65-öt egyedül Hirschberg-től és ezek közül 22'04%-ban jobb vagy csekélyebb eredményt értek el a látóképességre nézve, 11'18%-ban a megvakult szem legalább a szemüregben maradhatott, mi szintén elég nagy nyereségnek tekinthető. Purtscher klagenfurthi orvos 9 esetről számol be, melyek közül csak 6 esetben sikerült a vasdarab kihúzása, míg 3 esetben sikertelen volt a beavatkozás. A 6 eset közül csak 2 esetben volt jó látóképesség elérhető, 1 esetben kézmozgások felismerésére szorítkozott a látás, 2 esetben fényérzés, 1 esetben szemteke sorvadás volt konstatalható. Ő is azon nézetben van, hogy ily esetekben mindenkor operálni kell és minél hamarabb, annál biztosabb az eredmény.

A mágnes-műtétek történetének rövid vázlatát, az eljárások és eredmények méltatása után legyen szabad most saját esetemet közölni.

Beteg 18 éves, kovács, erős testalkatú, folyó évi augusztus 8-ikán délelőtt 9 órakor a kazán fedőlemezének kovácsolásánál egy szilánk jobb szemébe pattant. 9-dikén délelőtt

jelentkezett ambulantiánkon, mikor is belül felül a limbustól 5—6 mm. nyire egy véraláfutástól körülvevő conjunctivalis sebet láttam és azon hiszemben voltam, hogy tisztán felületeseb-zéssel van dolgom. Szemtükrü vizsgálatnál azonban kitűnt, hogy a sebzés átható, bár a sclerális sebet látni nem lehetett. Fordított képben azonnal kívül felül egy majdnem háromszögletes esücsökkel bíró márványozott felületű itt-ott esillogó képlet tűnt fel, mely a papillától kívül felül volt elhelyezve. Uszkáló üvegtest homályok és a szemteke belső részéből kifelé lengő chorioidealis czafatok egészítették ki a tükrü képet. Egyesenes képből vizsgálat megerősítette előbbeni leletemet és bővebb felvilágosítást nyújtott az idegen test valódi nagysága és

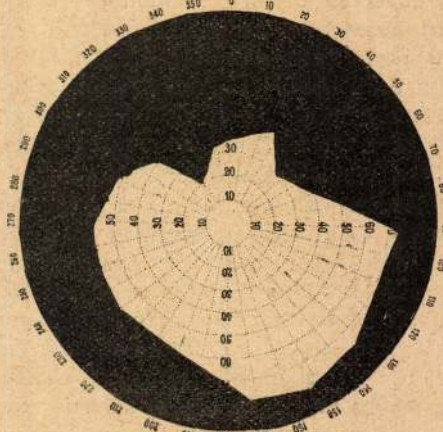


2. ábra.

helyezete felől. Ha a beteg felfelé-kifelé nézett, azonnal szembe ötlött az előbbi tulajdonságokkal bíró idegen test, mely concav tükörrel már 8—10 cm. távolságról tisztán látható volt, míg a refractio mérés útján meghatározható volt, hogy az idegen test 2—3 mm.-rel a retina előtt rézsutos helyzetben fekszik, mert közelebb fekvő része csak 7—8 D. convexüveggel volt tisztán látható, feltéve, hogy 2—3 D.-t okozó fénytörési különbözet 1 mm.-nyi távolságnak felel meg. Fel kell tennünk tehát, hogy a vasdarab 2—3 mm.-nyivel előbb fekszik, mint a reczehártya, mert a többi ideghártyarészlet convexüveg nélkül is tisztán látható. A papillát látni nem lehet, mert a kívánt helyzetben üvegesthomályok és chorioidealis czafatok tolnak a látótérbe. Az idegen test nagyságára nézve 2—3 papillányinak ésszéles-ségre nézve egy papillányinak felel meg. Az idegen test tehát alul-belül az üvegtestben fekszik egyik hegyével a reczehártyára támaszkodva, míg másik hegyével az aequatort éri el. Visusa = $\frac{2}{3}$. A mellékelt schematikus rajz még a műtét előtt lett készítve és az idegen test helyzetéről nyújt felvilágosítást. Az alsó mellső csúshoz lebegő chorioidealis czafat van tapadva.

A pontosan felvett látótérből kitűnik, hogy a látótérnek külső-felső negyedében hiány van, mert míg a látótér külső-alsó fele 90°-ig, sőt azontúl is kiterjed, addig a felső-külső negyedben mintha elvágták volna, úgy szűkül a határ és visszamegy egész 20°-ig és az egész negyedben 20—40 között ingadozik. Világos tehát, hogy e látótér hiányának megfelelő reczehártya alsó-belső negyedében kell keresnünk az idegen testet. (2-dik ábra.)

Betegünknek tehát a mágnes-műtétet ajánlottam, kilátásba helyezvén neki nemcsak szemének megmentését, hanem valamely látóképesség elérését is. Beleegyezése után felvettem osztályunkra és augusztus 11-ikén mély narcosisban a Hirschberg-féle mágnes-műtét végeztem. A beteg körüli asepsisre nagy gondot fordítottam, az eszközöket és a mágnes forrón vízben sterilizáltam. Megvártam, míg a beteg mély narcosisba merült, követvén Hirschberg tanácsát, kiért másokkal szemben hangoztatja és a cocain anaesthesia mellett való operálást határozottan elítéli. A szemhéjakat Snowden-féle elevateurrel tartottam nyitva. Tervem az volt, hogy csinálom a sclera alsó-belső oktánsában egy meridionális sebet, melynek $\frac{2}{3}$ ad része az aequatortól mellfelé és csak $\frac{1}{3}$ ad része hátfelé esik. A conjunctivalis metszést alul belül a limbustól 10—12 mm.-nyire ejtettem. 12—15 mm. hosszúságban feltárván a nélkül, hogy a rectus internust teljesen lemetszettem volna, azt a Tenon-tokkal együtt a szemtekéről lefejtettem és visszatoltam. A sclerális metszést egyenes lándzsával az említett helyén végeztem, tátongóvá tettem a sebet, mire kevés üvegtest mutatkozott, de nem esett elő. A lándzsa kihúzása után azonnal a Hirschberg-féle mágnes vezettem be, mely egy erős friss töltésű Böcker-féle galvanikus elemesoporttal volt összekötve. Kétszer sondáltam hiába, míg harmadszor a mágnes hegyét lefelé és befelé fordítva, az idegen test rajta tapadt. A conjunctiva lefejtése után az idegen test ejtette sclerális sebet, felül belül a limbustól 5—6 mm.-nyire igen jól láhattam, de mindennek dacára nem akartam az eltávolításra ezen utat választani, mert tudtam, hogy a vasdarab lesüllyedt és alul mélyen az üvegtestben fekszik. Néhány sublimatborogatás után a conjunctivát 2 varattal egyesítettem és a beteg szemre kötést alkalmaztam. Narcosis után fájdalom nem lépett fel és a másnapi kötés változtatásnál a seb teljesen reactionmentes és a beteg 30—40 cm. távolságról ujjakat olvas.



3. ábra.

Ötödik napra a varratokat eltávolítván, fekvő helyzetben tükröztem, mikor is alul belül az idegen test helyének megfelelőleg egy fehér atrophikus reczehártyarészletet láttam, de pontosabb szemtükrü vizsgáltnak nem akartam alávetni, mivel a seb még teljesen nem záródott. A szemtükrü vizsgálatot a 14 ik napon végeztem, mikor is constatálható volt, hogy a reczehártya a megfelelő helyen atrophikus, redőzött, levált és reáborúl az ideghártyának egy másik felette fekvő részére, a melyben egy negyed papillányi lyuk látható. Vérzésnek semmi nyoma. A levált reczehártyarészlet 4—5 D. convexüveggel látható tisztán. A beteg $\frac{1}{2}$ m.-ről olvas ujjakat, de akkor, ha felfelé néz és a reczehártya felső részét állítja be a centralis látásba és levált alsó részét elrejti. Magától értetődik hogy a látótér külső felső fele hiányzik. Jelen alkalommal felvett látótérből (3. ábra) nemcsak ez tűnik ki, hanem az is, hogy a felső belső negyed is szűkült, minek megfelelőleg a reczehártya alsó külső negyedébe is finom leválás constatálható. Úszkáló üvegtest homályok és chorioidealis czafatok egészítik ki a kórképet. A seb teljesen gyógyult, a szemteke mozgásai minden irányban szabadok. A mi az idegen testet illeti, hossza 5 mm., szélessége közepén $2\frac{1}{2}$ mm., a két végén kihegyesedik és súlya 50 mgm. A tükrü kép teljesen megfelelt a valóságnak és nagyságának meghatározása is fontos volt. Úgy látszik, egyik végével bele volt ékelve a reczehártyába, a másik vége az üvegtestbe állott elő. A vasdarab teljesen aseptikus volt, mert 72 órai bennmaradás után sem idézett elő lobot, a műtét tehát az elsődleges műtétek közé sorozható. A lencsét nem sértette, mely jelenleg is átlátszó. 4 héttel a műtét után a visus kissé javult — 3 méterről olvas ujjakat — az üvegtesthomályok jó része eltűnt és a tükrü kép következő: a reczehártya alsó belső negyedében redős köteges leválás látható, míg a külső alsó negyedben itt-ott finom leválás és hullámlás észlelhető. Az ideghártya felső része rendes képet mutat, edények rendes kaliberűek, vérzés nincsen, pupilla homályosan látható szem teljesen izgalommentes.

Az idegen test eltávolítása tehát minden körülmények közt indicált volt és a szemre nézve határozott előnnyel járt. Ha az idegen test benne marad — bár aseptikus — minden esetre sorvadást idéz elő és esetleg a másik szemet is veszélyezteti. A fénytörő közegek átlátszósága, a topikus diagnostika pontossága, a primaer beavatkozás, mind elősegítették a műtét helyes és gyors kivételét, mi megtörténvén, bár az eredmény a látóképességre nézve nem kielégítő, de a fiatal ember szemének alakját megtartotta, sorvadástól meg van óva és másik szemének látóképessége nincs veszélyeztetve.

Végül bátor vagyok megjegyezni, hogy esetem a kórházunk szemosztályán az első sikerült eset, de a magyar orvosi irodalomban eddig egyetlen sikerült eset sem lett közölve.

Észleletek a gyakorlatból.

Isselcutz László dr.-tól, gyak. orvos Aradon.

1. Pillaszór a csarnokban.

K. A., 42 éves bányamunkásnak, köfajtás közben egy felugró kődarab jobb szemét erősen megütötte, mire látása elborult s állítása szerint szeméből meleg folyadékot érzett kiömleni, miről hirtelen azt hitte, hogy vér.

Beteg rögtön orvoshoz ment, ki a corneát áthatoló sebést constatálta s a beteget rendszeres gyógykezelés alá vette. Hat heti gyógyítás után a beteg szeme tetemesen megbékült, látása jórészt visszakerült, csak fájdalmai nem szűntek meg teljesen, jóllehet azok jellege is megváltozott. Fájdalmaitól megszabadulandó, tanácsomat kérte ki, előadván, hogy a sérülést követő erős tompa, a fejre is kisugárzó fájásai szűntek, de helyettük időnként a szemre szorító hasogató — mintha szemébe késsel belevágának — fájdalmak váltották fel, melyek ha nem is folyton, de mégis a pislogáskor igen élénkek. A beteg állapota a következő képet mutatta: Jobb szem kissé fénykerülő, a szemrés mérsékeltlen csukódott. A bulbaris conjunctiva ritka ágazatosan belövelt, a cornea körül igen keskeny ciliaris injectio. A cornea külső alsó quadransában a közép tág pupilla szélnek megfelelőleg, haránt

irányban húzódnak, a corneát áthatoló 2 milliméternyi keskeny, kissé ciklik-czakkos fehéres hegedés volt, melynek középső részén egy alig a cornea, illetve a hegszövet felszíne felé kiemelkedő, gombostüszúrásnyi fekete pont látszott. A csarnok rendes, iris színe kissé fakó, szárazata mérsékeltlen elmosódott, a pupilla a baloldalinál szűkebb, reactioja renyhe. Az iris elülső felszínén az említett corneális heg alatt az abban levő fekete pontnak folytatásaként egy mindinkább vékonyodó és a pupilla közepéig érő fekete vonal látszott. Az egészen igen könnyen lehetett felismerni, hogy a corneát áthatoló sebzés alkalmával azon keresztül egy pillaszór jutott a csarnokba, mely vastagabb végével a corneális hegedésbe záródott.

A cornea érzéstelenítése után finom epilatorral iparkodtam a hegedésből alig kiálló pillaszórt megfogni, mi sikerült is s óvatos apró kis húzásokkal az egészet eltávolítottam.

Az így létrejött kis corneális nyíláson át csarnokvíz kezdett szívárogni, de teljesen nem folyt el. A szemre azután kötést alkalmaztam. Másnap a beteglátogatás alkalmával a szem teljesen békés volt, a fájdalmak egészen megszűntek. A beteg azóta teljes egészségnek örvend s napi munkáját zavartalanul folytatja.

Ismeretes azon tény, hogy pillaszörök akárhányszor sok kellemetlenséget okoznak azért, hogy az alsó- vagy felső könny-pontocskákba bejutnak s abba mintegy tovább haladnak annyira, hogy csak tövük látszik ki. Itt a bejutást megkönnyíti azon áramlás, melyet a saecus lacrymalisban levő felhalmozódott köny a könnyesövecskéken keresztül a könnytömlő felé tesz. A pillaszöröket az mintegy magával ragadja s a pislogás a tovahaladásukat még jobban elősegíti. Corneális sebzéseknél a kiömlő, szivárgó csarnokvíz épen a bejutást nehezíti, úgy hogy fel kell tételezni, hogy a pillaszór jelen esetben a teljesen összeesett csarnok mellett jutott be, minek tovahaladását, illetve teljes bejutását szintén a pislogás és itt még a kötözés is elősegítette.

2. Idegen test okozta mydriasis spastica.

A sokfajta szemsérülések között, gyakoriságánál fogva kétségtelenül első helyen állanak a szembe jutott idegen testek, melyek különösen egy foglalkozásnak mindennapos eseményeit képezik. Ismeretes a kovácsok, lakatosok, bányamunkások, fa- és fémesztergályosok stb. gyakori szemsérülései. A legszerencsésebb esetekben részint a levegő közvetítésével, részint a munkálkodás mechanizmusa folytán apró kis törmelékek jutnak a legkülönbözőbb részeire, hol mint idegen testek szerepelnek.

Jelen alkalommal a corneára jutott idegen test esetét kívánom felemlíteni, a mennyiben a rendszeren észlelni szokott képtől elütő tünetet okozott.

A. S. gépész f. hó május havában azon panaszszal keresett fel, hogy 24 óra előtt dolgozás közben kis vasreszelék esett bal szemébe, mely azóta folyton karcolja. A bal szem teljesen fehér, izgalomnak nyoma sincs. A cornea belső alsó quadransának közepében egy kis gombostüfejnyi fekete idegen test látszott. A pupilla tág, az iris keskeny szegélyre húzódnak s a mennyire színét meg lehetett itélni, teljesen normális volt. Klinikai s magán-gyakorlati tapasztalataim arról győzték meg, hogy az ily betegek legnagyobb része előbb önmaguk vagy társaik által igyekeznek az idegen testtől megszabadulni, csak ha ez nem sikerül, fordulnak orvoshoz. Különösen gyárakban divatos ez, hol rendszeren egy munkás van, ki előszeretettel foglalkozik az idegen testek eltávolításával, sőt még orvosszerekekkel is ellátja a szenvedőt. Ezen tapasztalataim alapján a fenti képet látva, természetesen arra gondoltam, hogy valaki jó akaratból esetleg kéznél levő atropint esepetgetett a beteg szemébe. Ez irányban feltett kérdéseimre azonban a beteg a leghatározottabban tiltakozott s kimondását az ezutáni tüzetes vizsgálat megerősíteni látszott.

A pupilla ugyanis nem volt ad maximum tág, fény- s árnyékre kissé reagált, convergentiára szűkült, jóllehet távolról sem oly mértékben, mint a teljesen normális másik szem. Oly tünetek voltak tehát, melyek a pupilla nem paralytikus, de ellenkezőleg spastikus tágulására vallottak.

Úgy a beteg kimondásának, valamint a saját vizsgálatom helyességének főbizonyítékát képezte az idegen test eltávolításakor tapasztalt dolog, minek zavartalan észlelése kedvéért a szemet nem is cocainoztam.

Az idegen test a már említett helyen jóformán csak erősen tapadva volt, úgy hogy kis érintésre teljesen eltávozott s helyén csakis a cornea felhámja sérült egy kissé. Az idegen test eltávolítása után a pupilla majdnem pillanatszerűen húzódt össze normalis nagyságra, jól reagált, mely állapotát, tehát a normalist végkép megtartotta.

Az említett tünetet úgy hiszem nem lehet másként magyarázni, minthogy itt egy reflex tünet keletkezett, mely a trigeminusról vivődött át a sympathikusra. Ismeretes, hogy a test legtávolabbi részeiről reflex úton spastikus mydriasisok lépnek fel; minő a helmintiasisnál spinális irritaciónál, dyspnoenál Cheyne-Stockes légzésnél stb. előjövő izgatásból keletkező mydriasis. Nemcsak a test távoli részeiben levő izgatás vagy megbetegedés útján jön az elő, hanem kivételesen a szemre hatott direct inger által is. Több-szörös tapasztalat igazolja, hogy a szemet ért tompa ütések után mydriasis keletkezik, hol a dilatator spasmusa mellett néha még a sphincter bénulása is meg van. Nemcsak idegen testek, hanem a szemtekét érő izgató gyógyszerek is képesek mydriasis előidézni az említett módon, minő esetet pl. Brandenburg közölt, hol zink solutio becsépegtetése után a szembe, reflex úton néhány óráig tartó spastikus mydriasis keletkezett.

3. Vérrel kitelő lencsetok.

Az eset egy Morgagniana-hályog operálásánál adta elő magát, melyet furcsaságánál fogva közlésre érdemesnek találok.

Özv. M. Józsefnére vonatkozik az eset. Folyó év május hó 28-dikán a jobb szemem Graefe-féle extractiót végeztem, melynek lefolyása a lense kihajtásig teljesen rendes volt. Az esetet azonban a complicált cataracták sorába kell beosztanom, mert a szem többszörösen iritist állott ki, minek maradékaul felül két kis synchia volt, azonkívül mérsékelt fokú dacryocystoblenorrhoea is volt. (Bal oldalon igen nagy fokú.)

Jóllehet többszörös tapasztalatból ismerem, hogy a Morgagniana-hályognál a tok tépése Förster-féle csipővel csak ritkán sikerül,¹ mégis minden alkalommal megszoktam azt kísérteni, mivel az eljárás veszélytelen; ha sikerül a tokot kitépni, úgy hasznos, de meg tanulmányozás szempontjából is teszem, hátha mégis lehetne azt bizonyos műfogással bizton elérni. Jelen esetben is megkísérlettem azt, de sem a tok megfogását nem éreztem, sem a csipő szárai között tok darabot nem láttam, sem a híg kéreg részlet szétömlését nem észleltem, mely a tokrepszítés biztos jelei lettek volna.

Az utóbbira nagy súlyt nem fektethettem, mert az iritist kiállott, a szivárványhártya kimetszés igen erős vérzéssel járt, mi a csarnokot teljesen ellepte s így az előbb említett tünetet nem is láthattam. Ezen bizonytalan tokrepszítés után mégis a lense expulsiojához fogtam, a kis magot rögtön sikerült felfelé szorítanom, midőn észrevettem, hogy a tok nincs megrepedve, hanem a sebszélközött, az alsó nyomásnak engedve, kifelé dűdorodik. A lense kihajtására alkalmas ezen positiómat nem akartam feladni, miért szabadon levő jobb kezemben Graefe késsel a seb hosszában a kitiüremkedő lencsetokot felhasítottam, mire a híg kéreg rögtön kifelé folyt s a mag könnyű szerrel eltávozott.

Az igen erősen vérző iris miatt nem remélhettem, hogy a csarnokot kitöltő vért a tisztogatás által megcsökkenthetem (újra meg telt volna), de meg a híg kéregészlet miatt maradékok kihajtásának szüksége sem forgott fenn, miért a szemet sublimat oldattal (1:5000) való kimosás után, rendes kötés alá helyeztem.

Esteli kötés változtatásánál a szem teljesen békés volt, a sebet kissé duzzadt conj. lebeny fűdte, a csarnok teljesen telve vérrel.

V/ 30. Szem békés, a conjunctivalis lebeny simán fedti a záródott sebet, a csarnok alján 3 mm. vér, pupilla tág.

V/ 31. A vér eltűnt, de a tág pupillán át a lense helyének megfelelően egy teljesen sima felületű, előre domborodó sötét vörös tömeg látszik. Betegnek csak fényérzése van s az elébe tartott gyertyalángot vörösnek jelzi, míg a bal matur cataractás szemmel ugyanazt sárgásnak nevezi. Focalis vizsgálatkor a dolog úgy imponált, mintha egy vörösszínű cataracta volna. Tükör nem lévén velem, a tüzetesebb vizsgálatot másnapra halasztottam, midőn kitűnt, hogy a lencsetok, melyen felül a már említett módon

¹ L. Szemészet 1891. évi 1, 2, 3. szám alatti hályogoperálásról szóló közleményem.

egy kis nyílás készült, egyébként sértetlen maradt s az erősen vérző irisből vérrel megtelt, mint egy zacskó, s egy vörösszínű cataractát produkált.

Minthogy a szem teljesen békés volt, a seb jól záródott a műtevést követő 4-dik napon, azaz június hó 2-án, a cornea alsó külső quadransan discissios tüvel igen óvatosan áthatoltam s a lencsetokot discindáltam.

Midőn a tühegye a tokra ért és arra kis nyomást gyakorolt, úgy az kissé behorpadt s a coloboma felső területéből kis vér kezdett aláfelé szivárogni, jelétül annak, hogy a vér tényleg a lencsetokban székel s a nyomás folytán a felső nyíláson bugyog ki. A tok részut irányban történt meghasításakor a csarnok hirtelen megtelt sötétvörös, majdnem kátrányszerű vérrel, mi a következő napokban teljesen felszívódott. A szem gyógyulása egyébként rendes menetű volt; + 11 D. v: ⁵/₁₅.

IRODALMI SZEMLE.

A conjunctivitis diphtheritica és a serumtherapia czímmel írt egy monographiát Morax. A szerzők nagy része a kórboncz-tani elváltozásokra támaszkodva megkülönbözteti a conjunctivitis diphtheritikat a conjunctivitis crouposától, mely névvel a felületes álhártyás és jóindulatú kötőhártyalobot illetik, melyet azonban ugyancsak a diphtheria bacillusa okoz. Újabb ismeretes, hogy egy és ugyanazon bacterium virulentiájának foka szerint könnyebb és súlyosabb elváltozásokat képes létrehozni s így az álhártyás és crouposus kötőhártyalob közti különbség nem lényegbeli, hanem csak fokozati lehet. Így véve a dolgot, a diphtheriás szemgyulladás az esetek nagy számában jóindulatú bántalom, mely csak ritka esetekben támadja meg a corneát. Álhártyás kötőhártyagyulladásnál diphtheritisre gyanut meríthetünk az egyidejűleg jelenlevő torok- vagy orrdiphtheritisből ugyanazon egyénen, vagy a környezetben, biztos diagnoszt azonban csakis a bacteriologiai vizsgálat nyújt, mert léteznek genyes kötőhártyalobok, melyek támadásuk első napjaiban szintén álhártyákat termelnek.

Mát Uthoff és Sourdille és velök együtt szerző is tapasztalta, hogy a diphtheritis a szem rendszerint egy megelőző blepharitis, kanyarós, phlyctaenás vagy közönséges acut kötőhártyalob után lép fel. Sourdille szerint a baj súlyossága függ a bacillusok virulentiájának fokától s a velök társult egyéb mikroorganizmusok minőségétől; így súlyos esetekben streptococcusok jelenléte mindig ki volt mutatható. Szerző nézete az, hogy ezeken kívül a lefolyást jelentékenyen befolyásolja azon elsődleges megbetegedés minősége és foka, melyhez a diphtheritis társult. Így pl. a kötőhártyára localizált conjunctivis phlyctaenosához társult diphtheritis könnyű lefolyású lehet, ellenben súlyos lesz, ha a phlyctaenás gyulladás már a szaruhártyára is kezdett átterjedni.

Szerző 4 esetét serum-injectiókkal kezelte s feltűnő gyors gyógyulást észlelt: a szorosan odatapadó vastag álhártyák már az első befecskendés utáni napon könnyű érintésre is leválnak, a nélkül, hogy a nyákhártya véreznék s két betegénél már a 2-ik napon eltűnt az izzadmány.

Ha álhártyák mellett genyes váladékot is találunk s bacteriologikus vizsgálat meg nem ejthető, szem előtt tartva egy kezdődő genyes kötőhártyalob lehetőségét, a serumbefecskendés után czél-szerű a 2-5%-os lapis-oldattal való ecsetelést igénybe venni; utóbbinak káros hatását a diphtheriás kötőhártyagyulladásra a legtöbben túlbecsülik. (Annales d'oculistique 1895. 4.) Scholtz Kornél dr.

VEGYESEK.

— Az innsbrucki egyetemen a szemészet tanárává a Prágába kinevezett Czermák helyére Dimmert nevezték ki. — Hirschberg a berlini egyetemen a szemészet ny. rk. tanára a titkos orvosi tanácsosi czímet nyerte.

— Kaufmann ulmi szemorvos, azt ajánlja, hogy a tanulók az elemi és polgári iskolák végeztével látásélességükről bizonyítványt kapjanak, mely a pályaválasztáskor irányadóul szolgáljon. Az I. osztályba jutnak azok, kiknek látása 1—¹/₂, a II-ikba ¹/₂—¹/₅, a III-ikba ezen alúl.

Az I. osztályba jutók szemüknél fogva minden foglalkozásra alkalmasak, a II-ik osztályba jutók ne legyenek vésők, kőművesek, órácsok, rajzolók, retoucheurök, himzönök, csipkekészítők stb., a III-ik osztályba jutók ne legyenek mechanikusok, szedők, ková sok, zenészek, írők, cserepezők, zongorakészítők, varrónök, könyvvezetők stb. Ilyenek süttök, gazdálkodók, vendéglősök, lehetnek vagy tejjgazdaságban, cukor-, malátagyárakban, mosóintézetekben, állattenyésztésnél keressenek alkalmazást.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem II. számú (Réczey Imre tnr.) sebészeti klinikumáról.

Adatok az idegen testek casuistikájához.

Közlő Wenczel Tivadar dr., műtő.

(Vége.)

IV. Puskacsődarab az alkar izmaiban. R. F., 37 éves hírlapíró 1895. január 24-dikén vétetett fel a klinikumra. Beteg bal alkarjába 1 1/2 év előtt lövéskor a szétrobbant puszkacső egy nagyobb darabja hatolt, mit orvosai eltávolítani nem tudtak, úgy hogy felette a seb teljesen begyógyult. Az idegen test betegnek folytonosan kisebb-nagyobb



1. ábra.

fájdalmakat okozott, miért is klinikumunkat kereste fel. A bal alkar hajlító oldalának középső harmadában, körülbelül a csontközötti hézag fölött egy kemény, éles szélű test tapintható ki, mely kivált az alkar és ujjak mozgásánál igen nagy fájdalmat okoz. A kitapintott test felett az alkar középső harmadában a csontközötti hézag felett egy 5 cm. hosszú, az alkar hosszirányát követő bemetszés végeztetett egészen a kitapintott kemény tárgyig, midőn az a felület és mély ujjhajlító izmok állományából kiemeltetett. Az idegen test egy fémhenger ellapult s most még kissé homorú alakú részletének bizonyult, mely 4 cm. hosszú, 2 mm. vastag, egyik végén 2 cm., másik végén pedig 3 cm.

széles volt (1. ábra természetes nagyságban). Az idegen test eltávolítása után visszamaradt seb varratok által egyesített s a seb 8 nap múlva per primam begyógyult.

V. Csontdarab a sérvtömlőben; sérvmetszés; gyógyulás. Sz. F., 54 éves cseléd 11 év előtt nehéz dézsa felemelése után hasának alsó bal részén, egy körülbelül diónyi daganatot vett észre, melyet azonban vissza tudott nyomni hasába, de onnét minden erőlködés után előnyomult, még pedig mindig nagyobb alakban. Kórházba jövele előtt három nappal, midőn a daganat már gyermekököllyi volt, erőltető munka közben az újból előtűnt, most azonban hasába visszanyomni nem tudta és neki még addig nem tapasztalt nagy fájdalmakat okozott. Rövid időre a daganat kinyomulása után émelyeg, hanyás fogta el, erős székrekedése támadt, majd harmadik napon — 1895. április 18-dikán — már annyira rosszul érezte magát, hogy a klinikumra hozták. A jobb csombhajlatban, a ligamentum Poupartii középső harmada alatt van egy igen fájdalmas, ép bőrrel fedett, gyermekököllyi, dobos kopogtatási hangot adó, a hasüregbe folytatódó és oda vissza nem helyezhető, légpárnatapintatú terime nagyobbodás. Beteg émelyeg, sokat hány, hasa erősen puffadt, érverés kicsiny, szapora. Hőemelkedése nincs. Betegen még felvétele napján délelőtt sérvműtét végeztetett. A sérvtömlő feletti rétegek felhasították s ekkor a sérvtömlőnek keresztül hosszú, keskeny, kemény, csontbenyomást keltő testet lehetett tapintani, úgy hogy első pillanatra arra gondoltunk, hogy a sérvtömlőnek tartott burok nem-e maga a bél; pontosabb megvizsgálás után és a sérvtömlőnek felmetszése után kiderült, hogy a kemény testet tartalmazó burok tényleg a sérvtömlő, és hogy a kemény test egy 5 cm. hosszú, 2-3 mm. vastag, egyik végén 1-5 cm. széles, a másik vég felé mindinkább keskenyedő, végén hegyben végződő, kissé lapjára hajlított csontdarab (2. ábra természetes nagyságban), melynek a sérvtömlőbe való bejutását megmagyarázni annál kevésbé tudtuk, mert a beteg egész határozottsággal állí-



2. ábra.

totta, hogy súlyos betegsége még sohasem volt. A csontdarab kivétele és az épnak talált beleknek a sérvkapu tágitása után a hasüregbe történt visszahelyezése után a lekötött és a lekötés fölött átmetszett tömlőcsontk vékony catgutfonállal összevarratott és egy tömött ránczos esomóba egyesített, mely azután a sérvkapu felső széléhez oda lett varrva; majd a ligamentum Gimbernati és a sérvkapu külső szélét képező edényhüvelyt borító fascia egyesítették s végre a fascia pectinea és fascia lata által képezett plica falciformis varratott össze. Erre bőrvarrat következett. Műtét után 8. nap a sebnek per primam való egyesülése után a varratok eltávolították. Teljes gyógyulás. Beteg erős bronchitis miatt június 17-dikéig a klinikumon feküdt s azt gyógyultan hagyta el.

VI. 2071 cseresznyemag a végbélben. K. V., 34 éves özvegy kofa 1894. évi június 24-dikén ama panaszszal jött a klinikumra, hogy miután két hét előtt jóllakott cseresznyével, székrekedése van, hasa, hüvelye és végbele igen fájdalmas. Hüvelyéből cseresznyemagok hullanak ki. A jól táplált beteg hasa erősen puffadt, a kopogtatási hang fölötté dobos, helyenkint tompult dobos. Hüvelyvizsgálatnál a vizsgáló ujj egy a hüvely hátsó falát erősen előre nyomó, dűdörös felületű, férfőköllyi, a végbélben székelni látszó daganatot érez. A hüvely hátsó falában körülbelül 5 cm. nyíra a bemenettől egy 0.5 cm. átmérőjű piros szélű kerek fekély, melynek közepébe egy cseresznyemag benyomását keltő gömbölyű, kemény test van beékelve, mely onnét vizsgálatkor a hüvelyen keresztül kiesik, utána egy cseresznyemagot magába fogadó, rongyos szélű, kerek állományhiány marad vissza, melyen keresztül cseresznyemagvak jutnak a hüvelybe és onnét a szabadba. A végbélbe vezetett vizsgáló ujj a végbélet igen erősen, ampullaszzerűleg kitágulva találja és ott mindenütt kemény, gömbölyű cseresznyemag-nagyságú testek által képezett tömegbe jut. Kökanállal a végbélbe hatolva, onnét egy ülésben 2065 cseresznyemagot lehetett eltávolítani, ehhez hozzáadva a vizsgálat közben a végbélhüvely sipolyon keresztül a hüvelybe, illetve a szabadba jutott 6 cseresznyemagot, összesen 2071 cseresznyemagot sikerült a beteg végbéléből eltávolítani. Beteg több napig tartó végbélhurutban szenvedett, s a végbélhüvelysipolynak kellő tisztán tartás mellett gyorsan beállott záródása után gyógyultan hagyta el a klinikumot.

VII. 750 cseresznyemag a végbélben. R. K., 34 éves napszámos asszony 1894. június 26-dikán azon panaszszal jött ambulantiánkra, hogy már 2 hét óta nem volt széke, hasa és végbele igen fájdalmas. A beteg hasa erősen puffadt, a kopogtatási hang fölötté dobos, helyenkint tompult dobos. A végbélbe hatoló vizsgáló ujj kemény, gömbölyű, cseresznyemag-nagyságú testek által képezett tömeget érez, mely a végbélet erősen kitágítja. Kökanállal a végbélbe hatolva, abból 750 cseresznyemagot sikerült eltávolítani. Ezután a beteg azon utasítással, ha eddigi panaszai még most sem tűnnek el teljesen, jelentkezék újból, a klinikumot elhagyta és többé fel nem kereste.

VIII. Fogkefe a húgycsőben; külső húgycsőmetszés; gyógyulás. S. I., 37 éves kereskedő 1895. május 10-dikén azon panaszszal vétette fel magát, hogy 3 nap előtt idegen testet dugott húgycsővébe és azt onnét kihúzni nem tudta; azóta húgycsővében roppant erős fájdalmak vannak, azonkívül vizelni is csak igen nagy és fájdalmas erőlködések után képes. A gáton és a penis alsó felszínén keresztül érezni egy a húgycső pars membranacea-és pars cavernosájában székelő 12 cm. hosszú, hengeres, kemény, sima felületű testet, mely a húgycsőben az orificiumtól 3 cm.-re kezdődik, hol a húgycsőbe hatoló sondával, mint kemény szálkás végű test érezhető és végződik a gáton a húgycső hártás részében. Az idegen test fogókkal való megragadásának sikertelen volta után külső húgycsőmetszés végeztetett, mely metszés a gáton az anus előtt mintegy 5 cm.-re kezdődött és haladt előfelé a raphén, 2 cm.-nyi hosszúságban nyitva meg a húgycsövet. Az ejtett sebet keresztül az idegen test eltávolították. Ez egy 11 cm. hosszú, 1 cm. széles, 0.5 cm. vastag, a befelé tekintő végén sima, külső végén szálkásan csipkézett fogkefenélnek bizonyult. (3. ábra természetes nagyságban.) Következő napon 12. számú angol catheter vezetett



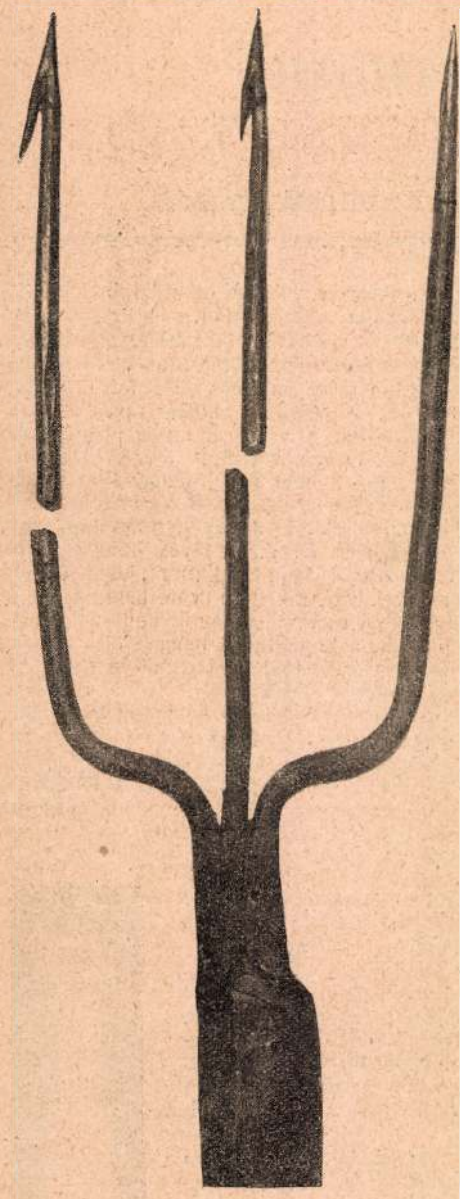
3. ábra.

a hólyagba. Műtét után 3. napon az eddig láztalan beteg jól érzi magát, vizelet a catheteren keresztül távozik. Műtét után 10. nap a húgyvese sebének teljes begyógyulása után a catheter véglegesen eltávolítottatott és a gyógyult beteg elhagyta a klinikumot.

IX. *Halászszigony a hátizmokban; eltávolítás; gyógyulás.* P. I., 37 éves napszámos 1893. június 14-dikén vétetett fel a klinikumra.

A beteg 3 ágú halászszigonyt vitt hátán, azzal elesett, midőn a szigony két ága hátába szaladt. A testbe jutott két ágat a beteg barátai a szigonyról lefűrészelték, őt pedig a Balaton mellékéről klinikumunkra hozták. A hát bal oldalán a lapoczká alatti szögletének magasságában van két a testből 8 cm.-nyire kiálló 1 cm. átmérőjű henger alakú vasrudacska, melyek a testbe előre és felfelé folytatódhatnak, párhuzamosan a test hossz tengelyével (4. ábra). Kopogtatásnál és hallgatódzásnál a mellkasban semmi kóros elváltozást kimutatni nem lehetett. Beteg vért nem köpött. Műtétnél a bordáig a testbe hatolt vasrudacska-knak a testben levő 6 cm. hosszú részlete fölött a lágyképletek (bőr, izomzat stb.) átmetszettek, midőn a vasrudacska-k (két szigony ág) a sebekből kiemeltettek. A szigonyágak behatolása és a műtét által ejtett sebek varratok által egyesítették. Műtét után 10-ed napra a sebeknek per primam történt begyógyulása után a varratok kivétettek és a beteg gyógyultan távozott.

X. *Gégebe ékelt csontdarab; gégemetszés; halál.* T. I., 9 éves tanuló Gomba pestmegyei községből 1893. szeptember 18-dikán d. u. 1/25 órakor orvosa által kísérvé hozatott a klinikumra. Előadása szerint a fiú mintegy három órával behozatala előtt csontot nyelt, melyet orvosa próbált eltávolítani, de sikertelenül. A fiú gyermek nagyon halavány, ajkai és körmei cyanotikusak, já-



4. ábra.

rása tántorgó, légzése sípoló, légzési izmainak működése fokozott. Behozatala után rögtön tracheotomia végeztetett rajta, de már a bőrmetszés alatt légzése kimaradt, s a műtét hullán fejeztetett be. A bonczjegyzőkönyv szerint a gége nyálkahártyája erősen belövelt, oedematosus. A sinus Morgagni alatt egy csontocska van beékelődve, mely alsó legvastagabb részében érdes, porcos; 5 mm. vastag, 9 mm. széles, 13 mm. hosszú; alakja háromszögletű, melynek jobb oldalán csúsa a valódi hangszalag alatt a larynx mellső falába furódott, baloldali szöglete a baloldali, általa sérült valódi hangszalagba nyomult be, felső csúsa pedig a musculus transversus alsó szélére támaszkodik. A beékelődött csont a gége legalsó részének kétharmadát kitöltötte, míg csúsa a musculus transversus közepe tájáig emelkedik. Mindkét mellhártya néhány tüszúrásnyit, élénk vörös vérzéssel ellátott, a tüdők, melyek mellső és alsó részükben puffadtak, légpárna tapintatúak, vérbövek, metszlapjukon kevés finoman habzó savóval. A szív bal felében összehúzódott, jobb felében petyhüdt. A bonczjegyzőkönyv a gége s a hangszalagok nyálkahártyájának a csontocska befuródása által okozott vérbősége és oedemája által előidézt, s a gége-légcsőmetszés előtt bekövetkezett fuladási halált constatált.

XI. *Köszéndarabok a felkar bütykének csontthártyájában és a nervus ulnarisban; eltávolítás; gyógyulás.* F. K., 13 éves pénzérfiú 1893. évi május hó 4-dikén jelentkezett a klinikumon azon panaszszal, hogy bal könyöktájéka, főleg pedig a belbütyök környéke egy idő óta nagyon fájdalmas, s ezen zibbadásszerű fájdalom az alkar belső szélé mentében leterjed a kisujjba kisebb-nagyobb szünetekkel megszakított rohamokban. Ezen baja okául említi az öt kisértő atyja, hogy mintegy 2 évvel előbb több társával játszott s e közben egyik társa nagyobb fekete köszéndarabot dobott ezen könyökére, mely az ütés után megduzzadt, fájdalmas lett, rajta több apró horzsolás és karcolás látszott, de rövid

időre azután teljesen meggyógyult s a könyökizület működése egészen rendes volt legutóbbi időig, midőn — körülbelül 4—5 hét óta — ezen könyök tájékán a fentebb leírt fájdalmak mutatkoztak s azóta folytonosan fokozódtak. A baloldali könyökizület úgy alakra mint térfogatra teljesen egyező a másik oldalival. A bőr felette rendes színű és minőségű; ránczba szedhető. A belbütyök táján egy határozott körülírt ponton nyomásra igen élénk fájdalmak lépnek fel, melyek kisugárzanak az ulna mentében a kisujjba és a gyűrűsujjba, s melyek határozottan a nervus ulnaris nyomásából eredőknek ismerhetők fel. Ezen hely behatóbb vizsgálatánál kitiűnt, hogy több apró, kendermagnyi egész borsónagyságú rendetlen alakú kemény tárgy tapintható a belbütyök körül a lágyrészek között, melyek az elmondott előzményi adatok alapján köszéndarabkáknak kórisméztettek s ezek eltávolítása ajánlatott. Az 1893. évi május 4-dikén végezett műtétnél valóban 5 darabka szén-távolítottatott el a belbütyök körüli bőrből és boralatti kötőszövetből s ezen alkalommal kitiűnt, hogy egynehány kendermagnyságú köszéndarab a nervus ulnaris neurilemmájába hatolt s valószínűleg folytonos ingerületben tartotta az ideget, de hogy a rohamszerű zsábas fájdalmak főleg onnan eredtek, hogy egy borsónyi nagyságú köszéndarab a belbütyöknek a nervus ulnaris befogadására szolgáló barázdájában a csontthártyába és a csontba beékelődött s a nervus ulnaris a könyök minden mozgatójánál ezen kiálló éles testhez surlódott. Vésővel eltávolítottak ezen beékelte darabok a csontból s ollóval kimetszettek a széndarabok a nervus ulnarisból, mire azután a seb varratokkal egyesítve lett és per primam gyógyult. Betegnek azóta fájdalmai nem voltak.

XII. *Halpikkely a végbél záróizmában; eltávolítás; gyógyulás.* I. I., 45 éves földbirtokos 1892. évi november 25-dikén jelentkezett azon panaszszal, hogy egy hét óta minden feltűnő előzmény nélkül folytonos szűró fájdalmat érez végbélnyílásának egy pontján s székletétel alkalmával oly erős göresős fájdalmakat szenved, hogy 10—15 percznyi tenesmus áll be a székelés után. A végbél megtekintésénél semmi rendellenesség nem volt látható; aranyeres tágulások nincsenek, fissura ani nincsen; a bél ürtere nem szűkült; végbélnyálkahártya ép, hurut nincs. Végbélből kifolyás nem jelentkezik. Béliürülés idő- és minőségre nézve rendes. Ismételt és behatóbb vizsgálatok alkalmával a végbél belső záró izmának egy pontján mintegy cm^2 -nyi területen az izomrostok tömtebbeknek tűntek fel s ezen hely érintésére a beteg azon fájdalmakat érezte, melyek egy hét óta annyira kínozzák. Bár ezen lelet alapján nem lehetett felvenni a záró izom repedését, mégis azon gondolatmenet alapján, hogy ha a záró izom ezen érintése mindig ugyanazon helyen fájdalmas, úgy ezen — bár ismeretlen természetű és eredésű — fájdalmat megszüntethetjük a záró izomnak ezen helyen átmetszése által és azért a belső záróizom átmetszése ajánlatott. A megejtett sphincterotomia után kitiűnt — mire már a bemetsző kés s gyanut keltett —, hogy egy idegen test — lapos kemény sima felszínű tárgy — van a záróizom rostjai közt. Ez eltávolítása után egy cm^2 területű halpikkelynek bizonyult, mely élével a záró izom irányára függőlegesen az izom rostjai közé furódott s azok között eltűnt úgy, hogy a vizsgáló ujj azt fel nem fedezhette. Ekkor emlékezett a beteg, hogy egy héttel ezelőtt paprikás sült halat evett s akkor juthatott a pikkely ezen helyre.

XIII. *Pipaszurkáló darabja a külső hangvezetékben; eltávolítás; gyógyulás.* N. M., 29 éves kávéházi szolga, 1893. évi október 26-dikán jelentkezett azon panaszszal, hogy baloldali külső hangvezetékében igen erős fájdalmakat érez, mit egy belétört késhegynek tulajdonít. 15 nappal előbb ugyanis szövíta után egy társa a zsebéből elővett tárggyal, emlékezte szerint zsebkésével file mögött megszurta. Ezen seb begyógyult 8 nap alatt, de folytonosan fáj a sérülés óta a külső hangvezeték, miért is azt hiszi, hogy a kés hegye beletört s ott van még. Minthogy vidéken orvosi azt kivenni nem tudták, azért klinikumunkon jelentkezett. Vizsgálatnál a bal fülkagyló mögött a külső hallónyílás magasságában a csecsnyújtvány mellső szélén egy kendermagnyi nagyságú pirosas folt volt látható, mely mindenek szerint a szűrés behegedt helye volt. Beszűrődés sem körülötte, sem a fülkagyló hátsó felszínén található nem volt. A hangvezeték külső megtekintésre épnek mutatkozott; színváltozás vagy váladék nem volt. Vastag kutatóval végezett vizsgálatnál a hangvezeték alsó falához közel egy sima felszínű érezes hangot adó, kemény tárgy volt tapintható a hangvezetékben, körülbelül egy cm.-nyire a külső nyílástól befelé. Alkalmos erős fogókkal sikerült a különben könnyen megfogható tárgyat erősebb húzással kihozni s akkor kitiűnt, hogy az egy pipaszurkálónak mintegy 1 1/2 cm.-nyi hosszú hegyes vége, mely harántul fektűt a hangvezetékben hátulról előre haladó irányban s elül a csontos halljárat mellső falába, behatolva erősen beékelődött úgy, hogy a fülkagyló hátsó felszínén kitapintható nem volt. Alkalmos fecskendezésekre a halljárat sebére néhány nap múlva begyógyult.

XIV. *Vasgyaluforgács az orsói hajlító izom tőhüvelyében; eltávolítás; gyógyulás.* A. B., 26 éves gyári munkás azon panaszszal jelentkezett, hogy előző napon délután a vasgyaluforgáspénél foglalkozván egy vaszilánknak neki esett s ez a kéztőizület felett az alkar mellső felszínén levő lágy részekbe furódott. Orvosa törekedett azt kihúzni, de a vaszilka hegye letört s így többé megfogható nem volt. Vizsgálatnál a bal kéztő tenyeri felszínén a ligamentum carpi volaretől egy cm.-nyire felfelé az alkar orsói szélén egy borsónyi vérbőlennyest folt látható, melynek közepén egy kis hasadékszerű seb volt. Ezen hely nyomásra fájdalmas szűró érzést kelt, s tapintásra ezen helytől kiindulva felfelé az alkaron s annak hossz tengelyével párhuzamosan a lágyrészek között keskeny hosszú alakú kemény tárgy volt tapintható, mely mintegy 2 1/2 cm.-nyi hosszúra volt becsülhető. A sebnek az alkar hosszirányában történt tágitása után a vizsgáló ujj és s onda csakugyan keskeny kemény tárgyat talált, mely a

muscle flexor carpi radialis in hüvelyéből állott ki. Alkalmas fogókkal eltávolítottván, kitént, hogy egy 8.5 cm. hosszú, 3 mm. széles csavar-szerűen görbített vasesík (minő a gyalúforgács) hatolt volt be a nevezett ín, illetőleg izom hüvelyébe és abban felső részével annyira eltűnt, hogy alsó 2.5 cm.-nyi hosszúságán kívül több kitapintható nem volt. Kellő kimosás után a seb varrattal egyesítve lett s per primam gyógyult.

Közlemény az egyetemi bőrkórtani klinikáról. Fő- és székvárosi szt. István-kórház bőrbeteg-osztálya (Schwimmer Ernő tanár).

A syphilis okozta vérelváltozásokról tekintettel a kór felismerésére és gyógyítására. II-dik rész.

Justus Jakab dr. klinikai tanársegéd-től.

(Vége.)

Syphilitikus egyének vérenek góresővel való vizsgálatáról akarok még jelen közleményem e befejező soraiban beszámolni.

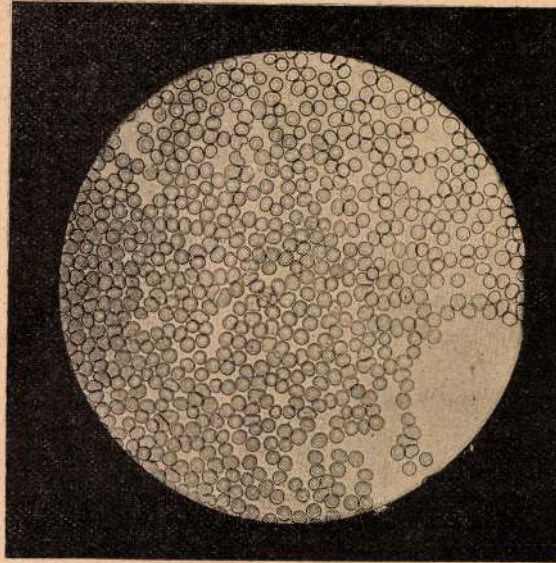
A módszer, a melyet a vér góresővi vizsgálatánál használtam és a melyhez, mint egyetlen megbízhatóhoz mindig visszatérni is kénytelen voltam, az Ehrlich-féle módszer. Ez a methodus abban áll, hogy a megszárt bőrből kiserkenő véreseppet két üveglemez között hirtelen kiterítjük olyan vékony rétegbe, hogy egyik vörös sejtnak a másiktól elkülönítve, nem pedig a szomszédal érintkezve vagy azzal összetapadva kell a góreső alatt látszania, tehát oly vékony rétegben van a vér kiterítve, hogy ennek magassága csak egy-egy vértekecs magasságával egyenlő. Az ilyen vékony vérréteg abban a perczen, a melyben az üveglemezeket egymástól eltávolítjuk, ki is szárad és a kiszáradás következtében minden egyes vérsejt azt az alakját fogja megtartani, a melyben az előbugygyanás pillanatában volt. Ezután még a vörös vérsejteket fixálhatjuk, ha a lemezeket 110—120° hőmérsékletnek teszszük ki, vagy pedig aether és alkohol aa keverékébe 2 órára behelyezzük; ez utóbbi eljárások azonban a mi céljainkra nem szükségesek.

Ha egészséges egyénekből nyert ilyenforma vérpraeparatumokat vizsgálunk, akkor látjuk, hogy a vörös vértekecssek, mint kerek, középttt jellegzetes bemélyedéssel bíró, sárga lemezeeskék feküdnék egymás mellett a látótérben; ezen lemezek egyforma színűek, éles határuak és egyforma nagyságúak. Csak nagy ritkán látni itt-ott egy valamivel kisebb vértekecsset, mely különben többi tulajdonságaira nézve a rendes nagyságúakkal egyezik. Florid syphilissel bíró egyének véreben azonban számos olyan vértekecsset látunk, melyek határa sokkal kevésbé éles, melyeknél a zöldes-sárga színárnyalat gyengébb vagy teljesen hiányzik s a melyeknél a központi bemélyedés nem található, úgy hogy az egész sejt egy halvány, duzzadt hólyagocska benyomását teszi. Ha most a syphilitikus egyének intravenosus sublimat-injectiót adunk és injectio után 1—2 perczel a túldali kéz ujjából nyert esépp vért vizsgáljuk meg, akkor feltűnővé válik, hogy 20—30-szor több ily halvány, duzzadt, köldöknélküli sejtet látunk, mint injectio előtt, sőt látjuk azt is, hogy némely sejt annyira színtelenné vált, hogy alig vehető észre a góreső alatt, másiknál úgy látszik, hogy karimájának fele vagy nagyobb része hiányzik, t. i. a sejtnak egy része teljesen színtelenné vált és végül a praeparatum némely helyén nem is találunk sejteket, hanem csak itt-ott ép sejtek közötti területeken valami határozatlan sárgás, egészen áttetsző halvány lepedékkal van az üveg bevonva. Injectio után $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ órával vizsgálva a vért azt találjuk, hogy mindezen halvány alakok eltűntek s a vér látszólag csupa teljesen épnek mutatkozó vörös sejtekből áll; tehát még annyi elhalványodott sejt sincsen benne, mint a mennyi injectio előtt volt benne található.

En ezekből a leletekből azt következtettem, hogy azok az eltérő tulajdonságú sejtek olyan vörös vértekecssek, a melyek a syphilis következtében degeneráltak, továbbá, hogy az injectio következtében ezek a sejtek és még mások is, a melyeken a degeneratio jelei ennyire még nem mutatkoztak, tönkremennek. Ezen tönkremenő sejteket találni meg akkor, a mikor a vérsavó-

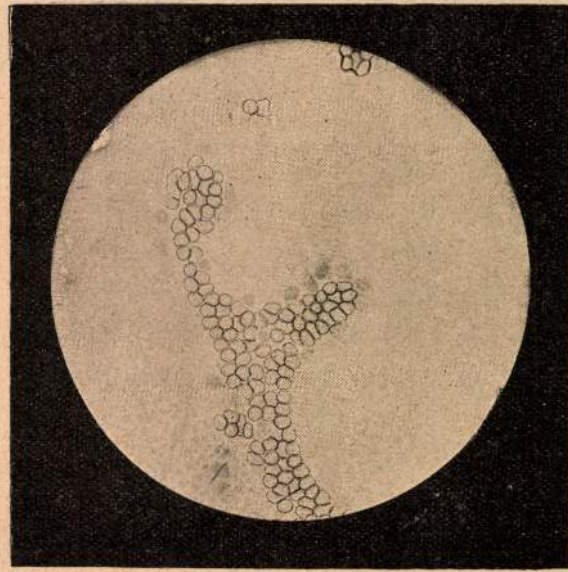
ban a haemoglobin kering, tehát az injectio után 2—3 perczel készített praeparatumban és ezek teljesen és valamennyien elpusztulván nem lesznek találhatóak már abban a praeparatumban, melyet az injectio után $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ órával készítettünk, tehát akkor, a mikor a haemoglobin-tartalom foka már jelentékenyen esökkent.

A vörös sejteknek azon elváltozásai, a melyeket az imént leírtam, ugyanazon tünemények, a melyeket mint a sejtelhalás



Syphilitikus egyén vére az intravenosus sublimat-injectio előtt.

tüneteit az edényből kibocsátott véreseppben góreső alatt megfigyelhetünk. Mindazon alakok, melyeket az azonnal fixált, tehát a további elváltozástól megóvott praeparatumban találtam, 1—2 óra lefolyása alatt előállnak egy olyan véreseppben, a mely két üveglemez közé fogva és parafinnal bekerítve az üveglemez nyomásának, száradásnak, hőmérséki változásnak ki van téve, s a mely véresepp tekecssein észlelhető elváltozásokat Maragliano és Castellino egy terjedelmes munkájukban igen



Ugyanazon egyén vére az intravenosus injectio után.¹

szépen leírtak és lefestettek. Tehát specifikus dolog ezen elhalásban nincsen. A sajátlagosság csak abban áll, hogy syphilitikus egyének vértekecsseit ily módon képes a higany degenerálni és felosztani. Még pontosabb és szinte kézzelfogható képét a vörös tekecssek degenerációjának és elpusztulásának nyertem akkor, mikor a következő methodus szerint

¹ A mikrophotogrammokat, melyek után ezen ábrák készültek, Krepuska dr. szíves ügyességének köszönöm.

jártam el: Valamely florid syphilissel bíró egyén karján kiválasztottam egy olyan venát, a mely felületesen fut és egy-két deciméter hosszú darabon nem anastomizál más venákkal. Ennek a vénának legdistálabb pontjába illesztettem a sublimatos feeskendő tűjét és egy hirtelen lökéssel belefeszkendeztem annak tartalmát. A vékony vena az egyszerre belenyomuló folyadéktól hirtelen megduzzad s ebben a pillanatban a legproximálabb pontján a venát tüvel megszurttam. Ha a kísérlet jól sikerült, a kis nyíláson egy sublimat-oldattal kevert, tehát világos színű csepp vér bugygyant elő. Ezt a cseppet Ehrlich szerint azonnal felkenve üveglemezre, fixáltam a benne levő sejteket és gócsó alatt megvizsgáltam. A pusztulásnak, a destructiónak igazán meglepő képét lehetett az ily praeparatumon a gócsóval észlelni. Töméntelen sejt elhalványodva, elmosódva, kihúzva, széjjelfolyva látható; sok helyütt a praeparatumban nincs egyetlen ép vörös tekecs, némely helyütt a készítményből egészen hiányzanak a sejtek s csak egy egészen halvány sárgás folt mutatja, hogy ott egészen széjjelfolyott sejtek léteztek; azonkívül az egész praeparatum tele van szórva a sublimat-oidatból kicsapódott jegecekkel. S a mikor ugyanazon egyéneknél későbbi injectiók alkalmával, tehát akkor, a mikor ezek következtében a vér haemoglobin-tartalma már nem csökkent, ugyanilyen módon ismételtam a kísérleteket, a praeparatumban itt-ott (a 3%-os só-oldat hatása folytán) egy kissé csipkés, de legtöbbször teljesen ép vörös vértekecsket találtam, a melyek minden tulajdonságukban változatlanok mutatkoztak, pedig a készítmény annyira tele van jegecekkel, hogy keresztül-kasul fekszenek a sejteken. Tehát a syphilitikusból gyógyuló egyének vörös sejtjeire a sublimatnak semminemű roncsoló hatása nincsen. Ép oly kevésbé bír ezzel a hatással a sublimat egészséges egyének vérére vagy más betegségekben szenvedőkére.

Még egy más kézzelfogható módon is sikerült bizonyítanom azt, hogy a sublimatnak ilyen hatása csak florid syphilis tünetekkel bíró egyének vérére van. Ez az eljárás abban áll, hogy egy felületesen futó venát proximaliter és distaliter leszorítok, ezáltal a közbüleső részt az általános keringésből kizártam. Ezen részbe egy kevés sublimat-oldatot feeskendeztem s miután egy-két perczig bennhagytam, a vért a leszorított részből feeskendővel kiszivattyúztam (parafinum liquidum alatt) Ezt a 2—3 kem.-nyi vért centrifugáltam és savóját spectroscopon át megvizsgálva azt találtam, hogy benne haemoglobin nincsen, ha nem syphilitikus egyéneken végeztem a kísérletet. Ellenben vérvörös volt a feloldott haemoglobin miatt a savó akkor, ha florid syphilissel bíró egyéneken ejtettem meg ezt a próbát.

Hogy minő vegyi elváltozásokon megyen által ilyen esetben a syphilitikus egyén haemoglobinja, arról majd bátorodom dolgozatom harmadik részében referálni.

Közlemény Tauffer Vilmos ny. r. egyetemi tanár II. szülészeti és nőgyógyászati kórodájáról.

Újabb adatok az osteomalacia gyógykezeléséhez 9 eset kapcsán.

Közlő Neumann Szigfrid dr., egyetemi tanársegéd.

(Vége.)

Eseteink második csoportját oly három beteg képezi, hol a terhesség végén a szülés megkezdődése után császármetszést végeztünk.

Az V-dik eset, melyet már fennálló méhrepedés mellett operáltunk, nem annyira az osteomalacia, mint inkább a méhrepedés szempontjából bír érdeklővel; a Porro-műtétnek az osteomalaciára való hatásáról, tekintettel a beteg rendkívüli rossz általános állapotára, melyben műtét alá került, s mely a műtét után sem javult, nem nyilatkozhatunk s így ez esetet sem az osteomalaciára vonatkozó műtéti indiciók, sem a műtéti eredmény szempontjából nem értékesíthetjük.

A VI-dik esetben egy súlyos osteomalaciával állottunk szemben a terhesség végén a szülés megkezdődésével; a kétségtelenül indicált Porro-műtétet egész tipikusan végeztük; a le-

folyás a sebgyógyulás szempontjából igen kedvező volt, ellenben az osteomalacia szempontjából kevésbé, mert a csontfájdalmak csak lassan szűntek meg s a reconvalescencia egyébként is igen vontatottan haladt; a beteg még az 50. napon is csak támaszkodva képes jární s elbocsátásakor az 54. napon sem szűntek meg teljesen csontfájdalmai.

A VII-dik eset szintén régi folyamat, a szülés már előrehaladt: eltűnt méhszáj; ez esetben is kétségtelen indiciója volt jelen a Porro-műtétnek s miután a méh infectiója még nem következett be, a csontknak elsüllyesztését, illetőleg Chrobak szerinti subperitonealis ellátását végeztük; mi is, mint előtünk már több szerző (Woerz,³³ Runge²⁰), azon örvendetes tapasztalatot nyertük, hogy ezen eljárás a Porro-féle csontkezeléssel szemben rendkívüli megkönnyebbitése a műtétnek, egészen eltekintve attól, hogy az utókezelést valóban összehasonlíthatlanul egyszerűsíti. *Mint különös előnyeit ez eljárásnak mi is kiemeljük, hogy az erősen táguló cervix kitűnően húzódik össze, hogy az uterinák alakítása által sikerül a vérzést biztosan csillapítani, s hogy a csont borítására szolgáló peritonealis lemezek leválasztása valóban semmiféle nehézséggel sem jár s aránytalanul könnyebben sikerül, mint a legtöbb fibromyoma miatt végzett hysterotomiánál.* A mi a műtétnek az osteomalaciára való hatását illeti, az itt sem volt oly közvetlen, mint a hogy azt számos esetben olvassuk; a csontfájdalmak ugyan elég gyorsan múltak el s így ily szempontból a gyermekágy rosszul befolyásolva nem volt s bár a 19. napon a beteg felkelt, a fájdalmak miatt nemsokára ismét kénytelen volt ágyban maradni; ekkor phosphort rendelünk neki, de dacára annak, mikor a XXVII-dik napon elhagyja a kórodát, még mindig elég nyomorult állapotban van; a phosphort otthon folytatja; mintegy két héttel távozása után hozzátartozói a beteg által használt phosphor-készítmény átvétele végett jelentkezvén, arról értesítenek, hogy a beteg lassan bár, de folytonosan javul.

1895. januárban felkeressük régi lakásán, a honnan azonban rövid idő előtt kiköltözködött; volt szomszédjai azt állítják, hogy a beteg minden támasz nélkül képes jární s házi teendőit végezni.

A mint e leírásból látjuk, császármetszéssel kezelt eseteink sem adták a legfényesebb eredményeket vagy legalább is nem oly fényeseket, mint a milyeneket az irodalomban leírva találunk nagy számban; a mennyire két esetünkben itélhetünk (az V. eset a fent leírt okokból e szempontból nem értékesíthető), a műtétnek az osteomalaciára vonatkozó eredményét sem közvetlennek, sem tökéletesnek nem mondhatjuk; tagadhatlan azonban, hogy mindkét esetünkben lényeges javulás következett be, természetesen azon változások fennmaradásával, melyek a csontokban mint már nem corrigálható elferdülések voltak jelen.

A második esetenél ismét örvendetesesen kell megemlékeznünk a phosphor hatásáról, mely bizonyára lényegesen hozzájárult a betegség javulásának gyorsabb haladásához.

Eseteink utolsó csoportjába két oly eset tartozik, a hol a terhesség második felében tekintet nélkül a magzat életére végeztük a méh s függelékeinek teljes kiirtását az osteomalaciás folyamat miatt.

A VIII-dik esetben a betegség kifejezett volt ugyan, de a beteg felvételekor nem volt túlságosan előrehaladva; a terhesség második felének kezdetétől azonban oly rohamosan haladt a kórfolyamat s a beteg ereje oly gyorsan hanyatlott, hogy kénytelenek voltunk érdekében valamit tenni. Ezen, valamint a következő (IX. sz. a. leírt) esetben, hol egészen hasonló körülmények között észleltük a beteg, indiciók szempontjából tulajdonképp négy lehetőség előtt állottunk; még pedig 1. hogy mesterséges vetélést és utána castratiót végezzünk, 2. hogy bevárjuk a mesterséges koraszülés megindításának lehetőségét és ezután végezzünk castratiót, 3. hogy viseltesük ki a terhességet s ennek végén végezzünk császármetszést s végül 4. hogy a betegséget coupirozzuk a terhes méh s függelékeinek azonnali kiirtása által minden tekintet nélkül a magzat életére. Ha ez utóbbira tekintettel akartunk volna lenni, akkor a 2. és 3. lehetőségek közül kellett volna válasz-

tanunk; a 2. lehetőséget azonban ki kellett zárunk, mert feltéve, hogy azon nagy áldozatot hoztuk volna, hogy az anyák rovására a magzatok azon fejlettségét vártuk volna be, mely mellett tekintettel a medence szűkületre, még spontán megszülehetnek, még akkor is a fejlettség oly alacsony fokán álló magzatokat nyertünk volna, melyeknek felnevelhetése az adott körülmények között alig látszott kivihetőnek s ezért a kérdésnek ily módon való megoldásáról lemondottunk; a magzatok érdekében kétségkívül a harmadik lehetőség — császármetszés a terhesség végén — lett volna a legkedvezőbb; azonban ezen időponttól mindegyik esetben még körülbelül 4 hónap választott el, a csontbetegség pedig rohamosan haladt előre, úgy hogy ha a magzatok érdekében a terhesség végéig várunk, az anyák előreláthatólag a legrosszabb állapotba jutottak volna, mely mellett még érett, életképes magzataik felnevelése is igen valószínűtlennek látszott, s így ezen eljárást is elvetettük. A körülmények ily mérlegelése után végre elszántuk magunkat a magzatokról lemondva, az anyákat megszabadítani kínos helyzetükből; erre két út állott volna rendelkezésünkre: vagy a mesterséges vetélés s utána a castratio vagy pedig a terhes méh s függelékeinek teljes kiirtása laparotomia útján. Az előbbire vonatkozólag igaz ugyan, hogy a mai cautelák mellett a mesterséges vetélés egy igen egyszerű, alig veszélyes eljárás; azonban a mi eseteinkben a kérdés más-képen áll: legyengült, cachectikus egyénekkel volt dolgunk, kiknél ma mesterséges abortust kellett végeztünk kiszámíthatatlan fokú vérvesztéssel, azután keresztül kellett volna vinni őket a gyermekágyon, majd hosszabb várakozás után a nélkül esetleg, hogy általános állapotuk javult volna, végül egy új, a körülményekhez képest nagy műtétnak: a castratióknak kellett volna őket alávetnünk, ezek mind oly körülmények, melyek valóban nem esábitottak, hogy a kérdést ez úton fejtsük meg. Nem maradt tehát hátra egyéb, mint a méh teljes kiirtását választani. A műtét technikai szempontból semmivel sem nagyobb jelentőségű, mint bármely más akár fibromyoma miatt, akár más okból végzett hysterotomia Chrobak-féle subperitonealis csonkkezeléssel, sőt tekintettel arra, hogy sem összenövések, sem a daganat elhelyezkedése vagy más körülmények által feltételezett nehézségek nem voltak várhatóak, jogos volt azon reményünk, hogy typice, minden complicatio nélkül fogjuk végezhetni a műtétet. S tényleg az eredmény nem maradt várakozásunk mögött; mindkét esetben simán, typice operálhattunk, a vérzés, az egyedüli, melytől a gravid uterusra való tekintettel esetleg tartanunk kellett, az uterináknak a méh amputációja előtti körülöltése után számottevő nem volt; nem mulaszthatjuk el, mint a műtétnak (szemben közönséges hysterotomiákkal) egyik kiváló előnyét itt is felemlíteni, hogy a peritonealis lebenyek a hashártya könnyű leválaszthatósága folytán igen jól voltak készíthetők. A sebgyógyulás mindkét esetben kifogástalan volt, az osteomalaciás folyamatra azonban a VIII. esetben a hatás nem volt oly közvetlen és tökéletes, a mennyiben a fájdalmak csak igen lassan maradtak el, majd egy kis recidiva is következett be, azonban az 51. napon a beteg jelentékenyen javult állapotban mégis elhagyhatta a kórodát. Megjegyzendő, hogy ezen betegnél, ép úgy mint az előbbi csoportokhoz tartozó 1—1 betegünkénél is a műtét után phosphort adagoltunk a már előbb említett alakban s mennyiségben s mint az előbbi esetekben, itt is jó hasznát láttuk.

A beteg további sorsáról, daczára annak, hogy levéileg több ízben kérdezősködtünk róla, sajnálatunkra tudomásunk nincsen.

Annál fényesebb volt a műtéti eredmény a IX. esetben, hol egészen hasonló viszonyokkal állottunk szemben a megbetegedés körülményeit s az indicatiókat illetőleg, mint az előbbinél; a betegnél a fájdalmak a méh s függelékeinek kiirtása után úgyszólván egy csapásra megszűntek, a XIX. napon felkelt s rövid idő múlva teljesen visszanyerte járási képességét; a végleges gyógyulást illetőleg is legkedvezőbb eseteink közé tartozik, a mennyiben ma, 1³/₄ évvel a műtét után, kifogástalan egészségségnek örvend.

A tanulságokat, melyeket eseteinkből s mások tapasztalatai-

ból a betegség gyógyítására s az indicatiók felállítására nézve merítettünk, a következő pontokban foglalhatjuk össze:

1. Sem a castratio, sem a császármetszés, sem semmiféle belső kezelés nem tekinthető mint biztos, végleges gyógyszere az osteomalaciának, mert ha az esetek egy jó részében az operatív gyógyjelzésekkel képesek vagyunk is teljes gyógyulást elérni, elég gyakran úgy a közvetlen, valamint a végleges eredmény csak mint kisebb-nagyobb fokú javulás következik be.

2. Kétségtelen, hogy belső gyógyszereléssel bizonyos fokú javulást el lehet érni; valószínű azonban, hogy az ez úton elért eredmények csak ép olyanok, mint a betegek diatetikai és hygieniai viszonyainak javítása által kétségtelenül szintén elérhető javulása a folyamatnak.

3. Egész más jelentőséggel bír a gyógyszerelés, illetőleg saját tapasztalataink szerint a phosphornak adagolása a castratio vagy császármetszés után, ha a reconvalescentia csak lassú haladást mutat; ilyenkor a phosphor több esetünkben úgy a castratio és a sectio caesarea, valamint a hysterotomia után is kitűnő hatásának bizonyult, a mennyiben adagolása mellett a csontfájdalmak gyorsabban elmaradtak s a mozgási képesség is visszatért.

4. Nem terheseknél, főleg ha még korai stadiuma van jelen a megbetegedésnek, a belső gyógyszerekkel való kísérletezésnek csakis bizonyos határokig van jogosultsága; ha azt tapasztaljuk, hogy hosszabb idei (mely időnek meghatározása természetesen az egyes esetek szerint változik) belső gyógyszerelés daczára a folyamat tovább halad, úgy, feltéve, hogy a diagnosishoz semmi kétely sem fér, minél előbb castratio végzendő, mert minél tovább halasztjuk ezen, az osteomalaciára kétségtelenül rendkívül nagy jelentőséggel bíró műtétet, annál nagyobb progressiókat fog végezni a folyamat, annál nagyobb elferdülései jönnek létre a csontrendszernek, s ha utóbb képesek leszünk is megállítani a folyamatot, a létrejött elferdülések s az ezekkel, főleg a mellkas elferdüléseivel járó szokott légzési s vérkeringési zavarok folytán a betegek már igen rossz állapotba jutottak.

5. Igen súlyos esetekben még a castratióval sem vagyunk képesek a betegséget megállítani s természetesen annál kevésbé meggyógyítani, mint ezt II. sz. esetünk bizonyítja.

6. A chloroformnarcosis hatásáról csak egy tapasztalásunk van s így határozottan nyilatkozni róla nincs jogunk; azonban a további kísérletezésre minden esetre érdemesnek kell tartanunk, mert egy rendkívül súlyos esetünkben (II. sz.) a közérzetet s a csontfájdalmakat — ha csak átmenetileg is — igen üdvösen befolyásolta.

7. Terhes osteomalaciás betegeknél, ha a terhesség még korai s a csontbetegség gyors rosszabbodást mutat, a betegek nagyfokú subjectiv és objectiv elnyomorodásával, a legjobb therapiának tartjuk a méh s függelékeinek teljes eltávolítását subperitonealis csonkeltávolítással, mely eljárással szemben a művi vetélés s utólagos castratio határozottan hátrányokkal bír, még pedig azért, mert sokkal csekélyebb behatásnak tartjuk, ha a betegnél egy műtét — a hysterotomia — útján távolítjuk el a méhet s függelékeit, mint ha a beteget kiteszszük először a mesterséges vetéléssel járó kiszámíthatatlan vérzés s infectio veszélyeinek, valamint a gyermekágy esélyeinek s utólag mindezek után még castratiót is végzünk.

8. A terhesség végén, illetőleg a szülés megindulásakor, ha a szülésnek a természetes szülőúton való befejezése lehetetlen, illetőleg csakis a magzat életének feláldozásával volna lehetséges, császármetszés végzendő, még pedig nem a conservatív császármetszés, hanem az uterus amputációjával s a csonk subperitonealis ellátásával egybekötött császármetszés. A csonk extraperitonealis kezelését csak akkor fogjuk végezni, ha valamely körülmény, pl. rupturák, a méh már fennálló septikus infectiója stb. azt feltétlenül követeli. A szülés megindulása, tehát a méhszáj megnyílása nem szerepelhet mint contraindicatio a csonk subperitonealis kezelése ellen.

Végül még röviden akarom érinteni az osteomalaciának hazánkban való elterjedéséről szóló viszonyokat.

Velits tanár utolsó összeállításában¹⁸ 27 esetet gyűjtött, melyek munkája megjelenéséig hazánkban észleltettek; ezekhez járul az azon idő óta észlelt esetek egy egész sorozata, mint Klein⁴¹ esete Szegedről, Mann tanárnak egy újabb, még

nem közölt esete, Weisz dr.⁴² esetei közül a Magyarországra eső egy eset, a jelen közleményben felsorolt esetek közül 8 (az V. eset Velits összeállításában már benfoglaltatik), továbbá az 1894. évben észlelt poliklinikus esetünk (az 1883-diki első poliklinikus eset szintén benfoglaltatik az említett 27 esetben), kórodai ambulanciánkon jelentkezett 5 s az I. szülészeti klinikán észlelt 5 eset,³⁸ mely Velits összeállításában még nem szerepel. Ha ezekhez még hozzászámítjuk Tauffer tanár magán-gyakorlatában észlelt esetet (kezdődő osteomalacia, mely jelenleg phosphor-kezelés alatt áll), továbbá azon kettőt, melyet Pertik tanár a boncaszalon észlelt s végül egy a legutolsó napokban kórodánkon jelentkezett s császármetszéssel operált esetet, akkor a puerperalis osteomalaciának hazánkban eddig észlelt s legnagyobb részét közölt eseteinek száma 53, a mi, tekintettel arra, hogy régebben azt hitték, miszerint hazánkban e betegség oly rendkívül ritka, bizonyára elég tekintélyes szám.

Irodalom:

- 1 Fehling: Archiv für Gynäk. 39. kötet.
- 2 Petrone: Ref. Centralbl. f. Gynäk. 1892. 17. szám.
- 3 Latzko: Allgem. Wien. med. Zeitung. 1893.
- 4 Löhlein: Zeitschrift für Geb. u. Gynäk. Bd. XXIX. S. 18. 1894.
- 5 Löhlein: Centralblatt f. Gynäk. 1894. I. füzet.
- 6 Fehling: Zeitschr. f. Geb. und Gynäk. XXX. kötet, 471. oldal.
- 7 Neusser: Wiener klin. Wochenschrift. 1892. 3. és 4.
- 8 Neumann: Magyar orvosi Archivum. III. kötet.
- 9 Chrobak: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. XXX. kötet. Discussio Orthmann előadásához.
- 10 Kleinwächter: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. XXXI. kötet, 77. oldal, 1895.
- 11 Orthmann: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. XXX. kötet, 1894.
- 12 Kehrer: Ref. Centralbl. f. Gynäk. 1889. 731. oldal.
- 13 Truzzi: Centralbl. f. Gynäk. 1890. Beilage 6. oldal.
- 14 Truzzi: Ref. Centralbl. f. Gynäk. 1892. 574. oldal.
- 15 Schauta: Wiener med. Wochenschr. 1890. 19. szám.
- 16 Thorn: Centralbl. f. Gynäk. 1891. 828. oldal.
- 17 Seeligmann: Berl. klin. Wochenschr. 1893. 44. szám.
- 18 Velits: Magyar orvosi Archivum. II. kötet, 259. old., 1893.
- 19 Hofmeier: Centralbl. f. Gynäk. 1891. 225. oldal.
- 20 Runge: Arch. f. Gynäk. 41. kötet, 116. oldal, 1891.
- 21 Solowij: Centralblatt f. Gynäk. 1892.
- 22 Stern: Münchener med. Wochenschr. 1893. 128. oldal.
- 23 Harajewitz: Wiener med. Presse. 1893. 1057. oldal.
- 24 Winckel: Lehrbuch. 1893.
- 25 Rasch: Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. 1893. XXV. k., 271. oldal.
- 26 Latzko: Ref. Centralbl. f. Gynäk. 1894. 42. sz.
- 27 Braun: Officielles Protokoll der geburtsh. Ges. in Wien. Sitz. vom 6. März 1894.
- 28 Winckel: Ref. Centralbl. f. Gyn. 1894. 42. sz. Discussio Latzko előadásához.
- 29 Runge: Lehrbuch der Geburtshilfe. 1894.
- 30 Preindsberger: Wiener klinische Wochenschr. 1893. Nr. 21.
- 31 La-Torre: Ref. Centralbl. f. Gynäk. 1894. VIII. füzet.
- 32 Labadie-Lagrave et Pricklin: Ref. Frommel's Jahrb. VII. évfolyam. 569. old.
- 33 Labusquière: Ref. Frommel's Jahrb. VII. évfolyam, 569. old.
- 34 Sippel: Centralblatt für Gynäk. 1890. 584. oldal.
- 35 Woerz: Centralbl. für Gynäk. 1892. 81. oldal.
- 36 Guéniot: Ref. Centralblatt f. Gynäk. 1892. 775. oldal.
- 37 Lodemann: Centralbl. f. Gynäkologie. 1893. 24. oldal.
- 38 Polgár: Orvosi Hetilap. 1895.
- 39 Dimmock: Ref. Frauenarzt 1894. 225. oldal.
- 40 Sternberg: Ref. Virchow-Hirsch Jahrb. 1893. II. kötet, 403. oldal.
- 41 Klein: Orvosi Hetilap 1895. 33. szám.
- 42 Weisz: Orvosi Hetilap 1894. 39. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Közkórházi orvostársulat.

(XVI. bemutató szakülés 1895. november 27-dikén.)

Elnök: Schwartzert Ottó, később Koller Gyula; jegyző: Mohr Mihály.

A pilocarpin hatásáról pneumoniánál két eset kapcsán.

Jordán Ferencz. Pneumoniában szenvedő két erőteljes férfibetegnél tett kísérletet a pilocarpinnal, melyet szoroson az ajánlott formában rendelt. Észleletei következő eredményre vezettek: a pilocarpinnal kezelt pneumoniás betegnél fellépő izzadás nem kritikus izzadás, hanem az egyszerűen pilocarpin hatás; a pilocarpin tüdőlobnál a szív erejét veszélyesen csökkenti; az sem a lázra, sem a köpet minőségére, vagy mennyiségére befolyással nem bír; végül a pilocarpin a szóban forgó bántalom

lefolyását nem hogy rövidítené, hanem ellenkezőleg a szervezetet ért nagy vízvesztés által az oldódást még hátráltatja.

Pericarditis gyógyult esete.

Jordán Ferencz. Négy hét előtt egy 14 éves leány vétetett fel az osztályra magas folytonos lázakkal; 8 nap múlva a bal scapula táján tompulat hörgő légzéssel, s pár nap múlva a szív táján a szívmozgásokkal egybeeső dörzs-zöreje lett hallható és tapintható; néhány napra rá a tompulat mellfelé terjedt s mire a dörzs-zöreje elmúlt, a tüdő tompulat a szív tompulattal összefolyt: ezen időben légzési- és vérkeringési tünetek is fejlődtek. A tüdő tompulat feltisztulása után a szív tompulat kikopogtathatóvá lett, mikor is az oly háromszög alakot mutatott, melynek felső szöglete letompított s belső, a szegycsonton túl terjedt szára rövidebb, a külső pedig hosszabb volt. A szívcsücsök pedig a tompulat külső határán jóval belül lett tapintható. A tompulat rövid napok alatt rohamosan feltisztult, a mikor a dörzs-zöreje is pár napig ismét hallhatóvá lett. Kétségtelenné teszi a diagnosist az a körülmény, hogy a szív táján a 3. és 4. bordaközön systolikus behúzódnás lett látható, e tünet a szívcsücsre azonban nem terjedt ki. E tünettől egyidejűleg nem fejlődött ki ugyan a Kussmaul által leírt pulsus paradoxus sem, a jugularisok ismert magatartása, de ez csak azt bizonyítja, hogy a concretio csak a szív alapjára terjedt ki és nem egyidejűleg a nagyedényekre is. Az előre ment lázak azt bizonyítják, hogy ez esetben sem elsődleges bántalommal van dolgunk: az alabántalomra nézve azonban biztosat nem mondhatunk, legvalószínűbb a typhus.

Kankós ondóhólyaglob; ondóhólyagpunctio; gonococcuslelet.

Róna Sámuel. A 25 éves nőtlen férfiú friss kankóval és jobb oldali mellékherelobbal vétetett fel bemutató osztályra. E mellett a jobb ondóhólyag mutató ujjnyi, felfelé vastagodott, egyenetlen felületű, tömött, ruganyos, kissé érzékeny képlet gyanánt volt tapintható. A Pravaz-feeszkendővel végzett punctio, melyet Haberern dr.-ral együtt végeztek, néhány cseppnyi vörhenyes folyadékot hozott napvilágra, mely főleg több magvú fehér véresejtekkel és kevés vörös véresejtből állott; ondószálcsáknyak nyoma sem volt; az összes megvizsgált készítményekben extra- és intracellularis gonococcusok találtak. Ez az első eset, melyben a kankósnak tartott ondóhólyaglob terméke közvetlenül vizsgálatot.

Justus Jakob: Azt véli, hogy Rónának nézete, mely szerint a vesicula seminalis punctiója által nyert anyagban a gonococcusok jelenléte a vesicula seminalis lobjának gonorrhoeás természetét bizonyítja, nem feltétlenül bizonyos. Mult évben két francia szerző tett közzé egy hosszabb dolgozatot, melyben e szerzők kimutatták, hogy a kankó folyamán meglobosodott mellékherében, továbbá magában az urethrában a gonococcuson kívül még egy más, ahhoz hasonló diplococcus volt található, a melynek tiszta tenyésztését is sikerült előállítani, a mely a gonococcus tiszta tenyésztésétől határozottan el volt különíthető, s a melylyel kutyákon epididymitist sikerült előidézni. Ugyanezen kettős coccus tudták kimutatni járványos fültömírgy-lob és mellékherelyuladás eseteiben, sőt ha valamely gonorrhoeás egyénnél ezen diplococust a urethra váladékában megtalálták, úgy előre megmondhatták, hogy mellékherelob fog a kankóhoz szegődni; ellenben azon esetekben, a hol ezen kettős coccus nem volt található, a beteg soha sem kapott epididymitist. Szólv tehát azt hiszi, hogy nincs kizárva annak lehetősége, hogy a vesicula seminalis lobját is ez a coccus idézi elő. Mindenesetre szükséges volna ez irányban is vizsgálatokat eszközölni.

Róna Sámuel: Van tudomása az említett dolgozatról, melyet azonban a külföldi szaktársak is nagy kételyvel fogadtak. Eldönteni a dolgot azonban csak vizsgálat útján lehetne.

Gát felé sülyedt kankós prostata-tályog; genyvizsgálat gonococcusra; ondóvizsgálat.

Róna Sámuel. Eddig észlelt eseteiben 5 eset kivételével a prostata-tályog a húgycsőbe tört át és valamennyi meggyógyult. Egy esetben a hólyagba tört a tályog; egy másodikban a gát felé sülyedt; egy harmadik esetben a végbélbe akart áttörni és a gáton át lőn megnyitva; egy negyedik esetben a végbél felől nyitattott meg. Ötödik esete a most bemutatandó, melynél a gát felé sülyedt a tályog és itt is nyitattott meg. A tályogür gyermekökölhyi volt és a húgycső prostatikus részét vette körül; prostatának semmi nyomát sem találta. A műtétet gyors gyógyulás követte.

Az áttörés módjának ritkasága mellett még más okból is figyelmet érdemel ezen eset. A tályog ugyanis megnyitása előtt Pravaz-feeszkendővel pungáltatott, de a kapott genyben nem sikerült gonococcusokat kimutatni. Bemutatónak ez már harmadik esete, melyben a prostata-tályog bennéke negatív eredménnyel vizsgálatott gonococcusokra s így valószínű, hogy a prostata elgenyvedését nem okozzák a gonococcusok. Másrészt figyelemre méltó azon körülmény, hogy a műtét után 14 nappal nyert ejaculatumban nagyon élénken mozgó ondószálcsák voltak találhatóak, a mi ellene szól Fürbringer azon nézetének, mely szerint a prostata-nedvnek azon fontos szerepe is van, hogy a vesicula seminalisból mozdulatlanul kikerülő ondószálcsákat életre serkentse, tehát a fogamzásra alkalmassá tegye. Bütcher-féle sperma-kristályokra, mint a melyek a prostata secretiójára vallanak, eddig még nem történt vizsgálat; az ejaculatum ismeretes szagának hiánya is a mellett azt azonban, hogy prostata-nedv nem volt benne.

Orchitis syphilitica friss syphilisben szenvedőnél.

Róna Sámuel. A syphilis okozta heremegbetegedés főleg a 3. stadiumban észlelhető; vannak azonban esetek, a mikor már a 2. stadium-

ban is előfordul főleg a mellékhere lobja. Túlzottan tartja Guilleret nézetét, mely szerint a 2. stadiumban levők 10%-ánál található mellékherelob. A bemutatott eset 20 éves egyénre vonatkozik, a ki július hónapban tipikus sclerosissal fekiútt bemutató osztályán és noha secundaer tünetek még nem jelentkeztek, hydr. sozójodol. befecskendésekkel kezeltetett. November elején ismét az osztályra került abnormis syphilidekkel, nagyfokú polyadenitissal és a következő herebántalommal: a jobb here és mellékhere egyenesen tömött, tyúktójasnyi, alul széles, felül csúcsos, nem fájdalmas daganattá alakult át, úgy hogy a hererészeket nem lehetett külön tapintani. Vaginalitis nem mutatható ki. A jobb ondózsínor vastagabb, tömöttebb. A prostata rendellenességet nem mutat. A kankós mellékherelob ki volt zárható, mert betegnek sohasem volt kankója és a daganat alakja is más. A tuberculosis valószínűséggel szintén ki volt zárható, mert a beteg szülei és testvérei egészségesek s a prostata és ondóhólyag nem mutatnak rendellenességet. Maradt tehát a korai orchidididymitis syphilitica, mely kórisme helyességét a lefolyás is igazolta, mert négy 8%-os hydr. sozójodol. injectióra és empl. hydr. helybeli alkalmazására a here- és mellékhere-beszűrődésnek ma már csak nyomai mutathatók ki.

Sarcoma chorioideae esete.

Id. Siklóssy Gyula. A daganat nagy férfőköllyi, vastag, henger-szerű nyélre gombaszerűleg felül, kifeléyesedett felülettel. A nyél magában foglalja a bulbust — legalább részben —, alul az összefüggés, mintegy az aequator táján világosan kitapintható; a daganat centralis része bizonyos mértékben mozgatható, legerősebben rögzített a felső belső határon. A két szemhéj a daganat nyele mögött foglal helyet, mely így a szemrészről ki van zárva már a tarsalis; conjunctiva és az átmeneti redő felül a daganat külső burkát képezik, míg az alsó szemhéj rendes elhelyeződést mutat.

A szövettani vizsgálatot *Genersich* tanár végezte, miből kitűnik, hogy helyenként festenyese, de vasreactiót nem adó, velős sarcomával állunk szemben.

A mennyiben a környi mirigyek beszűrődve nincsenek, továbbá az egyén igen jól táplált, a prognosist jónak jelezhetni. Nem conferál sem a prognosist megállapításához, sem a műtéthez köteadó reményekhez az a körülmény, hogy az egyén fényérzése jó: mindenesetre ekkora destructio mellett meglepő. Az eltávolítás az orbita eviceratióját fogja maga után vonni.

Anchylostoma gyógyult esete.

Kuzmik Pál. A 22 éves nőbeteg ezelőtt tíz évvel padlásról való leesés alkalmával állítólag állkapocs-törést szenvedett s egyidejűleg több fogát is vesztette. A sérülés elszívódása után állkapcsát egy hónapig még mozgathatta, az állkapocs működése azonban fokozatosan korlátozottabbá vált, míg végre képtelen volt száját többé felnyitni, s táplálkozása is csak úgy vált lehetségessé, hogy két felső és két alsó metszőfogát kihuzatta. A táplálkozás akadályozott volta s heves fájdalomai miatt kereste fel az osztályt. Felvételekor állkapcsa sem active sem passive nem mozgatható; az állkapocs baloldali vízszintes ágának alsó szélén, az angulustól körülbelül 3 cm.-nyire mellfelé egy alafelét nyitott, tompa szögletben megtört s a pofán áttapintva a felső s alsó állcsont egy testté összeolvadva volt érezhető. A szájtornác jobb oldali anatómiai eltérést nem mutat, míg bal oldalt az első praemolaris fognál végződik, a hol a pofa nyákhártyája a fogmeder nyákhártyájával összefolyik; az állkapocs a felső állcsont testével egy tömegbe összefolyt: ezen csontforradás rögzítette az állkapcsot.

A mechanikai akadály megszüntetése képezte a f. é. október 30-diki operatio tárgyát. A bal pofát a szájtúgtól kiinduló, körülbelül 8 cm. hosszú metszéssel felhasították a bal szájtornác végéig, s az állkapocs a lágyrészek leemelése után közvetlen a csontos fal előtt vésővel átmetszetett; a beteg erre állkapcsát azonnal képes volt mozgatni s a fogorokot 1/2 cm.-nyire távolítani, s mint ekkor kitűnt, a baloldali zápfogak felületeikkel a szájtúg felé néztek, jelétül annak, hogy a sérülés alkalmával a fogmedrek letörtettek s fogaikkal együtt a szájtúg felé nyomattak; a műtét ezután befejeztetett azáltal, hogy a pofa nyákhártyája catgut-szivesvarrattal, majd a pofa külső sebe csomós selyemvarratokkal egyesítettet. A gyógyulás „per primam“ történt, a beteg ma már a legkeményebb ételeket is képes megrágni. Az állkapocs mozgékonyosságának helyreállítása passiv és activ mozgásokkal, a rés tágitása pedig fokozatosan vastagodó ék alakú parafa dugóknak a fogorok közé való helyezésével történik. A csont metszlapjain a callus képződés már nyolezad napra megindult, ma már nyákhártyával vannak bevonva, úgy hogy csontos összeforradástól nem kell tartanunk, s így a felszabadított állkapocs fél mozgékonyossága állandóan biztosítva van.

Az eset különösen azért érdekes, mert a jobboldali állkapocs izület 10 év lefolyása alatt sem vesztette el működés képességét s a beteg a mechanikai akadály megszüntetése után azonnal képes volt azt mozgatni.

Kiemeli azután bemutató, hogy csontműtéteknél a véső sokkal előnyösebb mint a lánzfűrész, mert a vésővel való operatio sokkal biztosabb, kiméletesebb és gyorsabb.

Echinococcus colli mütett esete.

Beck Bódog. A 16 éves lovász bajára vonatkozólag előadja, hogy az 3 év előtt kezdődött egy mogyorónyi terimenagyobbodással, mely eleinte lassankint nőtt, míg később egyszerre hirtelen kezdett növekedni, úgy hogy rövid idő múlva jelenlegi nagyságát érte el. Fájdalmakat ez neki sohasem okozott. Beteg sohasem volt, lázas betegséget ki nem állt. Beteg korához képest jól fejlődött. A jobb áll

alatt egy férfőköllyi, fluctuáló, fájdalmatlan, szabályos gömbalakot mutató, a környezettől korlátozottan mozdítható terimenagyobbodás. A daganat sem a légzés, sem a fej mozgásait nem követi. Lép erősen hypertrophisált, a bal bordaívet jóval meghaladja.

Műtét október 30-dikán (végezte Herczel főorvos): 10 cm. hosszú börmetszés. A cysta tokja megsérül, belőle kristálytisza savó ürül, a nyílás elé egy körülbelül tyúktójasnyi tipikus burkony tolu. A tömlő tokja a bőrhöz gomblyukszerűen kivarratik. Tamponade. Lefolyás teljesen normalis, láztalan. Tok lassanként kigenyed. Üreg 20 nap alatt granulatióktól kitöltött, benőtt. Mikroszkopikus vizsgálat echinococcus scoleicipariens derített ki, telve scolexekkel és horgokkal.

Echinococcus a nyakon igen ritka; eddig az irodalomban csak 26 eset lett közölve; nálunk mindenesetre ez az első eset.

Bélsipolyos hasfali sérv radikalisan mütett esete. Gyógyulás.

Herczel Manó. A 32 éves nőnél 8 év előtt, állítólag egy vizes dőzsa emelése folytán, a hasfal középvonalában a köldök alatt egy daganat keletkezett, mely két évig különösebb tünetek nélkül állott fenn, ekkor kifakadt és belőle állítólag bűzös geny ürült. Bajától szabadulandó az ungvári kórházba vétette fel magát, hol megoperálták. 30 napig volt a kórházban, azután fél évig megpihent, midőn azonban újból munkához látott, baja ismét visszatért. A daganatot eleinte vissza tudta helyezni a hasürbe, utóbb azonban ez már nem sikerült. 2 hónappal ezelőtt a daganat alsó felületén folytonosság hiány keletkezett, melyen át 2 hétig bűzös geny, azóta híg bélsár ürült. A sipoly-nyílás képződését megelőzőleg 8 napig lázas volt, hányt és fájdalmakat érzett a daganatban. Étvágya kielégítő, kissé lesoványodott, olykor székrekedése van, széke rendszeren kemény.

A rosszul táplált nőbeteg mellkasi szervei eltérést nem mutatnak. Has nem érzékeny. A köldök alatt 1 cm.-nyire veszi kezdetét egy nagy, részben ép bőrrel fedett, lágy, nem fluctuáló, dudoros felületű daganat, mely felett a kopogtatási hang dobos és a melyen a belek peristaltikus mozgása észlelhető. A daganat alsó felületén, 3 cm.-nyire a symphysis felett van egy 11 cm. hosszú, harántirányú, linearis hegyvonal, melynek közepén krajczárnyi ezafatos és infiltrált szélű anyaghiány látható, melyből bélsár ürül. A tumor nyomásnál korgás kíséretében kevésbé kisebbedik. A daganat alapján a test középvonalában egy öklöt befogadó hasfali rés tapintható ki. Testsúly 46 kg.

Műtét aethernarkosisban hajtatott végre. A hernia feletti bőrt ránczba emelve behatoltunk a hasürbe; a metszésnek fel- és lefelé való tágitása után ott találtuk a hernia zsákjában a vékonybeleket és a coecumot a proc. vermiformissal, mely utóbbi egy vékonybélkaecsal össze volt növe úgy, hogy ezt előzetes alakúttással a vékonybélről le kellett választani. A belek részint egymás között, részint pedig a peritoneummal széles, vastag és vékony álhártyákkal össze voltak növe; kifejtésük részint tompa, részint éles úton történt. A szabadá tett beleket visszatoltuk a hasürbe úgy, hogy csak két bélkaec maradt vissza, melyek a fistula felé tartottak. Ezek sokkal jobban voltak a hernialis zsákkal összenöve, faluk igen szakadékonny volt és egy helyen fényleg kissé be is szakadt a leválasztási kísérletnél. A további leválasztást ennek folytán élesen kellett végeznünk, még pedig akként, hogy a metszéseket nem a serosa felé, hanem a heg felé vezettük s így a leválasztás után a bélen rajta maradt egy körülbelül 6 cm²-nyi felületű heges szöveti rész, melyet utólagosan ollóval vágunk le. Most a beszakadt serosát négy Lambert-varrattal egyesítettük. Hátra volt még az utolsó kaecnak leválasztása, melyen rajta volt a sipoly-nyílás. A szélek felrisszítése után a rés 6—6 Czerny-Lembert varrattal lett ellátva. A rés hossza a vékonybélben 28 cm. volt. Most a belek a hasürbe visszatartván, következett a hasfali herniának ellátása Gersuny módja szerint. A rectusokat mindkét oldalt majdnem egész hosszukban ki-praeeparáltuk, a fölül peritoneumot és bőrt elvágyva, elzártuk a hasat, még pedig a peritoneumot selyemmel, az egymáshoz illesztett rectust és fasciáját 14 silkworm-varrattal, végül a bőrt selyemmel. A hasüri rés hossza 14 cm. volt.

A beteg mindvégig láztalan, szelek már másodnap indultak meg, széke a 4. napon spontán volt s már a 6. napon a varratok eltávolíthatók voltak. A beteg kitűnő közérzete mellett jó étvágyú s gyarapodik. A gyógytartamot két silkwormgut varrat kigenyedése hosszabbította meg; ezek eltávolítása után a seb csakhamar egyesült és a beteg minden eddigi nehézségétől megszabadult.

Grove-féle vízsterilizáló készülék; Schleich-féle túlzsirosított szappan; Schleich-féle serum hintőpor; Marmorek-féle antistreptococcus serum.

Nékám Lajos. A Grove-féle vízsterilizáló készülék határtalan ideig állandó áramban képes szolgáltatni a sterilizált hideg vizet, mely eredeti gáz- és sótartalmából a folyamatban semmit sem veszít, tehát ivó-vízül is rögtön felhasználható. A készülék ezt egy igen egyszerű és elegáns szerkezettel éri el. Tulajdonképpen egy U alakú csőből áll, melynek két szára egymáshoz közel fut és jó vezetőkké van egymástól elkülönítve. Középe pedig kovácsolt vasból áll és egy lányszerkezet által vehető. Így berendezés mellett az elfolyó forró víz átadja melegét a mellette és ellenkező irányban áramló hideg víznek, a míg tehát a már megsterilizált forró víz lehül, a sterilizálandó már felmelegítve érkezik a lánghoz, úgy hogy a gázláng a hőmennyiségnek csupán 1/7 részét kénytelen pótolni, hogy a víz 120° mellett, 2 légnomással sterilizáltassék. A készüléket bacteriologiai vizsgálat alá vetette és exact működést állapította meg, ez alapon ajánlhatja sebészeti intézetek, iskolák, vendéglők, nyilvános víz szolgáltató-telepek részére. A készülék minden nagyságban készíthető, egy óránként 125 l. vizet szolgáltató apparatus 150—

210 frtba kerül és egy köbméter vizet körülbelül 30 kr. gázfogyasztással sterilizál.

Ezután bemutat egy *Sleich*-féle túlszírosított szappant, melybe márványpor van keverve, a mi által igen gyors, kellemes és erőlyes desinfectio érhető el a kezeknek és az operáló területnek, a nélkül, hogy sublimat, alkohol, kefe stb. volna szükséges. Az eljárás gyorsabb és biztosabb a *Fürbringer*-féle kéz mosásnál. A készítményt bármely gyógyszerész előállíthatja, ha 25–40% márványport kever bármely közömbös lágy szappanhoz.

A *Sleich*-féle serum hintőport igen jó eredménnyel látta alkalmazni *ulcus chronicum cruris* eseteiben. A por sterilizált, beszárított marha-vérsavóból áll. Varixok esetében ezélszerű még a fekélyt energikusan körül vájni és ezáltal a beteg részt a pangó, pathologikus circulatio alól felszabadítani. Ara *Kohlmayer*-nél (Bélin, S. Belle Aliancestrasse 12) 100 grammonként 60 kr.

Vége a *Marmorek* által az Institut Pasteurben készített anti-streptococcus serumot mutatja be, melyet onnan kísérletezés végett kapott. Az anyag ló-serum; az állatot $\frac{3}{4}$ évig immunizálták oly cultarával, mely 30 óra alatt $\frac{1}{100}$ milliárd köbcentiméter mennyiségben megöli a házi nyulat. A kísérletek eredményeiről annak idején be fog számolni.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: Bókai Árpád, Kétli Károly, Korányi Frigyes. Második kötet. Dobrowsky és Franke kiadása. 1895.

(Vége.)

C) *Anyagforgalom betegségei. Elkövéredés.* Írta *Hochhalt Károly*. Mily úton és minő élettani feltételek mellett jön létre az állati zsír túlproductioja? ez azon kérdés, mely körül az elkövéredés tanának egész nosológiája forog; ez utóbbinak érdekében szerző szükségesnek tartotta az anyagcsere élettanának ide vonatkozó főbb fejezeteit tárgyalni. Kitér arra, hogy a fehérje, zsír és szénhidrátok közül, melyik az, a mely leginkább közvetíti a zsír lerakódást, továbbá szól az alkohol fontos szerepéről s három pontban összegezi az elhízás létrejöttének alapfeltételeit. A tünettanban nincs említés téve az oxaluriaról; elhízott egyéneknél gyakran találtak a vizeletben oxalsavas mész jegeceket néha nagy mennyiségben (*Cantani, Bouchard, Kisch, Immermann*), a miből arra következtettek, hogy az oxalsav felszaporodott s még tovább arra, hogy az oxydatio csökkenése az oka. Quantitativ oxalsav meghatározások azonban hiányoztak. *Kisch* érdeme, hogy 1892-ben pontos quantitativ vizsgálatokat végzett s 9 eset közül csak egyszer találta az oxalsavat megszorodva. A gyógyítás rovatában ismerteti a régebbi módszereket és kiemeli, hogy csak a legutolsó évtizedekben nyert az elhízás gyógytana tudományos háttérrel s így keletkeztek az ú. n. étrendi gyógymódok (*Harvey-Banting, Ebstein, Oertel*) és *Winternitz* eljárása. Nagyon helyesen jegyzi meg, hogy a gyógyterv megállapításánál mindenekelőtt a beteg egyénisége dönt s a kezelő orvos előtt mindenkor azon vezérelv lebegjen, hogy a test zsírja kevesebbítésére törekedve, a szervezet fehérje állományát kimélni kell, s hogy a soványodás lehetőleg könnyen, minden nagyobb nélkülözések elkerülésével legyen eszközölhető. A tápanyagok közül főleg a szénhidrátok reducálándók, helyettük zsirt adjunk pótlásképen, az italok össz mennyiségét reducáljuk, a testsúlyt rendszeresen mérjük. Felemlíti a *Kisch* ajánlotta dynamometert és sphygmographot is és megjegyzi, hogy pontosabb észleléseknél ajánlatos a húgy és bélsár elemzése. Vége a balneotherapeutikus hatányokat is felsorolja. A tárgy iránt érdeklődő megtalálja e fejezetben mindazt, mire a gyakorlatban szüksége van s könnyen eligazodik az anyagcsere ide vonatkozó kérdéseiben is, mert a szerző igyekezett mindent felölelni, a mit e téren az újabb búvárlat megállapított. Igyekezetét teljes siker koronázta. Egy elvi jelentőségű dolgot azonban nem emelt ki kellően, a mennyiben csupán megjegyzi röviden, hogy pontosabb észleléseknél ajánlatos a húgy és bélsár elemzése. Ezen megjegyzése nyilván azon vitás kérdésre vonatkozik, vajjon elérhető-e a fehérje állomány kimélnése kellő zsírvesztés mellett. *Hirschfeld* ugyanis vizsgálatai alapján azt állította volt, hogy soványító kúránál a betegek nemcsak zsirt, hanem egyidejűleg mindig fehérjét is veszítenek. *Dapper, Noorden* tanítványa önmagán végzett pontos vizsgálatokat, melyekből kitűnt, hogy el-

érhető azon cél, mely erős zsírvesztés mellett a fehérje állomány kimélnését tűzi ki feladatul. *Noorden* 1894-ben betegeken végzett vizsgálatai alapján szintén ellentmond *Hirschfeld* állításának s bebizonyítja, hogy ezen cél tényleg elérhető, ha a tápszereket, vizeletet és bélsárt sűrűn analýsáljuk nitrogen tartalmára nézve s a nyert eredmény szerint módosítjuk a táplálék mennyiségét és minőségét. Igaz, hogy a gyakorló orvos ezt nem teheti, a klinikai és kórházi laboratoriumokban azonban ilyen vizsgálatok kivihetők.

Angolkór. Írta *Bókai János* tanár. Az angolkór kórtani lényege ma is homályos, szerző felsorolja a sok hypothesis s leginkább kielégítőnek találja *Kassowitz* elméletét, mert ezen elmélet alapján általa kezdeményezett phosphorkezelés az angolkór gyógyításánál kétségtelenül bevált. Felsorolja a *Stefánia*-gyermek-kórházban észlelt angolkór esetek számát életkor szerint a 4-dik évig bezárólag, kitűntetve, hogy a 8–14-dik hónap közt éri el a megbetegedés maximumát, e kortól kezdve csökken s a 3–4-dik év között már a minimumig száll alá. Ugyanítt gyűjtött tapasztalásai azt mutatják, hogy az angolkór nem minden évszakban lép fel egyforma gyakorisággal, Budapesten az esetek legsűrűbben márczius és április hóban, a leggyérebben augusztus, szeptember október és november hónapban láthatók. A kórboneztanban a csontnövekedés zavarainak kellő megértése végett a normalis csontfejlődés lényeges mozzanatait bocsátja előre s azután behatóan esetenként a csontnövekedésnek angolkórra jellemző zavarait. A kórtünetek praecis leírását a szöveg közé iktatott sikerült ábrák egészítik ki. Részletesen tárgyalja az angolkór alakjait s leírja az általa észlelt rhachitis tarda esetet, melyet eredeti fénykép után készült ábrával is illusztrál. A gyógykezelés rovatában a prophylaxis tényezőit emeli ki s hangsúlyozza, hogy gyakorlatilag mily fontos az angolkórt korán felismerni a szakszerű kezelés megindítása végett. A tulajdonképeni gyógyítás diietetikus, gyógyszeres és sebészi illetőleg orthopaedikus, a diietetikus kezelésnél mint érdekest felemlíti, hogy Olaszországban angolkóros gyermekek befogadására már a 70-es évek óta vannak intézetek, a melyek úgy mint a Svájcban Zürich közelében létesült hasonló célú gyógyintézet a legszebb eredményeket tüntetik fel. A gyógyszeres kezelésnél a csukamájolaj, a vas használatáról van szó, szerző 1885 óta kezdte meg a *Stefánia*-gyermek-kórházban a phosphorkezelést s azóta rendszeresen alkalmazza; a phosphortherapia nagy fontossága folytán kiterjeszkedik annak részleteire, hasznos és megszívlelendő útmutatásokat ad a gyógyszer készítése módjára, rendelésére és dosisára. A fejezet minden tekintetben kielégíti várakozásunkat, szerző nagyszámú tapasztalásai, kiváló szakismerete alapján ezen betegséget fontosságához mért kellő méltánylásban részesítette, a gyakorló orvos vonzó és ismereteit kiegészítő olvasmányt, hű tanácsadót lel benne.

Osteomalacia. Írta *Tauffer Vilmos* tanár. *Virchow*nak érdeme a betegség klasszikus definitioja s az angolkórtól való megkülönböztetése, minek felemlítése után *Fehling*nek e téren érdemeiről szól, melyek a castratio gyógyító értéke körül mozognak. Hazánkban *Kézmárczky* és *Velits* közlései után csakhamar felszaporodott az észlelt esetek száma, *Tauffer* tanár klinikáján az utolsó években 16 eset fordult meg. A kórlényeg rovatában behatóan szól az osteomalaciánál a csontokban végbemenő vegyi folyamatokról, hangsúlyozva, hogy exact módon végzett idevágó vizsgálatok hiányoznak s ez okozta azon ellentétes kimondásokat, miket az egyes vizsgálóknál a vizelet phosphorsav tartalmára nézve találunk. *Tauffer* tanár klinikáján *Neumann Szigfrid* végzett ily irányú pontos anyagcsere vizsgálatokat, ezen vizsgálatok lényeges eredményeit szerző kivonatossan ismerteti. A továbbiakban a petefészkek életműködésével kapcsolatos trophoneurosis elméletéről szól, korszakot alkotónak mondva *Fehling* felfedezését, hogy a castratio az osteomalaciát gyógyítja, mely kórtani tényre a magyarázat még hiányzik; létezik több hypothesis, de egyik sem bír több valószínűséggel mint a *Fehlingé*, mely utóbbira szerző részletesen kiterjeszkedik. Ezután a vér lúgosságának csökkent voltával kapcsolatos elméletet, a bacteriumos elméletet, a vérvizsgálaton alapuló elméletet stb. sorolja fel. A kórboneztan rovatában behatóan esetenként a csontok alakváltozásait, számos megfelelő ábrával illusztrálva. A kórszöveti részt *Pertik* tanár írta meg. A kórtünetek felsorolásánál utal egyebek közt arra is, hogy jövőben a vizelet és bélsár vizsgálatának fontos szerep jut s általa oly jellegző tüneteket

remél felfedezhetni, a melyekből már a betegség korai szakában lehetséges lesz a kórismét megállapítani. A gyógyítás rovatában első sorban szól a phosphorkezelésről, mely kiválóan fontos a nem puerperalis osteomalaciánál, míg a puerperalis osteomalaciának souverain gyógyító eszközeül a Fehling által behozott castratiót jelöli meg, azonban hozzát teszi, hogy kivételes esetek vannak, hol a gyógyulás kimaradt. Ezután fontos útbaigazításokat ad a gravid osteomalaciások gyógyításánál követendő eljárásra, az itt felmerülő kérdéseket két esetben úgy oldotta meg, hogy a terhesség alatt a Porro-féle sectio caesareát egyidejű castratióval végezte s mindkét betege meggyógyult. Tauffer tanár feladatát kitünően oldotta meg, mélyreható tárgyismeret nyilatkozik munkájában mindenütt, mihez észlelt eseteinek kellő felhasználása, élénk leírás járul, felemlít mindent, a mi ezen betegség régi és újabb irodalmából, mint maradandó értékű kivált vagy alapos kilátást nyújthat a jövőre, a tárgyalás mindenütt az ismeretek mai állásának színvonalán áll, úgy hogy az osteomalaciát a kézikönyv második kötetének legkiválóbb fejezetei közé kell számítanunk.

Köszvény. Idült ízületi csúsz. Torzító ízületi gyulladás. Képződés. Irta Hochhalt Károly. Kiválik közülök a köszvényről szóló fejezet, nemcsak terjedelmes volta, de tartalma miatt is, a mennyiben szerző behatóan foglalkozik ezen bántalom lényegére vonatkozó számos hypothesisal, a húgysav szerepével a vérben és az ízületekben, kiemelve e téren Garrod érdemeit. A húgysav kimutatásáról a vérben (uricaemia) elmondottak híven tükrözik vissza a kérdés jelen állását, uricaemia ugyanis jelen lehet köszvény-nél, bár annak állandó tünetét nem képezi, másrészt előfordul más betegségeknel is s így a köszvénynek elvitázhatatlan kórisméi támpontjaként nem tekinthető. A húgysavnak a vizeletben való kimutatása és quantitativ meghatározásáról mondtak a kérdés tüzetes áttanulmányozására utalnak, szerző oda concludál, hogy a húgyvizsgálat egyáltalában sem magának a köszvényes betegségnek kórismézésére, sem annak különféle időszakai jelzésére nem értékesíthető. Más szerzőkkel egyértelműleg constatálja, hogy a porczok, ízületi tokok és inakba való húgysav lerakódások biztos jelei a köszvénynek. A gyógyítás rovatában főleg a lúgos és egyéb húgysavoldó ásványvizek javait írja le, felemlíti röviden a piperazint és még rövidebben végez a Stroschein által előállított s egykor annyira magasztalt uricedinnel.

A második kötet második felének bekezdésében Plósz Pál tanár írja le a *diabetes mellitus* és a *pseudodiabete*süket. A legnehezebb feladatok egyike a cukorbetegség megírása, egyrészt azért, mert daczára az óriásinak nevezhető irodalomnak, mely e tárggyal foglalkozik, a betegség lényegét még sem ismerjük, másrészt azért, mert a cukorbetegség minden fejezete a hypothesisek nagy számával van tele, minduntalan újabb és újabb adatok merülnek fel az experimentalis kórtan, az anyagcsere chemiája és a gyógyítási eljárások terén. Az élet- és körvegytan tanárát egyetemünkön ezen fejezet megírására megnyerni igen szerencsés választásnak kell már a priori is tartani, s hogy a hozzáfűzött várakozásnak mily fényesen felelt meg, arról tanuskodik a munka tekintélyes terjedelme mellett kiváló beltartalma. A cukor kimutatása és meghatározása cím alatt foglaltak igen nagy szolgálatot tesznek a gyakorló orvosnak úgy a cukor próbák kivitele, mint értékük megírása szempontjából s itt kiemelendők a reductio-próba, a Trommer-próba felől elmondottak, melynél szerző a reactio létrejöttének módjára fekteti a fősúlyt, minek ismerete nagyon megkönnyíti az eligazodást s a reductáló, de nem cukornemű anyagoktól való megkülönböztetést, a mely téren az orvos sok csalódásnak van kitéve. Ezen legelterjedtebb próbán kívül fel vannak sorolva mindazok a cukorreactiók, melyeket szerző és újabban ajánlottak, értékük és használhatóságuk felől ismerő mindenütt saját bőséges tapasztalásai alapján mond ítéletet. Azután röviden csoportosítja azon eljárásokat, melyek segítségével a cukrot redukáló anyagok mellett is minden esetben felismerhetjük és mennyilegesen meghatározhatjuk, itt is megbízható vezér-fonalat adva a gyakorló orvos számára. A vizeletben foglalt összes szénhidrátok leválasztása következik ezután s itt Baumann és Wedensky eljárását vázolja röviden, befejezván ezzel azon eljárások leírását, melyek segítségével a diabest, a glycosuriákat és a physiologiai cukor és szénhidrát kiválasztást vizsgálni és megállapítani lehet. A szőlőcukrot kísérő vagy azt helyettesítő egyéb

szénhidrátokra tér át ezután, majd a czukornemű testekkel végezve az acetone, oxyvajsav, oxalsav jelentőségével a vizeletben foglalkozik. Röviden szól a nitrogen anyagcsereéről, az oxydatioról és a szénhidrátok anyagcsereéről, jellemző adatokkal illusztrálva főleg azt, hogy a cukorbeteg mennyire nem képes a szervezetében felhalmozott szénhidrátokat elégetni. Itt felemlítette volna szerző azt, hogy a cukorbeteg csak a szőlőcukorral szemben vesztette el a továbbbontási képességet, mert más cukrot (tejezúrt, laevulose) képes elbontani. Az urológiai részben kimarad azon fontos és érdekes tény felemlítése, hogy a diabetikus több phosphorsavon kívül több CaO-ot és Mg-t választ ki a vizelet és bélsár útján, mint a mennyit felvett, főleg a Ca-vesztés nagy, a miből a csontszövet pusztulására kell következtetni. van Ackeren mint első hívta fel a figyelmet ezen körülményre és hazai szakirodalomunkban is található erre vonatkozó adatok.

A diabetes általános kórképe és lefolyása, a coma diabeticum, a diabetes alakjai és féleségei iratnak le ezután, utóbbi rovatában a gyakorlati szempontból rendkívül fontos könnyű és súlyos alakról, a két főalakjáról vagy szakaszáról a diabetest mondja el a tudnivalókat, ugyanitt terjeszkedik ki az intermittáló alakokra, az accidentalis, transitorikus és alimentaris glycosuriára, a kövérséggel és elsoványodással járó diabetesre és az ú. n. neurogen diabetesre. A diabetes tartama, kimenetele, prognosisa és diagnosisa után a diabetes elmélete következik, melynek mindjárt elején kiemeli nagyon helyesen, hogy a cukorvétel közvetlen okát a vérnek a rendesnél magasabb cukortartalma — hyperglykaemia — képezi. Helyénvaló lett volna itt felhozni a phloridzin diabest, melyről kiderült, hogy az tulajdonképen phloridzin mérgezés glycosuriával s ennél a valódi diabesttel ellentétben csökken a vér cukortartalma s a cukor a kísérleti állat vizeletében akkor is fellép, ha phloridzin adagolás előtt addig lett éheztetve, hogy májában és izmaiban csak nyomai maradhattak a glycogennek.

Mi az oka a cukor felszaporodásának a vérben? e kérdés körül forognak azon hypothesisok, mik nélkül nem szükölködik a diabetes kórtana, s a melyekkel a szerző a továbbiakban behatóan foglalkozik, főleg a vitalis glycogenia kérdésére tér ki bővebben s azon főkérdésre, vajjon létezik-e diabetikus glycogenia? a cukortermelés növekedett-e diabetestnél vagy a cukorbontás csökkent-e? A legújabb elméletek közt Lépine-ét (glykolytikus fermentum) és Hoffmann-ét írja le, majd áttér a pancreas elméletre, kiemelve, hogy ismereteink mai állása mellett fel kell venni azt, hogy a pancreas jelenléte a cukor feldolgozására okvetlenül szükséges, s hogy embernél is legalább egy része a diabetes eseteknek a pancreas megbetegedésén alapul. A felsorolt elméletek, valamint az észlelési és kísérleti adatok alapján a diabetes tanára vonatkozólag szerző összefoglalva tárja élénk álláspontját, röviden kifejtve mit ért diabetes alatt; a definitio teljessége miatt hozzá kell tenni, hogy diabetestnél hosszú időn, néha éveken át, tehát állandóan észlelhető szőlőcukor a vizeletben és pedig kevés szénhidrát élvezése után is, sőt más eseteiben még akkor is, ha a szervezetbe előbb egyáltalán nem vétettek fel szénhidrátok. Az experimentalis pancreas diabetes tárgyalásánál nem emlíkszik meg szerző Lancéaux-ról, a ki már 1877-ben klinikai és anatómiai észlelések alapján egy külön alakját a diabetestnek (diabete pancreatique) írta le, az experimentalis pancreas diabetes felfedezése beigazolta Lancéaux éles előrelátását.

A cukorvétel kezelésében a gyógyszereknek másodrendű szerepet juttat s nagyon helyesen figyelmeztet arra, hogy a gyógyító eljárást először is a táplálás szabályozásával kezdjük meg, az étrend szabályozásának befolyását a cukorkiválasztásra, a kísérő diabetikus tünetekre, főleg a testsúlyra vizsgálni el nem mulasztjuk. Az egészen szigorú étrendet illetőleg (kizárólag hús) vázolja Cantani eljárását, a ki annak buzgó híve, nem kevésbé ajánlotta azt újabban Naunyn, azonban kitünt, hogy egyáltalán nem tanácsos vele erőszakoskodni, a betegek különben is csak rövid ideig bírják el. Noorden ezen kérdést fejtegetve oda jut, hogy a diabetikusnak nem szabad fehérjét vesztetnie testéből, vagyis rá nézve az azoturia veszélyesebb, mint a glykosuria, ugyanis hosszú ideig tartó animalis étrend által kisebbitjük ugyan a cukorkiválasztást, de az életerő hordozóját, a szervezet fehérjét fogyasztjuk. Szerző is ezen felfogás híve, a mennyiben mun-

kája végén hangsúlyozza, hogy a kizárólagos hús-diaetával óvatosan kell bánni és a vizeletben inkább valami kevés cukor jelenlétét elnézni, mintsem a beteget elgyengíteni s a gyakorló orvos ne chablonokhoz tartsa magát, hanem individualizáljon. Főleg nagy óvatosság szükséges akkor, a midőn coma kifejlődésének gyanúja forog fenn, a tapasztalás azt mutatja, hogy ilyenkor bőven kell adni szénhidrátokat. Ez utóbbi pontot illetőleg jó lett volna kiemelni, hogy miből merítheti az orvos leginkább azt a gyanút, hogy betegét coma kitörése fenyegeti, miután az eddigi vizsgálatok alapján nagyon valószínű a coma közeli kitörése akkor, ha a beteg napokon át bőségesen ürít ki vizeletében oxyvajsavat s aceton- és diaceturia van jelen. Igaz ugyan, hogy ez alól kivételek vannak, mégis határozott intő jelek értékével bírnak ezen tünetek.

A megengedett és absolute eltiltandó tápszerekkel behatóan foglalkozik a szerző, a testmozgásról és a bőr ápolásáról a kór-
oktani kezelés címe alatt szól. A gyógyszeres kezelés rovatában az égvények és égvényes ásványvizek, az opium, chinin, anti-pyrin, bromarsen stb.-ről szól, az újabbak közül felsorolja a syzigium jambulanumot, ergotin befecskendést, a myrtillust, benzosolt s a pancreas kivonat alkalmazását.

A felhozott észrevételek legkevésbé sem rontják le azon kiváló elismerést, melylyel Plósz tanárnak adóznunk kell a nagy gonddal és szakértelemmel megírt fontos fejezetért, kitűnő munka ez minden részletében, mely megérdemli, hogy ezen kötet legkiválóbbjai közé sorozzuk.

A pseudodiabetesek közül kiemelendők még a diabetes phosphaturicusról elmondottak, szerző ugyanis nagyon helyesen tévesnek mondja azon alapot, a melyre a phosphaturia tana építve van, mert az a körülmény, hogy a vizeletből a phosphátok kiválnak, épen nem bizonyítja azt, hogy azok mennyisége a rendesnél nagyobb, mert itt nem a kiválasztott phosphorsavnak mennyisége több, hanem az alkali mennyisége szaporodott. A phosphaturiát gyakran észlelte neurastheniásoknál, hozzá lehet tenni, hogy egészen egészséges embereken is észlelhető néha pár órával az étkezés után, valamint oly betegeken a kik sokat hánytak.

Terray.

II. Lapszemle.

Kórtan. Gyógyszertan.

Az aconitin rendkívül mérgező voltáról tartott előadást Mouquet Párisban (Soc. de thérap.). Egy nagy erős lónak 0'009 gm.-ot fecskendezett be, s az állat egy fél óra alatt asphyctikus tünetek közt tönkre ment. Weber hozzászólva kimutatja, hogy mily nehéz, sőt lehetetlen a mérgek halálos dosisát kilogramm-állatra megállapítani; így pl. az aconitinból annak dacára, hogy egy lovat 0'009 gm. megölt, egy házinyúlknak 1/4 mgm. szükséges; a nicotin mérge a lóra és a kecskére semmi hatással sincs, a lógesztenye eledelül szolgálhat a marháknak, s a kacását megöli. A mérge alkalmazási módja, a beadás ideje és körülményei szintén jelentékeny befolyással vannak a hatásra. Kigyómérge per os csaknem hatástalan, beoltva erős mérge. A mérgek felszívódása embernél étkezések alatt vagy után a legjobb, állatoknál ez ellenkezőleg van. Jasičewitz megjegyzi, hogy gyenge dosis aconitin után is többször látott mérgezési tüneteket, s a 1/4 mgm.-os adagot is nagyban tartja. Pilulában szerinte nem is volna szabad rendelni, mert a mérge elosztódása könnyen egyenlőtlen lehet. Az elővigyázat azt követeli, hogy csak oldatban 1/10—1/12 mgm.-ot rendeljünk az individuuum viselkedését kitanulmányozandó. A nálunk is hivatalos, de veszedelmes hatású szer adagolása mellett mindenestre a legnagyobb óvatosság szükséges. Kobert a halálos dosist embernél 0'004 gm.-ra teszi.

Vámosy.

A tüdővészések számára való gyógyintézetek veszélyesek-e a környékre nézve? E kérdésre iparkodik feleletet adni statisztikai adatok alapján Nahm. Falkensteinban minden 1000 élöre 3 évenként 4 phthisis haláloset jutott az intézet felépítése előtt; az intézet alapítása óta ezen szám 2'4-re csökkent. Míg az intézet alapítása előtt az összes haláloseteknek 18'9 százalékában volt tüdőgümőkór a halál oka, addig most ezen százalék csak 11'9-et tesz. Ezen számok fényesen igazolják, hogy a fertőzés veszélyé-

ről a környékre nézve ilyen intézetek felállításánál szó sem lehet. Megjegyzendő, hogy Görbersdorffra nézve Brehmer már régebben szintén hasonló eredményre jutott. (München. medic. Wochenschrift, 1895.)

Sebészet.

A gümös ízületek és csontok kezeléséről ír Neuber. 15 gümös lobot alábbi módon kezelve, 8 eset per primam, 4 eset per secundam genyedés nélkül, 2 eset pedig genyedéssel gyógyult, 1 esetet még kezel. Eljárása a következőkből áll: Gyökeres eltávolítása a gümös sarjak és elhalt szövetrészeknek. A friss sebfelület bevonása 10% jodoformglycerinnel, a sebszélek tökéletes egyesítése; a kötés csupán egy csik jodoformgázéból áll, melyet ragtapasz-csíkkal megerősít. Draint nem alkalmaz. Így pl. csípőizületet véres úton luxált, kitisztított, reponált és a jelzett módon kezelt. Az ízületeket második hét végén passive mozgatja. Eljárását ajánlja amputatióknál, dagok kiirtásánál. A jodoformglycerin még a legkisebb réseket is kitöltve, kiüzi teljesen a levegőt, másrészt pedig megakadályozza a levegő behatolását és ezen körülmény magyarázná meg az oly kedvező eredményeket. Megjegyezzük, hogy Mikulicz ösztönzésére 10%-os jodoformglycerinnel embereken 30 esetben kísérletezett Schnellenberg Boroszlóban; és annak épen a friss izületi sebfelületekről való gyors felszívódását tapasztalta egyrészt, másrészt azon eredményre jutott, hogy gyermekeknél 10 cm³-en, felnőtteknél 20—25 cm³-en felüli adag többnyire már mérgező hatású, beállanak a veseizgalmaktól kezdve a heveny veselobok összes tünetei. (Archiv für klinische Chirurgie 1894.). Kérdés már most, hogy a mikor a jodoformglycerin épen a friss sebfelületekről szívódik fel oly gyorsan, másrészt 25 cm³-nél nagyobb dosis már mérgező hatású, mi módon képeli Neuber mérgezés nélkül és mégis hatásosan alkalmazni a jodoformglycerint ízületek hermetikus elzárására. (Wiener klinische Wochenschrift 1895. 39. sz.)

B—s. dr.

Rákos hólyagot mutatott be Israel a berlini orvosegyesületben. A beteg 17 évig haematuriás volt, mely hol szünetelt, hol exacerbált. A vérzésen kívül később vizeletnehézség köszöntött be s így a mindinkább súlyosbódó baj miatt kórházi ápolásra szorult, hol nemsokára elhalt. A betegnél a fizikai vizsgálat súlyos dolgokat derített ki, követ a hólyagban s egy hatalmas daganatot. A sectionál kitűnt, hogy a rák a hólyag falából nőtt ki s a hólyagot annyira kitöltötte, hogy a vizelet felfogására alig maradt egy kis tasak vissza. A rákos baj átterjedt a prostatára is. Természetesen a hólyagnak a ráktól épen maradt része is súlyos szövet-elváltozásokat mutatott s a cystitis ulcerosa mellett a fennálló pyelo-nephritis is súlyosbította a bajt. (Berl. klin. Woch. 1894.)

Novotny dr.

A hólyagba jutott puha idegen test két esetéről ír Malherbe. A baj előzményei nem bírnak érdekes momentumokkal s a szerző csak azt akarja hangsúlyozni, hogy az ifjú sebészgárda az asepsis védőszárnya alatt hasonló esetekben könnyen hólyagmetszésre ragadtatja magát, holott közúzóval a rugalmas katheter könnyen extrahálható. (Nálunk Antal hajtút is távolított el. Ref.) (Annal des mal. des org. genit.-urin. 1895.)

Novotny dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Fagydaganatok** orvoslására Boeck a következő elegyet ajánlja: Rp. Resorcini, Ichthyoli, Tannini aa 2'0; Aquae destill. 10'0 M. D. S. Külsőleg, beecsetelésre. Ulcerosus fagydaganatoknál ezen elegy nem használható. Hátránya továbbá, hogy a beecsetelt helyeket 8—15 napra megfeketíti. Ezért olyan esetekben, a mikor ezen feketítés elkerülendő (például a kézen levő fagydaganatoknál), a következő linimentumot ajánlja, mely hosszabb időn át esténként használva, szintén jó eredményeket ad: Rp. Resorcini 4'0; Gummi arabici 2'5; Aquae destill. 7'5; Talc. pulv. 1'0. M. D. S. Külsőleg. (Wiener medic. Presse, 1895. 44. sz.)

2. **A carbolsavnak hatásos antidotuma** Carleton szerint az eczet. Carbolsavval mérgezés esetén szerinte legjobb félig vízzel hígított eczetet itatni s azután gyomormosást végezni. (Wien. med. Presse, 1895. 50. sz.)

TÁR C Z A.

Spanyolországból.

A mai Hispania. Népszokások. Corrida de toros. Kihalt vidékek. Salamanca. A madridi facultás. Ramón y Cajal. Bacteriologiai intézet. A quirofano. Beteganyag. Leprosoriumok. Tanrendszer. Orvosi praxis.

(Vége.)

Egy igen érdekes látvány volt a sebészeti tanterem, a mint itt nevezik „*quirofano*“ (átlátszó sebészeti terem), a mely név magyarazata a következő: A hosszú terem közepén nagy üveglappal ketté van választva. Az egyik oldalon vannak a padok a hallgatók számára, a másikon az operálók és a beteg, közlekedés a két rész között csupán egy hangvezetőn van, két végén egy-egy óriási emberi fül mintával, melybe a tanár diktálása mellett egy *auxiliario* bekiabálja a hallgatókkal közlendőket.

Az operációs rész teljesen vízhatlan. Olajfestékes falak, le-
tompított sarkok stb. A butorzatot egy műtőasztal, néhány sterilizáló bogrács, egy carbol porlasztó, egy nagy destilláló (!) kazán, egy lepedőmelegítő stb. képezte, úgy hogy a műtőterem egy gyári műhely félelmes benyomását tette rám, s hát még a betegre. A falakon bölcsek mondások, melyek az említett *Excelentísimo Señor Don Marqués Andrés del stb.*-től valók: „*in deo est omnis medica*“ „*ars et natura salutem conspirant*“ „*nec temere, nec timide*“ „*homines deum accedunt, salutem hominibus dando*“ „*ad inventionem veritatis experientia ducunt, sed nihil facilius est, quam vesis effectibus falsas causas optare*“ „*Melius est sistere gradum, quam progredi per tenebras*“ „*mors et vita a gradatione caloris*“ „*medicus naturae minister et interpretis*“ „*asepsis optima est, sed sine scientia et conscientia nihil est*“.

Miközben vegyes érzelmekkel csodáltam ezt a különös műtőtermet, szíves vezetőimnek egyike betetőzte a hatást: egy csap megnyitása által az elválasztó üveglap belső felületén víz kezdett alá csurogni, minden bizonynyal magával ragadva az oda tévedt bacillusokat s nagy töcsát okozva a padlón. S miközben a spanyolok a hatást lesve diadalmasan néztek rám, én szomorúan gondoltam arra, hogy a nép bizonyára rendkívüli áldozatok útján, áldásos eredmények reményében emelte ezt az intézetet, mely valami szobatudós agyréme lehetett, valami gyermekes, beteges vágy jobban, szebben csinálni a jót s a szépet, a lekopizált formák túlhajtásában keresni az eredményt. S miközben körülnéztem a nedves, fülledt levegőjű szobában, megakadt a szemem a falon egy kis casettán, melyben bársony párnán, üveg alatt egy intubáló készülék feküdt; az aranyozott esővek között, a bársonyon át ujjnyi magasra nőtt a penész. Utánam észrevette a professor is a néma kritikát, s haragra gerjedve erőlyesen lehordta a szolgát. S nekem újra eszembe jutott egy francia közmondás: *si la bêtise est faite, il faut la soutenir!* Ki tudja, a szegény bűnbak nem gondolt-e valami hasonló tárgyú spanyol igére?

Nagy kár, hogy a spanyol klinikák ily kevéssé fejlettek. Talán nincsen egy európai ország sem, a hol a beteganyag változatosabb, a hol a viszonyok kedvezőbbek volnának az orvosi kutatásra, mint a melyek itt feltalálhatók. Különösen a déli városokban, Sevillában vagy Granadában minden tekintetben kivételes a helyzet. A város egy-egy nagy terület központja, melynek nagy része magasan fekszik és hideg klímával bír, más része tropikus. Nemesak minden európai járvány előfordul itt, de ritka exotikus betegségek is észlelhetők, mint a lepra, az aleppói kelevény, a filariosis, az átfűrő fekély stb., sőt a Dél-Amerikával való élénk forgalom miatt igen gyakori a sárga láznak, tinea imbricatának, piedrának, carathésnek egy-egy elszigetelt esete. Ehhez járul, hogy egy ügyes orvos magánpraxisa felette jövedelmező lehet, mint a hogy az itteni consulaink mondják, hiszen úgy Sevilla mint Granada tömve vannak egész télen gazdag idegenekkel, a kik szívesen fordulnak a kulturállamokból kikerült orvosokhoz. A városok, az élet, a klíma, a nép mind rendkívül kellemes. Minden ország diplomáját acceptálják bármily nemű nostrificatio nélkül... Valóban teljesen érthetetlen előttem, hogy miért nem özönlik el e két várost collegáink épen úgy, mint a Riviera egyes pontjait.

Tudományos tekintetben bizony nincs felhasználva a beteganyag. Különösen a lepra betegek hosszú sorát látva, sajnáltam, hogy Spanyolország oly távol esik mitőlünk.

Leprosorium csaknem minden járási székhelyen van, s némelyikben 40—50 beteget is találni, a kik a község terhére egész életüket ott szokták tölteni. A felvétel facultativ; egy beteg sem szorítható a leprosorium felkeresésére; úgyszintén bármikor távozhatik innét. Ezért volt, hogy nem egy templomi koldust láttam tipikus facies leontinával, szemeiben a leprára oly jellemző melancholikus tekintettel. Főleg a *Semana santa*, a husvét hete az, midőn kiürülnek a kórházak és a betegek koldulással szerzik be azt a kis költőpénzt, melyből egy évig dohánnyal látják el magukat.

A leprosorium maga mindig végtelenül szomorú hely, daczára nagy kertjeinek, melyek tele vannak narancsfákkal, datolya pálmával és régi, hatalmas szőlőtőkékkel. Többnyire valami secularizált régi klostrom az, arkados udvarral, nagy oszlopos folyosókkal, melyeken seregesen sétálnak a fájdalmat nem érző, korral nem bíró, lassan pusztuló betegek. Mindenki maga előtt látja jövőjét... mint kopnak el az ujjai, száradnak el a végtagok, üszkösödik el a szem, a mikor azután már csak rövid idő kérdése a megváltás.

Feltűnő a csend. A tíz éves gyermek is tudja, hogy sorsa kikerülhetetlen; megtanul megnyugodni végzetében. Tudja, hogy a sírás nem használ, nevetni pedig kinek lenne kedve itt? A mi bennem egy egészen új, kellemetlen érzést keltett, hogy húsz-harminczával álltak körülöttem a betegek, a nélkül, hogy egynek korát is megtudtam volna becsülni. A kinek arcára a lepra rányomja bélyegét, az az élőhalott nincs többé a physiognomia törvényei alatt; az arcz egyforma neheztelő, szomorú, mintegy folytonos szemrehányás a tudomány tehetetlenségéért. És itt különösen tehetetlen a tudomány.

A betegek száma legalább 1500 — nagyobb, semhogy a kísérletezés jellegével bíró kezelést a chaulmoogra olajjal, gurzsum balzsammal, gyncocardia sával stb. keresztül lehetne vinni: semmi sem történik tehát velük.

De nemesak a pénz hiánya okozza a vizsgáldásnak emez elhanyagolását. A spanyol orvosi tanítás terve is kitűnő példája annak, miként lehet sok időt eltölteni kevés haszonnal. A tanterven meglátszik, hogy valami bürokrata csinálta; hét évre terjed az alacsony diploma tanfolyama, nyolczra vagy kilenczre a másik, a nélkül, hogy ez alatt többet nyujtanának a hallgatónak, mint a mennyit a már ismertett francia tanterv négy éve ad.

A tananyag felosztását ide iktatom, hogy egyéb államok között normatívumaival összehasonlítható legyen:

1. év. Physika, chemia, zoologia, egyéb természetrajz.
Német nyelv.
(Kötelező vizsgálat minden év végén.)
2. „ Anatomia elemei. Histologia, histochemia.
Gyakorlati elemi boncztan (Csont-izom).
3. „ Anatomia. Élettan. Gyakorlati boncztan (zsigerek stb.).
4. „ Általános kórtan. Kórboncztan. Egyéni egészséggtan.
Therapeutika.
5. „ Belkórtan. Sebészeti kórtan. Gyermekbetegségek.
Elnéleli szülészet és nőgyógyászat.
6. „ Belgyógyászat. Sebészet. Szülészet. Tájboncztan.
Bonczolások. Műtéttan.
7. „ Belgyógyászat. Sebészet. Közegészségtan. Törvény-
széki orvostan.

Ezután az *examen de rebulida* következik minden tárgyból, mely után a jelölt a *licenciado de medicina y quirurgia* címet kapja.

Ezt a címet tíz facultás osztogatja: Sevilla, Cadix, Salamanca, Madrid, Granada, Valencia, Barcelona, Valladolid, St. Jago és Cuba.

A doktori címet csak Madridban adják egy újabb tanfolyam után, melynek tárgyai: közegészségtan, orvosi történelem és anthropologia vagy életvegytan.

A tanulás összes költségei mintegy 1500 frtra rúgnak, melyből a promotióra magára 300 frt esik.

A tanárok négy osztályban vannak: *Cathedratico, supernumerario, auxiliare, auxiliare supernumerario*. A fizetés 3000 pesetánál (1200 frt) kezdődik és mintegy 7000 pesetáig emelkedhetik.

Látható e futólagos vázlatból, hogy a tanrendszer felette hiányos. 7 év alatt nem jut idejük a specialitások tanítására is, s pl. a szemészet, bőrgyógyászat stb. teljesen mellőzöttek. Az első évet teljesen elvesztegetik; a többit össze lehetne vonni, úgy hogy a klinikai tanulást ne az 5. és 6. évben kezdjék. Az is különös módja a rendszernek, gyermekgyógyászattal kezdeni a klinikát, mintha könnyebb volna a felnőttek kezelésénél.

Dacára a sok hiánynak, a spanyol orvos általában jól, decorummal él és néha tetemes jövedelemre tesz szert. A Krózus szerepe *Fr. Rubio* madridi sebésznek jutott, kinek jövedelmét 30—40,000 durosra (60—80,000 frt) becsülik kollegái.

Annyi bizonyos, hogy nagyon sok ragyogó őszvérfogatot lehet látni a kollegák birtokában és a doktorok családjai, a szép *señorák* és *señorítók* híresek fényűzésükről. A pálya is sokkal elegánsabb mint nálunk, tömördek *marqués* és *conde* dísziti nevét a *Dr.* betűkkel. Persze tudományos híruk nem mindig óriási. A kis spanyol király egészsége felett pl. egy, a legelőkelőbb nevekből összeállított doktori tanács örököl, a tényleges kezelést azonban egy bécsi doktor végzi, a kit a királyné magával hozott.

Mindent összevéve, a Spanyolországban szerzett benyomások rendkívül megnyerőnek, sympathikusnak tüntetik fel a népet. Az évszázados béklyókból még nem tudott szelleme felszabadulni. Modern intézményei még nincsenek. De a föld gazdag, az emberanyag jó, csak vezetőre várnak, hogy a spanyol nemzet újból feltámadjon.

Nékám.

Heti szemle.

Budapest, 1895. december 26-dikán.

Ministeri rendelet a nőknek egyetemre bocsátása tárgyában. A közoktatásügyi minister e tárgyban következő rendeletet bocsátott ki.

A nők tudományos pályákra bocsátásának kérdése hosszú idők óta foglalkoztatja a művelt társadalmat, a tudományos köröket és a legtöbb művelt állam kormányzatát.

A társadalmi viszonyok átalakulása, a létért való küzdelem megnehezülése a nők társadalmi helyzetében is nagy változást idézett elő. Ma már a műveltebb körökhöz tartozó nők is mind nagyobb számmal kénytelenek résztvenni az élet küzdelmében és a családi élet nyugalmasabb körét gyakran kell felváltaniok a kenyérkereset nehéz s fárasztó munkájával.

Azt bizonyára nem lehet tagadni, hogy azon kereseti módok, a melyeket a régebbi társadalmi felfogás a nők számára — elég mostohán — kijelölt, elégségesnek nem bizonyultak.

A változott társadalmi és művelődési viszonyok arra kényszerítették a nőket, hogy az eddig megszokott foglalkozások helyett más, a megélhetést jobban biztosító kereset után lássanak és az e célra szükséges ismereteket elsajátítsák.

Ennek a következménye volt, hogy a nők általános műveltségének és ismeretkörének fokozatos gyarapodása mellett lassankint oly hivatáskörök is, a melyekre a tudományos készség bizonyos foka megkívántatik, s a melyeket azelőtt a férfiak kizárólagos pályájául tartott a társadalmi felfogás, a nők számára megnyíltak. E nemzedék szemei előtt történt meg a női hivatáskörökre vonatkozó felfogás átalakulása és a társadalom nézletét nyomon követte az állam appreciatioja is, mert saját intézeteinél is oly állásokra, melyeket azelőtt kizárólag férfiak töltöttek be, nőket nagy számmal alkalmazott és mindenki tudja, teljes sikerrel. A régebbi társadalmi felfogás tehát azokkal az intézkedésekkel, melyeket az állam a nők hivatáskörének kiterjesztésével már eddig tett, helyet adott egy újabb felfogásnak és ez az, hogy a nő a komolyabb életpályákat is be tudja tölteni, ha erre hajlama, tehetsége és hivatása van.

Az önfentartásra szorult művelt, előkelőbb körökhöz tartozó nők szaporodása folytán mindinkább tért foglalt az a jogos felfogás is, hogy a kiválóbb tehetségű nőket a műveltség és tudás-

nak mégis bizonyos alacsonyabb fokán álló életpályák kielégíteni alig képesek.

Ebből magyarázható, hogy a nők nem szüntenek meg arra törekedni, miszerint az állam a szorosabb értelemben vett tudományos pályákat is megnyissa részükre. És ki ne érezné, hogy a női nemnek elvi szigorral való elzárása a tudományos kenyérkereseti pályák egy részétől, egyike azoknak a nagy társadalmi igazságtalanságoknak és méltánytalanságoknak, melyek a polgáriasságnak dicsőségét sohasem fogják képezni.

Nem tagadható ugyan, hogy a természet a nőt általában a családi életre utalja s míg a férfinak az életfentartásért vívott küzdelemben van a helye, addig a nő életfeladatát a benső családi élet kötelezettségeinek hű teljesítésében is kimerítheti.

A kiváló tehetségű és a tudományos pályákra hajlammal bíró nőknek a tudományos pályákra való bocsátása azonban véleményem szerint épen nem akadályozza a nő hivatásának betöltését, a női erények és ezzel kapcsolatban a közérkölség megővését. A nők túlnyomó nagy része továbbra is kizárólag a családi élet kötelezségeinek teljesítése körében tölti be feladatát. Egyébiránt az, hogy a kiválóbb tehetségű nők képzését szerezhetnek és szereznek a tudományos pályákra, még ezeknek sem zárja ki a család iránt tartozó kötelezségek buzgó teljesítését. A tudás, a műveltség csak fokozza a belátást, a tapintat a családi élet igényeinek okos mérlegelését és a gyermekek nevelésének színvonala pedig lényegesen emelkedik. Sőt bizonyára arra hivatással bíró nőknek a tudományos pályán való működése azon, társadalmi és erkölcsi tekintetben egyaránt káros helyzetnek a megváltoztatására is jótékonyan fog közrehatni, mely szerint a házasságkötéseknél, gyakran egész cinizmussal, a vagyonosság a mérvadó és a szegény, bár minden tekintetben kiváló nők a családi élet hivatásának a betöltésétől önhibájukon kívül megfosztatnak.

Jótékonyan fog hatni pedig azért, mert sok nőt képessé fog tenni arra, hogy férjének a család alapítására és fentartására irányított küzdelmeiben hathatósabban segélyre legyen, mint akkor lehetett, a midőn az állami és társadalmi felfogás mereven megfosztotta az erre vezető eszközöktől.

A felett pedig, hogy a nők a tudományos pályák sikeres elvégzésére szükséges ismereteket elsajátítani képesek, ez idő szerint kétség nem lehet, mert a művelt nyugati államokban e téren szerzett tapasztalatok azt igazolják, hogy a felsőbb tudományos intézetek női hallgatói a kellő eredményt felmutatják.

A magyar nők szellemi tehetség, akaraterő és szorgalom tekintetében pedig legalább is egyenlő helyet foglalnak el a művelt külföld nőivel.

Hogy az írói és művészi pályán a nők egyaránt nagy sikereket képesek felmutatni, köztudomású és úgy a multban, mint a jelenben számos kiváló példa bizonyítja.

Hasonlókép alaptalannak bizonyult azon félelem, hogy a nőknek a férfiakkal együttléte az egyetemi tanulmányok alatt erkölcsi és tanügyi szempontokból káros következményű leend.

Ha nem volt káros az a külföldön, úgy a magyar hagyományos lovagiassági érzet mellett azt egyenesen kizártnak kell tekintenem.

Miután véleményemben a tanács is azon felfogás mellett foglalt állást, hogy az állam bocsássa a nőket a tudományos pályákra, nem tartottam indokoltnak és méltányosnak, hogy ezen kérdés megoldása hazánkban tovább halasztást szenvedjen. Az ily nagy horderejű kérdésekben a halasztás rendszerint igen nagy idővesztést jelent, mert jó eleve kell az intézményt biztosítani, hogy az előkészületi tanulmányokat azok, a kik ez intézményt igénybe akarják venni, megtehessék. Ezért tartottam célszerűnek épen az egyetemi oktatás terén az első határozott lépést megteendőnek, mert így a kenyérkereseti pályákat biztosító képesítő okmányok megszerezhetése világos célul áll mindazok előtt, a kik e pályákra készülnek.

Ily előzmények után a két egyetem teljes elismerést érdemlő javaslatára, a nőknek bizonyos korlátozással a felsőbb tanintézetekre való bocsátatása iránt ő császári és apostoli királyi felségéhez, a ministertanács hozzájárulásával, legalázatosabb előterjesztést tettem.

Ő császári és apostoli királyi Felsége Bécsben, f. évi november hó 18-dikán kelt legfelsőbb elhatározásával ezen előterjesztésemre

legkegyelmesebben megengedni méltóztatott, hogy a nőknek, a bölcsészeti, orvosi és gyógyszerészeti pályákra való léphetősök céljából, a felsőbb tanintézetekre leendő felvételre, a mennyiben a szabályszerű feltételeknek, az illetékes felsőbb tanintézet meghallgatása alapján, esetről esetre engedély adassék és részükre, miután tanulmányaikat a fennálló szabályok értelmében sikerrel befejezték, a képesítő oklevél kiadásáig.

Igen természetes, hogy ezen, a társadalmunkat mélyen érintő reform sikere érdekében a végrehajtásban úgy a kormánynak, mint az egyetemi karoknak, a legnagyobb mérsékletet és óvatosságot kell tanúsítani.

A főczél az, hogy a kiválóbb értelmi erővel és a tudományos pályákra hajlammal bíró nők előtt el ne legyen zárva az oly tudományos pálya, melyen az emberiségnek hasznos szolgálatot tehetnek és maguknak biztos existenciát teremthetnek.

Az orvosi — különösen a nő- és gyermekorvosi — pálya kétségtelenül olyan, a melyen nagy előnyökkel járhat az erre hivatással és hajlammal bíró nők részvétele. Számos külföldi példa igazolja ezt. Az pedig, hogy a felsőbb leányiskolák és női tanítóképződék nő-tanáraiktól is magasabb qualificatio kívántassék az eddigénél: elodázhatatlan paedagogiai követelmény.

A jövő fejlődése kétségtelenül az, hogy a tanító-, tehát a tanítónő-képzők tanáraiktól közép-iskolai tanári, illetve ezzel egyenlő színvonalú képesítést kell követelnünk.

Már jó eleve lehetővé kell tehát tenni, hogy majd a jövőben az immár örvendetes fejlődésnek induló magasabb női tanintézeteinknél és különösen a felső leányiskolák és női tanítóképző intézetek vagy később keletkező leánygymnasiumok tanáraiknál a jelzett képesítéssel bíró nőket is alkalmazhassuk. Meg kívánom azonban már ezúttal jegyezni, melyről egyébiránt külön rendeletet fogok kiadni, hogy női tanárokat nem kívánok a fiúgymnasiumokban vagy reáliskolákban alkalmazni.

Felhivom ennél fogva a tanácsot, hogy a szabályszerű előképzettséget igazoló nőknek felvételt kérő folyamodványaikat, az illetékes karok véleményes jelentésével együtt, minden egyes esetben végeldöntés végett hozzám terjeszse fel.

Miről a tanácsot f. é. május 25-dikén 1601. és július 1-jén 1900. szám alatt kelt felterjesztéseire tudomás- és mihez tartás végett azzal értesitem, miszerint gondoskodásomat kiterjesztem arra is, hogy a nők úgy, mint eddig is már történt, az érettségi vizsgára boesáttassanak és az erre és az ezzel kapcsolatban álló egyéb ügyekre nézve külön rendeleteket fogok kiadni. De már ezúttal a jogosulatlan ambíciók visszaszorítását kívánom elérni azon határozott álláspontom kijelentésével, hogy az érettségi vizsgák letételénél a megfelelő szigorot kívánom alkalmazni és a tantárgyak alól való, az idevonatkozó törvények által különben is meg nem engedett, felmentések vagy egyéb, a taneredmény sikerét kockáztató kedvezményeket engedélyezni nem fogok.

Budapest, 1895. évi december hó 19-dikén.

Wlassics Gyula, s. k.

A közpórházi orvostársulat e hó 18-dikán tartotta második évzáró közgyűlését Müller Kálmán tanár elnöklete alatt. A titkári jelentés szerint a társulat a lefolyt évben 17 bemutató szakülést tartott, melyen 29 bemutató 106 előadással szerepelt. Ezek között volt 22 belgyógyászati, 30 sebészeti, 12 szemészeti, 8 szülészeti és nőgyógyászati, 24 bőr- és bujakórtani, 4 orr-, garat- és gégegyógyászati, 3 fülgyógyászati, 2 kórboneztani és 1 bacteriologiai. Az igazgató-tanács határozatából a társulat referáló előadásokat is rendez a gyakorlati orvostudomány különböző szakmaiból, melyek sorozatát Schwimmer Ernő nyitotta meg „A syphillis therapiájáról” szóló előadásával. Az ülések tárgysorozatának gazdagsága és változatossága érdekében határozta el az igazgató-tanács azt is, hogy az egyes főorvosok osztályain működő engedményes docensek is tarthassanak bemutatásokat. Az 1896-ban Budapesten tartandó orvosi congressus végrehajtó bizottságába az igazgató-tanács Böke Gyula, Dulácska Géza, Gerlóczy Zsigmond, Jordán Ferencz, Ludvik Endre és Mezei Adolf dr.-okat választotta meg. A tagok számát illetőleg, míg a múlt évi közgyűlés alkalmával a társulatnak 258 tagja volt, ma — leszámítva az elhalt 3 tagot: Takács Endre, Meixner János és Kakucsy Sándor dr.-okat — e szám

317-re rúg. Az igazgató-tanács a lefolyt évben 3 új tagot nyert: Korányi Sándort, a szt. István-kórház rendelő orvosát, Nékám Lajost, a fővárosi bacteriologiai intézet vezetőjét és Genersich Antalt, a szt. István-kórház boneznok főorvosát. Az igazgató-tanács az alapszabályok értelmében két évenként újból választatván, december 9-dikén újalakult, és pedig elnökké Réczey Imre, másodelnökké Hochhalt Károly, titkárrá Jordán Ferencz választott; az intéző bizottság elnökévé Elischer Gyula, tagjaivá Dulácska Géza, Gerlóczy Zsigmond, Irsai Artúr és Székács Ferencz választottak. A titkári jelentés tudomásul vétele után a közgyűlés Koller Gyula és Schwartz Ottó üléselnököknek, Goldzieher Vilmos pénztárosnak, Gerlóczy Zsigmond és Mohr Mihály titkároknak odaadó tevékenységükért jegyzőkönyvi köszönetet mond. A pénztáros jelentése szerint a bevétel 932 firt 27 kr., a kiadás pedig 904 firt és 84 kr. volt. Ezután Pertik Ottó tartott nagy tetszéssel fogadott előadást „Megemlékezés Pasteurról” czímen, a mit a választások követték. Megválasztottak: üléselnökökké Boleman István és Goldzieher Vilmos; pénztárossá Hirschler Ágoston; titkárrá Tihanyi Mór; tagokká Antal Illés, Bakó János, Braun Lajos, Déri Zsigmond, Dieballa Géza, Dirner Gusztáv, Donáth Gyula, Feldmann Ignác, Fernet Elemér, Fuchs József, Genersich Antal, Gonda Ignác, Hintz Henrik, Horváth Ákos, Horváth Mihály, Hüttl Hümér, Ihrig Lajos, Ippen József, Kassovitz Samu, Lukácsy József, Martin Sándor, Mezei Béla, nagy-réthei Molnár Károly, Nékám Lajos, Neumann Szigfrid, Preisach Izidor, Prochnov József, Reismann Adolf, Steiner Miksa, Szemerey Bertalan, Szöllösi Mór, Trajtlér István, Udvarhelyi Károly, Vajda Károly, Weisz Hugó, Wettengl Károly és Wohl Mór.

Vegyések.

Budapest, 1895. december 27-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. december 8-tól december 14-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 352 gyermek, elhalt 268 személy, a születések tehát 84 esettel múltak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: erup 3, ronesoló toroklob 7, hökhurut —, kanyaró 10, vörheny 2, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz —, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 4, agykérlob 10, agyvérömleny 9, rángások 9, szervi szívbaj 17, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörhurut 50, tüdőgümó és sorvadás 41, bélhurut és béllob 10, carcinomata et neoplasmata alia 12, méhrák 3, Brigh-kór és veselob 10, angolkór 2, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 13, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 14, erőszakos haláleset 10. — A fővárosi közpórházakban ápolgatott e hét elején 2374 beteg, szaporodás 730, csökkenés 789, maradt e hét végén ápolás alatt 2315. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1895. december 16-dikától december 23-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymában 23 (meghalt 1), himlőben —, álhimlőben —, bárányhimlőben 25 (meghalt 1), vörhenyben 43 (meghalt 3), kanyaróban 224 (meghalt 2), ronesoló toroklobban és torokgyíkban 35 (meghalt 5), trachomában 10, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 11 (meghalt 1), orbánczban 31 (meghalt —), gyermekágyi lázban 2 (meghalt 1).

— A francia köztársaság nem egészen negyedszázad alatt 100 millió frankot költött a felső oktatásra (elemi iskolákra 800 millió frankot, középiskolákra 175 millió frankot). Különösen a facultások budget-je emelkedett. 1875-ben még 5 millió frank volt, 1888-ban 10 millió, 1895-ben 12 millió és pedig 9.071.045 frankot személyzeti, 3.311.703 frankot anyagi kiadásokra fordítottak. Ez összegeken kívül egyéb felső iskolákra s ezekkel összefüggésben álló tudományos intézetekre (école des hautes études, école normale supérieure, collège de France etc.) még a budgetben körülbelül 6 millió frank szerepel, nem is említve a városok bőkezű adományait.

— A berlini egyetem az utolsó 8 év alatt 1.777.090 márka értékű alapítvány birtokába jutott, melyek kamatait tanulmányi és utazási ösztöndíjakra fordíthatják.

— A német egyetemeken a latin nyelv hivatalos használata még mindig igen elterjedt. Az immatriculatio igazolását latinul, az absolutoriumot németül állítják ki, az index a porosz egyetemeken még latin, másutt német; Berlinben a rector magnificus beigtatásakor latin beszédet mond, az internationalis érintkezésben a legtöbb német egyetem a latin nyelvet használja (Bonn és Tübingen a németet).

— A svájci egyetemeken a múlt tanévben 13 nőt avattak doctorrá és pedig Bernben 7-et, Genfben 1-et, Zürichben 5-öt. 8 orvos-doctor, 5 philosophia doctorrá lett. 1 porosz nő kivételével a többiek mind oroszok.

— Az argentinai köztársaság buenos-ayresi egyetemén az elmúlt tanévben 728 orvostanhallgató között 37 nő volt, kik főleg a szülészeti tanfolyamot hallgatták.

— A német egyetemek közül a göttingai volt az első, a melyik nőt doctorrá avatott és pedig Miss Grace Chisolm az, ki a mathematicából a doctor philosophiae gradust elnyerte.

— A nőorvosok képzése Oroszországban régebbi keletű. Már 1872—1882-ben voltak nők számára orvosi cursusok. Ezeket a hadügy-ministerium vezetése alatt álló orvos-sebészeti tanfolyamon tartották. Később az ugyancsak a hadügyministerium főhatósága alatt álló *Nikolaj-kórházzal* kötötték össze. Az 1877-diki háború alatt 25 hallgatót a harezterre rendeltek s ezek kitünően beváltak. A felvételnél igen szigorúan jártak el. (Ez nálunk is kívánatos. Ref.) 1309 jelentkező közül 10 év alatt 959-et vettek fel. 1882-ben a hadügyminister kijelentette, hogy nincs ok arra, hogy a nőorvosok képzéséről épen az ő tárczája gondoskodjék, minthogy pedig sem a belügy-, sem a közoktatásügyi minister, sem pedig Pétervár városa nem vehette át az intézetet, a felvételt ugyanazon évben beszüntették. Pedig a nőorvosokról mindentelké a legjobb véleményt lehetett hallani. Nemcsak a mohamedán nők gyógyítására nélkülözhetetlenek, hanem a prostritatio és syphilis terjedése ellen való küzdelemben is megbecsülhetetlen szolgálatot tesznek. Ezért már 1883-ban újlag megbízták a közoktatásügyi ministert, hogy törvényes úton szervezze a tanítást. Mivel azonban az irányadók abban a véleményben voltak, hogy a nőorvosok képzése nem képez épen állami szükségletet, annak társadalmi úton való létesítését határozták el. Az 1897-ben felállítandó intézet költségeire Szent-Pétervár városa évente 15,000 rubelt ad, az adakozásból 1/2 millió rubel gyűlt össze, ezenkívül sokan 10 évre kötelezték magukat, hogy évi segélyben részesítik az iskolát, úgy hogy az építkezések leszámításával — s erre körülbelül 1/4 millió rubelt számnak — még 400,000 rubel tőkétük marad. Az intézet szervezetét az Orvosi Hetilap 1895. december 15-diki számában ismertettük.

— **Külföldi egyetemekről.** A 3 millió lakosú *Svájc* felsőbb iskolákban ugyancsak bővelkedik. A zürichi polytechnikumon kívül — melyet a szövetségi tanács tart fenn — valamennyi egyetemről a kantonok gondoskodnak. A freiburgi és neuenburgi akademiát nem számítva 5 svájci egyetem van: *Basel, Zürich, Bern, Genf, Lausanne.* Az összes hallgatók száma: 3454. (Közülük 417 nő). Az orvostanhallgatók száma következőképp oszlik meg: *Bernben* 213, *Genfben* 233, *Lausanneban* 98, *Zürichben* 316. — *Párisban* az orvosi fakultás hallgatóinak száma 1894-ben 5144 volt (a szaporodás: 621). Ezekből francia: 4067 (4041 férfi, 26 nő); külföldi: 1002 (833 férfi, 169 nő). A külföldiek főleg oroszok (202), törökök (140), románok (121). A gyógyszerészi iskola hallgatóinak száma: 1716. Az orvosi vizsgálatokon 17% bukik. Az orvosdoctori szigorlatokat 547-en tették le. — *Angliában* a királyné bizottságot nevezett ki, melynek feladata az összes felsőbb oktatást vizsgálat alá venni s ez alapon új törvényt alkotására alapot nyújtani. — A *skót* egyetemek már szintén promoveálnak nőket. Oxford és Cambridge, bár a nőket felveszik hallgatóul, egyetemi gradusokat nem adnak. — A *német* egyetemeken az orvostanhallgatók száma a múlt tanévben következőképp oszlott meg: *Berlin* 1220, *Bonn* 245, *Freiburg* 466, *Giessen* 142, *Göttingen* 207, *Halle* 249, *Heidelberg* 225, *Kiel* 251, *Königsberg* 221, *Lipsee* 727, *Marburg* 225, *München* 1136, *Rostock* 110, *Strassburg* 313, *Tübingen* 223, *Würzburg* 723. (Az orvosi tudományok művelésére nyújtott sok és jó alkalmat sokan használják fel. Nem csodálkozhatunk a felmutatott sikereken.)

△ **Szontagh Miklós dr., kir. tanácsos, Új-Tátrafüredről** Abbaziába költözött s ott orvosi gyakorlatát újból felvette.

— **Olvasóinkhoz.** Lapunk 1895-dik évi címjegyzékét az 1896-dik évi első számunkkal fogjuk szétküldeni.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősor 5. sz.** — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Téli kura
rheuma, köszvény,
ischias stb. ellen.
Szt.-Lukácsfürdő
r.-t. Budapest.

Kénes iszapfürdő,

douche-massage iszapborogatások. Meghülés veszélye nincs, mert a szállodák és fürdők egy fűtött épülettömböt képeznek. Olesó pensio. Lift és hordszékek, nehéz betegek számára felvonó a vízben. A fürdő főorvosa: *Bosányi Béla dr.* Prospectust küld az igazgatóság.

Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-kórházban 1895. december 19-től egész 1895. december 25-ig ápolott betegekről.

1895.	Felvett			Elbocsátott			Meghalt			Maradt			Az ápoltak közül			
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülők	heveny fertőző	az üllői-úti kórházban
Decz. 19	52	49	101	38	31	69	4	2	6	1229	926	2155	1050	25	127	953
" 20	43	31	74	26	40	66	2	5	7	1244	912	2156	1059	25	128	944
" 21	43	63	106	73	27	100	7	4	11	1207	944	2151	1041	29	136	945
" 22	45	30	75	30	53	83	6	4	10	1216	917	2133	1043	29	121	940
" 23	55	35	90	48	57	105	5	6	11	1218	889	2107	1021	29	123	934
" 24	41	32	73	25	21	46	—	3	3	1234	897	2131	1032	29	127	943
" 25	27	28	55	21	19	40	3	2	5	1237	904	2141	1032	28	128	953

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI
ÉS
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST
VII., KEREPESI-ÚT 52.

Vegy-, górcsovészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Budapesten, V. ker., Váci-körút 60. sz.

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajka-
tej-, ez- és transsudatum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

ABBAZIA klimatikus gyógyhely az
Adriai tengeren.
Fürdőorvos: **DR. SZONTAGH MIKLÓS,**
kir. tanácsos.

Kedélybetegek és morphinkórosok
a legszorgosabb ápolásban részesülnek
Dr. SVETLIN MAGANGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben
III. ker., Leonhard-utca 3-5. szám alatt.

Modern, minden orvosi segédeszközzel berendezett
magangyógyintézet sebészi és belbajos betegek számára,
BÉCS, Schmidgasse 14 (előbb dr. Eder).
Kitünő ápolás. Mérsékelt árak.
Mindennemű felvilágosítással készségesen szolgál a tulajdonos és orvosi igazgató

Dr. Julius Fürth.

Med. univ. **Dr. BÁCASKAY BÉLA**
nyilvános tehénhímlőtermelő intézete
ARADON

egész éven át szállít friss és biztos fogamzására nézve mindenkor
előzetesen kipróbált oltóanyagot a következő árakon:

Egy phiola 50 egyénre (1 gr.)	3.-	100 egyénre való 8-10 phiolába	
Két " 100 " (2 gr.)	6.-	osztva	7.-
Egy " 3 " "	1.50	Saját találmányú szabályozható scarifi-	
" " 15 " "	1.50	cator (igen kedvelt oltó-eszköz)	1.25

DR. GRÜNWARD SANATORIUMA

Budapest, VII. kerület, Városligeti fasor 15. szám.
(A király-utcai villamos vasút mentén.)

Ujjonnan épült, minden komforttal és gyógyszerközzel ellátott
magangyógyintézet. Felvételek barmily gyógyszerkímába vágó
beteg nők. — Gyógykezelés kívánság szerint bármely speci-
alista által. Van külön szülészeti pavillon is. Allandó orvosi
felügyelet. Kitünő ellátás. Telefon. Kivánatra prospectus.

UJABB GYÓGYSZEREK ÉS GYÓGYMÓDOK.

Szerkeszti BÓKAI ÁRPÁD egyet. tanár.

Tartalom: Székely Ágoston dr.: A gümőkór gyógyítása serummal. — Vámosy Zoltán dr.: A cocain veszélyességéről és a tropacocainról, mint a cocain pótszeréről. — Berend Miklós dr.: Közlemény a budapesti „Stefánia“ szegénygyermek-kórházból. A diphtheria vérsavóval elért eddigi eredményeik. — Rottenbiller Ödön dr.: Tolysal. — Antal János dr.: 1895 második felében felmerült fontosabb újabb gyógyszerek.

A gümőkór gyógyítása serummal.

Székely Ágoston dr.-tól.

A gümőkór gyógyítására az utóbbi években ajánlott nagyszámú eljárás közül egy sincs, mely annyira magára vonta volna nemcsak az orvosok, hanem a nagy közönség figyelmét is, mint az, mely a vérsavót kívánja ezen pusztító betegség ellenében is felhasználni. Főleg Maragliano genuai tanárnak a „British medical association“ ezen évi összejövetelén tartott előadása volt az, mely a figyelmet a gümőkór serumtherapiájára nagy mértékben reáirányította; de azért ide tartozó közlésekkel már évek óta találkozunk a szaklapokban, a mint ez az alábbiakból kiviláglik.

Az elsők Héricourt és Richet¹ voltak, a kik már 1890-ben tettek kísérleteket arra nézve, vajjon nem lehet-e kutyavérrel a gümőkór kifejlődését házinyulaknál megakadályozni. Abból indultak ugyanis ki, hogy a kutya természetből fogva immun a gümőkórral szemben. Ezen kiindulási pont azonban nem volt helyes, mert a kutyák között is — habár aránylag ritkán — előfordul a gümőkór. Ennek megfelelőleg a kísérletek eredményei sem voltak biztatók. Hasonló mondható Bertin és Picque,² valamint Lépine³ kísérleteiről, melyekben kecskék vérsavóját használták, mint a mely állatok véleményük szerint természetből immunok a gümőkór ellenében. Erre vonatkozólag végzett kutatások azonban szintén kimutatták, hogy kecskék között is előfordul a szóban forgó betegség.

A kísérletek eredménytelenségének azonban még egy más oka is volt és pedig az, hogy — a mint azt más fertőző betegségeknel végzett vizsgálatok mutatták — a természetből fogva immun állatok vérének tulajdonképpen nincs is gyógyító ereje, hanem csak az olyan állatokénak, melyek mesterségesen tettek nagy mértékben immunokká.

Már ezen álláspontra helyezkedve végezte vizsgálatait Babes.⁴ Mindenekelőtt kutyákat iparkodott immunokká tenni a gümőkór ellen és erre a célra következő sorrendben fecskendezett be következő anyagokat: 1. madártuberculin növekvő adagai; 2. egy éves madár-gümöbacillus tenyésztete; 3. egy hónapos madár-gümöbacillus tenyésztetéből 1 gramm; 4. nyolcz nap mulva ugyanezen tenyésztetéből 3 gramm; 5. nyolcz nap mulva 5 gramm; 6. emberi tuberculin növekvő adagai; 7. emberi gümöbacillus régi tenyésztete; 8. emberi gümöbacillus-tenyésztetéből 1/2 gramm; 9. húsz nap mulva ugyanebből 1 gramm; 10. húsz nap mulva 2 gramm és így tovább folyton növekvő adagok. Az állatkísérleteknél ezen savóval elért eredmények azonban meglehetősen gyengéknek mondhatók. Embereken végzett gyógyító kísérleteiről csak általánosságban szól és így nagyon nehéz annak megítélése, hogy a leírt jó eredmények a használt serumnak tulajdonítandók-e?

Bernheim⁵ már pontosabb adatokat közöl, a mennyiben immunizált állatok vérsavójával általa kezelt száznál több beteg közül 14-nek a kórtörténetét terjedelmesebben ismerteti. E kórtörténetekből kitűnik, hogy nagyon súlyos esetekben is tetemes javulás következett be a vérsavó használata után. Észlelt esetei alapján két pontra hívja fel a figyelmet. Az egyik az, hogy az olyan tüdővészeseknél, kiknél a vizeletben fehérje mutatható ki,

könnyen uraemia léphet fel a vérsavó használata közben; a másik pedig az, hogy sok esetben — főleg lázas betegeknél — 2—3 órával a befecskendezés után reactio jelentkezik, mely a hőmérsék növekedésével és nyugtalansággal jár, de csak rövid ideig tart és a későbbi befecskendezések után már nem észlelhető; a tüdővész első szakában levő, valamint a sebészi gümőkóros megbetegedésekben szenvedő betegeknél reactio nem szokott fellépni.

Újabb Bernheim¹ más módszert használ azon állatok (kecske, szamar, házi nyúl, macska, kutya) immunizálására, melyeknek vérsavójával embereken gyógyító kísérleteit végzi. Minthogy ezen módszer szerinte tökéletesebb és jobb eredményekre vezet, mint a régiebb módszere: csupán ennek leírását közlöm. 1/2—1 esztendő gümöbacillus tenyészteteket Chamberland-szűrőn megszűr és ezeket az állatok visszereibe vagy hasüregébe fecskendezi. Középnagyságú kecskébe vagy szamárba eleinte 2 köbcentiméter fecskendez ezen szüredékből. A befecskendést minden 5. napon ismétli és a 3. befecskendéstől kezdve — ha az állatok jól tűrik — lassan növeli az adagot; később minden 3., sőt minden 2. napon végz befecskendést. Időnként egy-egy heti pihenőt enged az állatoknak. A kezelés körülbelül egy fél évig tart, a mikor is az állatok seruma már használható embereknél. A serummal állatokon végzett gyógyító kísérletek leírása Bernheim-nél is nagyon általánosságban van tartva; szerinte az állatoknak körülbelül 40%-a menthető meg a serummal.

Héricourt és Richet² újabb már szintén immunizált állatok vérsavójával tesznek kísérleteket és eredményeik biztatóbbak is.

Viquera³ szamarak és öszvérek szervezetébe nagy mennyiségű gümöbacillust juttat és az így kezelt állatok vérsavóját használja emberek gyógyítására. A közölt csekély számú kórtörténet azonban nem nagyon bizonyít a serum gyógyító hatása mellett. Hasonló módon immunizálja a lovakat Paquin new-yorki orvos, a kinek eredményeiről azonban a rendelkezésemre állott irodalomban nem találtam adatokat.

Mielőtt Maragliano közlésének ismertetésére áttérnék, a teljesség okáért még néhány közleményről kívánnék röviden megemlíteni. Az egyikben Tizzoni és Centanni⁴ néhány kísérletet említenek, melyekben tuberculinnal kezelt tengerimalaczkok vérsavóját fecskendezték gümöbacillusokkal fertőzött más tengerimalaczkokba; az eredmény az volt, hogy az állatok később pusztultak el. A másik közleményben Emmerich⁵ azon sokszoros tapasztalat alapján, hogy intercurrens erysipelas után a gümőkór sokszor javulásnak indul, sőt meg is gyógyul: kísérleteket ír le, melyekben gümőkóros házinyulaknál mesterséges erysipelas-fertőzéssel a betegség megállapodása volt elérhető; reméli, hogy erysipelas ellen immunizált juhok vérsavójával gümőkór eseteiben jó eredmények lesznek elérhetőek. Végül Behring⁶ a német orvosok és természetvizsgálók 67-ik összejövetelén tartott előadásában kísérleteket említt, melyeket Wernicke-vel és Knorr-ral együtt végzett és a melyek azt mutatták, hogy tuberculinnal hosszabb időn át kezelt állatok és emberek vérében oly anyag (antituberculin) mutatható ki, melylyel a tuberculin halálos hatása paralyzálható.

¹ Compt. rend. de la société de biologie, 1890.

² Gazette médicale de Nantes, 1890.

³ Semaine médicale, 1891.

⁴ Congrès pour l'étude de la tuberculose. 3. session. 1893.

⁵ Congrès pour l'étude de la tuberculose. 3. session. 1893.

¹ Bernheim: Immunisation et sérumthérapie. Paris, 1895.

² Compt. rend. de la société de biologie, 1895.

³ Gamgee ezikke a „Lancet“ 1894. október 6.-i számában.

⁴ Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde, Band XI.

⁵ Münchener medicinische Wochenschrift, 1894.

⁶ Deutsche medicinische Wochenschrift, 1895.

Megjegyzendő, hogy *Héricourt* és *Richet* szerint a tuberculinnal kezelt állatok seruma ép oly toxikus hatású, mint maga a tuberculin.

*Maragliano*¹ előadásából mindenekelőtt két körülmény bír fontossággal. Az egyik az, hogy az állatok (kutya, szamár, ló) immunizálására gümöbacillus-tenyészetekből előállított, rendkívül mérgező hatású anyagot használ, a mely anyag tengeri malaczkokat 2—3 nap alatt megöl. Ezen anyag előállításának módját, valamint az immunizálás menetét azonban nem ismerteti. A másik figyelemre méltó körülmény pedig az, hogy a vérsavó hatályosságának meghatározására a tuberculint használja fel. A vérsavót ugyanis tuberculinnal keverve befecskendezi gümőkóros egyének bőre alá; ha erre sem általános, sem helyi reactio nem jelentkezik, ez a vérsavó hatályossága mellett szól.

A gyógyító vérsavó *biológiai hatásának* tanulmányozása következő eredményekre vezetett: a) A serumnak nincsen specifikus, hanem csak olyan pyrogen hatása, melylyel minden más serum — még a mesterséges is — bír, és a mely nem a kvalitástól, hanem a quantitástól függ. b) A serum nem befolyásolja a vérkeringést. c) Serum befecskendezésére többé-kevésbé kifejezett leucocytosis jelentkezik. d) A vizeletben felőtlő változások nem észlelhetők; egyes esetekben nagy mennyiségű (100 kem.) serum befecskendezése után 4—5 órával kiskókú peptonuria mutatkozott. e) Az általános táplálkozás kedvezően befolyásoltatik.

A mi a serum befolyását a gümőkór különböző tüneteire illeti, mindenekelőtt a hőmérsék veendő tekintetbe. Láztalan gümőkóros betegeknél 1 kem.-es adagok nem idéznek elő hőmérsék-növekedést, nagyobb adagok pedig múló, de néha elég magas lázat okoznak. Ezen úgynevezett reactio intensitása azonban nagyon változik az egyéniség szerint és nincs összefüggésben a kórfolyamat súlyosságával. Lázás gümőkórosoknál kis adagokra nem változik a hőmérsék, vagy esetleg csökken; nagyobb adagokra 1—2 napig tartó hőmérsékemelkedés következik be és utána sok esetben teljesen láztalanokká lesznek a betegek. A helybeli tüneteket illetőleg a bronchopneumonikus góczokra való kedvező hatás kétségtelen; a góczok körülbelül egy hónap alatt úgyszólván kiszáradnak. Ezen kedvező eredmény azonban csak akkor következik be, ha nincsenek másodlagos fertőző bacteriumok jelen. A helybeli tünetek kedvező befolyásolása esetén természetesen a köhögés is ritkább lesz, a köpet mennyisége csökken, sőt később nincs is már köpet, a gümöbacillusok pedig eltűnnek. Mindezekkel természetesen együtt jár az általános állapot fokozatos javulása.

Ezek előrebocsátása után négy csoportba osztva tárgyalja tüdőgümőkóros betegeinél eddig elért eredményeit.

1. *Láztalan vagy csekély mértékben lázas betegek, körülírt tüdőbeli góczokkal, mikroba-associatio* (másodlagos fertőző bacteriumok jelenléte) nélkül. 44 idetartozó eset közül 24, melyeknél a kezelés rendszeresen végeztetett, gyógyult. A többi 20 esetben is tetemes a javulás, de a gyógyítás még nem fejeztetett be.

2. *Láztalan vagy lázas betegek, kiterjedt bronchopneumonikus góczokkal, de hiányzó vagy csak kismérvű mikroba-associatióval.* 14 ide tartozó eset mind javult, egyik-másik feltűnő módon.

3. *Diffus bronchopneumiák nagyfokú mikroba — associatióval.* 12 ide tartozó esetben rosszabbodás sohasem következett be, sőt néha kiskókú javulás észleltetett.

4. *Roncsoló bronchopneumoniák caverna-tünetekkel.* Ezen csoportba tartozó 6 beteg közül egynél a hónapokig tartott láz teljesen megszűnt, a testsúly gyarapodott és a beteg gyógyultnak gondolván magát, elhagyta a kórházat. 3 más betegnél csak nagyon kiskókú javulás következett be, 2 pedig meghalt.

Az olasz belgyógyászoknak imént lefolyt congresszusán *Maragliano*² 117 olyan esetről is beszámol, melyeket serumával más orvosok kezlettek. Az 1-ső és 2-ik csoportba tartozó 52 beteg közül 32 tetemesen javult, 20 még kezelés alatt áll; a 3-ik csoportba tartozó 15 betegnél eddig még csak csekély vagy éppen semmi javulás sem mutatkozott; végül a 4-ik csoportba tartozó 50 beteg közül 29-nél teljesen eredménytelen maradt a kezelés, 3-nál az állapot változatlan, 15 beteg pedig javult, ezek közül 6 tetemesen.

¹ Berliner klinische Wochenschrift, 1895.

² Refaratum a „Münchener medicinische Wochenschrift“ 1895. 46-ik számában.

Maga a gyógyításmód következő. Láztalan betegeknél körülbelül 10 napon át két naponként fecskendeztetik be 1—1 köbcentimeter, ezután naponként ugyanannyi, más 10 nap után 2—2 köbcentimeter naponként stb.

38—38.5°-ig emelkedő lázzal bíró betegeknél, ha a hőmérsék nem mutat nagy ingadozásokat, ugyanily módon történik a kezelés. Ha azonban a hőmérsék magasabbra emelkedik és a febris subcontinua jellegét ölti, egyszerre nagyobb adagot, például 10 köbcentimétert fecskendez be és 3 napig vár, vajjon csökken-e a láz. Ha igen, a továbbiakban naponként 1—2 köbcentimétert használ; ha pedig nem, akkor 8 nap múlva újból 10 köbcentimétert fecskendez be stb. Ha a betegek már gyógyultaknak látszanak, a befecskendezések legalább még egy hónapon át folytandók, sőt ajánlatos még azon túl is, körülbelül egy esztendeig folytatni a kezelést oly módon, hogy hetenként 1 köbcentimeter fecskendezessék be.

Az injectiók a test bármely részén végezhetők, de előnyben részesítendők azon helyek, a hol laza a bőr alatti kötőszövet, így a mellkas alapján a hátsó hónaljvonalban. A befecskendezések rendszerint fájdalommentesek, csak ritkán jelentkezik helyükön pirosság, duzzanat és fájdalom. Súlyos esetekben a serumkezelésnek együtt kell járnia a hygienicus kezeléssel és főleg a dyspepsiát kell megszüntetni. A mikroba-associatio ellen szintén minden lehető el kell követni; a mikéntet illetőleg egy legközelebbi dolgozatában fog nyilatkozni.

Végül még felemlíti, hogy a gümőkór serumtherapiájának semmiféle contraindicatiója nincs és hogy az sohasem árthat, hanem csak használhat.

Maragliano közleményét kritikus szemmel nézve, épen séggel nem találjuk általa bebizonyítottnak azt, hogy módszere a gümőkór ellenében hatásos fegyver volna. Ha kísérletekkel bebizonyította volna — a mit pedig nem tett —, hogy seruma kedvező befolyást gyakorol gümőkórosan fertőzött állatokra, akkor némi bizalommal viseltethetnénk módszere iránt, noha igaz, hogy állatkísérletekből nem mindig lehet és szabad következtetést vonni az emberi pathológiára és therapiára. Ő azonban csak embereken végzett gyógyító kísérleteket ír le és ezekből maga is azt következteti, hogy a gümőkór serumtherapiája csak akkor járhat haszonnal, ha még nincsenek jelen a tüdőben roncsoló gümőkóros folyamatok. Ilyen esetekben azonban az egyszerű hygienicus-diaeteticus kezeléssel szintén nagyon jó eredményeket érhetünk el, a melyek az esetek többségében ugyan csak ideiglenesek, de *Maragliano* sem mutatta még ki, hogy az ő eredményei tartósak volnának.

Általában mondható, hogy a gümőkór serumtherapiája még nem érett meg arra, hogy az orvosok közkinésévé váljék. Az idetartozó vizsgálatok — kellő állatkísérleti alappal — azonban mindenesetre jogosultak és remélhető, hogy a vérsavótherapia elvének alkalmazásával még sikerülni fog egy a mostani módszereknél sokkal hatásosabb gümőkór ellenes gyógyító eljárás birtokába jutnunk.

A cocain veszélyességéről és a tropacocainról, mint a cocain pótszeréről.

Közli: *Vámosy Zoltán* dr., I. tanársegéd a gyógyszer-tani intézetnél.

A cocain, melyet 1884-ben Koller honosított meg a therapiában, ma már kitűnő érzéstelenítő tulajdonságánál fogva kiváló helyet foglal el gyógyszerkincsünkben és mint élvezeti szer is kiterjedt használatnak örvend. Okvetlen meg kell ugyan hajolnunk a cocain kitűnő tulajdonságai előtt, melyek folytán a mai humanisticus korban a civilizált világra nézve úgyszólván nélkülözhetlenné vált, de tagadhatlan az is, hogy gyorsan hódító útjában hátrányai is egyre szembeötlőbbek lettek; a cocain is megkövetelte a maga áldozatait, mint minden valódi, lényeges activitással bíró gyógyszer, s nem egy orvosra és betegre nézve vált kellemetlen emlékévé, s nem egy lelkiismeretes embert ejtett már gondolkodóba. Ha volt alkalmunk már látni egy-egy váratlan, súlyosabb cocainmérgezést, melynek oki momentumai úgyszólván teljesen felderíthetlenné és csakis azzal az ismeretlen valamivel fedezhetők, a mit idiosyncrasiának nevezünk, ha olvassuk

Falck¹, Mannheim², Mattison³ monographicus munkáit és számolunk a cocain egyre rohamosabban tért hódító therapeuticus alkalmazásával, lehetetlen, hogy kétség ne támadjon bennünk a cocain tisztán áldásos voltáról az emberiséggel szemben.

A fenti három szerző fáradságos munkáit áttekintve, noha az itt felsorolt esetek csak egy töredékét képezik a megtörtént, de elhallgatott vagy figyelembe nem vett eseteknek, van alkalmunk meggyőződést szerezni a felől, hogy micsoda kockázattal áll szemben az orvos és a beteg, midőn humanus szempontból a cocainhoz nyúl, s talán nem lesz érdektelen, ha ezzel itt bővebben foglalkozom.

A medicinális cocainmérgezőések statistikájából mindenekelőtt az tűnik ki, hogy sem a kor, sem a nem, vagy a foglalkozás, de még a szervezet egészségi állapota (idegesek, reconvalescensek, gyenge vagy robustus egyének) sem bir befolyással a mérgezés fellépésének lehetőségére vagy fokára nézve, a mi a prophylaxist csak megnehezíti. Míg az észlelők egynémelyike szerint az intoxicatiós tünetek anaemiás, vagy chronicus bajokban szenvedő, gyengült szervezetű egyéneknél léptek fel, addig mások — és pedig nem ritka esetek ezek — különösen hangsúlyozzák, hogy a mérgezés egészséges, robustus szervezetű, kifejlett egyéneken is jött létre a közönségesnél már kisebb adagokra is. Néhanyan, a cocain túlságos jó barátjai, a műtétől való félelemnek, shock-szerű tüneteknek tartják a mérgezési jelenségeket, de nem veszik tekintetbe azon eseteket, midőn a cocain nem is műtét céljából, hanem csupán nátha vagy köhögés ellen beecseteléseként alkalmaztatott, vagy per os vétetett, s a mérgezés mégis kifejlődött. A nemre nézve pl. Mannheim összeállításában 50 férfira és 34 nőre vonatkozó esetet találunk, a miből tehát a nemi dispositóra biztos következtetést vonni nem lehet. Vannak szerzők, pl. Wölfler,⁴ kik azt állítják, hogy a befecskendezés helye és módja vannak lényeges befolyással, s Wölfler 23 esetből következtetve, melyek közül 19-szer a fejen történt az injectio, ezt állítja a legveszedelmesebbnek, mivel a cocain főleg az agyra hat. Szerinte a fejen csak 2%-os a test többi részsein 5%-os oldatokat lehet befecskendezni. Azonban elfogadva ezt a nézetet, Mannheim 99 esete közül — a larynxban és a tonsillákon történt cocain ecseteléseket is a fejen való alkalmazáshoz számítva, — még mindig 65 eset marad, melyek Wölfler nézetét megdönthetik. Falck 176 esete közül 16-ot leszámítva, mint a melyekben nincs megjelölve az alkalmazás helye, mérgezés lépett fel törzsön történt injectio után 28-szor, a végtagokon 9-szer, a fejen 7-szer; ez utóbbihoz hozzáadva 36 subgingivalis, 5 subconjunctivalis, és mérgezés okozó injectiót, összesen 48 a fejen történt befecskendezés esete mellett 37 eset áll fenn, melyekben az injectio a test egyéb helyein történt, még pedig nem is épen rendkívül nagy adagokkal. Másként áll azonban a dolog akkor, mikor a cocain tisztán helybelileg a nyálkahártyák felületén alkalmaztatik. Itt már sokat határoz a hely; t. i. az egyes mucosák különböző felszívó képessége folytán amely szerint a mérgezés lehetősége és intenzitása is különböző. Nagy különbség van pl. a húgyhólyag, a húgyvese és a conjunctiva felszívó képessége között és ennek megfelelőleg azt látjuk, hogy míg a hólyagba vitt 5.25 gr. cocainosó sem volt halálos, addig az urethra útján 0.8 gr. halált okozott és a conjunctiva felől már 0.0005 gr. kifejezett mérgezési tüneteket hozott létre. Az itt következő táblázatból jól kitűnik a legkisebb adagok azon sorozata, a melyekre mérgezési tünetek léptek fel, továbbá, a melyekre nézve halálos esetek vannak feljegyezve az irodalomban.

Legkisebb mérgező adag	Alkalmazás módja	Alkalmazás helye	Legkisebb halálos dosis
0.04	per os	gyomor-bélhuzam	1.2
1.—	"	hólyag	(5.25 sem.)
0.0225	"	urethra	0.8
0.12	"	uterus	—
0.17	"	rectum	1.2
0.013	"	orrüreg	—
0.0125	"	dobüreg	—
0.03	3 cs. 20% oldat egy fogba	szájüreg	4% old. (fogba)
4% old.	ecsetelés	gégefő	4% old. (garat ecsetelés)

¹ Ther. Monatsh. 1890.

² Zeitschr. f. klin. Med. 1891. 18. k.

³ Cocain-toxaemia. Ther. Gazette 1888. 16. 1.

⁴ Wiener med. Wochenschrift, 1884. 18. sz.

Legkisebb mérgező adag	Alkalmazás módja	Alkalmazás helye	Legkisebb halálos dosis
0.0005			
1 csepp 1% old.	cseppentés	conjunctiva	—
0.02	injectio	a törzsön	0.225
0.01	"	a végtagokon	—
0.023	"	a fejen	—
0.007	"	subconjunctivalis	0.04
0.0125	"	subgingivalis	0.06

Fogorvosok és laryngologusok főleg arra igyekeznek visszavezetni a náluk oly gyakori cocainmérgezőések okát, hogy nekik a beteg álló vagy ülő helyzetében, tehát anaemiás agy mellett kell operálni; de inkább az a valószínű, hogy igen kiterjedten és gyakorta alkalmazzák a cocaint, s ez szükségképen maga után vonja az intoxicatióknak is bizonyos nagyobb számát. A localis anaemia valószínűleg csökkenti a cocain mérgező hatását, mivel rosszak a felszívódási viszonyok. Pernice¹ igen dicséri a sebészetben a cocain alkalmazását előzetes vértelenítéssel: a hatás így intenzívebb, s a később bekövetkező vérzés által a fölösleges cocain mintegy kimosatik.

Az utolsó, a miben a váratlan cocain mérgezőések okát keressük: az egyéni dispositio. Azonban ez nem csupán az egyénhez kötött, hanem változik az alkalommal. Gyakran előfordul, hogy egyesek, a kik egyszer-kétszer mutattak intoxicatiós tüneteket, azontúl nagyobb adagokat is eltűrtek. Ezt könnyű volna az ú. n. „megszokás“-sal indokolni, ha nem volnának olyan esetek is elég nagy számmal, melyekben az egyén a már előzetesen jól eltürt cocainadagra egyszerre mérgezésbe esik. Burchard² közöl egy esetet, midőn egy férfi szemébe 4%-os cocain oldatot cseppentettek, s azonnal öntudatlanság, szapora, akadozó légzés következett be, noha előbb két esetben ugyanezen adagnak semmi következménye sem volt. Mannheim szerint még cocainisták sem mentesek a medicinális acut intoxicatióval szemben.

A mi a mérgezés gyakoriságát az alkalmazási hely szerint illeti, Mannheim 99 esetében 51-szer subcutan injectio után lépett fel, szembe cseppentés után 9-szer, fülbe cseppentés után 2-szer, orrüregbe fúvás vagy ecsetelés után 5 esetben, garatban alkalmazva 2 esetben, gégefőben ecsetelve 3 esetben, foghúrsra ecsetelve 2 esetben, a végbélbe víve 3 esetben, a hólyag útján 3 esetben, húgyvesőbe fecskendezve 3 esetben, uterusba 1 esetben, belsőleg adva 7 esetben; a többi esetekben ismeretlen az alkalmazás helye. Falck 176 esete így oszlik meg (16 esetben ismeretlen a hely):

Belsőleg	Hólyag	Húgyveső	Méh	Végbél	Orrüreg	
8	4	9	2	2	12	
Fül	Gégefő	Szaj-garat	Szem	Subconjunct.	Subging.	Törzs subcut.
2	11	7	21	5	36	28
Végtagok subcut.		Fej subcut.				
9		7				

A mérgezési tünetek fellépésének gyorsasága különböző, de rendszeren elég gyors. A leírt esetekben 30 másodperctől 3 óráig terjed a latens időszak, s átlag úgy látszik, 5—10 percz múlva az alkalmazás után szokott a mérgezés fellépni, s valószínűleg leggyorsabban a szembe alkalmazás után, leglassabban per os fejlődik ki. A mérgezés tünetei 2—5 perctől egész hetekig, sőt hónapokig tarthatnak, természetesen ez utóbbi esetekben csupán ideges jelenségek lesznek azok, a melyek az acut tünetek lezajlása után még kínozzák a beteget. Mannheim 99 esetében 16 olyan van, melyekben a teljesen normalis állapot visszatérésére 24 óránál több idő kellett. A mérgezés tartama sem áll azonban szoros összefüggésben az adaggal, míg egy esetben³ 0.05 subgingivalis befecskendezése még 7 nap múlva is ájulásokat, gyengeséget okozott, addig 5.25 gr. egy hólyagkö miatt erősen hurutos, tehát jó felszívó képességgel bíró hólyagba vitetvén, csupán halvány-ságot, szapora pulzust és hányásingert okozott, ezen tünetek is elmúltak 5 percz múlva.⁴

Liebreich⁵ az állította, hogy a toxicus jelenségek a cocain-

¹ Ueber Cocain-Anaesthesia. Deutsch. med. Wochenschr. 1890. 14.

² Char.-Annal. 1888. 653. 1.

³ Laborde. Verhandl. der Soc. de Biol. Referat; Allg. med. Central-Ztg. 1887.

⁴ Dubug: Journ. de med. de Paris. Referatum; Wien. med. Wochenschrift 1887. 12. sz.

⁵ Therap. Monatshefte 1888. nov.

hoz keveredett isotropylcocaintól, egy anaesthesiát nem is okozó szívmelegtől szármanak, azonban bár azóta mindenütt a vegytiszta cocaint alkalmazzák, a mérgezések még mindig gyakoriak, s hogy a mérgezés létrehozására maga a cocain is elegendő, bizonyítják azt a szintén vegyileg tiszta praeparatumokkal tett physiologicus kísérletek. Nem terjeszkedhetem ki e helyen a cocain physiologiai és toxicologiai hatására és tünettanára, a mérgezés kezelésére, tankönyvekben vagy bővebben *Bókai A.* tanár „Újabb gyógyszerek“ című szakmunkájában feltalálható azok gondos leírása; én szerény cikkemet arra szántam, hogy míg annak első felében a cocain hátrányainak komolyságával és kiszámíthatatlanságával igyekezem megismertetni t. kartársaimat, addig annak második felében felhívjam figyelmüket egy új, a cocain kitűnő pótszerének ígérkező gyógyanyagra, a tropacocainra, melyre dr. Nagy Emil műtő fogorvos úr által lettem figyelmessé téve, s a miért neki e helyen őszinte köszönetet mondok.

Végül még csak érdekessége miatt ide iktatom a *Falck* és *Mannheim* munkáiból összeállítható halálozási statisztikát, mely az 1891-ig előfordult és közölt eseteket foglalja magában.

incoordináltak és akaratnélküliek. Convulsiók még az akaratos és coordinált mozgások idejében kezdődnek, először a hátsó végtagokban. Lehetnek clonicusak, clonico-tonicusak, de tisztán tonicusak is. Görcsök alatt a respiratio ritka és rendetlen, a bőrreflex fokozott. Ezután coma fejlődik ki, a bőrreflex eltűnik, de nem oly hamar, mint cocainnál. A coma 2—3, néha több nap alatt múlik el a stupor lassankénti gyengülésével. A görcsök eredete a medullában van; a medulla előtti agymetszés nem befolyásolja őket, a medulla alatti metszésre kimaradnak, a hát közepén metszve át a gerincezvelőt, csak a hátsó végtagokra szorítkoznak. Localis anaesthesia a befecskendezés helyén mindjárt kifejlődik, míg a távolhatás a periphericus érző idegekre eleinte izgató, s csak ismételt vagy nagy adagra deprimáló. 1000 oldat mindig hozott létre teljes localis anaesthesiát, a mi 1 perc alatt állott be és tartósan megmaradt; helybeli izgalom tünetei nem voltak észlelhetők. A szív működés a szer hatása alatt kezdettől fogva lassul, a vivőér-rendszer erősen tágult, az auriculusok is. A gyomrocs látszólag egészen kiüríti magát, mielőtt megáll. A hatás a következőkben foglalható össze:

Adag	Alkalmazás módja	Alkalmazás helye	Nem	Kor	Lefolyás ideje	Az alkalom, mely a coc. alk. szücs. tette
1·2	belsőleg	gyomorbél	férfi	—	1 óra	—
1·5	"	"	asszony	—	20 perc	—
1·2	"	(összetévesztés folytán)	férfi	—	2 óra	Hólyagmosás
4% old.	ecsetelés	gégefő	"	33 év	—	Glottisgőrcs
4% old.	"	száj v. garat	asszony	39 "	—	—
1·5 g.	befecskendezés	végbél	férfi	23 "	3/4 óra	Végbélfekély
1·2	"	"	asszony	23 "	3 óra	—
0·8	"	húgyeső	férfi	29 "	20 perc	Urethrotomia int.
1·32	"	végbél	ifjú	—	—	Végbél fistula oper.
0·04	"	subconjunctivalis	asszony	71 év	5 óra	—
0·06	"	subgingivalis	"	29 "	rövid	—
0·225 g.	bőr alá	mellkas	nő	—	20 perc	Mellrák
4% old.	vattán	fog	leány	39 év	—	Fogfájás
ismeretlen	c. por fuvás	mandulák	gyógyszerész	—	7—8 óra	—
1·5 g.	ismeretlen	ismeretlen (tévedés)	nő	—	—	—

A *tropacocain*, vegyi nevén: benzoyl-pseudotropeint Cs H₁₁ NO (C₇ H₅ O) a japáni kislevele cocából *Giesel*¹ állította elő, *Liebermann*² pedig alkatrészeire bontva, azt találta, hogy benzoészavból és pseudotropeinből áll, s ezen alkatrészekből sikerült is neki a tropacocaint synthesis útján előállítani. Az így készült praeparatum sokkal jobb, mint a levelekből előállított, a mely tisztátalan és helybelileg izgató hatásai (*Chadbourne*, *Bokenham*). A tropacocain vízben nehezen oldható, jól jegecedő sókat képező basis, a melynek sósavas sója vízben jól oldódik, brómsavas sója nem. *Chadbourne P. Arthur*³ vizsgálatai szerint physiologicus és toxicus hatása a cocainnal tett összehasonlító kísérletekkel szemben a következő:

Hidegvérű állatoknál nem minden esetben egyformán fejlődnek ki a tünetek, az egyes állatok individuálitása sokat határoz, azonban még sincsenek oly nagy eltérések, mint a cocainnál. 17 összehasonlító kísérletől a következő tanulságos eredményt adta:

	Tropacocain	Cocain
Hatástalan	0·001-nál kisebb	0·0005 kisebb
6 órán belüli gyógyulás	0·001—0·003	0·0005—0·001
24 órán belüli gyógyulás	0·005—0·01	0·001—0·005
24 órán túl gyógyulás	0·01—0·02	(egy halálos 0·005)
Halálos	0·02 és több	0·01 és több

Mérgezésnél először izgalmi stadium fejlődik ki, fokozott mozgékonyssággal, ezt követi a stadium depressionis, melynek kezdetén a megrikkult mozgások még coordináltak, később már

1. A cocain kétszerte mérgezőbb, mint a tropacocain. 2. A helybeli érzékenység hamarabb jön létre tropacocainra, és kevésbé tömény oldatokra, mint a cocainnál. 3. A mérgező hatás foka ennél sokkal inkább van arányban a dosissal, mint a cocainnál, s ezért a váratlan mérgező hatások is esékélyebb számúak lesznek, mint a cocainnál. 4. A gyógyulás is gyorsabb tropacocain után. 5. Hyperaemia, ischaemia, irritációs tünetek nincsenek jelen helybeli alkalmazása után.

Melegvérű állatoknál az általános hatás körülbelül ugyanaz, mindössze az individualis ingadozás nem oly nagy, s így a váratlan halál sem oly gyakori. A hatás szoros kapcsolatban van az adaggal, azonban a fellépő tünetek minőségében van eltérés. Gyakori bőr alá fecskendezett kis adagok után izgatottság áll be, ezt követi a depressio, az akaratos és coordinált mozgások csökkenése, azután az incoordinatio, convulsiók, majd bódulat, coma, légzési hűdés. A váladékok, főleg a légutakban, felszaporodottak. A gyógyulás a stupor fokozatos elmúlásával köszönt be. Összehasonlító kísérletek nyulakon a dosisokra nézve azt mutatták, hogy:

	Tropacocain	Cocain
Hatástalan	0·06 és kisebb	0·03 és kisebb
Toxicus, de nem halálos; convulsiók vannak	0·08—0·4	0·05—0·15
Halálos	0·5 és nagyobb	0·2 és nagyobb

Az idegrendszerre a tropacocain úgy hat, hogy azt az agytól lefelé haladó irányban eleinte izgatja, azután hűditi, azonban a gerincezagy tökéletes hűdését elvágja a légző központ hűdése. Coma alatt a bőrreflex deprimált. Az izgalmi szakban fellépő convulsiók tisztán agyi eredetűek, s a nyaki gerincezvelő átmetésére megszünnnek.

A helybeli hatást 30 összehasonlító kísérlet alapján *Chadbourne* a következőkben jellegzi: gyorsabban érzéstelenít mint a cocain, az érzéstelenítés nagyobb kiterjedésű, s ennek határán

¹ Pharm. Zeitung 1891. jul.

² Ber. deutsch. Chem. Gesellsch. XXIV. 1891. 2336—2345. I.; ugyanott XXV. 1892. 927—939. I.

³ Brit. med. Journ. 1892. 402. I.

is még csökkent a cutaneusreflex. 1 esetben 1% cocain épen oly jól hatott, 7 esetben nem. Ischaemiát nem láthatni, csupán gyenge hyperaemiát, ami azonban 1 perc alatt elmúlik. Ha oldószernek dest. víz helyett 0.6%-os konyhasó oldatot veszünk hyperaemia sem jön létre.

A szemén végzett összehasonlító kísérletek eredményét a következő táblázat foglalja magában:

oldat.	Tropacocain.		Cocain.	
	Érzéstelenítés (compl.) beállott tartott		Érzéstelenítés (compl.) beállott tartott	
1	2 p. 30"	4 p.	incomplet a legtöbb esetben	
2	1 p. 40"	20 p.	2 p. 30"	14 p.
4	1 p. 30"	21 p.	2 p. 3"	13 p.
5	1 p. 30" múlva 35 p.-ig		4 p. 40" múlva 13 p.-ig	

A szívre és circulatióra a cocainhoz hasonlólag hat, de a cocainnál észlelhető nagy vérnyomás-emelkedés nem látható, csupán a convulsiók alatt; a pulszszám eleinte emelkedik, az ütőgörbe lehágó ága lassúbb kifejlődésű, mert az edénytonus csökkent. A mérgezés tetőfokán a pulzus száma és a vérnyomás hirtelen lecsökken, az ütőlökések még elég nagy, azonban a légzés megállása után ez is lecsökken. Mesterséges légzés mellett a görcsök csekélyebbek, az érlökési görbe rendesebb, tehát úgy látszik, a vér venosus állapota elősegíti a convulsiókat, de a halál igen nagy adagokra ilyenkor is beáll, és pedig szívhűtés folytán. Ha a mérgező hatás csak az edényekre és szívre van korlátozva (t. i. a vagusok, acceleratorok, gerinczvelő átmetszvék, s a szív vagusvégződéseit atropinózva vannak), akkor az érlökés kisfokú emelkedése, majd csökkenése, a vérnyomásnak gyors és egyenletes esése észlelhető, e mellett a szív működés kielégítő marad. Intravenosus injectió a jugularisba hamar és tökéletesen paralyisálja a szív mozgató dúczait és az edénytonust, gyors befeekendés után azonnal megáll a szív.

A légzés kis adagok után gyors és rendetlen; convulsiók alatt igen rendetlen; coma alatt ritka, néha mély és kapkodó légvételekkel. Nagy adag után a légzés először lassú, azután gyors és felületes, majd lassú, végre megáll. Vivőérbe feekendéskor a légzésbeli változások nem oly rohamosak és imminensek, mint a szív változásai. Bőr alá adva a szert, előbb áll meg a légzés, azután a szív; vivőérbe adva fordítva van a dolog.

A test hőmérséke észrevehetőleg csak a convulsiók alatt emelkedik.

A tropacocain hatását a meleg véreű állatokra *Chadbourne* a következőkben foglalja össze: 1. *Félannyira sem mérgező, mint a cocain.* 2. *A szív mozgató dúczaira, izmaira sokkal gyengébb méreg, mint a cocain.* 3. *Anaesthesia gyorsabban áll be és tovább tart.* 5. *Az általa létrehozott hyperaemia igen csekély és elkerülhető.* 5. *Mydriasis nincs mindig jelen, és ha van is, sokkal csekélyebb az, mint cocain után.* 6. *Oldatai 2-3 hónapon át is épen olyan hatásosak, mert antisepticusak.*

Ezek után lássuk most a tropacocain alkalmazhatóságát a gyakorlatban, hol az a cocaint, mint érzéstelenítőt, mindenütt helyettesítheti.

Az emberi szemén Schweiger tanár klinikáján próbálták ki a tropacocaint s azt találták, hogy a sósavas tropacocain sokkal gyorsabban ható anaestheticum, mint a cocain; az anaesthesia pár utólagosan cseppentett cseppel hosszú ideig fenntartható, de különben is tartósabb a cocain-anesthesiánál. Mydriasis ritkán mutatkozik, akkor is kis mértékben, ischaemiát nem okoz, hanem 1-2 másodpercig tartó congestiót. Néhány beteg csipésről panaszkodott, de ez a fájdalom sem volt nagyobb, mint ha destillált vizet cseppentettünk a szembe; ha oldószer gyanánt 0.6% konyhasó-oldatot vettek, ezen panaszok is megszűntek. *Kellemetlen mellékhatást egyszer sem észleltek.* Idegen test kivételénél határozottan előnyösebb a cocainnál, mert gyorsabban érzéstelenít. Iridectomiát végeztek 1-2 csepp 3%-os oldat becseppentése után, kevesebb mint 2 percczel, fájdalom nélkül. *Dr. Silex*, tanársegéd hasonló jó eredménnyel végzett tenotomiát 1/2 percczel 3% oldat után. A 3% phys. konyhasó-oldattal készült praeparatum a legjobb. *Dr. G. Ferdinands*¹ szintén sokkal megbízhatóbb szernek állítja a tropacocaint, mely a gyuladós szemén is hat, s a cocain után észlelhető corneális homály soha sincs

jelen utána. 5% oldat még a szem mély részeit is érzésteleníti. Egy esetben 10% oldat után voltak némi észrevehető kellemetlen mellékhatások, de ily tömény-oldatra nincs is igazán szükség. *Veasey C. A.*¹ tropacocain után igen kis accomodációs bénulást észlelt, ptosis soha sem volt jelen, a pupilla ritkán afficiáltott. Különösen keratitisnél tartja nagyon előnyesnek, mert a cornea vérmassáját nem kevesbíti meg. *Veasey* azonban nem jósol jövőt a tropacocainnak drágasága miatt, s mivel elvégre is cocain-oldatok a legtöbb esetben ugyanazt a szolgálatot megteszik. *Groenouw*² és *Bokenham M. F.*³ igen pártolják a tropacocaint a szemészetben; utóbbi szerző kancsalság operatiója, könyvesatorna-szűkület, a szemhéji kötőhártya edzése alkalmával 10% oldatoktól mindig igen jó szolgálatokat tapasztalt. *Hugenschmidt*⁴ szintén előnyt ad neki a cocain fölött, egy esetében 0.04 gr. injectiója okozott muló mérgezési tüneteket (szorongó érzés), mydriasis nem tapasztalt, néha garatszárzság jelentkezett utóhatásként.

*Seifert*⁵ az orrban és gégében műtéteknél alkalmazta, de nem látott jó eredményeket, a mennyiben többet kellett alkalmazni belőle, mint a cocainból, megfelelő hatás elérésére s helybeli izgalmat és olyan verbőséget okozott, a mi erősebb vérzést vont maga után.

A mint ezen közleményekből kitűnik (eltekintve *Seifert*től) a tropacocain csaknem minden gáncs nélkül áll a cocain mellett, mint localis anaestheticum. Ha éppen úgy hat is, de csak kevésbé mérgező mint a cocain és oldatai jól eltarthatók, már ez is nagy előnyt biztosít neki a therapiában. Kipróbálva még eddig, úgy szólván, csak a szemészeti praxisban van (*Seifert* egyedüli közlését nem vehetjük még bizonyító erejűnek); érdemes volna vele más téren is összehasonlító kísérleteket tenni, vagy ha ilyenek tettek már, azokról referálni. Természetesen gyakorlati czélokra csakis a *Merek* által *Liebermann* módszere szerint synthesis útján előállított vegytiszta praeparatum volna ajánlatos, még pedig a következő recipe szerint.

Rp. Tropacocaini mur. 0.3
Natrii chlorati 0.06
solve in
Aqua dest. 10.0
Filtre!
DS. Suo nomine.

Közlemény a budapesti „Stefánia” szegénygyermek-kórházból.

A diphtheria-vérsavóval elért eddigi eredmények.

Berend Miklós dr., I. segédorvostól.

A diphtheria ellenes vérsavó eddig ismert gyógyszerzetének azon állatkísérletek összegezését tekinthetjük, melyek végeredménye a gyógyódnak emberen való alkalmazására vezetett. E kísérletek magva röviden a következő: Ha állott és szűrt bacteriummentes culturát a kísérleti állatnak befeekendülünk, az ugyanolyan általános tünetek közt pusztul el, mintha diphtheriát oltottunk volna neki be; ezen culturában foglaltatik a diphtheria bacillus által produkált toxalbumin. Ezen toxinhoz állatokat minimalis kezdeti, később folyton növekedő dosisok befeekendése által hozzászoktathatunk, a mikor az állat nemcsak immunná válik a diphtheria fertőzéssel szemben, de vérsavója antitoxicus tulajdonságokat is vesz fel és bizonyos koncentrációban gyógyhatást képes a diphtheriával fertőzött állatra gyakorolni, és pedig annál gyorsabban s annál kisebb adag- illetve koncentrációban, minél gyorsabban követte az antitoxinbeoltás a fertőzést. Hogy az antitoxinfejlődés a testben miként történik, arra nézve eddig csak hypothesisink vannak, melyek közül a legvalószínűbbnek a *Roux* által kifejlesztett vitalista elméletet kell tartanunk, mely szerint nem a toxin az, a mi antitoxinná alakul át, de a toxin izgatja az organismus sejttevékenységét az antitoxin képzésre („stimulíné”) még eddig ismeretlen módon. Hogy miként gyógyítja az antitoxin a diphtheriát, ugyanez csak hypotheticus magyarázatokkal kell eddig beérnünk. Csak kevesen fogadják el *Behring* elméletét, mely

¹ New York. Med. Journal 1893. nov. 25.

² Deutsche medizinische Wochenschrift 1893. 26. szám.

³ Brit. medic Journal 1893. nov. 18. Ref. Ther. Mon. 1894.

⁴ Hugenschmidt. Sem. méd. 1893. 6. szám.

⁵ Seifert. Internat. klin. Rundschau 1893. 8. szám.

¹ Brit. med. Journal 1893. jun. 24.

szerint egyszerű vegyi közömbösítés történik; valószínűbb a Buchner-féle elmélet, mely szerint az antitoxin a szervezet azon sejtjeleit, melyeket a toxin még meg nem támadott, annak hatásával szemben ellenállóbbakká teszi, tehát a gyógyító hatás sem egyéb egy immunisatió. Az antitoxinbeoltások által kétféle célt igyekszünk elérni: Először a beteg környezetében levő egészséges gyermekek immunisálását, másodsor a megbetegedettek gyógyítását.

A védőoltások hatásának megítélésénél első sorban abból kell kiindulnunk, hogy a diphtheria nem tartozik azon megbetegedések közé, melyek egyszeri kiállása újabb fertőzés ellen mentességet biztosít, mint a legtöbb ragályos kúteg; nem is várható tehát, hogy a védőoltások által oly eredményeket érjünk el, mint a milyeneket himlő elleni oltás által elérhetünk. Azonban, ha csak hetekre óvhatjuk is meg a diphtheriás beteg környezetét a bántalomtól, a direkt ragályozás veszélyét óriási arányban csökkenthetjük és kellő hygienicus intézkedések által teljesen el is kerülhetjük.

Ezen kérdés tárgyalásánál csak azt tarthatjuk szem előtt, hogy milyen arányban szokott állani a megbetegedett gyermekek száma a diphtheriás beteggel közvetlenül érintkező gyermekek számával. Az összes szerzők megegyeznek abban, hogy a környezet megbetegedési számaránya 18—20% közt ingadozik. Ha ezen serotherapia előtti időből származó adatot a mostaniakkal hasonlítjuk össze, akkor (Torday összeállítása szerint) 1969 — közvetlenül diphtheriás beteggel érintkezett, de védőtolt gyermeknél 67, azaz 3·4% megbetegedést találunk; ezen arány az újabb Heubner és Baginsky által leírt s a budapesti „Stefánia“ gyermekkorházban megfigyelt, összesen 290 eset által, kik közül csak 11 betegedett meg, nem változik.

A védőoltások eredményeinek megítélésénél tekintettel kell lennünk azon esetekre is, a melyek a beoltáskor a diphtheriának incubationalis stadiumában voltak, s a melyeknél a beoltásul szolgáló, újabb 150 antitoxi-negységre felemelt adag tulajdonképpen már mint curativ gyógyszer szerepelt, de az adag csekélyisége nem akadályozhatta már meg a diphtheria kitörését.

Az immunisáló oltásra szolgáló savó adagjára nézve különben is van egy megjegyzésünk. Miután tapasztalati tény, hogy a vésavó befecskendés egyedül számbajöhető gyakoriságú mellékkövetkezménye, a polymorph kúteg épen oly arányban és épen oly intenzitásban jö elő a kicsi, valamint a nagy antitoxinadag után, attól tehát, hogy esetleg több antitoxint adunk a védőtoltandó egyéneknek, káros következményeket nem várhatunk, mindenesetre helyesen fogjuk tenni, ha védőtolti célokra legalább 200—250 egység antitoxint használunk fel; ha pedig okunk van hinni, vagy attól tartani, hogy a védőtoltandó esetleg már a diphtheria lappangási szakában van, ajánlatos 600 egység befecskendése, mely adag már curativ szolgálatot is tehet. (Bókai J. tanár, a ki ezen elv szerint jár el, kórházi osztályain védőtoltott gyermekek közül egy megbetegedést sem látott fellépni). Ha összefoglaljuk a védőtoltások által elérhető eredményeket, akkor azok eredményeül kimondhatjuk, hogy míg eddig a beteg környezetének 18—20%-ja, addig kellő védőtoltások mellett 4%-ja betegszik csak meg, úgy hogy ha a védőtoltások általánosabbá fognak válni, elvárhatjuk a diphtheriás megbetegedések számának óriási csökkenését.

A védőtoltások hatásánál azonban sokkal szembeötlőbb a gyógyító oltások eddigi eredménye, melynek elfogulatlan megítélésénél csak a jelenleg uralgó járvány természetének ismeretére van szükségünk. Ha azon graphicus feltüntetéseket és számadatokat, melyek a diphtheria morbiditást ábrázolják, megtekintjük, azt látjuk, hogy úgy Német- és Franciaországban, Észak-Amerikában, de nálunk is csak kevés ingadozást mutatott pár év óta a diphtheria halandóság; nem volt oly nagy, mint pl. 81—83-ban, mely évek, különösen Németországban, igen súlyos természetű járvánnyal jártak; de körülbelül egyenlő erejűnek kell vennünk a 94. és 95-iki diphtheria jellegét a 90—94-ig terjedő átlaggal. Hogy különben azon 14 hó alatt, mely a serotherapia elterjedésének kezdete óta lefolyt, a diphtheria jellege nem volt könnyű, azt ritka egyértelműséggel ismeri el minden szerző, a ki a tárgygyal foglalkozott. A serotherapia ellenzői a gyógyulás nagy százalékából következtetnek a járvány szelid jellegére, de ez teljesen hibás, mert erre csak egy irányadó pontunk lehet, ez pedig a gyermek állapota a kezelés kezdetekor; csakis a felvételi status praesens alapján van jogunk megítélni az eseteket; azt pedig minden szerző constatalja,

hogy a felvett betegek status praesens-e az idén sem különbözött más években látottaktól.

Nézzük már most a közölt arányszámokat. A berlini kórházakban az 1894-iki évben vérsavókezelésben nem részesült 1332 beteg, kik közül meghalt 517; ez megfelel 38·7 mortalitásnak; serummal lett kezelve 1534 beteg; ezek közül meghalt 293, a mi 19·3%-nak felel meg. A serumgyógyymód ellenzőinek azon legfőbb érvét, hogy a kedvezőbb százalék a könnyebb esetek nagyobb mennyiségben történt fölvetelének eredménye, hathatósan cáfolja meg Heubner: Az 1332 serum nélkül kezelt beteg felvétele 243 hétre, az 1534 serummal kezelt beteg felvétele 196 hétre terjed; a serumnélküli időben tehát átlag 4·8 beteg vétetett fel hetenkint, míg a serumperiodusban 7; de ha a serumperiodusban is csak 4·8 betegfelvételt számítunk egy hétre és a felvételi többletet mind könnyű esetnek vesszük is, sőt még a mortalitásból is teljesen kizárjuk, — a mikor természetesen az ellenvetés elesik —, még ekkor is 940 betegre 243 haláleset, vagyis 31·1% mortalitást találunk, s még így is 13% a javulás.

Hogy azonban az esetek nem oly könnyűek, mint azt a serotherapia ellenesei felveszik, annak a súlyos status praesens-eken kívül, még a felvett gyermekek alacsony kora is bizonyítéka. Bókai János tanár, a Stefánia gyermekkorház igazgatójának 1895. január 1-ig észlelt 120 esete közül 45 eset vonatkozik két éven aluli gyermekekre, s 3 éven alul az esetek száma 69, azaz több mint fele a beteg anyagnak. Heubner említett statistikájában a serumperiodus előtti időben a felvett esetek 3·9%-ja csecsemő, a serumperiodusban pedig 4·2%. A magyarországi, ránk nézve legfontosabb viszonyokat kellőleg illusztrálják Bókai tanár adatai a serumperiodus előtti és alatti idők összehasonlítása által.

1891 évben az összes diphtheria esetek száma 135, gyógyulási arány 40%; 1892-ben 96 eset 46½% gyógyulással, 1893-ban pedig 110 eset 32½% gyógyulással (ezen számok az illető évek szeptembertől december végeig terjedő statistikáját adják).

Ezzel szemben 1894. szeptembertől december végeig észlelt 120 eset 74½% gyógyulási százalékkal. Ez év január elseje óta pedig a viszonyok egyáltalán nem változtak, azóta vérsavókezelésben részesült 225 újabb eset,¹ úgy hogy összes eseteinek száma 345 (1895. október 20-ig bezárólag) ezek közül meghalt 88, gyógyult 257, úgy hogy a gyógyulási arány jelenleg 74·6%.

Hogy különben a diphtheria jellege nem volt könnyű, arra nézve érdekes Baginskynek az összeállítása azon hónapokról, melyekben a serotherapiát vérsavóhiány miatt félbe kellett szakítani. Ezen idő alatt 126 beteg kezeltetett 48·4% mortalitással, míg a serumgyógyymóddal kezelték 15·6% mortalitást adtak, s a vérsavókezelés újabb megkezdésével a halálozás újra ennyire esett le. Ezen bizonyíték elég döntő arra, hogy mint befolyásolták a vérsavó-befecskendések a mortalitást. De ugyanilyenek voltak a viszonyok nemcsak Berlinben, hanem Párisban is, hol az „Hôpital des enfants malades“-ban Roux 300 serum kezelt betege 21%, míg az Hôpital Trousseau serummal nem kezelt betegei 60% mortalitást adtak; ugyanazon időben, ugyanazon városban e nagy különbség csak a vérsavógyógyymódnak tudható be.

Welch legújabb statistikájában, mely 82 szerző adatait öleli fel, és ezen év augusztus haváig leírt összes esetekre terjed ki, a következő adatokat találjuk: (csak bacteriologicus constatalt diphtheriák vannak felvéve s így majdnem tisztán kórházi észleletekből áll):

Esetek száma	Mostani mortalitás		Mortalitási százalék ezelőtt (Európa és Amerika átlaga.)
	számban	százalékban	
7166	1239	17·3%	42%

Ha e számadatokhoz az augusztus óta leírt eseteket, melyek száma 888 (Roux, Lebreton, Börger, Schubert, Rabot, Cielenciger, Timmer, Bachmann, Germonig újabb esetei), valamint az általunk észlelt, de még nem publikált 225 esetet hozzá számítjuk, úgy összesen 8279 az általunk ismert s eddig leírt serummal kezelt esetek száma; ezek halálozási aránya pedig 18%; az összes hullaszám 1450. Ha most ezen 8279 esetre a serotherapia előtti 42% mortalitást számítjuk, úgy elmondhatjuk, hogy csak a kórházakban 2800 ember életét mentette meg ez egy év lefolyása alatt a vérsavógyógyymód.

¹ Még eddig nem közöltük.

Sokkal érdekesebbé válnak azonban ezen adatok, ha azokat egy kissé részletezzük. A nagyobb gyermekkorházak adatait véve csak alapul, 4294 esetre jut 784 hulla, 18,3% mortalitással; ezek közül 3129 nem operált eset. 1167 operált croupos esetre esik 434 hulla, a mi 37,2% mortalitásnak felel meg, vagyis 63,8% gyógyulásnak. *E gyógyulási arány a régi gyógyulási arálynak (átlag 33%) majdnem a kétszerese.* Természetes, hogy ezen nagy számokkal dolgozó statisztikától a helyi viszonyok szerint vannak eltérések; egyes helyeken 70—75%, másutt, mint nálunk is most csak 56½ a műtett esetek gyógyulási százaléka.

A budapesti Stefánia gyermekkorházban serummal eddig kezelt 345 beteg közül, kiknél az általános gyógyulási arány 74,6%, nem operált eset 224 esetre esik 35 hulla, azaz 15% mortalitás, míg croupos műtett eseteink közül meghalt 53, a mi 43½% mortalitásnak felel meg.

Ezen számok azonban csak a műtett croupos esetekre vonatkoznak, s ha ez előtt ezen szám megfelelt is a teljes croupostatistikának, ma nem tekinthetjük annak, és pedig azért, mert míg eddig a kórházakban minden croupos beteg műtetre szorult, s csak igen ritka esetben fejlődtek vissza a fenyegető gégeszűkület tünetei; míg eddig majdnem minden olyan diphtheriás beteg, a ki reggel rekedt kezdett lenni, estére már intubálva is volt, addig most a legnagyobb ritkaság, hogy egy vérsavóval már beoltott gyermek a kórházban váljék stenoticussá; ellenben mindennapi tapasztalat, hogy mérsékelt gégeszűkület tüneteivel felvett gyermeknél croup nem teszi szükségessé a műteti beavatkozást. Ezt számokkal is bizonyítani igen könnyű. 224 nem operált és gyógyult betegünk közt 89-nél voltak laryngealis tünetek; ezek közül 54 esetben kisebb-nagyobb fokú stenotikus légzés. Ezen 89 beteg közül egynél sem került intubációra a sor, de többen expectoráltak trachealis álhártyát. Ha csak az utóbbi kifejezetten stenotikus 54 gyermeket számítjuk be a croupstatistikába, a mit teljes joggal tehetünk, úgy a mortalitás 30%; a gyógyulás pedig 70%. A croupos esetek ezen kedvezőbb gyógyulási arányát, hogy t. i. azoknak egy harmada átlag már műteti beavatkozás nélkül is gyógyul, s a műtett esetek gyógyulási aránya is átlag 12—28%-kal magasabb az eddigénél, tekinthetjük a serumgyógyítás egyik legnagyobb előnyének, mert az határozottan csak *pium desiderium* fog maradni, hogy minden vidéki kartárs tudjon intubálni, mert az intubációhoz nagy kórházi gyakorlat szükséges; légesömettszést pedig a magángyakorlatban csak elvétve végezhetnek. A serotherapia előtti időszakban a vidéki croupos betegeknek átlag 90%-ját elveszettnek tekinthettük; ez most meg fog változni, mert az eseteknek átlag egy harmada műteti beavatkozás nélkül is gyógyulhat, de tovább mehetünk és kimondhatjuk, hogy *jól észlelő orvos gyakorlatában kevesbedni fog a croupos megbetegedések száma.* Tudjuk, hogy azon esetekben, melyekben a torok megbetegedése az elsődleges, a gégecomplicatio beállításának ideje átlag a 3—5. napra esik; ha rendszeres és korai serumkezelésben részesül a beteg, igen sok esetben nem is fog kifejlődni a croup, mely az életnek véget vetett volna.

De a croup gyógyítási módjában a vérsavógyógyítás egyebet is jelent: az *intubatio végleges győzelmét a légesömettszést felett.*

De könnyebbé és veszélytelenebbé lett maga az intubatio is. *Bókai tanár* kimutatta, hogy a vérsavógyógyítás az intubatio átlagos tartamát is leszállítja, mert míg az intubatio átlagos tartama kórházi betegeinél ez előtt átlag 80½ óra volt, addig most 58 óra. Érthető, hogy a tubus hosszabb fekvése által okozott szövődmények veszélye ezáltal kisebbedik, s ezen a réven, kevesebb lévén a decubitus, kevesbedni fog az ezen okból végzett másodlagos légesömettszések száma is. A másodlagos légesömettszések abszolút száma, valamint a diphtheriás folyamat későbbi complicatioi (szívgyengeség, hűdések stb.) száma azonban csökkenni alig fog oly súlyos esetek életben maradása miatt, melyek vérsavógyógyítás nélkül már az acut stadiumban elpusztultak volna.

Tovább nézve a statisztikai adatokat, érdekes viszonyokat tüntet fel a diphtheriás esetek kor szerinti elosztódása:

	Ösz- szeg	0-2 év	2-4 év	4-6 év	6-8 év	8-10 év	10-12 év	12-15 év	15 év felett
Esetek száma	1234	187	327	297	176	114	63	32	38
Hullák	215	60	70	48	19	8	4	5	1
Százalék	17,4	32,1	21,4	16,2	10,8	7	0,63	1,6	4,1

Mint ez adatokból látható, a vérsavógyógyítás minden korban befolyásolja a gyógyulást, de a mortalitási arány a korhoz képest változatlan; legnagyobb a morbiditás az 1—3 év közt, a mortalitás pedig az 0—2 éven alul.

Ha a szerint állítjuk össze az eseteket, hogy a betegség hanyadik napján kezdődött a serumkezelés, úgy a következő arányszámokat kapjuk (Welch):

	Összeg	1-2 nap	3-4 nap	4 nap után	Kétes adat.
Esetek száma	1702	814	534	286	68
Halálozás	229	45	81	91	12
Mortalitás	13,5	5,5	15,2	31,8	17,6

Ezen számadatok elég világosan bizonyítják, mennyire fontos az, hogy a serumkezelés minél hamarabb megindíttassék, s hogy a *prognosis felállításánál a mai viszonyok közt első sorban kell mérvadóknak tekintenünk a diphtheriás folyamat fennállásának idejét.* De ezen adatokból egy therapeutikus irányelv is következik, melyet mérvadóknak kell a vérsavóadagolásra nézve tartanunk, s ez az: hogy *annál nagyobb és erősebb adag vérsavót használjunk, minél távolabb állunk a megbetegedés kezdetétől.*

Még pár szót. A vérsavó adagjának meghatározásánál a legtöbb szerző megegyezik abban (Bókai, Baginszky, Gillet, Welch), hogy annak Behring által eleinte előírt adagját emelni kell; ma a „Stefánia” gyermekkorházban majdnem minden beteg első oltásra 1000 egység antitoxint kap, operált eset pedig 1500 egységet; ha az eset súlyos, úgy az adagot még aznap vagy másnap ismételtjük. Akármily módon képzeljük is el a vérsavó gyógyító hatását, csak úgy képzelhetjük azt kellően hatékonynak, ha kellő mennyiségben visszük az organismusba; ebből következik a második therapeutikus irányelv, mely abban áll, hogy *azt a mennyiség vérsavót, melyet a beteg gyógyítására szükségesnek tartunk, lehetőleg nem elforgácsolva, hanem rövid időközben fecskendezzük be s 1000 egység antitoxinnál kevesebbet ne használjunk gyógyítási célokra, még könnyű esetekben sem.*

Irodalom:

- D. med. Wochenschrift 1895. Nr. 35 (Zielenciger).
 1895. Nr. 37 (Timmer).
 " " " 1895. Nr. 39 (Bachmann).
 " " " 1895. Nr. 41 (Germonig).
 William Welch: The treatment of Diphtheria by Antitoxin.
 Torday: Gyógy- és védőoltások. Orvosi Hetilap 1895. 21—22. sz.
 Heubner: Klinische Studien über die Behandlung der Diphtherie. 1895. Berlin.
 Baginszky: Die Serumtherapie der Diphtherie. 1895. Berlin.
 H. Gillet: La pratique de la sérothérapie. Paris.
 Bókai J.: A Behring-féle savóval elért eredményeim. Orvosi Hetilap, 1894.
 Bókai J.: Ugyanott. II. előadás.

Tolysal.¹

Ismerteti *Rottenbiller Ödön dr.*

A tolysal, a p-tolyldimethylpyrazolon (tolypirin) salicylsavassója. A salipyrinól (antipyrinsalicylától) abban különbözik, hogy ennek egy phenyloportja helyébe egy methylgyök került. (C₁₂H₁₄N₂O. C₇H₅O₃.)

Apró, fehér, majdnem színtelen, kissé rózsaszínbe játszó kristálykából áll; forrási pontja 101°—102° C.; íze kissé fanyar és kesernyős, vízben rosszul, aetherben, alkoholban és eczetaetherben igen jól oldódik.

Elettani hatásait Hennig tr. tanulmányozta legbehatóbban. Közepes nagyságú, 800—900 gr. súlyú házinylak 3,0 gr.-ot is jól tűrték, sőt a kenyesebb (és kisebb) tengeri malacoknak is minden káros hatás nélkül adagolta. Ezen állatkísérleteitől felbátorodva, embereknél is kísérleteket tett 1—2,0 gr.-nyi adagokkal; a hatás erőteljes, egészséges embereknél legfeljebb annyiban állott, hogy a normális hőmérsékét néhány tized fokkal leszállította. Nagyobb adagjai (4,0—6,0 gr. pro die), különösen 2,0 gr.-os, vagy akár 1,0 gr.-os adagjai is, órákenti időközben adagolva, körülbelül 0,6° C.-szal szállítottak alá a rendes hőmenetet; sem aggasztó subnormális temperaturákat, sem collapsust nem látott soha (!) alkalmazásától.

E hőcsökkentő hatásának tanulmányozása közben, majdnem egyidejűleg kezdte meg *acut- és chronicus ízületi csúszlót* is adagolni, s már rövid, beható kísérletezései után azon tapasztalatra jutott, hogy nevezett szernek 3,0—8,0 gr.-os adagjai, többé-kevésbé hosszú vagy akár rövidebb idei használat után, a betegség lefolyását, annak tartamát (és a fájdalmakat is) jótékonyan befolyásolják. Szerző további kísérletei alapján azt állítja, hogy a hatás megbízható ága szempontjából az antipyrin, antifebrin, phenacetin és a salipyrin is messze a gyógy-

¹ Előállítja a *Riedel-féle* vegyészeti gyár Berlinben.

szer mögött maradnak; még talán a felsoroltak között leginkább a salipyrin concurrálhatna vele jó hatás tekintetében. A hatás, mit a gyógyszerrel várt, főleg az *acut izületi csúsz* esetében minden irányban kielégítette; de még a *chronicus* felyamatoknál is, sokszor épen ott látott alkalmazásánál igen figyelemreméltó eredményeket, hol egyéb gyógyszerelés már cserben hagyta. A hatás, ha naponta 60–80 gr.-ot fogyasztatott el betegeivel, ilyenkor igen prompt volt. Ha az egyes dosisok beadása közötti időtartam rövidebb (1/2–1 óra) és ha az adagolás a délutáni órákban kezdetük meg (3 óra d. u.), a hatás mindenkor eklatásabb; épen ezért relative rövid idő alatt nagyobb dosisokat szeret belőle adagolni. Ha a javulás ilyen nagy dosisok után tartósan bizonyult, lassan-lassan kisebb adagokhoz fordult, bár 50–30 gr.-ot mindaddig nyújtott volt betegeinek, míg az összes betegségi symptomák eltiúntek. *Acut, subacut és chronicus izomszúznál* 30–80 gr. tolysal pro die mindenkor bevált. Egyik betegénél 20 gr. tolysallal *acut torticollis rheumaticus*-t, egy másiknál 30 gr.-al *acut myalgia scapularis*-t gyógyított meg, nem is szólva egyik-másik esetben fennálló, más makacs myalgiakról, melyek egyéb szerelésnek a legconsquensebben ellentállottak. *Rheumatikus neuralgiák* 10–20 gr. tolysallal is lényegesen megjavultak, sőt, ha a betegek nyugalmát is biztosítani tudjuk, teljes gyógyulást is láthatunk ezen adagjaitól.

Egyik másik lázzal járó fertőző betegségnél is kísérletezett vele; így *croupus pneumonia*-nál, *tuberculosis*-nál és *diphtheriánál* is. Hőcsökkenő hatása leginkább mutatkozott a diphtheriánál. *Erysipelas faciei* egy esetében 39.5–39.9° C. temperaturát 5 grammal (4 óra alatt elfogyasztva) 6–8 óra alatt normálissá tette; a hőcsökkenő hatás megszűnté után a hőmenet újabb emelkedése: rázó hideg nélkül mutatkozott, a régi maximumot többé el nem érte s a beteg, a megbetegedés 6. napjától fogva állandóan lázmentes volt. Ezen esete alapján szerző egyelőre még nem megi a szert specificus gyógyhatásonyal felruházni, de hiszi, hogy a betegség jótékony lefolyását ezen esetében a hőmenet gyors coupirozása idézte elő.

Állandó lázknál 30–60 gr.-ot ajánl betegeinek; a dosist persze a betegség természete, illetve súlyos volta, a beteg kora és az egyéni dispositiók szerint más és más adagban individualizálja. *Remittáló lázknál* a hőmérsék emelkedése előtt egy-két órával 10–30 grammot adhatni óránkénti intervallumokban. Ha a kívánt hőcsökkenés a várt idő alatt (2–3 óra után) nem mutatkoznék, várjunk a további adagolással kissé tovább, egyszer-mászor *elkésve* is beállhat a tolysal kedvező reakciója. A lázcsökkenéssel az érlökés gyérülése és a vérnyomás süllyedése együtt jár. Mentől hatalmasabb a lázcsökkenés, annál hosszabb idő múlva fog a hőemelkedés újból beállni.

Miután vízben a tolysal oldhatlan, illetve csak igen rosszul oldódik, a port akár szárazon is bevehetjük; az esetleges kellemetlen, kesernyész íz víz, kávé, tej vagy thea utólagos kortyonkénti adagolására elmulik. Alkalmasabb lenne gelatin- vagy amylumtokoescákban (0.50–1 gr.-os adagokat) készletben tartani.

Különösen ki kell még emelni ama körülményt, hogy *káros mellékhatásai nincsenek*; a szer hosszabb időn át: 60–80 gr.-os napi adagokban is nyujtva, sem gastricus, sem collapsus-szerű tüneteket nem okozott. E tekintetben tehát kiválik az újabb antipyreticumok és anodinák legiójából. *A tolysal antisepticus és antifementativ tulajdonságokkal is bír.*

A tolysal mint értékes antirheumaticum, antireuralgicum és antipyreticum bizvást ajánlható, ajánlható annyival is inkább, mert adagolása sommiféle kártékony vagy cumulativ hatással nem jár. Tekintettel aránylagos olcsóságára (legalább a többi antipyreticumhoz viszonyítva), kilátásunk lehet arra, hogy ezen gyógyszer a szegény praxisban is marandandó helyet biztosítanak magának.

Irodalom:

1. Dr. Arthur Hennig (Königsberg): Ueber Tolyal. D. M. Wochenschr. 1893, Nr. 8. — 2. Dr. O. Dornblüth (Freiburg): Ueber Tolypyrin und Tolyal. D. M. W. 1894, Nr. 7. — 3. Dr. Aladár v. Aujezsky (Budapest): Versuche mit Tolypyrin und Tolyal. Allg. Med. Centr. Z. 1894, Nr. 27. — 4. Aujezsky Aladár dr. Kísérletek a Tolypyrin-ről és Tolyallal. Orv. Hetilap 1894. márcz. 4. — 5. Dr. Stanislaus Klein (Varsó): Die therapent. Anwend. der Tolyals, Allg. med. Centr. Zeit. 1894, Nr. 9. — 6. Dr. Zurhelle (Burtscheid): Tolyal, Allg. med. Centr. Zeit. 1894, Nr. 7.

1895. második felében felmerült fontosabb újabb gyógyszerek.

Ismerteti: Antal János dr., egyetemi gyógyszerertani tanársegéd.

Apolysin és *Citrophen*. Mindkettő a phenacetinnek pótszere. A phenacetin p-phenetidinnel összekötése eczetsavval; az apolysin és citrophen p-phenetidinnel összekötése citromsavval, s. p. az apolysin = 1 molekula eczitromsav + 1 molekula phenetidín, a citrophen = 1 molekula eczitromsav + 3 molekula phenetidín.

Az *Apolysin* fehér, savanyú ízű, jegeces por, mely 55 r. hideg vízben, meleg vízben pedig igen jól (1:1) oldódik. Savtermészetű anyag, ennek megfelelőleg basisokkal, tehát alkaloidákkal (chiuin) is sókat képez.

A *Citrophen* szintén fehér, jegeces por, mely 1810-nál megolvad. *Benario* szerint kellemesen savanykás ízű és 400 r. hideg, 50 r. forró vízben oldódik. *Seifert* szerint csak 13,000 r. hideg vízben oldódik teljesen.

Úgy az apolysin, mint a citrophen a lázas hőmérséklet leszállítják, e mellett analgetikus hatásúak, mint a Phenacetin. A dos. sing. 0.5–1.0 gm., a napi adag 3–6 gramm.

Rp. Apolysin 5.0
Sacch. alb. 3.0
M. f. pulv. dir. in dos. aequ.
Nr. X.
DS. 2 ór. 1 port. *

Gyermeknek:

Rp. Citrophen. 3.0
Past. cacao. sacch.
qu. s. ut f. pastilli
Nr. X.
DS. 3 × napj. 1 czukorkát.

Néhány újabb aluminium-készítmény. *Boral*, *Cutol* és *Cutolum solubile* név alatt Leuchter M. berlini gyógyszerész 3 új aluminium-készítményt bocsátott forgalomba, melyek az aluminium aceticum fölött azon előnnyel bírnak, hogy állandóbb vegyületek.

A *Boral* aluminiumnak, bórsavnak és borkősavnak a keveréke. Finom, fehér, jegeces, gyengén savanykás ízű, szagtalan por, mely vízben igen jól oldódik.

A *Cutol* aluminiumnak, bórsav és csersavnak a keveréke. Barnás színű, fanyar, összehúzó ízű, finom por, mely a rendes oldószerekben nem oldódik. Acidum tartaricummal a cutol egy vízben könnyen oldható vegyületet képez, melyet előállítója *Cutolum solubile*-nek nevezett el; utóbbi a cutolnál világosabb színű, szagtalan, finom por.

E három vegyület therapeutikus használhatóságát *Koppel Pál dr.* berlini orvos vizsgálta meg legelőször és a talált eredményekről következőkben számol be: A bacteriumok fejlődését mindhárom szer megakadályozni képes, azonban bacteriumölő hatásuk nincs. — Therapeuticus czélokra leginkább adstringens hatásukat lehet felhasználni; így jó eredményeket látott otitis mediánál, hol a *boralt*-befecskendések vagy 10% os kenőcsök alakjában alkalmazta. A *Cutol* oldhatatlansága miatt csak kenőcs és por alakjában használható. Legjobb sikert látta cutol alkalmazásától nedvedző ecemáknál, hol a pörköket olajjal előbb elpuhította, és a cutol 10% os lanolinkenőcs alakjában alkalmazta.

Rp. Cutoli 4.0
Ol. Sesami 10.0
Lanolini qu. s. ad 40.0
M. f. ung.
Rp. Cutoli 10.0
Ol. Sesami 20.0
M. f. pasta.
DS. késhát vastagságban felkenni. *

Rp. Cutoli
Zinc. oxydat.
Talei aa 10.0
M. f. pulv.
DS. Hintőpor.

A *Cutolum solubile* 10% os vizes oldatok alakjában jól használható ecemáknál, égési sebeknél és lábfelekétyeknél. 10% os glicerinoldat alakjában jól használható angina follicularisnál és metritiseknél. Hintőpor, vagy 10% os lanolin-kenőcs alakjában jó szolgálatokat tesz hyperhidrosisnál.

Belsőleg e három újabb aluminiumvegyület eddig alkalmazva nem lett.

Jodoformin. A jodoformin a jodoformnak egy újabb pótszere; főelőnye, hogy szagtalan. Fehér, finom por, mely a világosság behatása alatt megsárgul, a nélkül azonban, hogy bomlást szenvedne. (?) A rendes oldószerekben nem oldódik, azonban emulsiók, kenőcsök alakjában jól használható, úgyszintén gaze- és vattán rögzíthető. Savanyú vagy alkalikus folyadékkal érintkezve, jod válik le belőle, és ez utóbbin alapszik hatása. A jodoformin hatása különben egyezik a jodoforméval. Előnyei: 1. Nincs izgató hatása; 2. hatása hosszabb ideig tart, mint a jodoformé; 3. erősen szárító hatása. — *Marquart L. C. Beuel-Bonni* vegyi gyár állította elő legelőször.

Urotropin. Ha ammoniakos formaldehyd-oldatot bepárolgatunk, szintelen, vízben jól oldható jegeceket: hexamethylentetramin-jegeceket [(CH₂)₆N₄] kapunk.

Nicolaier írja, hogy ezen anyag a diuresist fokozza, mi mellett azonban a húgysav és húgysavas sók kiválasztása a vizeletben csökken és hogy 6 grammnyi napi dosisok sem járnak kellemetlen mellékünetekkel. A hexamethylentetramin, mint azt Nicolaier újabb közleményei bizonyítják, még sok más tekintetben megváltoztatja a vizeletet, miért is Nicolaier ezen anyagot *Urotropinnak* nevezte el. Diuresist fokozó hatása mellett legfontosabb az urotropinnak *húgysavoldó* hatása; *Nicolaier* kísérletei szerint nemcsak vizes oldatokban, hanem a vizeletben is feloldja a húgysavas köveket, a vizelet megtisztul és megtartja eredeti saví kémhatását. Ezen tulajdonságoknál fogva az urotropin a Piperazin-nak, Lyceol- és Lysidinnel elébe helyezendő szarinte, mert utóbbiak *Mendelssohn* kísérletei szerint csak vizes oldatokban oldják a húgysavat, a vizeletben ellenben nem.

Jó eredményeket látott *Nicolaier* cystitis eseteiben is és az urotropin adagolását illetőleg ajánlja, hogy az elsőleg vizes oldatokban, — 1.0–1.5 gramm pro die, reggel egyszerre bevenni — adassék.

Rp. Urotropini 10.0
Aqu. dest. 130.0
Syrup. Cort. Aurant. 20.0
MDS. reggel egy evőkanállal bevenni.

Budapest, 1895. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető: Müller Ágoston.) Dorottya-utca 14. sz.

