

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 az egyetemi II. belklinikáról.

Adat az izomtonus tanárhoz.

Jendrassik Ernő dr., egyetemi ny. rk. tanártól.

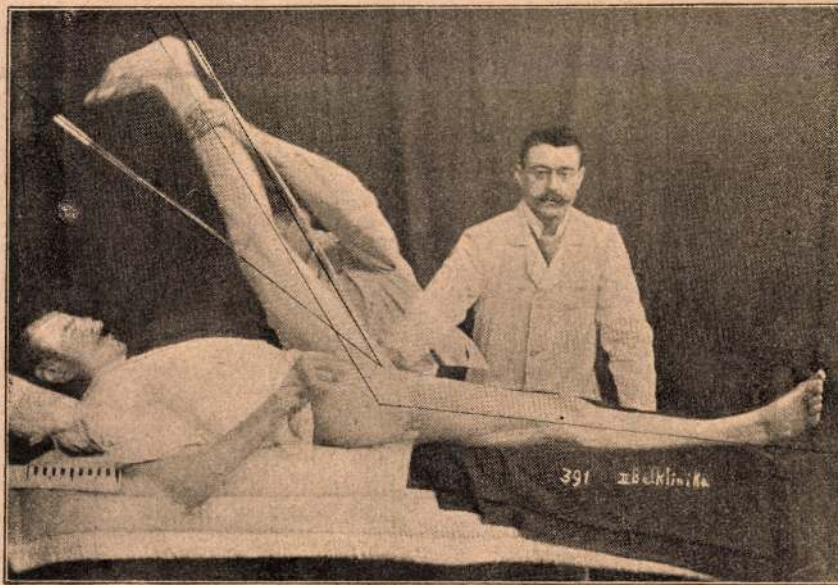
A tabeses betegek egyes izületeiben s főleg a csipőizületében észlelhető nagyfokú mozgékonyág képezte ezen vizsgálatok kiinduló pontját. Jóllehet azonban ezen vizsgálataim még végleg befejezve nincsenek, s azokat más irányban folytatni kívánom: mégis részint *Fraenkel*-nek¹ a tabeses tonuscsökkenésről írt cikkébe, részint a vizsgálatok eddigi irányában felgyűlt elegendő anyag indítanak eredményeim közlésére. Az izompetyhüdség a tabes eddigéig kevésbé megfigyelt tünete, bár egyes tankönyvek felemlítik azt. Ezen tekintetben a legtanulságosabb esetet egy nőbetegen láttam, kinek kórtörténetét 1888-ban közöltem volt;² ezen beteg ágyában teljesen kinyújtott alsó végtagjaira felső testével akként fektült reá, hogy feje lábain nyugodott, míg hasa a czombján. Ezen helyzetben átkarolva tartotta folyton nyugtalan s igen nagy fokban ataxiás lábait; az ilyen testtartás csak a legnagyobb fokú tonuscsökkenés mellett lehetséges.

Általában az izomtonus ezen csökkenését ma az inreflexek hiányával hozzuk viszonyba, s ezen tekintetben, úgy vélem, igen bizonyító kísérleteket közöltem az inreflexről írt első dolgozatomban.³

Megkísérlettem jelenleg az inreflexek s esetleg bizonyos mozgási zavarok közt az összefüggés kiderítését betegeken, a tonus nagyságának mérése által. Ezen célra alkalmasnak látszó módot szerkesztettem, a melynek kivitele a következőképen történt. A vizsgálandó egyént egyenes táblájú asztalra fektettem, s azután térdben teljesen kifeszített alsó végtagját, a mennyire csak lehetett felemeltem, illetőleg czombját behajlítotam. Ezen helyzetben photographiai felvétellel rögzítettem a passiv felemelés fokát. Miután azonban ezen művelet mellett a medence is többé-kevésbé jelentékenyen fordul, ezen mozgás részletet természetesen le kellett számítanom. Hogy a medence fordulását kimérhessem, egyszerű készüléket alkottam; ez utóbbi, végeim fehéren jelzett rúdból áll, ezen

rúd egyik végét egy segéd a vizsgálandó egyén symphysisére nyomva tartotta. Ezen végétől mintegy 30 cm. nyire két, kissé mozgatható erős rézdrót volt rögzítve, s ezen drótokat alkalmassá tett szabad végükkel vagy a beteg maga, vagy egy másik segéd a medencecsont spina ant. sup.-jára illesztette. Ezen készülék tehát három helyen volt megtámasztva: a nemi dombon, s a medencecsont két felső szélén, a rúd tehát a medence minden kimozdulását pontosan jelezte. A felvétel már most úgy történt, hogy ugyanazon érzékeny lemezre egymásután két (többnyire pillanatos) felvételt eszközöltem, egyet az alsó végtagnak lehetőleg magas emelése mellett, s a másikat a vízszintes nyugalmi helyzetben. Az így nyert képeken két szögletet lehetett leolvasni: az alsó végtag mozgásának szögletét s a medencét jelző rúd szögletét. Ha az utóbbit az előbbiből kivontam, megkaptam a czomb passiv hajlításának tiszta mértékét. A felmérést akként eszközöltem, hogy az elkészített (tevéleges) képen a *trochanter majort* a

külső bokával egyenes vonallal összekötöttem, s a rúd két képét is egyenes vonalokkal kihúztam. Az alsó végtag erőltetett felemelésénél ugyan e mérések kiinduló pontja némileg változtatja helyzetét, de ez oly csekély, főleg az alkalmazásba vett kicsinyítés mellett (körülbelül 1:20), hogy az eredményeket bátran egészen megfelelőeknek tekinthetjük, annyival is inkább, mivel ezen helyzetben sem a szeméremdomb, sem a *trochanter* legfelsőbb szélé nem hagyja el jelentékenyebben helyét az alsó végtag még oly erős felemelése alatt. Ha azonban a *trochanter* felett a



bőrön jelet alkalmazunk, úgy ezen pont látszólag kimozdul helyéből, de csak a bőr félrevonása következtében, a méréshez pedig azon pontot kell felhasználnunk, a mely az alsó végtag kinyújtott nyugalmi helyzetének felelt meg (ha a jelet ezen helyzet mellett alkalmaztuk).

Miután azonban a vizsgálatnak ezen neme csupán a czombcsont feszítő oldalán levő izmok állapotáról ad felvilágosítást, az így nyert eredményekből a négyfejű izom tonusára nem lehetett következtetni. Sikerült azonban ezen izomra nézve is ugyanazon viszonyokat kideríteni az által, hogy a vizsgálandó egyént hasára fektettem, a *trochanter majort* fekete ponttal megjelöltem, s azután ismét ugyanazon lemezre egy felvételt nyújtott térd mellett s egyet lehetőleg behajlított térd mellett eszközöltem. Ha így az alszárát a *gluteus*-ok felé nyomjuk, akkor a medence gyakran kissé emelkedik, s így a lábhoz közeledik. Ha ez beáll, akkor a medencén két pontot kapunk, a harmadikat a *malleolus extern.* adja az alszár

¹ Neurologisches Centralblatt 1896. 8. sz.

² Orvosi Hetilap. 1888.

³ Orvosi Hetilap 1882.

Hasonló értelemben a *B*) szöglet, tehát a medence hajlása is nagyobbodott a tabes alatt: míg ugyanis ezen szöglet középértéke az I. csoportban $11^{\circ}2'$, a II-dikban $11^{\circ}3'$, addig a tabesben $17^{\circ}4'$.

De bármennyire összevágunk is ezen számok a valódi tényekkel, a közölt táblázatok már egy pillantásra is nyilvánvalóvá teszik, hogy az egyes egyénekre nem alkalmazhatók. Ép állapotban ugyanis már oly alacsony számokkal találkozunk (42, 49), a melyeket határozottan fokozott tonusú bajok sem érnek el, de látunk egyszersmind oly nagy szögeket is (96, 102), a melyeket még a tabes legkifejezettebb hypotóniája is alig halad túl. Ezen számok jelentékeny individualis ingadozásokra mutatnak, a melyek azonban az élettani határon belől maradnak; de azon körülmény, hogy a tabes betegek átlag száma határozottan nagyobb mint az egészségeseké, merev görcsös állapotokban ellenben kisebb, bizonyítja, összhangzásban a mindennapi tapasztalattal, hogy a tabesben ezen izomnyújthatóság individualis mértéke nagyobbodott, hypertóniás betegeken pedig kisebbedett. Ezt bizonyítja továbbá a nyújthatósági szöglet nagyobbodása a 20. számú tabeses betegeinkön két év leforgása alatt, a nagyobbodás ugyanis ezen esetben elég jelentékeny (37°) volt. Hogy tehát egy adott beteg tonusának esökkenését bizonyíthatassuk, ismerünk kellene izomnyújthatóságának fokát a megbetegedése előtti időből és csak a hypotonia igen nagy foka mellett lehet ezen állapotot mint olyat egyszeri vizsgálatra már felismerni. Tulajdonképen az inreflex-szel is így állunk: túlságos nagy rángás az izom inának megütésére már kórosan fokozott inreflexül tekinthető, míg kevésbé kifejezett esetekben az *élnék, igen élnék* kifejezésekkel (a melyek még az élettani határba eshetnek) kell beérnünk, miután nem tudjuk milyen volt e reflex azelőtt.

Ezen vizsgálati eljárás tehát a csípő-illetőleg a térd-izületnek feszítési vagy hajlítási szögletét adja meg, ezen szögletből azonban nem nyerünk még az izomtonusnak megfelelő absolut számokat, sem nem következtethetünk belőlük egyszerűen, igen kifejezett esetek kivételével, a passiv nyújthatóság fokozott vagy csökkent voltára.

Általánosságban úgy látszik, hogy a czomb hajlítási szöglete gyermekeken s izmos egyéneken kisebb, sovány felnőtteken ellenben nagyobb. Továbbá úgy tetszik, hogy a csípő-izület feszítő izomzata s a quadriceps ugyanazon egyéneken sem mutat egészen egyenlő magatartást.

Ha azon 6 tabes eset középértékét számítom ki, a melyben a térdinreflex többé-kevésbé meg volt, akkor 75° -ot nyerek, a mely szám a többi tabeses beteg hajlítási szöglete, $81^{\circ}4'$ alatt marad, s ugyancsak a quadriceps nyújthatósága is ezen esetekben kisebb, 60° , mint a többiben: $64^{\circ}3'$ ($90^{\circ}-c$). Ha ehhez még hozzá teszem, hogy a 10., 30. és 31. tabes esetben az inreflex igen gyenge volt, s csak ezen reflex vizsgálati módszeremmel lehetett azt kimutatni, s ezen esetekben a quadriceps nyújthatósága is nagyobb volt mint a 6., 7. esetben, úgy ezen adatok bizonyítani látszanak azon felvételt, hogy az izomtonus és az inreflex bizonyos viszonyban áll egymáshoz. Ellenkezőleg a passiv izomnyújthatóság foka és az ataxia nem látszik viszonyba hozhatónak, miután egyes esetekben az ataxia legcsekélyebb nyoma nélkül igen nagyfokú hypotonia volt jelen. Mivel azonban az ataxia rendszerint az előrehaladottabb esetekben fejlődött ki s eleinte hiányozni szokott, a hypotonia pedig, a mint láttuk, a betegség kifejlődésével együtt növekedni szokott, érthetővé lesz, hogy a nagy fokban ataxiás esetek nagyobb nyújthatósági fokot mutatnak (89°) mint a többi (78°).

A diphtheria-ellenes praeventiv oltásokról.

(Szatmármegyében végzett védőoltások kapcsán.)

Irta *Kármán Samu* dr., a budapesti „Stefánia“-gyermekkórház segédorvosa.

(Vége.)

A szatmármegyei erdői járásban a múlt év nyarán sűrűbben fordulván elő diphtheria-esetek, a nagymélt. beltigy-

ministerium gyermekorvost óhajtott kiküldeni az ottani járvány elfojtására és egyszersmind a serum kipróbálására. Engem ért a megtisztelő megbízás és augusztus utolsó napjai egyikén kellő mennyiségű *Preis* tanár által előállított serummal a beltigyministerium részéről ellátva elutaztam Erdődre. Tulajdonképeni járványról nem lehetett szó, hanem a járás egyes községeiben, főleg Kis-Szokondon hónapokon át hol itt, hol ott fordult elő 1—2 diphtheria-megbetegedés, úgy hogy minden hétnek meg volt a maga 1—2 betege. A diphtheria fészke Kis-Szokond nevű 487 lakost számláló tiszta oláh lakta falu volt. A tulajdonképeni ezé a járvány megszüntetése volt. Hogy hygienikus intézkedésekkel bajos ezt elérni, azt csakhamar beláttam; minden reményemet tehát a védőoltásokba vettem. Hogy a járvány elfojtására a számbavehető orvosi intézkedések közül egyedül a védőoltás lehetett az egyedüli tényező, azt nyilvánvalóvá teszi a következő illustratio, mely főbb vonásokban mutatja a falu hygienikus viszonyait.

A falu lakosai az értelmiség és cultura legalsó fokán állanak. Semmi érzék a tisztaság iránt. Tapasztott padlójú és falú, alacsony, picziny ablakú szobában laknak; táplálékuk a legsilányabb, húst csak ünnepnapon látnak, orvost csak a legvégső esetben hívnak, akkor is csak azért, mert „muszáj“. Az Isten a doktor! ez a jelszavuk. Írni-olvasni még a bírójuk sem tud. Fogalmuk sincs róla, hogy némely betegség „ragadós“. Ennélfogva, de meg még lakviszonyaiknál fogva is izolálásra szó sem lehet. Hasztalan magyarázzák neki, hogy a diphtheriához gyermekekkel menni nem szabad, az anyák gyermekeikkel együtt tesznek a betegnél látogatásokat. De a járás egyéb községeiben a sváb községekben sem jobbak e tekintetben a viszonyok. Egy alkalommal egyik sváb faluban egy diphtheriás beteget meglátogatván, fáradságot vettem magamnak úgy a szülőknél, mint az ott jelenlevő bírónak és a falu többi notabilitásának körülményesen megmagyarázni, hogy úgy a beteg, mint a közérdek szempontjából nagyon fontos, hogy a beteg ágyban maradjon (a diphtheriás gyermekeket ugyanis akárhányszor az udvaron ülve pajtásaitól körülvéve találtam). Biztonság kedvéért még „strázsát“ is állítottam a kapu elé. Másnap reggel váratlanul jelentem meg a faluban, a „strázsát“nak se híre, se hamva, de a betegnek sem. A diphtheriás fiúcska — kinek a tonsilláin még elég vaskos izzadmány volt — a falu főutczáján egy levágott fatörzsön ült, körülte játszadozott a falu aprósága. A gyermek később meg is halt szívhűdében. Ilyen viszonyok között nem esodálkozom, ha az egyszer fellépett járványnak hónapok alatt sem lehet véget vetni, daczára az igazán buzgó, fáradságot nem kimélő és járásának egészségügyét szíven viselő járás-orvos minden igyekezetének. S a milyen rosszak az izolálási viszonyok, ép olyan rosszak a desinfectiós stb. viszonyok is. A lakosok nem sokat hederitenek az orvos szavaira, a hygienikus intézkedéseket — a mennyiben azok anyagi áldozattal vagy kárral vagy munkával járnak — kijátszák. Mihelyt kiteszi az orvos a lábát a faluból, ismét csak a saját eszük után indulnak. Az ellenőrzésre hivatott bíró pedig — hús az ő húsból, vér az ő véréből — nem különb a többinél. S a milyen az egyik falu, olyan a másik.

Ilyen viszonyok között kezdtem meg működésemet. A feladat kettős volt: a betegeket gyógykezeltetni, s a ragály tovaerjedését meggátolni. Az egyes megbetegedésekről a falu jegyzője értesített. Természetes, hogy első dolgom volt a a beteget beoltani. Az oltás iránt a nép nagy bizalommal viseltetett. Csak egy ízben történt meg, hogy a szülő nem egyezett bele első felszólításomra az oltásba. S miután az oltástól ez esetben eredmény nem volt várható — septikus diphtheria — és ez az illető faluban az első betegem volt, nem akartam persuadeálni, nehogy az exitus letalis discreditalja a faluban az oltásokat. A beteg pár nap múlva meg is halt. Nem szándéksom themámtól eltérni és a curativ oltásokkal foglalkozni, hiszen mások sokkal impozánsabb adatokkal számoltak már be. Csupán a prophylactikus oltások eredményét óhajtom ismertetni.

Miután úgy látszott, hogy az egész diphtheria-járvány fészke Kis-Szokond volt, elhatároztam, hogy a falu összes

gyermeküket immunizálni fogom, ha a szülők beleegyeznek. A többi falvakban azonban, mint a melyek sokkal nagyobbak, csak azokat, a kik diphtheriásokkal érintkezésbe jönnek (tehát a megbetegedettek testvéreit stb.) vagy a kik óhajtják.

A kis-szokondi járványt a következő táblázat tünteti fel:

Lakosok száma	Hó	Meg-betegedett	Meg-gyógyult	Meghalt	Vissza-maradt
487	Április	8	3	5	—
	Május	4	3	1	—
	Junius	—	—	—	—
	Julius	1	1	—	—
	Angusztus	5	4	—	1
	Szeptember (7 ig)	4	2	2	—
		22	13	8	1

A 8 halott közül 6 nem volt beoltva. Tehát 5 hónap alatt 120 gyermek közül megbetegedett 22, azaz 18,3%.

A védőoltásokat csak vasárnapon lehetett végezni, munkanapon nem lett volna keresztülvihető. A falu derék papja által megmagyaráztattam a védőoltások czélszerűségét és azoknak ártalmatlan voltát és hogy az pénzbe nem kerül. Az összes gyermekek e napon meg lettek fűrészelve, s mindazok, kiknek családjában az utóbbi időben diphtheria-megbetegedés nem fordult elő, a paplakban összegyűltek és általam beoltottak, a többiek otthon. A serum, a melyet használtam, Preisz-féle volt. Az 1 éven aluliak 1 kem., az 1—3 ig 2 kem., a 3 év-nél idősebbek 3 kem. serumot kaptak.

A kor szerinti elosztást a következő táblázat mutatja:

0—1	1—3	3—5	5—7	7—14
17	21	22	38	16

6 gyermek kivételével — kik a mezőn voltak — a falu összes gyermekeit, azaz 114-et oltottam be. Ez történt szeptember 10-dikén. E naptól kezdve a megyei főorvosnak november hó 11-dikén kelt hivatalos jelentése szerint Kis-Szokondon — 2 hónap alatt — újabb megbetegedés csak 1 volt és pedig olyan-nál, a ki vérsavóval praeventive beoltva nem lett. Ellenben a beoltottak közül egy sem betegedett meg. A küsszokondi járvány ez utolsó be nem oltott megbetegedésével megszűnt és pedig az ősz végén, a mikor a legtöbb megbetegedés szokott lenni. Ellenben a többi falvakban, a hol a falu összes gyermekei nem lettek praeventive beoltva, a diphtheria tovább uralkodott.

A praeventive beoltottnál semmiféle complicatio avagy reactio nem mutatkozott.

Ha már most tekintetbe vesszük a fentebb vázolt nyomorúságos hygienikus viszonyokat s ha a járványtáblán végig tekintünk, úgy lehetetlen a járvány megszűnése és a prophylactikus oltások között a causalis nexust meg nem találunk.

S ha úgy a mások, mint az általam végzett védőoltások eredményét egyrészt, másrészt pedig a prophylactikus oltások teljesen ártalmatlan voltát vesszük tekintetbe, úgy csak egy conclusióra juthatunk és ez az, hogy minden diphtheria fertőzésnek kitett egyént praeventive be kell oltani, főleg ma, midőn erős concentrációjú serummal rendelkezünk, melyből 1—2 kem. elegendő a hatás elérésére.

A mi az immunitás tartamát illeti, arra vonatkozólag egybehangzó a vélemények, hogy az csak legfeljebb hetekre terjed ki. Ez okból azt szükség szerint esetleg meg kell újítani.

Irodalom:

Bókai J.: A Behring-féle savóval eddig elért eredményeim. Orvosi Hetilap. 1894.

Bókai J.: A Behring-féle savóval elért eredményeim. Második előadás. Orvosi Hetilap. 1895.

Baginsky: Die Serumtherapie der Diphtherie.

Heubner: Klinische Studien über die Behandlung der Diphtherie.

Torday: Diphtheria-ellenes gyógy- és védőoltások Békésmegyében. Orvosi Hetilap. 1895.

Deutsche Medizinische Wochenschrift 1894. és 1895. évfolyama.

Jahrbuch für Kinderheilkunde utolsó 2 évfolyama.

Közlemény a budapesti k. m. tud. egyetem I. bel-klinikájáról.

Az anaemia befolyása a vizelet alkatára.

Kovács József dr., gyakornoktól.

(Vége.)

Hogy különben a chlorosis későbbi, illetőleg súlyosabb szakában a glomerulus hám szintén elveszti épségét, arra az ilyenkor a vizeletben megjelenő fehérjéből következtethetünk. Ezeket szem előtt tartva, chlorosisnál oly vizeletet kell várunk, mely híg lesz és melyben a chloridok viszonya az achloridákhoz az előbbieknél javára esik. A táblázatban igaz, mindezt nem találjuk meg így. A táblázatból ugyanis azt látjuk, hogy 2 chlorosisnál, a melynél a vér fagypontja úgy viselkedett mint a nephritisnél, tehát a 2 súlyos esetben várákozásunk ki lesz elégtive, ezeknél egyszersmind a vizelet mennyisége is meghaladja a normalist; a többi esetben csak elvétve találkozunk ilyen eredménnyel, ezekben az esetekben azonban a vizelet mennyisége is meg van szaporodva; a többinél legnagyobb meglepetésünkre azt látjuk, hogy a viszony az achloridok javára zavartatott meg. Ennek oka azonban megint másutt van.

Az a viszony, melyet mi a vizeletben a chloridok és achloridák között keresünk és találunk, ugyanis nemesak az anyageserétől függő achloridáktól, sőt nemesak a vesének épségi állapotától, hanem a vér áramlási sebességétől is függ, mert ettől fog függni a vérmennyiség is, mely a veséket átáramolja. Hogy chlorosisnál a veséket kevesebb vérmennyiség áramolja keresztül, arra több ok van: anaemikus egyéneknél általában kevésbé energikus a szív működés; Virchow¹⁴ szerint a legtöbb chlorosisnál hypoplasia arteriarum is van; Trousseau¹⁵ szerint a vérmennyiség chlorosisnál egyáltalában csökkent; ezzel teljes összhangzásban van az, a mit a glomerulus váladék mennyiségére vonatkozólag találtam. Korányi Sándor szerint kikiszámítva a glomerulus váladékot, valamivel a normalisnak felénél is kevesebbnek találtam. Ha pedig a glomerulusok kevesebb váladékot juttatnak a csatornácskákhöz, az természet-szerűleg hosszabb ideig időzhetnek ott, már pedig a resorptio a húgyesatornácskáknál nemesak a vesehám épségi állapotától, hanem az érintkezés idejétől is függ, még pedig igen nagy mértékben, a mint azt Ludvig¹⁶ kísérlete mutatja. Ludvig ugyanis azt figyelte meg, hogy az ureter lekötése által a vizeletet a veseatornácskába hosszabb ideig kényszerítve, mikép változik az ott meg. Ludvig a következő eredményre jutott: A húgyesatornácskákból leszivárgott vizelet az ureter lekötése után az idővel arányosan vesztett natriumchlorban és vízben, de nyert húgyanyban és más specifikus húgyalkatrészekben. Esetünkben tehát nyilván szintén ez történik, hogy mindaddig, míg a vesehám alteratio nem súlyosabb jellegű, a kisebb áramlási sebességnek megfelelőleg a vizelet több natriumchlor s vizet veszít a húgyesatornácskáknál és csak mikor a vesehám a degeneratio oly fokát érte el, mint a mi 2 esetünkben, hogy a csökkent resorptiót már a hosszú idő sem képes compenzálni, akkor ürítetik sok és natriumchlor gazdag vizelet.

Hangsúlyoznom kell, hogy mindaz, mit itt mondtam, csakis a chloridok és achloridák relativ viszonyára vonatkozik, mert végeredményben az idő sem az anyagsere renyheségét, sem pedig a resorptio fogyatékoságát nem képes compenzálni és az anaemikus betegek mégis csak híg vizeletet ürítenek.

Az anaemiák kis „A”-jának, hyposthenuriájának, oka kizárólag a vese fogyatékos működésében keresendő és chlorosisnál ebből a szempontból 3 fokot fogunk megkülönböztetni, mint az a táblázatból leolvasható; van egy chlorosis, melynél hyposthenuria még nincs, de előidőzője, a molecularis oliguria már kezd jelentkezni; ennél a vér is alig mutat eltérést. Van egy chlorosis, melynél hyposthenuria már van és a vér szilárd molekulákban szegényebb még, tehát a veseműködés még nem annyira insufficiens, hogy a vesék ne volnának képesek a bomlási termékeket kiüríteni. És végül van egy chlorosis, melynél már nemesak a húgyesatornácska hám, hanem a

glomerulus-hám is szenvedett és melynél a vese functio insufficientiája ép úgy nyilatkozik, mint a nephritisnél, tehát a vérben is ép úgy halmozódnak fel bizonyos nem oda való anyagok, mint ott.

A táblázatban a III-dik helyet elfoglaló natriumchlorra vonatkozólag kevés mondani valóm van azok után, a miket az imént említettem. Absolut értékére vonatkozólag annyit jegyezhetek meg, hogy az általam vizsgált esetek közül a legtöbbszörnél esőként volt a chlorokiválasztás s csak 2 esetben állott a normalisnak alsó határán. Én tehát az én anaemikus betegeimmél végzett vizsgálatoknál kevesebbet találtam, mint az irodalomban fel van jegyezve.

Talán a rosszabb táplálkozásnak vagy a natriumchlor szegény ételek következménye-e ez?

Eddigi fejtegetéseim kétféle következtetésre hívják fel jogosan figyelmünket: hogy a chloroticák anyagcsereje renyhébb a normalisnál, s hogy a chlorosisnál a chloridok és achloridok közti viszony egyensúlya meg van zavarva. A kérdés egy része quantitativ viszonyokat érint, s „a“-nak tárgyalásához tartozik, a II-dik része tulajdonképen egy másik oldalról való megvilágítása az eddigieknek és „m“-nek fejtegetésével esik össze; folytassuk tehát „m“-mel.

Már említettem, hogy „m“-ben, eltekintve attól, hogy normalis viszonyok közt a vér NaCl százalékát jelenti, a chloridok és achloridok anyagcsere viszonyára egy quotient birunk, mely a chloridok és achloridok anyagcsere viszonyát fogja nekünk mutatni. „m“-re nézve Korányi Sándor és az én vizsgálataim alapján a következő tapasztalataink vannak.

Korányi Sándor „m“-értékét kisebbnek találta igen fárasztó munkák után és éhezéskor; én pedig lázas betegeknek megfelelőleg annak, hogy a fokozott anyagcsereből kifolyólag több achlorid szaporodik fel a vérben és választatik el a vizelet által. Nephritis legtöbb esetében viszont Korányi „m“-értékét abnormis nagyknak találta. Nephritisnél is ugyan sok achlorid van a vérben, csak hogy nem a fokozott anyagcsere folytán, hanem a hiányos kiürítés következtében. Egyébként annak bizonyítására, hogy „m“- milyen érzékeny mutatója a szervezet anyagcserejének, még az említett tényeknél is alkalmasabbak chininnel és antipyrinnel végzett kísérteim. Általánosan ismert dolog, hogy ezen 2 közhasználatú antipyrin milyen ellentétesen befolyásolja a lázas betegek anyagcserejét (t. i. antipyrin fokozza, chinin leszállítja az anyagcserejét). Ezt szem előtt tartva, egy lázas betegnek első nap adtam 1 gramm chinint és ezen a napon „m“-értéke 0.53-ról 0.62-re emelkedett, a rákövetkező napon ugyanezen betegnek csaknem ugyanezen temperatura mellett 1½ gramm antipyrin adtam és ekkor „m“-értéke lement 0.46-ra. Egy másik esetben 40°-ú láznak megfelelőleg minden antipyrin nélkül „m“-értéke 0.50 volt, az ezt követő napon 1 gramm chininre 0.56-ra emelkedett. Látható ezekből, hogy „m“-összefüggése olyan az anyagcserevel, hogy a mint ez utóbbi élénkebb vagy renyhébb, „m“-ellentétesen leszál vagy emelkedik. „m“-általánosan ismertetésénél említettem már, hogy mindez csak akkor van így, ha a keringési viszonyok változatlanok. Korányi Sándor keringési zavarokkal járó szívbajoknál pl. azt találta állandóan, hogy „m“-értéke kisebb, holott ismeretes dolog, hogy ilyen pangásoknál az anyagcsere is szenved. „m“-nek sajátos viselkedése a chlorosisoknál, a mint az a táblázatban feltűnik, csak úgy magyarázható, ha az imént említett 2 tényező együttműködését teszszük fel.

A táblázatban ugyanis feltűnik, hogy a chlorosisok azon csoportjánál, a mely nem viselkedik mindenben úgy mint a nephritisnek, tehát a II. fokú chlorosisnál „m“- a gyógykezelés kezdetén normalis, s későbbben kezd süllyedni, hogy végül ismét emelkedjék. „m“-nek ezen sajátos viselkedését én a következőképen magyarázom: chlorosisnál az „m“-nek értékét meghatározó mindkét tényező van jelen, az áramlási sebesség csökkenése és az anyagcsere renyhe volta; ép így van ez pangásokkal járó szívbajoknál is, csak hogy míg a chlorosisnál praevaleálni látszik a leszállított anyagcsere és ennek megfelelőleg eleinte az „m“- inkább a nagyobb érték felé mutat hajlandóságot; addig a szívbajnál természetesen a vérkeringési

zavar gyakorolja a döntő befolyást s eredményez jóval kisebb „m“-et. A mint azonban az ilyen betegek anyagcsereje élénkülni kezd, állapota jobbra fordul, sőt eléri a normalist, „m“-következtesen kiesi marad akár csak pangásnál, annak jelöl, hogy most főleg a szív gyengeség befolyása alatt áll. Világosan előtűnnek ezen viszonyok az I., II., III., IV. számú táblából, a hol látjuk, hogy „m“- a betegek bejövetele alkalmával normalis s a therapiával parallel esik lefelé. Viszont feltűnik, hogy a VI. számú betegnél, a kinél a táplálkozási viszonyok igen kedvezőek, az anyagcsere „m“-állandóan kiesi, ugyanígy van az V. számú betegnél, kinél a táplálkozási viszonyok kedvezőtlenek ugyan, de kinél a hőemelkedések által lehet feltételezni az élénkebb anyagcserejét.

A másik 2 chlorosisnál, melyeknél az „m“-értéke a normalis felett van, a vérben is olyan viszonyokat találtam, mint az nephritisnél lenni szokott. Természetes tehát, hogy „m“- ezen magas értéke a vesegyengeség által van feltételezve.

Más anaemikus betegnél mindez nem várható ugyanígy.

Noorden¹⁷ s tanítványa Lippmann Wulff ugyanis kimutatták, hogy súlyos anaemiáknál nitrogen egyensúly csak az anaemia javulása esetén áll be, különben pedig mindig a szervezet kárára több fehérjebomlás történik. Honigmann ugyanezt mutatta ki; s kiindulva Fraenkelnek vizsgálataiból, melyek ilyen fokozott fehérjeszétést mindig oxygen hiányra vezetnek vissza, ilyen betegeknek oxygen beléggzéssel tényleg sikerült is a fokozott fehérjebomlást megakadályozni. Az én 3 anaemiás betegemnél feltűnik továbbá a chloridok feltűnő csökkenése az achloridokhoz képest, mely hasonlóképen arra hívja fel figyelmünket, hogy a kiürült nitrogen bomlási termékek jórészt a szervezet fehérjéből származnak. A súlyos anaemiák kis „m“-e ezek szerint úgy magyarázható, mint láznál avagy éhezéskor t. i. mindkettőnél a szervezet fokozott fehérjebomlását jelenti.

Eddig főképen az anaemiák anyagcserejének qualitativ viszonyaival foglalkoztunk és csak a „a“- tárgyalásánál tértünk ki rövidebben a quantitativ viszonyokra, lássuk most ezeket, vagyis kísérik figyelemmel „a“-t.

„a“- alatt a kiürült szilárd alkatrészek konyhasó egyenértékét kell értünk. Korányi Sándor szerint normalis viszonyok közt „a“-értéke 30—50 gr. közt ingadozik; a hol ennél kevesebb moleculis ürül ki, azt molecularis oliguriával, a hol annál több, molecularis polyuriával jelöli meg. Molecularis oliguria előfordulhat két okból; vagy kevés nitrogen véték fel és bontatik el a szervezet által és kevés lesz a nitrogen bomlásból származó moleculis, vagy eleinte még elég nitrogen moleculis képződik a szervezetben, de a vesék által nem ürítetnek ki. Ennek megfelelőleg Korányi Sándor vizsgálatai szerint molecularis oliguria előfordul vesebajoknál és incompenzált szívbajoknál, de éhezéskor is.

Én az anaemikus betegeimmél végzett vizsgálatoknál átlag 15—25 gr. közt találtam „a“-t. Anaemiáknál ezek szerint elég súlyos molecularis oliguria áll fenn. Okára vonatkozólag ezen molecularis oliguriának a következőket találhatjuk fel az eddig tárgyaltakban; „a“-nak az alacsony értékéhez hozzájárulnak úgy a chloridok, mint az achloridok. Az achloridokra vonatkozólag láttuk, hogy azoknak nemesak absolut értéke csökken, hanem a nitrogen tartalmu bomlási termékekhez képest relativ mennyiségük is. A nitrogen tartalom bomlási termékek csökken kiválasztásának okát megtaláltuk egyszer a vérben mint a hiányos élenyülési folyamat és renyhe anyagcsere következményét, máskor megint megtaláltuk okát a veseműködés elégtelenségében.

Tekintve pedig, hogy vizsgálataimnak még azon esetében is, a hol a táplálkozási viszonyok teljesen normalisak voltak, a kiválasztott szilárd alkatrészek alig állnak az alsó határán a normalisnak, azt kell mondanom, hogy a chloroticák szervezete képtelen annyi nitrogent feldolgozni, mint egy más, egészséges szervezet.

Ezzel természetesen nem szólok az ellen, a mit Noorden állít, a ki a chloroticáknál nitrogen egyensúlyt gyakran talált.

Ezek után pedig eredményeimet a következőkben foglalhatom össze:

1. Anaemiáknál, mint több más vizsgáló, a vizelet alkatát én is a normalistól eltérőnek találtam: a vizelet mennyisége rendszerint még van szaporodva, de ezen megszorodott mennyiség dacára is úgy az achloridok (specifikus húgy alkatrészek), mint a chloridok abszolút értékét kisebbnek találtam, sőt ezek egymáshoz való viszonya is megváltozott.

2. Az anaemiák ezen megváltozott vizelet alkatának közvetlen oka a vesefunctio megváltozása, távolabbi oka a szervezet kedvezőtlen táplálkozási viszonyaiban keresendő.

3. Chlorosisnál a megbetegedés súlyossága szerint 3 fokot különböztethetünk meg:

a) egy stadiumot, hol a vizeletelválasztás, tehát a vesefunctio még teljesen normalisan megy végbe; az anyagcsere qualitativ viszonyai hasonlóképpen normalisak, ellenben quantitativ viszonyai már csekély hanyatlást mutatnak;

b) egy stadiumot, a mikor a húgycsatornácskákban hiányosan végbemenő resorptio következtében már kimutatható a veseműködés gyengesége a vizeletben is, a vérben még nem. Ezen szakban az albuminuria nem lép fel feltétlenül;

c) s végül egy stadiumot, melyben a veseműködés elváltozása már annyira haladt, hogy a vizeletalkat azonos a könnyebb nephritisekével, sőt a vesecélgtelenség nyoma már a vérben is jelentkezik. Itt valóságos uraemikus jelenségekre emlékeztető tünetek léphetnek fel: hányás, hányásinger, fejfájás stb.; kisebb fokú anasarca hasonlóképpen észlelhető.

Ezen súlyos chlorosis esetek úgy klinikai tüneteikre, mint a vérben található elváltozásokra nézve tulajdonképpen annyira közel állnak a könnyebb nephritisekhez, hogy csakis az által különböznek azoktól, a mennyiben Fe-therapiára javulnak.

4. Fe-therapiára chlorosisnál a táplálkozási viszonyok javultával parallel constatálható a vesefunctio restitutója is.

Irodalom.

1. Immermann. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie. 13. B. Chlorose.
2. Fränkel. Virchow Archiv LXVII. 273. 76.
3. Honigman. Zeitschrift f. klin. Med. XIX. 270. o. 1891.
4. Krausz. Virchow Archiv 126.
5. Noorden. Pathologie d. Stoffwechsels. 348. 1.
6. Bauer. Zeitschrift f. Biologie VIII. 567.
7. Dieulafoy. Semaine médicale 1893. p. 282.
8. D. eser. Archiv f. exper. Pathol. u. Pharmacol. Bd. 29.
9. Winter. Pathologie médicale. 1896. 498.
10. Hamburger. Virchow Archiv 140.
11. Dieballa. Orvosi Hetilap, 1896. 10. sz.
12. Gowers. Medical. ophthalmoscopy. Gowers. Optic neuritis in Chlorosis. The British Medical Journal 1881. p. 796.
13. Litten. Landois Lehrbuch der Physiologie d. Menschen. 537. o.
14. Ibidem 536. o.
15. Virchow. Ziemssen Handbuch d. spec. Pathol. u. Ther. 13. B. 537.

Közlemény a szt. Rókus-kórház XI. orvosi fiók-osztályáról.

Adatok a női gonorrhoea kór- s gyógytanához.

Schultz Henrik dr., nőorvostól.

(Folytatás.)

A női gonorrhoea orvoslása két részből áll, egyik a prophylaxis s a másik a localis kezelés. A prophylaktikus eljárások vezetnek csak az ideális célhoz, hogy a női gonorrhoeát elterjedésében korlátozzuk, s ennek csak segédeszköze lesz a folyamatnak gyógyítása helyi kezelés által.

Minden jel szerint a kéjnök terjesztik leginkább a gonorrhoeát; ezekre kell tehát figyelmünket fordítani. Láttuk a fenti kimutatásokból, hogy a kéjnöknek mily nagy száma betegszik meg gonorrhoeában s kerül kórházba, s ha ehhez hozzácsatoljuk a kéjnöknek a legtöbb helyen hiányos kórházi kezelését, akkor tisztán áll előttünk, hogy a gonorrhoea prophylaxisa érdekében eddig vajmi kevés történt.

Kopytowski¹ a szt. Lázár-kórházban gyakorolt eljárást írja le, a mely mellett kimutatta, hogy a gyógyultan kibocsátott kéjnöknek 10%-ánál talált gonococust az urethra s cervix váladékában.

Semmivel sem különbek a viszonyok máshol sem. A kéjnökre felügyelő rendőrorvos ugyanis valamely szabad szemmel felismerhető (folyás vagy más) bajjal küldi a beteget kórházba. Hetek vagy hónapokig tartó kezelés után, melyről megjegyzendő, hogy sok helyütt azt jórészt az ápolónő s nem az orvos végzi, a kéjnök gyógyultnak deklarálva kibocsátatik, miután tünetileg azaz látszólag gyógyult, de tényleg urethralis vagy cervicalis gonorrhoeával kerül vissza előbbi foglalkozásához. Ezen bajon csak úgy lehet segíteni, ha a kórházba kerülő betegeknek legalább göröcsővel a gonococcusok vizsgálatát fogjuk végezni, s a betegek kezelését teljesen kivesszük az ápolónők kezéből.

E tekintetben tudtommal Róna osztályán nem tehetünk kifogást. Az osztályára felvett betegeknek ugyanis kivétel nélkül vizsgálat tárgyát képezi az urethra, cervix s rectum váladéka. A szükség szerint ezenkívül vizsgáltatik a vulva, hüvely, Bartholin-mirigy vezetékének s uterusnak váladéka. A gonococcus vizsgálatok a lehető szigorral végeztetnek, a mennyiben negativ-eseteknél 2—3-szor, újabban 4-szer végezzük az említett helyeknek sorozatos vizsgálatát, ha pedig positiv az eredmény, akkor a megfelelő kezelésnek egész tartama alatt eo ipso hetenként történik gonococcus-vizsgálat. A váladékok vizsgálatán kívül minden betegnél belső genitális vizsgálatot is végeztünk, s mindezen leletekről pontos naplót vezetünk. A betegeket mindig csak orvos kezeli.

Nagy feladat, sok munkával s energia kifejtéssel jár ezen vizsgálatoknak végrehajtása, de helyes megoldást, azt hiszem, csak ezen úton érhetünk el. Róna osztályán ily módon legalább mai tudásunk szerint látszólagos gyógyulás nem is szerepel, miután gyógyultnak csak azt deklaráljuk, a kinél a szokványos helyeken ismételt vizsgálattal sem tudunk gonococust kimutatni.

A férfi húgycsökankójánál is azt fogadják el mértékül, hogy a kezelés után többszöri vizsgálattal sem lehessen gonococust kimutatni, miért ne fogadnók el ezen mértéket a női gonorrhoeára nézve is.

Igaz ugyan, hogy a kibocsátott betegek között voltak olyanok is, a kik adnex-megbetegedéssel hagyták el a kórházat, de azért ezeknél is a gonococcus-vizsgálatnak többszöri negativ lelete volt a kibocsátási feltétel. Az azután már más kérdés, hogy adnex-megbetegedéssel a kéjnök még továbbra is megmaradhatnak-e foglalkozásuk mellett?

A vizsgálatoknak ilyen kivétel joggal követelhetjük kórházainktól ezen nagy jelentőségű betegségnél, mely úgy társadalmi, mint közegészségügyi szempontból egyaránt veszedelmes.

Sajnos azonban, hogy ennyi sem történik mindenütt, pedig még ez sem elegendő a gonorrhoea prophylaktikus orvoslásához. Kivánatos volna, hogy a betegséget korán ismerjék fel, s ne csak akkor, midőn az már nagy mértékben lép fel tüneteivel, s hogy ne a kórház legyen azon hely, a hol a bajt felismerik.

Ezen nagy fontosságú s sokat ígérő feladatnak megoldása az ellenőrzést gyakorló hatósági orvosokra vár. Az ellenőrzést, ezen fontos hivatást csak úgy tölthetik be teljesen, ha nem elégesznek meg a szabad szem vizsgálataival, hanem segítségül veszik a göröcsövet is, mint ezt Neisser is kivánatosnak tartja.

Tudatával bírok annak, hogy az ideális prophylaktikus eljárásnak ezen eszközét mily nehézségekkel lehet kezelni, de azért nem következtés, hogy azért, mivel ily nehézségekkel állunk szemben, a betegséggel szemben semmit sem tegyünk.

A női gonorrhoea orvoslásának második része a localis kezelésben áll.

Sokan foglalkoztak már e kérdéssel, s igyekeztek egy

¹ Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. XXXII—3.

oly megoldást és egy oly szert találni, melylyel a gonorrhoeát tartósan s biztosan lehessen meggyógyítani.

Az alkalmazásban levő gyógyszereinkről tudjuk, hogy azok a gonococcus kulturákon végzett kísérleteknél beváltak, a localis viszonyokban kell tehát annak okát keresnünk, hogy a gonococust a szervezetben nem bírjuk oly gyorsan s biztosan tönkre tenni, mint a kulturában.

Ma már kétségtelen, hogy a gonorrhoea nem mindig felszínes nyákhártya betegség, mint azt Bumm hitte, hanem hogy a gonococcusok a szövetek mélyébe is hatolhatnak. A gonococcusok eljuthatnak a nyákhártyába, a kötszövetig, sőt a méhnek izomrétegébe is. Eljuthatnak a medence kötszövetébe s ott exsudatum képződéséhez vezethetnek. Ezen viszonyokban rejlik annak oka, hogy a női gonorrhoea sokszor oly makacs baj, s hogy gyógyulása oly nehézséggel jár.

Oly kezelésre van tehát szükségünk, melylyel az adott viszonyok között legtöbbet érhetünk el.

Neisser¹ a gonorrhoea kezelésének alapelveit állította fel, hogy a gonococcusokat lehetőleg korán tegyük tönkre a nyákhártyának megkimélésével. Ezen elvet ma már kibővíthetjük s azon kezelést tarthatjuk észszerűnek, melylyel a szövet mélyébe is eljutunk, hogy az oda jutott gonococcusokat is megsemmisítsük. Jadassohn² is kifejezést ad újabb közleményében ezen követelménynek, a mennyiben azon szert tartja jobbnak, a mely hasonló gonococcus-ölő képességgel mélyebbre képes hatolni a nyákhártya megkimélése mellett.

Az erős edzéseket Fritsch nem tartja alkalmasnak, mivel coagulatiót vagy pörköt okoznak, s ez által a gyógyszernek mélybe jutását eo ipso meggátolják.

A gonorrhoea kezelésénél pedig azon feladatnak kell megfelelnünk, hogy a mélybe jussunk s a nyákhártyát megkiméljük, de alig képzelhető oly bakterium-ölő szer, mely a mélybe jutva a nyákhártyát érintetlenül hagyná. Tapasztalásunk tényleg azt mutatta, hogy az általunk alkalmazott szer a nyákhártyának izgatását s hypersecretióját eredményezte. A kezelést követő 1—2-dik napon ugyanis mindig bővebb elválasztást találtunk, melyet a nyákhártya izgatására vezettünk vissza. A zavaros váladéknak genyes, az üvegszerűnek zavaros árnyalata lett, mely 2 nap múlva ismét megszűnt. Ezen jelenséget azonban nem tarthatjuk károsnak, ha tekintjük Neisser provocióját, melylyel el tudta érni, hogy oly esetekben is kimutatta a gonococcusokat, a hol előbb ez neki nem sikerült. Neisser szerint a mélyből kerültek ezen gonococcusok a felszínre. Ily körülmények között kilátásunk lehet, hogy a mélyre ható szerek által az oda jutott gonococcusok is tönkre mennek.

Az erősebb azaz a mélyre ható szerek tehát észszerűbbek. Hátra van még, hogy a Fritsch által tapasztalt s tényleg akadályt képező coagulatiókat vegyük elejét.

Alig van adstringens vagy antiseptikus szerünk, melylyel a gonorrhoea ellen kísérletet ne tettek volna. A sok közül az arg. nitricum bizonyult a leghatásosabbnak s mint souverain szer kiterjedt alkalmazásban részesült. Hatását azonban lerontja azon tulajdonsága, hogy konyhasót vagy fehérjét tartalmazó folyadékokkal csapadékot képez. A cervicalis esatorna s uterusnak kezelésénél e miatt ki vagyunk téve annak, hogy az arg. nitricum az ott lévő nyákkal csapadékot képez s így a gyógyszernek nagy része kárba vesz.

Ezen segítő egy oly gyógyszert kerestek, mely az arg. nitricum hatásával bírjon, s ne képezzen csapadékot mint az arg. nitricum. Ilyen arg. készítmény az *argentamin*, melyről Schäffer kimutatta, hogy gonococcus-ölőképessége nagyobb, s a szöveteknek mélyébe is jobban hatol, mint az arg. nitricum s ezenfelül konyhasó- s fehérnye-oldattal csapadékot nem képez. Kezelésünk közben tényleg azt tapasztaltuk, hogy míg arg. nitricum mellett a cervicalis nyák egészen fehér, felhőszerű lett, addig az argentamin hatása alatt az csak igen kevésé zavarodik meg.

Róma osztályán az argentaminnal azonnal Schäffer közleménye után kísérletet tettek a *férfi húgyeső kankójánál*, melyet Aechner írt le; s abból az tünt ki, hogy az argentaminnal gyorsabb s tartósabb eredményeket értek el, mint előbb az arg. nitricummal.

Közel állott tehát azon gondolat, hogy az argentamint a női gonorrhoeánál is megpróbáljuk. Mult év július elejétől fogva tényleg a női gonorrhoeának minden nyilvánulási helyén, így urethra, cervix, uterus s rectum gonorrhoeánál, alkalmaztuk az argentamint, természetesen az egyes helyeknek megfelelő töménységben.

A női gonorrhoea kezelésével csak annyiban foglalkozom e keretben, a mennyiben az a cervix s uterusra vonatkozik.

Vaginalis gonorrhoeával ritkán találkoztunk, a *vulvo-vaginitis* eseteknél is csak a nyilvános ambulatorium anyagánál szereztünk tapasztalást az argentaminnal. A fent említett vulvo-vaginitiseknél ugyanis 5% argentamint fecskendeztünk a hüvelybe. Ezen eljárást naponként vagy másodnaponként végeztük, s elég rövid idő alatt, 10—15 kezelés után már eredményt értünk el vele, a mennyiben a folyás megszűnt s a gonococcusok eltűntek.

Cervicalis s uterinalis gonorrhoeának nagy számánál végeztük az argentamin kezelést, mielőtt azonban ennek részleteibe és az elért eredmények leírásába bocsátkoznám, indokolnom kell a cervicalis gonorrhoeánál alkalmazott eljárást s annak módját.

Általánosságban a cervix s uterus hurutok kezelésénél a *Playfair-féle sonda van alkalmazásban*. Az endometritis kezeléséről tartott előadásában Fehling a Playfair-sondát mint a legjobbat ajánlotta s ezt használtuk Róma osztályán is. Minden betegnél, a kinek cervixesatornájából genyes vagy zavaros nyák csüngött ki, az arg. nitricumnak 10% oldatába mártott Playfair-sondával végeztünk másodnaponként edzéseket.

Ezen kezelés mellett a következő tapasztalatokat szereztük. *A kezelés aránytalanul soká tartott s ennek dacára is kénytelenek voltunk sok esetben gyógyulatlanul kibocsátani a beteget. A kezelés kapcsán több esetben észleltük, hogy lobos megbetegedés fejlődött ki.*

Voltak ugyanis betegek, kik 3 hónapig sőt ezen túl is kezelés alatt állottak, s átlagosan 70—80 napig tartott azoknál a kezelés, a kik mégis gyógyulatlanul hagyták el a kórházat. Összesen 18 beteg távozott így a kórházból, a kik között kettő teherben volt, s kettő más ok miatt helyeztetett át, de ezeknek leszámításával még mindig marad 14, a kiknél az utolsó vizsgálatnál még gonococcusokat tudtunk kimutatni.

A Playfair-sondával végzett kezeléseket ideje alatt 6 esetben észleltük, hogy részben a már jelenlevő adnex-megbetegedés rosszabbodott, részben pedig lobos folyamat, vagy ép genitáliák mellett adnex-megbetegedés fejlődött ki. Így egy esetben 2 havi kezelés után adnex-megbetegedés s a Douglasnak resistenciája, második esetben, a hol nem is találtunk gonococust a cervicalis váladékban, 1 hó múlva a jobb oldali parametriumban exsudatum lépett fel, harmadik esetben 2 hét alatt 2 oldali adnextumor, negyedik esetben 2 hó alatt az egyik oldalhoz hasonló adnextumor fejlődött a másik oldalra; ötödik esetben 1½ hó alatt egyik oldalon egy ökölnyi tumor képződött s végül a hatodik esetben az újjnyi tubák ökölnyi daganatokká fejlődtek.

Ha ezen 6 esetben felmerült complicatiókat nem is írom a Playfair-sonda rovasára, azon körülményben mindenesetre a kezelésnek tökéletlensége nyilvánul, hogy hosszan tartó kezelés mellett oly sok esetben nem sikerült a gonococcusokat eltüntetni. A Playfair-sondával végzett kezelésnek ezen sikertelensége valószínűleg abban rejlik, hogy a reá csavart vattába felszívott gyógyszernek legnagyobb része kipréseltetik a bevezetés alkalmával.

A Playfair-sondát azonban más szempontból sem tarthatom kifogástalannak. Az általános gyakorlatban ugyanis a sonda felesavart vatta rendszeren *nem steril*, sőt *nem is steril kézzel csavarják azt reá*, már pedig az aseptikus felfogás ezt okvetlenül involválja. A Playfair-sondával ezen kívül egy még talán *nem létező folyamatot indíthatunk meg*. Fritsch ugyanis attól tart, hogy vigyázatlan kezelés által a gonorrhoeát tovább vihetjük.

¹ Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 1889.

² Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 1895.

Ennek lehetősége a Playfair-sonda mellett éppen nincsen kizárva, miután a sondát nem tudjuk oly biztosan kezelni, hogy csúcsa az uterus üregébe ne jusson, így megtörténhetik, hogy a gonococcusokat a cervix-esatornából az uterusba magunk visszük be.

Mindezen hiányokon segíteni véltünk azzal, hogy a *Playfair-sonda helyett a Braun-féle fecskendő* alkalmaztuk, a nehezen desiniciálható kantsuk kanül helyébe azonban ajánlatosabb az *aluminium-eső*, melynek végén oldalnyílások vannak. Használat előtt ugyanis az aluminium-esövet kiegészíthetjük, az oldalnyílások folytán pedig a befecskendezett folyadék sugara mérsékelteketik.

Igaz ugyan, hogy a Braun-fecskendővel is bejuthatunk az uterusba, midőn a cervix-esatornát kezeljük, de éppen ezért minden esetben, a hol csak lehetett, a fecskendőt *mindjárt a belső méhszájon túl vezettük*, s a kezelésre szolgáló gyógyszernek egy részét az uterusba, másik részét pedig visszahúzás közben a cervix-esatornába fecskendeztük. Ezen úton az uterusba felvitt vagy ott esetleg már kifejlődött gonorrhoeával szemben is fogatosítottuk az eljárást. Az uterusba fecskendezett folyadéknak feleslege rendszeren visszafolyik s így ez is hozzájárul a cervicalis folyamat gyógyításához.

Fehling elítéli a Braun-fecskendő használatát, mert attól fél, hogy az uterusba bevitt folyadék a tubákon keresztül a hasürbe jut. Tapasztaltuk ugyan, hogy kezelésünk folytán rövidebb-hosszabb ideig tartó kólikaszerű fájdalmak léptek fel, de oly tünetekkel, melyek a gyógyszernek hasürbe jutását jelezték volna, nem találtunk.

(Folytatása következik.)

Nyaki echinococcus esetek.

Makara Lajos dr.-tól.

Az „Orvosi Hetilap“ f. é. 27. és 28. számaiban egy operált nyaki echinococcus eset kapcsán híven reprodukálva találjuk a nyaki echinococcusokra vonatkozó érdekes tapasztalatokat, a mint azt 1893-ban *Güterbock* a *Langenbeck-féle „Archiv für klinische Chirurgie“* 45. kötetében összeállította.

A sternocleido-mastoideus izom mentén fejlődő tömlők csoportjában *Güterbock* a 26 eset közt nem említi a „Gyógyászat“ 1889. évi 26. számában a tömlős nyaki daganatok közt leírt esetünket, mely a „Pester med. chir. Presse“-ben németül is megjelent. A cikk író úr tehát szintén megelégedett róla és a saját esetét mutatja be, mint az első Magyarországon közölt nyaki echinococcus és az irodalomban 27. esetet.

Mintogy figyelmeztetésem daczára tévedését mind ez ideig helyre nem igazította, az igazítást magam vagyok kénytelen a jelen sorok közlésével megtenni.

Az idézett helyen leírt eset egy 20 éves hajadonra vonatkozik, kinél a nyak baloldalán a fültő alatt, a sternocleido-mast. előtt volt a tyúktójas mekkoraságú tömlő, melyből megnyitáskor vagy 50 fiók hólyag ürült ki s ezután az anyatömlő eltávolítottatott. A gyógyulás sarjadzás útján történt.

Megemlítem ezúttal, hogy egy második eset is került rövid idővel az előbbi után észlelésre az I-ső sebészi klinikán.

Kozarek Ferencz, 11 éves tanuló (kutyapeccér fia), Budapest.

1890. február 8-dikán vétette fel magát a klinikára. Egy év előtt az állkapocs jobb szöglete alatt egy daganatot vett észre, mely azóta tyúktójasnyira növekedett, a növekedés egyenetlen volt. A daganat felvételtkor tyúktójasnyi, az állkapocs jobb szöglete alatt a kules-esesizom előtt székel, élesen határolt, gömbölyded. Felette a bőr rendes, nyomásra nem fájdalmas. A daganat feszes, hullámzik, a mélyben az állkapocs mögé benyulik, alapja felett mozgatható. Megnyitás előtt ellágyuló nyirkmirigynek tartott.

A daganat megnyitáskor február 22-dikén kiderült, hogy az mintegy 2 mm. vastag falú egy rekeszű echinococcus tömlő, a tömlő könnyen ki volt vehető.

A sebüreg márczius 23-dikára sarjadzás útján kitelt és a fiú gyógyultán távozott.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(IV. tudományos ülés 1896. április 21-dikén.)

(Vége.)

Veleszületett bőrdefectusok az érett magzaton; foetus papyraceus esete.

Goldberger Hugó egy, a normalis terhesség végéről származó, különben teljesen egészséges magzatot mutat be, melyen megszületésekor a has mindkét oldalán, a középvonaltól symmetrice, a mellő hónaljvonalnak megfelelőleg a XII. borda alatt a bőrnek egy-egy körkörös araghiánya volt látható, mely jobboldalt körülbelül ezüstörint, baloldalt krajezár nagyságának felett meg. Az anyaghiányok szélei egyenetlenek, csipkézettek, alapjuk itt-ott szürkés-barna pörkkel fedett, különben élénk pirosan sarjadzó felületet mutat és oly benyomást tesz, mintha a bőr rétegei a boralatti kötőszövetig hiányoznának. Mindkét bőrdefectustól sugárirányban több, durva, 2—5 cm. hosszú, fénylő, rózsaszínű heg indul ki, melyek részben mell-, részben hátfelé terjednek s még később is mint durva, bár halványabb rózsaszínű sugarak voltak felismerhetők. A bőr defectusok mintegy 2 hét alatt teljesen behámosodtak, a kisebb baloldali valamivel gyorsabban, mint a nagyobb jobboldali s most, néhány hónappal később, a normalis bőrtől nagyon elütő, igen vékony, kékespirosas, erősen erezett bőrrel fedettek.

A kiviselt magzat burkának megrepedésekor elfolyó bő magzatvíz sodort magával egy foetus papyraceust is, mely az irodalomban leírtak közül egyike a legkisebbeknek: 35 centigr. súlyú, 2½ cm. hosszú és 1½ cm. széles. A fej, a törzs és végtagok csontjai valamennyien, meg az ujjpercek csontjai is igen jól kiképzettek és a lágyrészeknek megfelelő, sötétbarna színű, áttetsző, alig 1 mm.-nyi laposra nyomott gelatinalemezserű anyagba kétoldalt mintegy be vannak ágyazva. A foetus kora a III. terhességi hónapnak felel meg és így a magzat elhalála után legalább 7 hónapon át volt visszatartva a méhüregben.

Eszmecsere Tóth István: „Villamozás a női betegségeken“ című előadása felett.

Bársony János: Szólok is foglalkozott e kérdéssel; 1890 óta körülbelül 27 esetet kezelte (fibromát, myomát, exsudatumot, ovarialis tumort, salpingitist) villamozással s tapasztalata szerint legjobban túrték azt a fibromyomás betegek; ezeknél egészen 200 M. A.-ig, exsudatumoknál 20—25 M. A.-ig haladt; belső elektrodul szólok is platinát, gombos elektrodot csak egy ízben használt. Elektropunctiót — mivel annak több veszedelmet, mint hasznót tulajdonít — nem végzett; vérzés esillapítására az anód szolgált; az anód-polarisatióknál létrejövő savas pörk miatt a sondát nehezen, mintegy erőszakkal lehet csak kivézetni, azért szólok a sonda eltávolításánál rövid időre megváltoztatja az áram irányát, mert az így létrejövő al pörk puha, lágy.

Cserben hagyta szólok az elektrotherapia nem gyuladós ovarium daganatoknál; myomáknál submucosus kiválást nem, de annál több subserosus kiválást látott.

A méh egyenetlen fibromyomás daganatainál látta még az elektrotherapia legtöbb hasznát; így egy 41—42 éves asszony 2 ökölnyi myomás daganata felökölönyre megkisebbedett, ½ év múlva a méh rendes nagyságának mutatkozott.

Egy másik betegénél baloldalon a köldök magasságában emberfejnyi daganat volt jelen, a has feszült, légzés akadályozott, a járás kellemetlen; 20 ülés után a has felényire apadt, légzés szabad, az asszony jól érzi magát.

Egy jó gyermekfejnyi exsudatum 12 ülésben 2 hónap alatt megkisebbedett; hogy más felszívó kezelésre nem kisebbedett-e volna meg, nem mondhatja szólok.

Endometritisnél, stenosisnál, vannak pro és contra bizonyító esetek.

Fibromáknál sokkal egyenesebb út a curette, mely nem nagyobb beavatkozás, mint a villamozás. Az exsudatumok massirozása pedig nem hosszadalmasabb és semmi esetre sem oly veszélyes.

Szólok 27 esete kapcsán nem akar nagy conclusiókat levonni, de nem szenvedélyes híve az elektrotherapiának.

Temesváry Rezső: Örömeinek ad kifejezést, hogy Apostoli eljárása, melynek ő volt Dirner után hazánkban előszőr szószólója, itt is, különösen Kézmárszky, Tauffer, Mann és Velits tanárok kórodáin polgárjogot nyert és elérkezettnek látja az időt, hogy róla a vele foglalkozók véleményüket elmondják.

Szólok is tapasztalta, hogy a villamos kezelés egyik főhatása az általa előidézett, néha órákig tartó periodikus *méhösszehúzódsokban* rejlik, a melyek különben betegéinél sohasem értek el oly fokot, hogy ellenük valamit tenni kellett volna. A másik főhatás kétségkívül a *vegyi cauterizálásban* áll, a mely a tevőleges sark használatánál a méhvérezések csökkentésében, sőt megszüntetésében nyilvánul. Egy harmadik hatást, mely a myomás daganatok némi kisebbedését, izzadáományoktól való felszabadítását stb. okozza, bizonyára csak a villamozás elektrolytikus és kataphorikus hatásában kereshetjük. Végül még egy 4. hatás létezését sem tagadhatjuk, a mely (gyenge tevőleges árammal) a fájdalomcsillapításban, továbbá a daganat könnyebb elviselhetőségében és a beteg közérzetének javulásában nyilvánul, de a melynek lényegével ez idő szerint még tisztában nem vagyunk.

Az előadó által felemlített bágyadság, fáradtság érzetét szóló is majdnem mindegyik betegnél észlelte, úgyszintén azon könnyebbéget, *euphoriát* is, mely azt követte és néha, különösen a sikeresen kezelt eseteknél egészen a következő ülésig eltartott. Szóló sem találta jónak, hanem ellenkezőleg károsnak a más oldalról ajánlott *áramirányváltást* az ülés végén s azért ezt néhány próbakísérlet után abba is hagyta; az áram megszüntetésénél néha beállni szokott ütősszerű meg-rázkódást úgy kerülte ki, hogy a villamozás abban hagyása előtt néhány mp.-ig igen gyenge (5–10 M. A.) áramot hagyott még behatni.

A tevőleges áramnak nemlegessé való változtatása — ha csak néhány mp.-re is — leronthatja az előbbinek vérzéscsillapító hatását. Szóló is rendszeresen hetenként 2-szer, de néha, ha a beteg jól tűrte, 3-szor is villamozott. A mindennapi villamozást ép úgy nem tartja helyesnek, mint a hogy nem lehetünk hívei más edzőszerek mindennapi használatának sem; hasonlóképpen nem találta helyesnek az áram túlságos hosszú, 7–8 percnél tovább tartó behatását sem.

Az alkalmasság kiválasztásánál szóló sokkal szigorúbban járt el, mint sem ez a módszer érdekében állott, minthogy azon szempontból indult ki, hogy ha az eljárás a kellő asepsissel és óvatossággal végezve, teljesen ártalmatlan is, mégis legalább oly kategóriába sorozható, mint a gyakran végzett méhíri sondálás, kombinálva edzőszerek alkalmazásával, a mi szintén nem mondható közömbös eljárásnak.

Medenczebeli exsudatumoknál nem is kísérlette meg szóló a villamos kezelést; a massage itt hors concours áll. Hasonlóképpen nem alkalmazta azt metritis vagy endometritis ellen s a többi alkalmas bajok ellen is csak mint utolsó gyógyszeres refugiumot alkalmazta, a hol a többi szokásos kezelés és szorítás eszerben hagyta.

Amenorrhoea ellen különösen Tauffer tanár szívessége folytán több esetben volt alkalma villamos áramot használni. Egy esetben általános adipositasban szenvedő O.P.-nál 10 ülés után beállott a menstruatio s azóta rendszeresen jelentkezett; egy másik esetben, hol vicariáló orrvérzés jelentkezett 4 hetenként egy O.P.-nál, egy ízben sikerült 3 napig tartó menstruatiót előidézni, a mikor az orrvérzés is elmaradt, de a további kezelés, melyet még vagy 8 hétig folytatott, sikertelen volt.

Dysmenorrhoeánál egy esetben, mely a nyakcsatorna stenosisától függött, már a 4. ülés után fellépő menstruatio teljesen fájdalomtalan volt.

Myomás betegeknek a villamos kezelést csak mint tüneti eljárást alkalmazta szóló erős vérzések ellen; 6 ily esete közül 3-nál a vérzések teljesen megszűntek, illetőleg a hószám ismét meglehetősen rendessé vált, úgy hogy mind a három tünetileg gyógyultnak mondható. Mind a 3-nál a villamos kezelés megkezdése előtt hosszabb ideig hydrastist szedtetett, valamint ergotin-injectiókat adott heteken át s csak miután ezek sikerteleneznek bizonyultak, fogott hozzá a villamozáshoz. Az egyik esetben gyermekfejnyi volt a daganat, a másikon a köldök felé ért 4 ujjnyira, a 3-dikban kis ökölnyi volt; mind a 3 interstitialis elhelyezési volt. A harmadiknál nem érdemelt felemlíteni, hogy a 4. vagy 5. villamozás után — melyek a vérzésre jó hatással voltak — lázas lett s minthogy ennek okát szóló nem tudta biztossággal megállapítani, (csak a gyomor részéről voltak zavarok) ismét hosszabb ideig a már előzetesen sikertelenül alkalmazott ergotin-injectiókra, forró hüvelyöblítésekre tért vissza, azonban ismét minden hatás nélkül. A beteg hetekig majdnem minden szünet nélkül vérzett. Azután ismét villamozta szóló s már a 3. ülés után megszűnt a vérzés s a beteg azóta jól van; a hószám mindig rendszeren jelentkezik 4–5 napi időtartammal. Egy beteg 3-szori villamozás után kimaradt s 2 hetegnél teljesen sikertelen volt a kezelés, úgy hogy azután műtétet ajánlott nekik. Az egyiknél, melyet Herczel főorvos végzett, lymphangiomásnak bizonyult a daganat. Megjegyzni még azt, hogy a hol a kezelés sikeres volt, ott az már néhány ülés után kedvezőnek mutatkozott, míg ellenben azon esetekben, a hol a villamos kezelés nem vezetett eredményre, ott már az első ülések után nem mutatkozott semmi javulás. A daganat nagyságára a kezelés alig volt számbavehető hatással; lényeges kisebbedés egy esetben sem volt constatalható.

Az indicatióra nézve megjegyzi, hogy minden vérzéssel járó myomát, ha csak nem függ kocsányosan a méhen s különösen, ha a climaxhoz közel áll a beteg, okvetlenül alkalmasnak tart a villamos kezelésre, feltéve, hogy a többi feltétel is meg van adva hosszadalmas, néha hónapokig is eltartó kezelésre, a mi különösen abban áll, hogy idevaló legyen a beteg, mert a gyógyulás ezéjából a fővárosba jövő beteget nem lehet és nem is helyes ily hosszadalmas s a gyógyulást nem biztosan kilátásba helyező procedurára rávenni.

Subinvolutio uteri ellen 2 esetben alkalmazta szóló Apostoli eljárását és pedig az egyikben, hol előzetesen curettázás lett más oldalról minden eredménnyel végezve, sikerrel.

Tapasztalatait röviden abban foglalhatja össze szóló, hogy a villamos kezelésben különösen méhvérvessékekkel járó különböző eredetű bajoknál sok esetben igen hatásos gyógyszerkölzel rendelkezünk, melyet ott, a hol egyrésztől indifferensebb és kényelmesebb eljárás nem vezetett ezélhoz és másrésztől a baj radicalis gyógyítása nem sürgős s annak kivétel nem képez indicatio vitalist, okvetlenül előbb meg kell kísérle-nünk. Az eljárást mindig a megfelelő aseptikus cautelák betartásával és a kellő óvatossággal kell alkalmaznunk, a mi különösen abban áll, hogy az áram erősségét, az ülések tartamát és számát mindig az eset súlyosságától, a beteg általános állapotától és szervezetének a villamos áramra való roagálásának fokától tegyük függővé.

Hazslinszky Hugó: Egy a rendes eljárástól eltérően kezelt, szépen javult subserosus fibromyomás esetről referál. A kezelés, melyet már 1888. végén kezdett meg, abban állott, hogy a ható elektrodot, vagyis a sondát bevezette a méh fundusáig, erre rávezetett egy vékonyfalú

kaucuk-isolatort és azután kihúzza a sondát, helyébe a 3 cm. hosszú aranytüvel ellátott tövist vezette, melyet a méhfalon keresztül kellő ellenőrzés és a méhür előzetes fertőtlenítése után a méh egyik fibromyomájába szúrta be.

A kezelés hetekig tartott minden kellemetlen tünet nélkül. A legerősebb áram 150 M. A. volt 25 percig. A villamozás után mindig kimosta a méhüreget egy ezen ezélra készített vékonyabb Bozeman-Fritsch-féle fecskendővel. A betegnél, a ki kezelés előtt oly vértelen és elgyengült volt, hogy nála laparotomiát végezni nem lehetett, az eredetileg kis ökölnyi daganat kezelés után mandolányira zsugorodott, jelenleg is még teljesen egészséges. Hogy mily erős hatása van már egy 2–3 M. A. erejű áramnak, azt egy esetben tapasztalta, midőn egy mogyorónyi dudort ezen áramnak I pereznyi alkalmazása után sikerült zsugorítani.

Bäcker József: A vörösrézből készült Hirschmann-féle elektrodnak az az előnye a merev platinából készült felett, hogy könnyen alkalmazható s úgy vezethető be, mint egy uterus-sonda. Szóló a sonda kihúzása előtt az áram irányát rendszeren megváltoztatja. Ilyenkor a kathod behatásánál nem szükséges nagy erejű áramot alkalmazni: 5–10 M. A. elegendő a pörk ellökésére, hogy ezután az uterus-sondát könnyen el lehessen távolítani.

Kérdi szóló, hogy miféle árammértőt használt előadó, mikor 200–250 M. A.-ig ment; szóló 60–100 M. A.-t használt rendszeren, még myomáknál is. A myomák kezelésében a villamóram alkalmazása ér annyit mint a curette-é és edző szereké; egy köldökig érő fibromyománál pl., a hol a nagyfokú anaemia miatt nem mertek operálni, 14–15 ülés alatt sikerült a vérzést megszüntetni, beteg azóta rendszeren menstruál, jól érzi magát.

Réczey tanár egy betegét, kinél később myomectomia végeztetett és kinél a menstruatio mindig oly fájdalmakkal járt, hogy csak morphium-injectiókkal tudták csillapítani, villamozták, a mire 1/2 évig a menstruatiók fájdalom nélkül folytak le; 6 hó múlva a beteg újból jelentkező fájdalom miatt megoperáltatta magát; a belek közé nőtt daganatot sikerült kifejtetni s eltávolítani; az illető nő később pneumoniában halt el.

A villamozás ártalmatlanabb eljárás, mint a curettázás, mert egyszersmind desinfiál; így egy esetben a villamos kezelés tartama alatt szétesett myomás daganat 40–41^o.ü lázokat okozott, a minek daczára szóló folytatta a villamozást és a láz megszűnt.

Úgy látszik a villamóram ezen hatásában bizik oly nagyon Apostoli, hogy nem veszi nagyon tekintetbe az asepsist.

Temesváry Rezső: Előtte szóló utolsó megjegyzését nem tartja indokoltnak, minthogy szóló személyesen meggyőződött arról, hogy Apostoli minden villamozás előtt betegénél erélyes desinfiáló hüvely-mosást végez, a méhsondát pedig alkalmazás előtt forrásban levő vízben sterilizálja és azonfelül még jodoformathermbe mártja. A villamóramnak és pedig a tevőleges állandó villamóramnak tényleg van desinfiáló, illetőleg bacterium-ölő hatása, a mint ezt A.-nak Laquerrière-rel együtt anthraxculturákon tett kísérletei bizonyítják. Szóló is azt tapasztalta különben — a mit a nagyváradi vándorgyűlésen tartott előadásában is annak idején hangsúlyozott — hogy a Gaiffe-féle galvanometer sokkal érzékenyebb, mint a Hirschmann-féle, a mennyiben erre vonatkozó vizsgálatainál azt találta, hogy a Gaiffe-féle galvanometer, az áram erőssége szerint fokozatosan 10–50 M. A.-rel mutatott többet mint a Hirschmann-féle. Ezért szóló is szükségesnek tartja, hogy minden közleménynél hozzátéessék, hogy mily galvanometerre vonatkoznak a számadatok.

Végül nem hagyhatja szó nélkül Hazslinszkyknak galvanopunkturákra tett dicserő megjegyzését, minthogy szóló Apostolinál is azt tapasztalta, hogy a hol a villamos kezelés káros hatással (lázakkal stb.) járt, ez mindig galvanopunkturák után volt észlelhető és ezért ezen eljárást még Apostoli követőinek legnagyobb része is elhagyta. Szóló nem is tarthatja a tudomány mai álláspontjának megfelelőnek, hogy a méhüreget át (a mint ezt Hazslinsky Apostolitoló eltérőleg, ki tudvalevőleg a hüvelyen át pungál, teszi) tú szúrassék a daganatba, a mi által a méhnyakban levő mikroorganizmusok számára tág kaput nyitnánk a szét-esésre különben is hajlamos myomába még akkor is, ha a méhüreget a Hazslinsky említette módon műtét előtt és után fertőtleníjük, minthogy annak kellő fertőtlenítése csakis előzetesen tágitott méhnél lehetséges.

Tóth István: Bársony túlságosan szigorú volt az igazán nagy garral hirdetett eljárás megbírálásánál, a mikor azt mondja, hogy ha egyéb palliatív eljárás nem használ, operáljunk; szóló azt mondta: a mikor nem operálhatunk, akkor villamozzunk és ilyen esetekben ezen eljárásnak olykor bámulatos hatása van. Csodálja szóló, hogy Bársony metritis és endometritis, vagy subinvolutio eseteiben nem ért el jó eredményt; szóló 2–3 hét alatt a legtöbbszőr jó eredményt ért el. A fő haszna a villamozásnak a contractiók kiváltásában van s épen ez fejt meg, hogy exsudatumoknál nem érnek el jó eredményeket. Egyáltalán, ha jó hatásúnak látták, folytatták. Ovarialis tumoroknál megkísérelték.

Áramirány változtatásnál vérzést tapasztaltak; ugyanezt mondja Temesváry is, kinek tapasztalataival leginkább megegyeznek előadó észleletei is.

A mi az áramerő-mérést illeti, kísérleteik első szakában az egyetemi élettani intézet galvanometerét, pontos áramerő-mért használták, subinvolutiónál 60–70, nagyobb myomáknál egész 250 M. A.-ig erősítve az áramot.

Előadó az electropuncturát meg nem kísérlette s nem is merné megkísérelni, épen azon elváltozások, degeneratiók miatt, melyeket oly gyakran volt alkalma fibromáknál látni.

IRODALOM-SZEMLÉ.

I. Könyvismertetés.

Richard Stern: Ueber traumatische Entstehung innerer Krankheiten. 1. Heft. Krankheiten des Herzens und der Lunge. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1896.

Trauma okozta belső betegségnek már nagyon sok esete van ismertetve az irodalomban. Oly összefüggő, egységes munka azonban, mely a trauma befolyását belső bajok keletkezésénél tárgyalná, kritikailag tárgyalva a létező nagy anyagalmazt és könnyen tájékoztatva az olvasót az idetartozó kérdések felől: tudunkkal eddig még nem volt. Pedig a tárgy nagyon érdekes és érdemes a feldolgozásra, nemcsak azért, mert balesetek megítélésénél nagyon fontos szerepet játszhatnak az idetartozó viszonyok ismerete, hanem általános orvogyakorlati szempontból is. Hálásak lehetünk tehát szerzőnek, ki már sok érdemes dolgozattal tette nevét ismeretessé az orvosi irodalomban, hogy a fáradságos munkára vállalkozott.

A mennyiben az az imént megjelent első füzetből, mely a trauma okozta szív- és tüdőbetegségekről szól, megítélhető, szerző nagy szorgalommal gyűjtötte össze az idetartozó adatokat és pedig nemcsak az irodalomból, hanem saját gyakorlatából is, mely neki mint egy nagy vasúttársaság balesetek esetén orvosi véleményezőjének számtalan idetartozó adattal szolgál. De nemcsak a szorgalmas adatgyűjtő tűnik elő a könyvből, hanem a crítice megválasztott adatokat helyesen magyarázni s az egészét ügyes rendszerbe összefűzni tudó író is. Reméljük, hogy a további füzetek szintén rendelkezni fognak azon jó tulajdonságokkal, melyeket a körülbelül 200 lapra terjedő ezen első füzetéről ez imént elmondottunk és hogy nemsokára kezeink közt lesz a mindenesetre eredeti és hézagpótló teljes munka.

II. Lapszemle.

Gyógyszertan.

Tamarindák és tamarinda készítményekről Schmey P. dr. cikket közöl az Allg. m. Centr.-Zeitung f. é. 53. számában, melyben előrebocsátja, hogy a bélatonia tanulmányozása céljából számos kísérletet tett a hashajtó szereket s különösen a tamarinda készítményeket illetőleg. Az essentia purgativa, Tamar-Sagrada borra vonatkozólag, melynek hatása elég kielégítő, azt tapasztalta, hogy ha palackja egyszer megnyitva lett, a maradékban erős üledék képződött s ez egész zavarossá lett, úgy hogy a betegek nem szívesen szedték. Áttért tehát a *Dallmann-féle Tamarind-essentia* tanulmányozására. Szerinte ennek íze kitűnő, cseppet sem undorító, sőt egyenesen kellemes. Utóíze a nyelven kellemesen keserűs s étvágyat gerjesztő.

A tamarinda essentia jó íze nagy jelentőségű s igen elősegíti annak használatát a gyermek praxisban. A kisdetek ezt mindig szívesen veszik s az eredmény kielégítő. Dallmann azt ajánlja ugyan, hogy esténként gyermek-kávéskanalanként adassék; szerző azonban inkább javasolja, hogy vagy reggel, délben és este egy kávéskanállal, vagy ha fájdalmak vannak jelen, 2 óránként 1 kávéskanállal adagoltassék.

Másod sorban a tam. essentia a nőgyógyászati gyakorlatban igen ajánlatos kivált a hószám alatt gyakori székrekedésnél, hol semmi fájdalmat nem okoz és azonkívül a terhesség alatt, mikor azt szintén bátran rendelni lehet. Szerző gyomorhurtnál is alkalmazta jó sikerrel. Az egyszerű gyomorfekélynél, ha a karlsbadi kúra után még székrekedés van jelen, esténként egy liqueurös pohárral tamarinda-essentia meghozza a kívánt hatást.

A tamarinda készítmények hatásának okára nézve *Nevinny* tanár szerint az officinális tamarindák leginkább: *borsavat* (1.5—6%), savanyú kalium tartratot (5%), citrom-savat (9.4%), almasavból cukorból (15.5—30%) pectinanyagokat stb. tartalmaznak.

A *nosophen*. A nevezett szerről, mely tudvalevőleg a jodoformot pótolni van hivatva, újabban több figyelemre méltó közlemény jelent meg. Noorden tanár a *Münchener med. Wochenschriften* (1895. 22. sz.) a készítmény teljes szagtalanágát dícséri a jodoform penetrans szagával szemben, továbbá a

nosophen-gaze azon előnyét, hogy azt gőzzel teljesen sterilizálni lehet, mi a jodoform-gazenél csak nedves vegyi fertőtlenítés által történhet. A *nosophen-gaze* Noorden szerint csaknem teljesen szagtalan, parenchymatosus vérzéseknél hatása elegendőleg haemostatikus; friss sebek tamponálására ép oly alkalmas, mint a jodoform-gaze, a drainage váladékos sebeknél vele ép úgy mint más gaze-s, jobban mint dermatolgaze-zel történhet. Fertőzésnél (*ulcera cruris*, *ulcus molle*, *panaritium*, *pyocyaneus fertőzés* stb.) Noorden a seb felületek és írök gyorsabb tisztulását látta, mint a jodoform-gaze használatánál. Por alakban is használható a *nosophen* kitűnő sikerrel, alkalmazása után a seb fájdalmassá nem lett s a sebszéléken eczemát nem okoz. Ép ily dícsérőleg nyilatkozik a *nosophen*ről *Noack* s említi, hogy az égetéseknél igen jól hat. (*Münch. med. Wochenschrift* 1895. 35. sz.) A *Berliner klin. Wochenschrift* 1895. 29. számában *Koll* dr. a *nosophent* a rhino- és otologikus gyakorlatba is bevezette s ott is jó szolgálatait dícséri; pl. 10% *nosophen-gaze-zel* készült tamponok minden reactio nélkül maradhatnak az orrüregben. *Ozaenánál* a szagtalanág és pörkképződés megakadályozása oly gyors s tartós, hogy *Koll* azóta eme bajnál más szert nem is alkalmazott. Ép oly jó sikerrel acut közép fülgyenedéseknél is használta a *nosophent*. A *nosophennek* bismuth-tal összeköttetésével (*endoxin-nel*) *Rosenheim* tett kísérleteket bélbántalmaknál és a *Berl. klin. Wochenschrift* 1895. 30. számában oda nyilatkozik, hogy *nosophent* és *eudoxint* 0.3—0.5 adagokban (evés után 3—5-ször naponta) bizvást lehet adni az idült bélhurut azon makacs eseteinél, melyeknél a felsőbb vastagbélben kívül a vékony belek is bántalmazottak, s melyeknél hasmenés, s azzal felváltva székrekedés áll fenn.

Apró jegyzetek az orvogyakorlatra.

1. A *lymphatikus anaemiát* (*torpid scrophulosis*) következő módon orvosolja *Fürst*. A táplálék főtt, zsirdús tejből, tojásból, friss húsból, főtt és nyers gyümölcsből és friss főzelékből (főleg paraj) áll, e mellett kétszersült, fehér kenyér héja és jól kisült fekete kenyér mérsékelt mennyiségben megengedhető; rizs és dara szintén adható, tiltva vannak azonban a lisztes ételek, burgonya, hüvelyes vetemények, zsíros húsneműek, savanyú és erősen sózott ételek. Nagyon fontos a gymnastika és sok mozgás a szabadban. Ezeket kívül háromszor hetenként 27° R. hőmérsékű teljes fürdő adandó; a fürdő vizében 1/2—1 kiló *Mattoni-féle* lápsó olvasztandó fel; egy fürdő tartama 20 perc. Fürdés és megszáritás után a test ledörzsöltetik oly állott vízzel, melynek egy literébe egy-egy evőkanálnyi alkohol és só tétetett. Ezen ledörzsölések azon napokon is végzendők és pedig reggel, a melyeken a betegek nem fürdenek. A megnagyobodott mirigyek minden este jodvasogennel dörzsöltetnek be centripetalis irányban. Télen a betegek jodot és vasat tartalmazó csukamájolajból reggel és este egy-egy evőkanálnyi kapnak, nyáron pedig a „*Liquor ferro-manganii jodopeptonati Helfenberg*” című készítményből ugyancsak reggel és este egy-egy evőkanálnyi ugyanannyi tokaji borral keverve. (*Der ärztliche Praktiker*, 1896. 11. sz.)

2. *Alsárfekélyek* gyógyítására *Coffin* az aloëtincurát ajánlja. A seb megtisztítása és megszáritása után felületes fekélyeknél egyszer, mélybeeknél háromszor ecsetel az aloëtincurával és azután impermeabilis kötést alkalmaz. Ha a genyedés megindul, a sebet újból megtisztítja és ismét beecseteli. Ez rendszerint minden 4 napban szükséges. E mellett nyugodtan és felfüggesztve tartatja a végtagot, de sokszor ez utóbbi nélkül is kielégítő volt az eredmény. (*Méd. mod.* 1896. 24. sz.)

3. *Extractum digitalis liquidum* (*Denzel*) elnevezés alatt egy új digitalis-készítmény jött forgalomba, melynek előnye, hogy csak digitalist és digitaleint tartalmaz, míg a káros hatásokat előidéző alkatrészeketől mentes; másrészt hónapokon keresztül állás után is változatlan hatékonyságú, 5 gramm az extractumból megfelelő 1 gramm digitalis-levélnék. Ezen készítménnyel *Mangold* szerint a tübingeni klinikán nagyon jó eredményeket értek el. (*Therap. Monatshefte*, 1896. január.)

4. *Gastralgia* esetében jó eredménnyel használható a következő orvosság: Rp. Spir. chloroformii 30.0; Tinct. cannabis indicae 10.0; Aqu. menth. pip. 20.0. M. D. S. kávéskanalanként. (*Practitioner*, 1896. július.)

TÁR C Z A.

Sanatoriumokat a szegénysorsú tüdővészeseknek!

M/m. Frankfurt, 1895. június 5.

„Bis dat, qui cito dat.“

A *Dettweiler* hírneves intézetét meglátogatván, már idegenektől is hallom, hogy a tüdővész-sanatoriumok ügyében Európaszerte megindult mozgalom Magyarországon szintén ébredőben van. A falkensteini minta-gyógyintézet orvosai már tudták, hogy *Korányi Frigyes* a „Pester Lloyd“ hasábjain¹ felhívta ez égető kérdésre a hivatottak figyelmét, felemelte szavát a nemzet pusztuló ezrei, sőt százazreinek érdekében. A derék emberbarátok őszinte örömet ezen látnom, a magyar közegészségügy ez újabb haladásához szerencsekívánataikat fogadnom valóban érdemtellenül jutott osztályrészemül.

A szépséges tollal megírt cikkely kifelé megtette és messzebbre is megteszi a hatást, hála a német nyelv közvetítő szerepének. Az ezredéves magyar királyság nimbusát a nemes ügyben elhangzott felhívás csak emelni tudta. Csak azon fordul meg, hogy a hazában kellő eredménye legyen. A felszólaló erkölcsi súlyát, a magyar belgyógyászat nestorának tekintélyét ismerve, alig kétkedhetünk rajta.

Igen, meg fogják szívlelni az intéző körök *Korányi Frigyes* sötét, de annál igazabb adatait. 1892-ben a hivatalos kimutatás szerint 46,000 ember halt meg tüdővészben az ország területén, 1894-ben meg közel 49,000 ember. Az utóbbi évben azonban összesen 458,000 ember hunyt el Magyarországon s közülük 124,000 esetben nem ismerjük a halál okát. E nagy kontingensben joggal ugyanoly arányban tehető fel a phthisis-halálesetek szereplése, mint a kellő diagnosissal elhaltak között. Kitűnik ekként, hogy 1894-ben hazánkban kis híján 66,000 ember pusztult el tüdősorvadásban. Még szörnyűbb a kép, ha a professor következtetését a betegszámra vesszük tekintetbe. Megbízható statisztikai tanulmányok alapján mondhatjuk, hogy a 66,000 phthisis-halálesetnek közel 400,000 tüdővész beteg felel meg. Minő szörnyű nemzetgazdasági kár. Míg a tuberculosis-halandóság így általában az összes mortalitás egy hetedét tette 1894-ben hazánkban, a székes főváros halandóságában még nagyobb számmal van képviselve. *Budapestnek* 1894-ben 552,769 lakosa közül 13,551 halottja volt, s ezekből 2175 tüdővészben halt meg. A tuberculosis az összes halálokoknak majdnem egy hatodát tette volt.²

Angliában, a sanitaris haladás és jótékony intézmények e vezérországában egykor még szomorúbb viszonyok voltak s ma a mi phthisis-pusztulásunkhoz képest az Angliáé csak felényi. Az angol világvárosban a tüdővész az összes eseteknek alig több mint egy tizedében szerepel csak halálókul. *Londonnak* 1894-ben 4,349,165 lakosa közül összesen elhalt 77,049, mely számban 7543 tuberculosis-okozta halálozás foglaltatik. Hasonló viszonyt mutat a lakosai számára tüdővész közel álló *Manchester*. 1894-ben 522,365 ember lakta, összes ez évi halandósága 10,368 volt, köztük 1026 tüdővész-eset. A phthisis az összes mortalitásnak még egy tizedét sem okozta egészen.²

De a tüdővész szegény-sanatoriumok elseje is a britt birodalomban teremtett meg már sok évtizedje.

A többi európai államok lassacskán csatlakoztak csak a mozgalomhoz. A szóban forgó betegség égrekiáltó pusztításait csak újabban bírjuk jó statistikák útján áttekinteni s a mellett mind erősebbé válik a meggyőződés, hogy csodás hatású hirtelen gyógyító beavatkozásra a tüdővésszel szemben egyhamar nincs remény. A jó levegő, jó táplálás, szigorúan rendezett hygienés életmód, lelkiismeretes szakadatlan orvosi ellenőrzés pedig, mint ezt *Brehmer* óta a sanatoriumok megmutatták, igen sok életet megment, mesgyéjét szabja a bántalom haladásának. Innen van, hogy újabban a tüdővészesek gyógyintézetei sereggestül kelnek létre év év után. A Bécsben *Schrötter* vezetésével megindult mozgalmat *Korányi* tanár is megemlíti. Nemkülönben vázolja többek

közt Németország törekvéseit is, hogy a tüdővészeseknek sanatoriumokat állítson.

Épen a német birodalmat illetőleg szerencsés vagyok a tárgyhoz néhány egészen friss adattal is járulhatni. Meglátszik belőlük, hogy valóságos lázas tevékenység az, a mely a napjainkban egyedül jogosított phthiseo-therapia érdekében — sanatoriumok általa útján — jelenleg a mi nagy szomszédjainknál folyik.

Falkenstein közelében a múlt év őszén (1895. október) nyílt meg a „*Heilstätte Ruppertshain*“ intézet vagyontalan vagy csekély anyagi eszközökkel rendelkező tüdővészesek számára. Részletes ismertetésére utóbb e lap hasábjain vissza fogunk térni, most csak a keletkezéséről és fenntartásáról néhány szót. A 80 személyre berendezett szép intézetet a Taunus-hegységben a „*Frankfurter Reconvalescenten-Verein*“ támogatásával építették meg és majnai Frankfurt városa évente 10,000 márkával subventionálja. A felvételre ezért első sorban frankfurti betegeknek van joguk.

1897. júniusában fog egy hasonló intézet *Sülzhainban* (bei *Elrich*, per *Nordhausen*) megnyílni: „*Sanatorium der norddeutschen Knappschafts-Pensionskasse*“ czímen. Az intézetnek 100—120 ágya lesz és még *Ruppertshain*-nál is előnyösebb berendezésűnek készül.

A német birodalom területén általában számos ú. n. „*Invaliditäts-Versicherungs-Gesellschaft*“ dolgozik újabban tüdővészeseknek állítandó sanatoriumok létesítésén. Különösen buzgó derék igazgatója (*Gebhardt*) vezetése alatt a régi Hanza-városok egyesülete („*Hanseatische Gesellschaft*“). Ez építeti meg legközelebb *Andreasbergen*, a Harzhegységben a phthisises betegek sanatoriumát 100 ágygyal. Tudtommal már az őszön hozzá fognak.

A „*Darmstädter Invaliditäts-Gesellschaft*“ *Darmstadt* közelében a jövő év folyamán állít hasonló intézetet 80 ágygyal.

Berlinben tudjuk, *Leyden* minő érvényt szerzett immár az emberszerető ügynek. A német vörös-kereszt egyesület ú. n. „*Barackenlager*“-eket létesített *Berlin* közelében és a birodalmi kancellár áll az élén annak a jótékony szövetkezetnek, a mely erkölcsileg és anyagilag támogatja a phthisises áldozatok ügyét. A szövetkezet tagjai közt herezegek és gazdag magánosok versenyt buzgólkodnak a szenvedők érdekében. Magában a német császári székvárosban egy szűkebb körű egyesület működik még azonkívül hasonló célra, a szegénysorsú tüdővész emberek lehető megmentésére.

Kétségtelen, hogy a sok jó példa nem maradt hazánkban követés nélkül. Ha egy oly intézetet, mint a *Turbané* Davos-Platzban, a *Dettweileré* Falkensteinben vagy a *Nahm* dr.-tól igazgatott „*Volksheilstätte*“ *Ruppertshainban*, alaposan végigné az ember, ha az ott elért eredményekről felvilágosítást nyer, lehetetlen nem tekinteni bizodalommal a jövőbe. A tiszta meggyőződés kél fel bennünk, hogy a tüdővész pusztító hatalmának igenis gátot lehet vetni, csak elég korán fogjunk a munkához hozzá.

És a sikerhez csak kettő szükséges; minden orvos praxisában a szigorúan pontos betegvizsgálat, hogy a baj még elhatalmasodása előtt leálzástassék és — a beteg gyors elküldése arra való sanatoriumba.

Gazdag ember ma is megtalálja gyógyuló helyét, ha itthon nem tetszik neki, hát külföldön; a szegény vagy csekély eszközökkel rendelkező azonban napjainkban még ez országban magára van hagyva. A bacillaris kór nyugodtan örli mindaddig, míg erői fogytán kórházba nem kerül. És vajjon nem-e mondjuk főképp tavaszra hajolván szívesen a kórházi sorvadásos betegnek: „*Barátom, jobb lenne magának a szabad levegőn, menjen el falura, ha teheti, táplálkozzék jól és a mi fő, legyen sokat oda-künn, ha lehet erdős helyen, csak künn, mindig künn a szabad ég alatt!*“

A beteg rendesen olyba veszi a kijelentésünket, hogy lemondottunk róla s szomorú lélekkel búcsúzik el tőlünk. Általánosságban mozgó előírásainkat mintha nem tartaná elegendő biztatónak, hogy utánnuk megjavulhat. Nem tagadható el, egészen jól sejtí. Hiányzik az ő szabad levegő-kúrájában a rendező, biztató elem, a vele ily irányban foglalkozó orvos. Ez utóbbinak kell a phthisises

¹ *Fr. Korányi*. Die Lungenschwindsucht in Ungarn. Pester Lloyd. 1896. 14. April.

² *Dr. S. A. Knopf*. Les sanatoria; traitement et prophylaxie de la phthisie pulmonaire. Paris, George Carré, 3. Rue Racine, 1895.

beteg hosszú kúrájában midig szerepelni, hogy az apró-cseprő bajokon is átsegítse, vezesse, kitartásra bírja, lelkiileg úgy mint testileg istápolja a szenvedőt.

És a szeretet, melylyel ily intézetekben az arravaló orvost beteget körülveszik, nem kis támasztéka a siker elérésének. Az orvos folytonos figyelme, a beteggel való gondos foglalkozás adja meg a gyógyulás kivárásához szükséges vak engedelmességet, feltétlen alkalmazkodást a hasznosnak előírt életmódhoz és a hosszú terminusra (a 1/2 év szinte legkisebb idő!) megkívánt reménységet, bizodalmat. Ha ezek megvannak, nem túlsúlyos esetben az állapot fokokint lassacskán megjavul, a reményvesztett szívbe új élet költözik, megszűnve a lelki depressio, ezzel is jobbra leszen a testi functiók meneteje s a beteg előbb-utóbb visszaadható hasznos tagul a társadalomnak.

A kik *Dettweiler* titkos tanácsost, Falkenstein alapítóját és vezetőjét ismerik, nem hinnék el talán úgy első mondásra, a mit ő maga árult el nekem. Több évtizeddel ezelőtt a díszes ősz szakállú jószágos szemű öreg úr csaknem halálra vált volt. Nagy tüdővérzések, a köpetében számtalan tuberculis-bacillus. Az első veszedelmeken átesvén, maga rendezte az életét azontúl a józan hygiene szabályai szerint s utóbb másoknak is előírta ezt a módot az intézetében. Azóta sok év mult el, a jeles orvos ma tiszteletreméltó éltés alak, „begyógyult“ tüdejével számos éven át megfeszített munkában fáradozott s még ezt is győzte erővel, életkedvvel. Egy kis rövid lélekzettség, meg az a gyengéje maradt csak fenn maig is, hogy a köpetét, ha olykor van, szereti vizsgálgatni. De a Koch-bacillus már évekkal ezelőtt végkép eltűnt belőle.

Az ilyen példa és több hasonló után, a mit felhozhatnék (pl. a davosi sanatoriumból), sürgősnek kell kijelentünk a tüdővészesekről való gondoskodás ügyét. Nem lehetnek az ürességbe elhangzó szavak, hogy adjunk sanatoriumokat a szegénysorsú tüdővészeseeknek!

Kuthy Dezső dr.

Heti szemle.

Budapest, 1896. július 31-dikén.

Budapest székes főváros közegészségi állapota 1896. évi május hóban. A tiszti főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota viszonyítva a mult havihoz általános halálozás tekintetében némi emelkedést mutat. Elhalt e hóban 1469 egyén. A heveny ragályos kórok azonban csökkentek mintegy 200 esettel, mely csökkenést majdnem egyedül a kanyaró eredményezi. Elveszületett e hóban 1822, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 112 egyén levonásával 1469, így a születések 353-mal multák felül a halálozásokat. A kötelezőleg fennálló bejelentések szerint a heveny ragályos kórok következő számmal fordultak elő: hasi hagymáz 15, járv. agy-gerinczagygyulladás 9, pokolyar (anthrax) 1. Május hóban a székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 6611 fekvő és 1928 járóbeteg, vagyis 23-mal több mint az elmúlt hóban. A kerületi orvosok által gyógykezeltetett 571 fekvő és 2141 járóbeteg, összesen 2712, kórházba küldetett 110 egyén. Május hóban a lipótmezei országos tébolydában 868, az angyalföldi elmebeteg ápolásban 303, az irtalmasoknál 214, a megfigyelő osztályon 137, Schwartzler-féle elme- és ideggyógyintézetben 147 elmebeteg ápolatott. A lelenc és dajkaságba adott gyermekekre nézve: 1. A budapesti első gyermekmenhelyben május hóban felvétetett összesen 41 gyermek. 2. A székes főváros összes kerületeiben volt 1074 csecsemő lelenc és árva. Hét éven aluli gyermekeknél a gyógykezelés elmaradt 11 esetben. Beoltott fiú 1212, leány 822, összesen 2034, újraoltott fiú 1867, leány 1274, összesen 3041. Ebmarás előfordult 21, veszettségre gyanus 3, veszett ebmarás 1 esetben. A köztisztaság a csatornázatlan és közvetlen utcákban hiányos, egyébként kielégítő. A Káposztás-Megyeren az ú. n. alsó és szigeti vízművek kútjainak vizsgálata alkalmával kitűnt, hogy az ivóvíz a rendes és megszokott minőségűnél bacteriologiai szempontból sokkal rosszabb, sőt absolute is kifogásolható. Hogy ezen hirtelen rosszabbodásnak nem a talajvíz változása volt az oka, kitűnik abból, hogy másnap egy felső telep Northonkútjából származó próba, a városba szállítás után is még mindig csak 120 esirt tartalmazott 12 fajjal. Az ok a helyszínén nyert értesítés szerint az volt, hogy a Duna magasabb vízállása következtében a hullámok réseket vájva a kövek közt, szabadon hatoltak be a parti kutakba. Ily viszonyok közt a kutak nem filtrálván, a Duna iszapos vizét szolgáltatott, minek következménye volt, hogy a kutak közül kettő teljesen beiszaposodott, 60,000 köbméter víz helyett a telep csak 32,000-et szolgáltatott. Minthogy ezen fennforgó viszonyok között nem látszik biztosítottak az, hogy a székes főváros közönsége egészséges s hygienikus szempontból kifogásolhatatlan ivóvízzel láttassék el, valamint egyáltalán, hogy a káposztásmezei vízműbe már eleve helyezett

reménység tüdvös eredményét élvezhessük, f. é. 6455. sz. a. előterjesztést tettem polgármester úr ő méltóságához oly értelemben, hogy ezen beláthatatlan veszedelmet okozható állapot haladéktalan megszüntetése iránt intézkedni méltóztassék, nehogy az ivóvíz fertőzésének elmaradhatatlan következményei beálljanak. Kéjné vizsgáltatott 1269 (bordélyos 483, magán 638) ezek közül kórházba küldetett 148. Orvosrendőri boncolás végeztetett 105, orvostörvényszéki 26 esetben. Öngyilkosság 32 esetben fordult elő, még pedig: lövés 14, akasztás 10, mérgezés 2 és egyéb módon 6. A Dunából 12 hullá fogatott ki. Egyéni fertőtlenítés alatt volt 139 személy, gőzzel fertőtlenített összesen 9691 darab tárgy. Az állategészségügy nem volt kedvezőtlen, a mennyiben járványosan semminemű állat között betegség fel nem lépett. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Noel Jakab, Szélényi Oszkár, Strébl Miklós egyetemes orvostudorok, Bakcsy Domonkos fogorvos és 5 szülésznő.*

Vegyesek.

Budapest, 1896. július 31-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1896. július 12-dikétől július 18-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 426 gyermek, elhalt 240 személy, a születések tehát 186 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, ronesoló toroklob 2, hökhurut —, kanyaró —, vörheny 5, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekági láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlőb 10, agyvérömleny 3, rángások 7, szervi szívbaj 9, tüdő-, mellhártya- és hörglob és hörgurhut 19, tüdőgümő és sorvadás 52, bélhurut és béllob 49, carcinomata et neoplasmata alia 15, méhrák 6, Brighth-kór és veselob 5, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 17, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 11, erőszakos haláleset 12. — A fővárosi közokrházakban ápolatott e hét elején 2038 beteg, szaporodás 785, csökkenés 692, maradt e hét végén ápolás alatt 2131. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1896. július 22-dikétől július 29-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 17 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 2, vörhenyben 28 (meghalt 2), kanyaróban 33 (meghalt —), ronesoló toroklobban és torokgyíkban 24 (meghalt 1), trachomában 23, vérhasbau —, hökhurutban 18 (meghalt —), orbánczban 14 (meghalt 1), gyermekági lázban — (meghalt 1).

— **Új magántanárok.** *Baumgarten Egmont* dr.-nak az orr- és gégebajok kór- és gyógytanából, *Hainiss Géza* dr.-nak pedig a védhímoltásból magántanárként képzését a vallás- és közoktatásügyi miniszter jóváhagyta és őket e minőségükben megerősítette.

— **A II. nemzetközi gyógyszerészeti kiállítás,** mely Rainer főherceg védnöksége alatt áll, augusztus hó 15-dikén nyílik meg Prágában.

— **Hibaigazítás:** Lapunk 29. számában a 343. lapon alulról a 21. sorban „a felvett N“ helyett „a felvett fehérnye“ olvasandó.

— **A német orvosok és természetbúvárok 68-dik gyűlése** f. é. szeptember 21-dikétől 26-dikéig a Majna melletti Frankfurtban lesz. A congressus megnyitó- és záró ülésén a következő közérdekű előadások állanak napirenden: *Buchner* tr. (München): Biologie und Gesundheitslehre, *Lepsius* tr. (Darmstadt): Cultur und Eiszeit, *Verworn* tr. (Jena): Erregung und Lähmung, *Below* tr. (Berlin): Die praktischen Ziele der Tropenhygiene és *Weigert* tr. (Frankfurt): Neue Fragestellungen in der pathologischen Anatomie. A 30 különböző szakosztály ülései részére már eddig is közel 500 előadás van bejelentve. Magyarországból *Bókai* tr. a gyermekorvosi szakosztályban „Die Bacelli-Operation bei Leber-Echinococccen des Kindes“ és *Szenes* dr. a fülorvosi szakosztályban „a Zur Percussion und Auscultation des Warzenfortsatzes“ és b) *Casuistische Mittheilungen*“ című előadásokkal vesznek részt. A gyűlés tárgyalásaira annak idején lapunkban is visszatérünk.

— **Hazai fürdők személyforgalma.** *Balaton-Füved* (VII. 20.): 2243; *Barlangliget* (VII. 20.): 1340; *Bártfa* (VII. 22.): 2048; *Buziás* (VII. 21.): 928; *Csorbai-tó* (VII. 19.): 2014; *Lubló* (VII. 18.): 409; *Szliács* (VII. 20.): 707; *Tátrafüved* (VII. 22.): 1689; *Alsó-Tátrafüved* (VII. 25.): 1217; *Új-Tátrafüved* (VII. 23.): 1205.

— **A nyittravármegyei „Ágoston“ közokrházban** az 1895. évben *Friedrich Alojos* kórházigazgató kimutatása szerint 551 férfit és 316 nőt, összesen tehát 867 beteget ápoltak. A halálozási százalék 9.5 volt. Egy betegre átlag 21.2 ápolási nap esett. Nagyobb műtét összesen 36 esetben végeztetett.

— **Cholera.** Junius 10-dikétől 18-dikéig Alexandriában 19, Kairóban 126 személy halt meg choleraiban. Junius 25-dikétől július 1-jéig Alexandriában 22 megbetegedés és 17 haláleset, Kairóban 29 megbetegedés és 24 haláleset fordult elő. Július 1-jéig egész Egyiptomban összesen 7350 megbetegedés és 6036 haláleset történt cholera következtében.

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

Szt. Lukácsfürdő

Téli és nyári gyógyhely.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-meter nagyságú nyitott és zárt medenczeiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és üdítő fürdők. Ocsó és szép lakások. Prospectus küld ingyen az igazgatóság Budapesten.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÖRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Kézmárszky Tivadar egyet. ny. r. tanár vezetése alatt álló I. szülő- és nőbeteg-klinikáról.

Tanulmányok 115 fogóműtét kapcsán.

Közli: Walla Béla dr., II. tanársegéd.

Figyelemmel kísérve a szüléset irodalmát, feltűnik, hogy az utolsó években a fogóműtétek kérdésével egyes klinikák behatóbban foglalkoztak. Ezt bizonyítják a következő szerzőktől megjelent munkák: Münchmeyer,¹ Schmid,² Schick³ és Wahl.⁴

Ezen szerzők első sorban százalékokban mutatják ki, hogy az egyes intézetekben a szüléseknél hányszor alkalmaztak fogót, másodsorban a fogóműtétek eredményeit közlik, végül az így nyert adataikat más intézetek hasonló kimutataisaival vetik egybe. Mind ezen tárgyra vonatkozó munkák azonban a műtét indiciója és prognosisa felett részben egymástól eltérő nézetet vallanak.

Szinte hihetetlen, hogy egy közel 200 éve általánosan ismert műszer alkalmazása és prognosisa felett még sok tekintetben oly eltérők a nézetek, hogy egyesek ártatlan műszernek, mások a vele járó gyakori roncsolás alapján legveszedelmesebbnek tartják. Ennek megfelelőleg az egyik csoport a fogóműtét indicióját tóra szabja, a másik szűk keretbe vonja. A szerzők azon csoportja, a mely a fogót ártalmatlan eszköznek tartja, még azon behatás alatt áll, a mely e műszer ismertté tétele után terjedt el. Olshausen is, a midőn tankönyvében a fogó történetéről ír, az „ártalmatlan“ jelzővel látja el. Ez a jelző a magzatra nézve oly értelemben áll, mert a fogóval a magzatot élve ki lehet húzni; az anyára nézve azonban nem áll feltétlenül, mert vele gyakran traumát okozunk, a mi a gyermekágy prognosisa befolyással lehet. Nézetem szerint ártalmatlannak csak akkor mondhatnók, ha úgy az anyára, mint a magzatra nézve a spontan szüléseknek megfelelő prognosist nyújtana.

A szerzők másik csoportjának nézete, mely a műtétek indicióját szűk keretbe vonja, teljesen találkozik a budapesti I. szülő- és nőbeteg klinikán uralkodó nézettel, mint a hogy azt alább ki is fogom fejteni.

Ha a fent nevezett munkák statisztikai összehasonlítását megtekintjük, azt látjuk, hogy azokból helyes következtetéseket levonnunk nem lehet, mert ezen összehasonlító statisztikák nem állanak helyes alapon. Nem tekintve azt, hogy a fogóműtétek indiciója felett az egyes összehasonlított intézetek között oly eltérők a nézetek, hogy ennek következtében a fogóműtétek frekvenciája is nagyon különböző, összehasonlítjuk a budapesti I. szülő- és nőbeteg-klinika 1874. szeptember hó 1-jétől 1882. szeptember hó 1-jéig terjedő statisztikáját más intézetek többnyire újabb időkből származó statisztikájával. Már pedig 1882 előtt az antisepsis nem állott oly magas

fokon mint most. A sublimat csak 1884 óta van intézetünkben használatban. 1893 óta a helyesebb aseptikus eljárást műveljük. Nem lehet tehát csodálni, hogy az előbb említett összehasonlító statisztikákban a budapesti I. szülő- és nőbeteg klinika statisztikája úgy az anya mint a magzat mortalitását és morbiditását illetőleg igen rossz és termézetesnek tartom azt, hogy az 1882. év utáni statisztika, mint a hogy azt eseteink részletezésénél látni fogjuk, az antiseptikus eljárás tökéletesbedésével tetemes javulást fog előtűntetni.

Ezen körülmény indította mélyen tisztelt főnökömet arra, hogy ezen dolgozattal engem megbízzon. Nem mulaszthatom el, hogy ezen megbízásért e helyen legmélyebb köszönetemet ki ne fejezzem.

Mielőtt a statisztika közlésére térnék át, e klinikán divó fogóműtési feltételeket és indiciókat akarom röviden ismertetni.

A feltételek a következők: A fogót akkor alkalmazhatjuk, ha 1. a méhszáj eltűnt; 2. a burok megrepedt; 3. a fej a fogóra alkalmas állás és tartásban van, vagy legalább legnagyobb kerületével a medence bemenetén túl van; 4. ha a fej kellő nagyságú és consistentiájú; 5. ha nincs medence-szűkület, vagy ha van, a fej legnagyobb kerületével a szűkületet már meghaladta.

Az indiciókat két főcsoportba osztjuk. Az első csoportba azon műtétek tartoznak, a melyeket elhúzódo kitolás miatt prophylactice, a másodikba azok, a melyeket hirtelen támadt életveszedelem esetében végezzünk. Az indiciót prophylactikusnak akkor nevezzük, ha a kitolási időszak 5—6 óránál tovább tart, de sem az anyánál, sem a magzatnál közvetlen életveszély nincsen. Vitalisnak az indiciót akkor tartjuk, ha az anya vagy magzat, vagy mindkettő részéről életveszély tünetei mutatkoznak.

Ezek után áttérhetek tulajdonképeni tárgyamra.

1882. szeptember hó 1-jétől 1895. december hó 31-dikéig a budapesti I. szülő- és nőbeteg klinikán az abortusokat le-számítva összesen 11,064 szülés folyt le, a melyek közül 115 (= 1.04%) fogóval fejeztetett be.

Évek szerint részletezve a következő táblázatot nyerjük:

Évszám	Szülések száma	Fogóműtétek száma	%
1882. szept. 1-től	176	5	2.84
1883.	628	9	1.41
1884.	663	9	1.36
1885.	799	15	1.88
1886.	861	7	0.81
1887.	926	11	1.19
1888.	938	6	0.64
1889.	826	9	1.09
1890.	820	8	0.98
1891.	883	7	0.79
1892.	891	6	0.67
1893.	813	10	1.23
1894.	897	10	1.11
1895.	943	3	0.32
Összesen	11,064	115	1.04

Áttekintve ezen számokat, az 1895-dik évet kivéve látjuk, hogy a szülések száma és vele együtt a fogóműtétek gyakorisága aránylag csekély ingadozásokat mutat. Hogy

¹ Münchmeyer: Archiv f. Gynäk., 36. Bd., 1. Heft 1889.

² Schmid: Archiv f. Gynäk., 47. Bd., 1. Heft 1894.

³ Schick: Monatschrift f. Geb. u. Gynäk., I. Bd. 6. Heft 1895.

⁴ Wahl: Archiv f. Gynäk., 50. Bd. 2. Heft. 1895.

1895-ben a fogóműtétek százalék száma 0'32-re szállott le, okát abban találok, hogy részben a prophylacticus indicatiót szűkebbre szabtuk, a mennyiben az egyes esetekben a kitolási időszakban 5—6 óránál is tovább vártunk, részben abban, hogy azon esetekben, a midőn a kitolási időszak már hosszúra nyúlt és a gyenge szülési fájdalmak elé csak a megfeszülő gát gördített akadályt, a fogóműtétet elkerültük az által, hogy a gát akadályát episiotomiával semmisítettük meg. A szülés az episiotomia után néha spontan folyt le, máskor expressióval vagy Ritgen műfogásával fejeztetett be. Ezen eljárással majdnem az összes tipikus fogóműtétet sikerült elkerülnünk. E mellett bizonyít az is, hogy 1895-ben végzett 3 fogóműtét közül az egyik magas fogó volt, a másodikat mély harántállású fejnél végeztük, a harmadiknál ugyan a fej a fogóra tipikusan állott, de a gátat még nem domborította és a szülést az anya láza miatt be kellett fejeznünk. Tehát ebben az esetben sem a gát akadályozta a spontan szülést.

Ha ez ellen valaki azt hozná fel, hogy a fogóműtét elkerülésével a sebést akarjuk elhárítani és tulajdonképen az episiotomiával mégis csak sebüzünk, tehát nem nyertünk semmit, a következőkben válaszolok. Episiotomiát csak oly esetekben végeztünk, a midőn a gyenge fájások elé az akadályt a gát rigiditása és a szeméremrés szűk volta szolgáltat. Ilyen esetekben a fogó alkalmazásakor is az episiotomia elkerülhetetlen, ha csak a gátat nem akarjuk egy nem szabályozható spontan repedésnek kitenni. Nyilvánvaló, hogy az episiotomia és fogóműtét együttvéve nagyobb beavatkozás, mint az episiotomia egyedül.

1874. szeptember hó 1-jétől 1882. szeptember hó 1-jéig terjedő időben a fogóműtétek gyakorisága 1'40 százalékkal szerepel. Ennek a kimutatásnak az alapján legutóbb Wahl azt tartja, hogy a fogót valamennyi szülészeti intézet közül a budapesti I. szülő- és nőbeteg klinika használja legritkábban. 1882. szeptember hó 1-től 1895. december hó 31-dikéig ezen szám 1'04-ra apadt le, tehát a fogóműtétek gyakorisága is csökkent és így ez a klinika a fogót a szülés befejezésére a többi intézetekhez viszonyítva most is legritkábban használja.

A 115 fogót 101 esetben először szülónél és csak 14 esetben többször szülónél alkalmaztuk. Százalékokban és arányban előtüntetve 87'83% : 12'17%. Münchmeyer (71'9 : 28'1) és Schick (71'7 : 28'3) kimutatásának számaival összehasonlítva a többször szülők százalék száma tetemesen kevesebb.

A fogóműtétek gyakoriságát kor szerint a következő táblázat mutatja:

Kor	I. P.	M. P.	Összesen
15—20	20	1	21
21—25	50	3	53
26—30	22	3	25
31—35	6	5	11
36—40	2	1	3
41—45	1	1	2
Összesen	101	14	115

Az indicatiók szerint csoportosítva az eseteket, végeztük:

prophylactice	65 esetben =	56'52%
az anya életveszedelme miatt	30 „ =	26'09%
a magzat „ „	17 „ =	14'78%
az anya és magzat életveszedelme miatt	3 „ =	2'61%

Ezt a többi intézettel pontosan összehasonlítani nehéz, miután azok csak az anya vagy magzat, vagy mindkettő életveszedelmének javallatát állítják fel, a prophylacticus indicióról külön említést nem tesznek. Feltűnő azonban, hogy a fogóműtétet leggyakrabban a magzat életveszedelme miatt végezték. Így Münchmeyer-Leopold 57'2%, v. Winckel 58'8%, Schauta 54%, Schick-Rosthan 52'83%-ban, Wahl 232 eset közül 72-szer, holott ezen klinika csak 14'78%-ban alkalmazta.

Mi lehet ennek a nagy különbségnek az oka?

Ha mi oly gyakran a magzat életveszedelme miatt a szülést fogóval befejezni elmulasztottuk volna, úgy minálunk mindenestre sokkal több magzatnak kellett volna halva születnie, mint más intézetekben. A 11,064 szülés után, a melyet kimutatásomban felhasználok, 11,167 életképes magzat van, a melyek közül a szülés előtt meghalt 392; a többi 10,775 közül meghalt a szülés alatt 174 = 1'61%.

Az irodalomban, mely rendelkezésemre állott, hasonló irányú kimutatást csak Heckernél¹ találtam, a melyet, hogy állításomat megerősítem és hogy kimutassam, miszerint minálunk a gyermekek mortalitása szülés alatt még annál is csekélyebb, itt közlök. Hecker közlése szerint 17,111 életképes magzat közül 290 a szülés előtt halt meg, a többi 16,821 magzat közül meghalt a szülés alatt 454 = 2'7%, tehát 1'09%-kal több mint minálunk. Igaz ugyan, hogy az összehasonlítást egy 15 év előtt megjelent statistikával teszem, azonban azt hiszem, hogy ezt jogosan tehetem, mert a szülések alatt életveszedelemben jutott magzatok megmentésére tett beavatkozások ezen idő alatt alig számba vehető változáson mentek keresztül.

Ebből látható, hogy a budapesti I. szülő- és nőbeteg klinikán a magzatoknak szülés alatti mortalitása a rendes százalékot nem haladja túl és így a magzat életveszedelme miatt a szülést fogóval befejezni sem mulaszthattuk el.

Feltételezhetnők azt is, hogy a fent nevezett intézetek a magzat életveszedelme miatt végzett fogóműtétek közé talán az oly műtéteket is sorozzák, a melyeket mi a prophylacticus indiciók alapján végzett műtétek közé sorozunk. De ez esetben a fogóműtétet ép oly gyakran kellene nekünk is végezni mint amaz intézeteknek. Azonban azon intézetek fogóműtéteinek százalék száma sokkal magasabb mint a budapesti I. szülő- és nőbeteg klinikáé. Valószínűnek tartom, hogy az ok a magzat intrauterin asphyxiájának különböző megítélésében van. Mi a magzat életveszedelmét akkor kórismézzük, ha a magzati szívhangokat fájdalom szünet alatt megszámlálva azt találjuk, hogy szaporasága egy előbbi hasonló körülmények között tett számláláshoz viszonyítva esökken és rendetlen lesz és ha ezen csökkenés egy harmadik, esetleg negyedik vizsgálatnál folytatódik, vagy pedig a szám hirtelen 180—200-ra szökik fel. Ezenkívül, ha a körülmények megengedik, figyelemmel vagyunk még meconium megjelenésére a magzatvizben. Egyszeri csökkenését a magzati szívhangok számának még nem tekintjük életveszedelem jelének, mert akárhányszor volt alkalmunk tapasztalni, hogy a szívhangok száma 100-ra, sőt az alá esökken, de rövid idő múlva visszanyerte rendes szaporaságát; hasonlóképpen azt sem tartjuk az életveszedelem jelének, ha a szív működése száma kis mértékben esökken és azután ezen csökkenést szaporaságon megmarad.

Más intézetekben ellenben úgy látszik nemesak a magzati szívhangok szaporaságának fokozatos csökkenésére, hanem még oly változatos csökkenésre is figyelemmel vannak, a mit mi az életveszedelem jelének még nem tartunk.

Ebben megerősít engem a következő tapasztalatom. Egy német egyetemen a magzat életveszedelme miatt egy fogóműtétet volt alkalmam látni, hol a magzat életveszedelmének constatalása és a műtét megkezdése között $\frac{3}{4}$ óra mult el (a műtét közben valami mással volt elfoglalva). A műtét $\frac{1}{4}$ óráig tartott és így az asphyxiának legesekélyebb jelét sem mutató magzat az életveszedelem constatalása után 1 órával huzatott ki fogóval. A magzat életveszedelmét abból kórismézték, hogy a magzati szívhangok száma percenként 120 volt, meg kell azonban jegyezni, hogy az egész óra alatt ezen szám nem esökken. Ebből látható, hogy ez a magzat életveszedelemben nem volt.

A gyermekágyasok rendes körülmények között helyszüke miatt már a 9-dik nap hagyják el az intézetet. Fogóval befejezett szülések utáni gyermekágyasok átlag 12 nap 12 óra múlva távoztak el.

¹ Dr. Carl v. Hecker. Beobachtungen und Untersuchungen aus der Gebäranstalt zu München. 1881.

Ezen 115 gyermekágyas közül 47 volt lázas = 40·86% és pedig:

1 napig	13 = 11·30%
2 "	14 = 12·17%
több napig	20 = 17·39%

Előbb említettem már, hogy 1893 óta az aseptikus eljárást műveljük, minél fogva tanulságosnak tartom az anti- és aseptikus eljárás utáni lázasok statistikáját külön is elötlintetni, hogy így az eredmények összehasonlításánál az aseptikus eljárás előnyeit és jogosultságát láthassuk. Az antiseptikus kezelés alatt 92 fogóműtét végeztetett; ezen 92 gyermekágyas közül 39 = 42·39% volt lázas, míg ellenben az aseptikus acrában történt 23 műtét utáni gyermekágyas közül 8 = 34·78% volt lázas. Tehát a lázasok százalékszámja az aseptikus kezelés mellett 7·61%-kal csökkent.

A lázasok közül 7-nél a láz okát nem találtuk meg, a többi 40-nél = 34·78% következő megbetegedéseket tudunk kimutatni: Ulcus puerperalis 26, endometritist 3, para et perimetritist 3, phlegmasia alba dolens 1, gastritist 2, polyarthritist 1, tuberculosis pulmonumot 1, influenzát 2 és herpes zostert 1 esetben. Leszámítva az utolsó 7 nem puerperalis megbetegedést, marad 33 puerperalis megbetegedés azaz 28·7%.

Az anyák közül 6 = 5·21% halt meg. Ha ezen százalékszámot a Schich által közölt, a fogóműtét mortalitását feltüntető táblázat számai közé az öt megillető helyre iktatjuk akkor kitűnik, hogy ezen klinika jelenlegi mortalitási százaléka a többiek között körülbelül a középhelyet foglalja el. Ennek bebizonyítására a táblázatot itt közlöm:

v. Winckel (München)	1·15%
Fehling	1·28%
Schauta	1·5%
Ahlfeld	2·3%
Leopold	3·4%
Kézmárczky (1882—1895.)	5·21%
v. Winckel (Dresden)	5·9%
Gusserow	6·2%
v. Hecker	9·4%
Kézmárczky (1874—1882.)	9·67%
Sutugin	9·9

(Folytatása következik.)

Egy eddig ismeretlen chromogen rothadási bakteriumról.

Közlő: *Taufer Emil* dr., v. egyetemi tanársegéd.

A „*Monatshefte für praktische Dermatologie*“ XXII. kötetének 306. lapján¹ egy mikroorganizmusról emlékeztem meg, melyet nuclein-táptalajok vizsgálatánál bac. subtilissel találtam symbiosisban. Isolálása ép ezért meglehetősen nehézségekkel járt, miután sokkal kevésbé levén folyosító emennél, jelenlétének constataciója csak ismételt és igen erősen hígított gelatinelemezek öntése által vált lehetővé.

Tekintettel arra, hogy azóta volt alkalmam nevezett mikroorganizmust mesterséges táptalajokon való tovább tenyésztése alatt megfigyelni s legutóbb a *Pasteur-intézetben* némely amott nem említett tulajdonságára nézve is megvizsgálni, legyen szabad róla ismételtlen megemlékezni annál is inkább, miután prof. *Roux*, *Metchnikoff* és *Borrel* urak mint ismeretlen, új bakterium speciést a *Pasteur-intézet* bakterium collectiójába voltak szivesek felvenni.

Morphologikus megjelenése göreső alatt bac. subtilishez igen közel állván, jelenlétének gyanuját is csupán az által keltette fel, hogy az izolált szénabacillusnak látszólag tiszta culturái a szénabacillus tipikus viselkedésétől némely tekintetben eltérő magatartást tanúsítottak (pl. nem fejlődtek thermotában; idő teltével a bac. subtilisnek sajátosságát nem képező szini eltérést mutattak); s midőn ezért óvatosan az

addig vattával állandóan eldugaszolt culturákat felnyitottam, kellemetlen s meglehetősen erős büzt árasztottak, mely nem volt teljesen azonosítható sem a proteus fajok, sem a bac. coli, sem a b. tetani szagával, a bac. subtilis pedig mint ismeretes büzt nem fejleszt.

Az eredeti nuclein-táptalajokat, valamint ezen látszólagosan tiszta, erősen folyosító culturákat ismételtlen vizsgálván, állandóan ugyanazon eredményekhez jutottam s így valószínűnek tartható, hogy ezen bakteriumok szolgáltatták *Gollasch*¹ dr. említett polymorphismusait, noha a leírandó rothadási bakterium esetleges későbbi csatlakozása nevezett táptalaj amorph állományához ki nem zárható s így végleg az sem dönthető el, vajjon *Gollasch* dr. állítólagos polymorph syphilis bakteriumait egyedül szénabacillusok, avagy e két bakterium keveréke, vagy talán nem kellően ellenőrzött methylenkék szolgáltatták-e?

Előttem ismert készítményei mindhárom lehetőséget concealják, csupán leletei magyarázatának helyességét nem.

További megfigyelés tárgyát tehát csupán a talált chromogen bakteriumfaj képezte, melynek jellemzése következőkben foglalható össze.

Ezen bacillusok a táptalajként használt *nuclein-suspensionokban* találtattak mint 1·25—2·5 μ hosszú, átlag 0·4 μ vastag pálcikák, melyek közönséges bouillon és pepton függőcseppben szobahőmérsék mellett tenyésztve, élénk rajzó mozgást mutatnak; ép oly élénk mozgással bírnak mint a szénabacillusok, úgy hogy gelatinelemezekre is IV-es Reichert-féle ocularral és 3-as objectívvel a bakteriumok mozgása a culturában tisztán kivehető.

Élénk mozgásukat a choleraéhoz hasonló, végálló 1—2 ciliának (csillószálcának) köszönik, melyeknek vastagsága is amazokénak megfelel. A ciliák igen könnyen festhetők, úgy a *van Ermenghen-féle* (photographikus), mint a módosított *Löffler-féle* methodussal.

E pontnál legyen szabad egy kis kitérést tennem a *cilia festési eljárására*, mely a *Pasteur-intézetben* divik, s melynek pontos kivitele minden körülmény közt még kezdők kezében is, felment azon meglehetősen nagy nehézségektől, melyekkel eddig még némi gyakorlat mellett is küzdöttünk. Az eljárás a következő: 1. Tiszta, kihevített kémcsőbe néhány köbcentimeter destillált és sterilizált vizet bocsátunk. 2. Lapos, kihevített platintűvel lehülése után érintjük a vizsgálendő cultura felszínét, úgy hogy a táptalajból semmit át ne vigyünk a dilutióba. 3. A platintűt ezután belemártjuk a kémcsőbe s a rajtatapadt bakteriumokat diffundálni hagyjuk. A diffusio a viznek gyenge tejszerű opalescálásán szabad szemmel is meglátszik. A kémcsövet gyengén meg is rázhatjuk. 4. Előkészítünk néhány tiszta rongygyal megtörtült tárgylemezt, melyet Bunsen-láng felett kissé kihevítünk, vigyázva, hogy ujjunk, ha még oly tiszta is, a tárgylemeznek mindig csak egy és ugyanazon sarkát érintse. 5. Sterilizált és vattával dugaszolt vékony, kihúzott végű üvegesőbe felszívunk egy kis mennyiséget az inficiált vízből. Jó ha a kihúzott vége az üvegesőnek minél kisebb lumenű, hogy annál apróbb cseppeket szolgáltatathasson. 6. A pipetta vékony végével 15—20 cseppet a lehült tárgylemeznek ujjunkkal ellentétes végén helyezünk el, úgy hogy a cseppek össze ne folyjanak. 7. A cseppeket levegőn beszáradni hagyjuk. Ez megtörténvén, alkalmazzuk 8. a van Ermenghen-féle páczot (tannin (20%-os) 1 r., osmium (20%-os) 2 r.) hidegen 1/2 óráig, vagy a módosított Löffler-féle páczot (hidegen telített vassulphat 5 r. + aetherrel tisztított tannin-oldat 10 r. = néhány napi állás után alkalmazva) akként, hogy néhány cseppet helyezve a beszáradt cseppekre, nyílt Bunsen-lángba viszzük a tárgylemezt néhány pillanatra, míg a pácz párologni kezd; de felforrnia nem szabad. Ekkor gyorsan lemoszuk közönséges vízzel, s ha valahol a széleken vastagabb páczfolt marad, azt tiszta ruhával letöröljük, ügyelvén, hogy sem hevítés közben a pácz ujjunkat el ne érje, sem pedig a páczolandó helyhez ujjunk hozzá ne érjen. Csipesz alkalmazása nem czél szerű, mert rendszeren pácz marad vissza csipetűi közt, mely később ép úgy lepedéket okoz, mint ha ujjunk ér a páczhoz vagy páczolandó helyhez. A Löffler-methodusnál ezen eljárást 3—6-szor egymásután ismételtjük s azután 9. ugyanily módon alkalmazzuk 3—6-szor a közönséges Ziehl-féle carbolfuchsin oldatot, vagy, ha van Ermenghen szerint festünk, a páczot közönséges vízzel lemoszuk, ismét csak főleg arra ügyelve, hogy a pácz meg a mosóvíz ujjunkat ne érintse, a páczot a tárgylemez széléről tiszta ruhával letöröljük s ezután alkalmazzuk néhány pillanatra a 1/2%-os arg. nitr. oldatot, s lemosás nélkül szintén néhány pillanatra az erősítő és reducáló oldatot (tannin 3 gm., acid. gallic. 5 gm., hidegen telített kal. acetic. 10 gm., víz 350 gm.). Ekkor halvány sárgulás mutatkozik a praeparatumon. Ha e sárgulás erős és

¹ Nachtrag zum Aufsatz „Ueber die Verw. v. Nuclein-Nährböden“, I. c.

¹ Gollasch. De la présence etc. Journal d. malad. cut. et syph. 1894.

fátyolként lép fel, készítményünk valamely phasisában kell a hibát keresnünk, legfőképp esetleges ujjal való érintésben, tápanyag átvitelben, tárgyilemezünk tisztátalanságában, törülők ruhánk nem teljes kifogástalanságában vagy a pácznak nem kellő lemosásában. 10. Góreső alatt kontrollálván (száraz lencével) készítményeink fátolmentességét s erősségét, a Löffler-féle methodusnál még 1-2-szer utána festhetünk carbol-fuchsinnal; van Ermenghen-féle methodusnál pedig lemosuk vízzel készítményünkről a „bain reducteur“ nyomait, ismét kezeljük az arg. nitricumtól kezdve 2-3 háromszor, míg készítményeink kívánt intenzitású színárnyalatot nem mutatnak.

Említhetem végül *Borrelium* azon tapasztalatát, hogy ha a van Ermenghen szerint kezelt készítményt ammoniumsulphattal és FeCl_2 -tal lemosuk, a kép eltűnik, de carbolfuchsinnal után festve ugyanoly képet nyerünk, mintha Löffler szerint festettünk volna. A van Ermenghen-féle pácz kombinálása azonban carbolfuchsinnal való utánfestéssel eredményre nem vezet.

Morphologic e bakteriumok rendszeren mint egyenletesen vastag, legömbölyített végű, néha azonban mint kissé hajlott pálczikák jelennek meg. Régi culturákban gyakran észlelhetők bizarr elfajulási alakok is, melyek azonban új, alkalmas táptalajon eredeti külemű tenyészetet szolgáltatnak. Az ép bacillusok egyenletesen festődnek, míg az elfajulásban levők különböző színárnyalatokat mutatnak. Carbolfuchsinnal festve utóbbiak némelyike igen erős vörös, másika meg nagyon halvány rózsaszínt vesz fel. Az átmeneti állapotban levő egyedek egyszerre több színárnyalatot mutathatnak, az egyik végük rendszeren sötét-vörösre festődik, mely színből fokozatos az átmenet a másik vég rózsaszínébe. (Ezen jelenség különben majdnem minden saprophytánál észlelhető.)

Lenyomott („Klatsch“) készítményeken a culturák rajzolata typhusra emlékeztet. A tenyészetek megkivánt hőmérsékleti viszonyok közt legfeltűnőbb az, hogy *testhőmérsék mellett e bakteriumok egyáltalán nem fejlődnek*. S ha friss ojtásokat 72 órára 37.5° os thermostátba helyezünk, tenyészhetőségük teljesen megszűnt, miről könnyen meggyőződhetünk, ha ismét szobahőmérsékbe = $16-20^{\circ}$ -ra helyezük az ojtásokat, mely hőfok a legjobban felel meg e bakteriumnak, s ennek dacára nem fejlődnek ki az ojtások.

A culturák morphologic e megkísérlett mesterséges táptalajokon igen változatos küleműt tüntetnek fel, mely azonban némely táptalajon is változik a szerint, a mint a bakterium többé vagy kevésbé hozzászokott.

Utóbbi szempontból első helyen áll a legnagyobb használatnak örvendő 10%-os gelatine, melynek friss vagy kissé állott volta lényeges befolyással van, mint később látni fogjuk, a szűrési culturáknak többé vagy kevésbé charakteristikus kifejlődésére.

Ha a szokásos bakteriologikus vizsgálati menetet szem előtt tartva, először a gelatinelemezek külemét vizsgáljuk, azt látjuk, hogy tiszta tenyészetben 24-36 óra múlva kissé kiemelkedő, élesen körülírt, gömbölyű, elég durván szemeres, kissé barnás-sárga coloniák jelennek meg. Ha góresővel megtekintjük őket, csak annyiban látunk különbséget a felületesen és mélyen fekvő coloniák között, hogy egyenlő idő múltán előbbiek tetemesen nagyobbak s 48 óra múlva kifejezett folyósítási tölésérről bírnak, mely további 1-2 nap elteltével, körültekintésben kevésbé, de mélységben elég gyorsan gyarapodik s oldalai meredeken mélyednek. A fiatal coloniák góresővel nézve sötét középponttal bírnak, mely azonban elég rövid idő alatt eltűnik azon arányban, a mint a tölésér mélysége növekszik; nemsokára helyét üres folt foglalja el, a colonia gyűrűszerűvé válik (mint pl. némely cholera bakterium coloniái) s néhány nap múlva szétszakadozva látjuk a tölésér széleire helyezkedni. A mélyebb coloniák átlag valamivel sötétebbek, központjuk nem oly kifejezett, növéstük sokkal lassabb a felületesen fekvőkénél, s a colonia egységes korong marad mindaddig, míg folyósítási öve 2-4 mm.-es 3-dik dilútiós gelatinelemez felszínét 4-6 nap alatt el nem éri. Ennek megtörténtével ugyanazon változásokon mennek keresztül mint a felszínen fejlődöttek.

Míg egyrészt az volt tapasztalható, hogy *B. subtilissal* való symbiosis alatt e bacillus coloniái nagyon lassan fejlődven, a lemezek elfolyósodtak a *B. subtilis* hatása alatt, még mielőtt e coloniák kifejlődhetek volna, de meg még erősen diluált lemezekon is későn kifejlődő *subtilis* coloniáknak tekinthetők,

addig a későbbi megfigyelések azt mutatják, hogy e bakterium peptonizáló intenzitása azon mértékben növekszik, a melyben a gelantine-on való tenyészethez hozzá szokik.

Különösen feltűnő ez a gelantine szűrési culturákban, melyekben növekvési alapja eddig egyedül álló charakteristikus formában jelenik meg.

E jellegző alak az első tenyészeteknél hetekig eltérés nélkül mutatkozott s csak az év tavaszán, midőn 3 hónap óta át nem oltott culturák vétettek ismét vizsgálat alá, tünt fel, hogy e bakterium peptonizáló képessége tetemesen növekedett, minek folytán a szűrési culturák sokkal gyorsabban folyosodván, bizonyos fogásokhoz kellett fordulni a charakteristikus szűrési tenyészetek reproductiójára, melyeket említenem kell esetleges identitási controlvizsgálatok pontos kivihetőségéért. Ezen célból ajánlatos e bakteriumot valamely természetes táptalajban néhány generatió át tenyészteni s ismételt gelatinára való átvitelnél középvastagságú platintüvel nem egészen frissen készített, hanem legalább 2-3 hetes, állott avagy magasabb concentrációval készített gelatinára ojtani át. Ezen eljárással első kitenyésztése alkalmával leírt igen charakteristikus szűrési culturákat nyerhetünk.

A szűrési esatorna 24 óra múlva egyenletes, opalescáló, sárgás-fehér tölésérré alakul át, mely egész hosszában levegőt tartalmaz. 36-48 óra múlva lassú folyósítás mellett felülről lefelé haladólag, az egész szűrési esatorna mentén számos, apró, gömbölyű, bimbószerű kivájlulatot látunk fellépni, úgy hogy 48 óra elteltével az egész tölésér gyöngyökkel kirakott pezsgős pohárhoz hasonlít, melynek minden gyöngye egy kis coloniát látszik tartalmazni. Legintensivebben lép fel a cultura ezen alakja Elsner-féle jodkaliumos gelatine-on. Ezen fejlődési folyamat oldalirányban növekvő lakunákkal halad előre, míg a tölésér elhigult gelatine-nal ki nem telik s akkor, midőn a folyósítási tölésér legfelső része a tubus széleit eléri, alsó hegyes vége pedig sárgás, sajtos, kissé kanyarodva alásülyedő zoogloea tömeggel van kitöltve, a cultura hasonló fejlettségű cholera-culturától meg nem különböztethető. 8-14 nap múlva, néha azonban csak későbbben az egész gelatine öszlop elfolyósodott s utóbb sárgás-barna színt ölt. Nagyon lassú folyosodás esetén e világos sárgás-barna színképződés a még el nem folyósított gelatine felsőbb rétegeiben is észlelhető.

Ferdített agar-agar és glicerin-agar táptalajon finoman szemeres, gömbölyű, harmatszerű apró coloniákkal indul meg a vegetatio; ezek eleinte *B. subtilis* coloniáitól nehezen különböztethetők meg, noha tüzetesebb vizsgálatnál finomabban szemereseknek és éles szélűeknek tünnek fel a coloniák s tovább fejlődve sem válnak oly bolyhosokká mint a *B. subtilis*éi. A tenyészet elég gyorsan fejlődik addig, míg az ojtási vonal mentén fejlődött coloniák össze nem folynak. A továbbfejlődés ezután alig vehető észre, mintha csak megakadna az egész ojtási vonal mentén. A táptalaj szabad felszínét, ha a cultura tiszta, nem lepi el, de ha *B. subtilissal* van fertőzve az egész felszínre is kiterjeszkedik. A tiszta culturából származó lepedék kissé opalescáló, sárgás vagy szürkés-barna, mely színárnyalat, ha bac. *subtilis* is van jelen, észre alig vehető s csupán a táptalajnak napok múltán felülről lefelé haladó barnás sárga színváltozása tesz figyelmeztetést arra, hogy nem tiszta *B. subtilissal* van dolgunk. Tiszta culturában a táptalaj barnulása már a 3-4-dik napon észrevehető s a felső esüestől valamint a szabad felszín felől terjed a mélybe s az eprouvetta feneké felé. 8-10 nap alatt az agar egész vastagságában egyenletesen megbarnul, de átlátszóságát azért el nem veszíti. A lepedék ekkor világos-barna színt ölt, mely 1-2 hónap alatt ép oly sötét-barnává válik, mint a táptalaj s csak a felszín egyenetlensége s nedvessége árulja el a lepedék jelenlétét, mely gyéren fellépő gombostüfejnői, világosabb barna kiemelkedő, secundaer coloniácskákval van itt-ott kirakva.

Szőlőcukor és lakmussal megfestett agaron a bakterium redukáló képessége néhány nap alatt válik az által nyilvánvalóvá, hogy a legmélyebb agar rétegek, melyeket még condens-víz takar, elszíntelenednek teljesen s 2-3 hét múlva gyenge savfejlődés is válik észlelhetővé a lakmusnak gyenge vöröses színváltozása által.

Spóráképződés ellenőrzése céljából ojtott pepton nélküli agaron az említett színváltozás 2 hét leforgása alatt észlelhető nem volt.

Kiefer-féle táptalajon a táptalaj színváltozása szintén nem feltűnő, de a bacillusok nagysága tér el tetemesen rendes dimenziójától s még nagyobbá és vastagabbá is kifejlődik, mint a *B. subtilis*.

Meg nem alvasztott tojásfehérjében hetekig volt e bakterium észlelhető a nélkül, hogy szini elváltozást okozott volna avagy a tojásfehérje megzavarodott volna.

Megalvasztott s ferdített tojásfehérjén azonban szorosan az ojtási vonal mentére szorító barna csikként jelentkezik a cultura, mely a táptalajt mintegy kivágja s 8–10 nap alatt a culturától mentes, fehér tápanyag eleinte halvány rózsaszínű, utóbb barnás-ibolyás színeződést nyer.

Löffler féle vérsavón a tenyészet bujának egyáltalán nem nevezhető. Halvány sárgás-vöröses színben indul meg az ojtási vonal mentén, mely később barnás-vörösbe esap át s a vérsavót lassan folyósítja.

Peptonlevesben és bouillonban a pálczikák igen rövidek; 24 óra alatt e táptalajok erősen megzavarodnak, de hártya képződést nem mutatnak; 4–6 nap múlva azonban elég vastag szakadékony hártya is képződik a felszínen. 8–10 nap múlva a tenyészet legfelsőbb rétegeiben sárgás-barnás színeződés mutatkozik, mely mind mélyebbre haladva, felülről lefelé sötétedik s 4–6 hét múltán a culturák oly sötét-barna színűvé válnak, minő a frissen készített nuclein-suspensio.

Nuclein-suspensióban a bakteriumok vegetálása csak hetek múltán jelentkező kis üledékként mutatkozik, melyet megelőzőleg a bacterium jelenléte csak görcsövíleg constatálható. *B. subtilis*től alig észrevehető nagysági különbözet által tér el, mely különbség is azonban csupán tiszta culturák parallel vizsgálata által állapítható meg.

A Kiefer-féle táptalajon kívül a két bakterium nagysági különbségei leginkább burgonyán tenyésztve közelednek egymáshoz, noha macroscopikus küllemük itt is lényegesen eltér. Míg a *b. subtilis* szürkés-fehér lepedéket képez, addig ezen bakterium a takonykór bacillusához szerfölött hasonló, de ennél valamivel sötétebb, vöröses-barna, bársonyszerű lepedéket képez az ojtás mentén, a burgonyalemez pedig sötét szürkévé válik egész vastagságában. Alkalikus burgonyán a vegetatio valamivel gyorsabb, mint gyengén savanyú vegyhatásún. A burgonya tenyészetek tartalmazzák a legtöbb involutiós alakot s lánczok és fonalak képződése is itt észlelhető leggyakrabban.

Spóráképződést ismételt vizsgálatok dacára sem sikerült kimutatni.

Az összes mesterséges táptalajon intensív rothadási szag fejlődik, mely azonban akkor, ha a bakterium vagy igen alacsony hő mellett fejlődik, vagy az illető táptalajhoz nagyon hozzászokott, igen kis mértékben válik érzhetővé; de ha az említett hőmérsékben avagy tejben tenyésztjük, intensív bűzfejlesztő képességét hamar visszanyeri. Igen intensív e bűz főleg sterilizált tejben, melyet nem alvaszt ugyan e bakterium meg, de 2–3 hét alatt a tej piszkos, szürkés-sárgás, igen bűzös savóvá alakul át.

Szőlőczukros táptalajokban mészcáronát hozzáadásával sem volt gázfejlődés kimutatható. Az anaërob tenyésztési kísérletek sikertelenek maradtak.

A rendes laboratoriumi kísérleti állatok: fehér egerek, tengeri és házinyalak, kutyák és macskák 1 cm³ 48 órás bouillonculturák subcután és intraperitonealis ojtásával szemben refractaer viselkedést tanúsítottak.

Ha tehát végig tekintünk a bakterium tulajdonságain, melyeknek megfelelően legezészerűbben „*Bacillus brunigenus putrefaciens*”-nek nevezhetjük, meggyőződhetünk arról, hogy egyrészt *gelatine szűrési kulturájának különleges fejlődési alakja, mesterséges táptalajokon észlelhető barna színprodukcioja s fejlődésének testhőmérséknel való teljes megszűnése* mint önálló fajt jogosít tekinteni a rothadási bakteriumok sorában, melyekhez egyrészt *redukáló képessége, másrészt szerves anyagok bűzös*

lomlását előidéző tulajdonsága által tartozik. Hogy dacára göresői morphologikus hasonlóságának *B. subtilis*hez, sem a szénabakteriumok sorozatához, sem pedig a proteusfajokhoz, melyekre *szaga* leginkább emlékeztet, nem tartozik, nyilvánvaló egyrészt épen *bűzfejlesztése* által, mely tulajdonsága a szénabakteriumoktól elválasztaná, még ha festeny képződése nem is különítené el teljesen, ép úgy másrészt a proteusok közé sem sorolható, miután thermostátban nem fejlődik és *gelatine* meg burgonya tenyészete ezektől teljesen eltérő. Hogy *Flügge* bacillus mesentericusával, dacára az ezen bakteriumnál is észlelt barnás festenyképződésnek, szintén nem identifikálható, az az elmondottak után elég világosan kitűnik.

A mi pedig a *Sanfelice*, *Hauser*, *Flügge*, *Lüderitz*, *Liborius*, *Beck Miksa*, *Rütsert* és mások által eddig leirt többi rothadási bakteriumokat, b. Zopfi-t stb. illeti, egy sines közöttük, melynek karakteristikuma a *bacillus brunigenus putrefaciens*-vel azonosítható volna s azért úgy látszik jogosan állítható ez közük mint még eddig ismeretlen rothadási bakterium.

Közlemény a szt. Rókus-kórház XI. orvosi fiók- osztályáról.

Adatok a női gonorrhoea kór- s gyógytanához.

Schultz Henrik dr., nőorvostól.

(Vége.)

A kórházban tehát Braun-fecskendővel végeztük az *intrauterin kezeléseket 10%-os argentamin-oldattal mindazon* esetekben, a hol a cervicalis váladékban gonococust tudtunk kimutatni.

Az intrauterin kezelést hanyatt fekvő helyzetben végeztük, ezen fekvés mellett Sims-tükörrel tárjuk fel a hüvelyt s egy golyófogó segítségével rögzítjük a portiót. Ily módon igen jól sikerül a méhszájat a látóterbe hozni s kellőleg desinfectálni. A desinfectio 1‰ sublimat-oldattal történt, melylyel a hüvelyt kiöblítettük s a portiót lemostuk, ezután a fecskendőt a belső méhszájon átvezettük s közvetlenül a belső méhszáj felett a fecskendőnek fele részét az uterusba kiírtítettük. A kiírtítés lassan történik, úgy hogy a folyadék úgyszólván cseppekben kerül az uterusba, ezután a fecskendőt lassan visszahúzzuk, hogy ennek mentén a netán felesleges gyógyszer visszafolyhassék. A fecskendőben maradt folyadéknak másik felét a cervicalis esatornában írtítjük ki, végül a méhszáj elé glicerinebe mártott vattatampont helyezzük.

Az intrauterin kezelésnek ezen leírását azért tartottam szükségesnek, miután súlyt fektetnék arra, hogy az uterusba ne kerüljön sok s ne maradjon vissza folyadék. *Tapasztalásunk szerint ugyanis a kólikaszerű fájdalmak azon eseteknél léptek fel többnyire, a melyeknél vagy több folyadék jutott az uterusba, vagy pedig ennek feleslege nem folyt vissza.* A glycerines tampont csak azért tettük a méhszáj elé, hogy az utólag még kiszívargó folyadék ne ejtsen foltot a fehérmeműn.

Az intrauterin kezelést 47 esetben alkalmaztuk fél év alatt. Ezekből csak 38 betegnél végeztük a kezelést a gyógyulásig, miután 9 esetben félbe kellett azt szakítanunk részben a fájdalom miatt, részben azért, mert a beteget időközben át-helyezték.

A legkevesebb injectio volt 6, a legtöbb 14, a mit egy beteg kapott. Az intrauterin kezelést 4–5 naponként végeztük, ezenkívül pedig másodnaponként a hüvelynek kiöblítése történt 1‰ sublimat-oldattal. Az egész kezelés alatt körülbelül hetenként végeztünk gonococcus vizsgálatokat, s ezen vizsgálati eredménytől tettük függővé, hogy hány intrauterin kezelést alkalmazunk. A kezelést ugyanis félbe szakítottuk, ha a cervicalis váladéknak gonococcus vizsgálata 3-szor egymásután negatív volt.

A kezeléssel párhuzamban végzett gonococcus vizsgálatok lehetővé tették annak áttekintését, hogy esetről esetre hány intrauterin kezelés volt elegendő arra, hogy a gonococcusok

a cervicalis váladékból eltűnjenek. Az eredmény kiténik a következő táblázatból:

2	kezelésre	eltűntek	a gonococcusok	1	esetben
3	"	"	"	7	"
4	"	"	"	12	"
5	"	"	"	9	"
6	"	"	"	5	"
7	"	"	"	1	"
8	"	"	"	1	"
10—12	"	"	"	2	"

Az első negatív gonococcus lelet után még folytattuk az intrauterin kezeléseket s így történt, hogy a betegek 2—3 injectióval a szükségesnél többet kaptak.

Ekként megnyult ugyan a kezelés ideje, de a betegek kórházi tartózkodása még ez által sem tartott annyi ideig, mint a Playfair-sonda alkalmazása mellett. A leghosszabb kezelés sem vett 40—50 nappal többet igénybe, a mely mellett 14 intrauterin kezelést végeztünk, s nem voltunk kénytelenek az idő hosszúsága s a miatti türelmetlenségük folytán a betegeket gyógyulatlanul kibocsátani, mint a Playfair-sonda alkalmazásának idejében.

Az intrauterin kezelésnek csak egy hátrányát tapasztaltuk s ez abban állott, hogy utána néhány esetben erős kólikaszerű göresök, majd fájdalmak léptek fel, a melyek miatt 5 esetben a kezelést félbe is kellett szakítanunk. Ezen 5 esetben ugyanis 1—2 napig tartott az alhasi fájdalom, a mely miatt morphium injectiót is kellett adnunk, de a localis lelet azért nem mutatott semmi eltérést s a fájdalmak 2 nap után teljesen megszűntek.

Voltak még ezenkívül eseteink, a melyeknél $\frac{1}{2}$ —2 óráig tartó enyhe reactio követte a kezelést, de a legtöbb minden fájdalom nélkül tűrte ezt.

Az intrauterin injectio azoknál okozott leginkább göresöket, a kiknél a belső méhszáj oly szűk volt, hogy a kanült is csak nehézséggel tudtuk rajta átvezetni, s ezeknél is inkább az első kezelés alkalmával. Általában azt tapasztaltuk, hogy a nulliparák nagyobb részénél az első kezelés kisebb-nagyobb reactióval járt, de a későbbi kezelésekre már ezeknél sem okoztak göresöket. Ezen körülménynek magyarázatát abban találtuk, hogy a belső méhszáj a kezelésekre folyamán tágabb lett. Tényleg több betegnél tapasztaltuk azt, hogy az első kezelés alkalmával alig tudtuk a kanült a belső méhszájon átvezetni, míg később ez elég könnyen sikerült.

Azon esetekben, a hol szülés ment előre, vagy e nélkül is elég tág volt a belső méhszáj, kezelésünk után semmiféle reactiót nem láttunk.

Ebből az következne, hogy szűk méhszájnál előbb tágitást végezzünk, mielőtt a kezeléshez fogunk. Ez volna tulajdonképen a helyes eljárás, a mit a gyakorlatban nem is mulasztanék el; de kórházi anyagunk mellett ennek kivitele nem igen lehetséges. Oly renitens betegek fordulnak meg ilyen osztályon, a kik inkább kényszerzubbonyt viselnek el, mint valamely kezeléssel járó fájdalmat.

A kólikaszerű fájdalmakat, a melyeket néha az egész alhas érzékenysége kíséri, nem tulajdoníthatom azon körülménynek, hogy a gyógyszerből valami a tubákon keresztül a hasürbe jutott; mert először a kanült nem vezettük magasabbra, mint közvetlenül a méhszáj fölé, másodszer csak keveset mintegy $\frac{1}{2}$ —1 grammot fecskendeztünk az uterusba, melynek egy része erős sugárban ömlött vissza, s végül mert már a műszer bevezetésénél hasonló fájdalmakat éreztek a betegek több esetben.

Még óvatosabbak voltunk azon eseteknél, a melyeknél erősebb reactiót tapasztaltunk. Igen kevés gyógyszert fecskendeztünk be s mégis ismétlődtek a göresök, azt kell tehát feltennünk, hogy a kezelést követő reactiót az uterus összehúzódása okozza, melyhez a tubának erősebb vonaglatása, talán erősebb peristaltikus mozgása járul. Ezen körülmények azután az egyének érzékenysége szerint is különböző hatással lehetnek.

Az intrauterin kezelést adnex-megbetegedésnél is végeztük, s azt tapasztaltuk, hogy a reactio itt sem nagyobb mint adnex-

megbetegedés nélkül, s hogy itt is a méhszájnak szűkületével hozhatók kapcsolatba a nagyobb reactiók. Rendesen azonban elég tág méhszájat találtunk ezen esetekben s így nagyobb reactióval nem is igen találkoztunk. Fehling s mások nem tartják helyesnek az intrauterin kezelést adnex-megbetegedés mellett, így Fehling azt mondja: „Wenn schon deutliche Zeichen des Ergriffenseins der Adnexa vorhanden sind, ist ein jeder Versuch der intrauterinen Medikation zu meiden“. Mi történjék tehát egy olyan gonorrhoeás uterusal, mely mellett az adnexok is betegek? Ha nem kezeljük az uterus, akkor tétlenül kell nézünk a folyamatnak esetleges továbbfejlődését; miután azonban tapasztalásunk szerint a kezelés által kellő óvatosság mellett nem ártunk, így végezzük legalább annyit, a mennyit az ily viszonyok között tehetünk.

Az intrauterin kezelés alatt állott betegeink között 9-nél volt adnex-megbetegedés, s pedig kifejezett tubaris-megbetegedés, mint ez a következő igen rövid leírásból kivethető:

I. eset: Uterus a középvonalban, anteflexióban, jobboldali sarka vastag, e vastagodás átmegy egy kis ökölnyi egyenetlen felületű fájdalmas rögzített daganatba.

II. eset: Uterus a középvonalban, elől; baloldalon s részben mögötte egy ökölnyi hurkaszerű fájdalmas daganat, mely a hüvelyboltozathoz van lenőve.

III. eset: Uterus elől anteflexióban, jobb sarkából indul ki egy ökölnyi fájdalmas tumor. E mellett a Douglas is resistens.

IV. eset: Uterus a középvonalban, mindkét sarka jó ujjnyi vastag, melynek folytatásában kis ökölnyi fájdalmas daganatok tapinthatók.

V. eset: Uterus a középvonalban egyenes állásban, mindkét sarkából a keresztsonthoz lenőtt ökölnyi fájdalmas gömbalakú daganatok indulnak ki, melyek a kezelés dacára kisebbedtek.

VI. eset: Uterus anteflexióban a középvonalban, baloldalon s részben mögötte két ökölnyi hosszúkás, karélyozott fájdalmas daganat; a jobboldali tuba ujjnyira vastagodott.

VII. eset: Uterus retroponálva, bal sarkával egy ökölnyi fájdalmas tumor függ össze.

VIII. eset: Uterus anteflexióban, baloldali sarkából egy hosszúkás kanyarulat, gyermekkar vastagságú képlet indul ki, a jobboldali tuba ujjnyi vastag.

IX. eset: Uterus a középvonalban anteflexióban, mindkét oldali tuba ujjnyira vastagodott végciken az ovariumokkal együtt conglomeratumot képeznek.

Ezen esetekben, mint látható, egy betegnél a kezelés dacára a tumorok kisebbedését konstatálhattuk a kezelés végén; s csak egy esetünk volt, a melynél a kezelés elején csak lenőtt adnexákat, végén pedig két oldali adnex-tumort találtunk. Ezen egy esetben tehát a kezelés ideje alatt fejlődött ki adnex-tumor.

Az adnex megbetegedések fenti esetekben mindenesetre oly complicatiók voltak, melyek Fehling szerint az intrauterin kezelést nem engedték volna meg. Tapasztalásunk ezzel szemben azt igazolta, hogy ily esetekben is baj nélkül végezhető e kezelés, a mennyiben a 9 beteg között 3-nál láttunk csak mérsékelt $\frac{1}{2}$ óráig tartó reactiót az első kezelés után, míg a többi 6-nál épen semmi fájdalom sem követte az intrauterin kezelést. Meg kell jegyezni, hogy ezen esetek a betegségnek chronikus stadiumában voltak már, acut esetekben természetesen minden localis kezelés kerülendő, miután inkább abszolút nyugalomra van szükségük az ilyen betegeknél.

Az intrauterin kezelésnek hatása részben abban nyilvánult, hogy a cervicalis váladék minőségében s mennyiségében változott meg; részben abban, hogy ezen váladékból a gonococcusok eltűntek. A menstruációra legtöbbször nem volt befolyással az intrauterin kezelés, s ha egyes esetekben volt, úgy ez abban állott, hogy a menstruatio a kezelés tartama alatt vagy tetemes késéssel vagy pedig egyáltalában nem jelentkezett, csak 3 esetben mutatkozott rendetlen vérzés, mely kis fokú volt s úgy látszik a nyákhártyának felhorzsolása folytán keletkezett.

A cervicalis váladéknál megkülönböztettünk gyenges, zavaros, kissé zavaros s üvegszerű nyákot, melyeknek mindegyikénél azt találtuk, hogy vegyhatásuk néhány eset kivételével gyengén alkalikus volt. Csak kivételesen volt a cervicalis nyák közömbös vagy gyengén savi hatású.

A mikroskopikus lelet a váladéknak fent említett minőségei szerint változó volt. A rendes alakelemeknek, nevezetesen a

fehérvérsejt, genyesejt, hámsejt s alakatlan nyáknak, hol egyike hol másika volt túlnyomó.

Kezelésünk alatt a váladék mennyiségében akként változott, hogy a bő váladék helyébe kevés lépett. A sok váladék, mely a cervicalis csatornából kiestingött, s mely az uterusra gyakorolt nyomás folytán ebből kiürült, tetemesen alászállott, úgy hogy végül csak üvegszerű nyákcsap alakjában jelentkezett.

A genyes vagy zavaros váladék átlag 6—8 kezelés után feltisztult s üvegszerű lett, melynek megfelelőleg a görcsői kép is megváltozott, a mennyiben a fehér vérsejtek s esetleges genyesejtek jóval kisebb számban voltak jelen a váladékban, s inkább kevés hámsejt s alakatlan nyákból állott a görcsői kép.

Legnagyobb hatása azonban a kezelésnek az volt, hogy a gonococcusok eltűntek a váladékból s pedig mint a fenti táblázatból kitűnik gyakran már 4—5 intrauterin kezelés után.

Nem végeztünk parallel kísérletet arra nézve, hogy nem volna-e elegendő Braun-fecskendővel csak a cervix-csatornának kezelése; oly esetekben vehető fel ezen kérdés, midőn csak a cervicalis nyákban tudjuk kimutatni a gonococcusokat s az uterusban nem. Nem lehetetlen, hogy ezen eljárással hasonló jó eredményeket érjünk el, mint az intrauterin kezeléssel, de akkor minden betegnél szükséges volna az uterinalis váladék vizsgálat, hogy oly esetekben, midőn az uterus váladékban is ki tudjuk mutatni a gonococcusokat, utóbbi is kezelhessük; s ezt annyival fontosabbnak is tartom a gyakorlatban, mert ninesen kizárva, mint fentebb jeleztem, hogy a cervixcsatorna kezelése mellett átviszszük a folyamatot később az uterusra. Ekkor pedig az uterus váladéknak folytonos ellenőrzése válik szükségessé. Mi elejétől kezdve az intrauterin kezelést alkalmaztuk, s az uterinalis váladéknak vizsgálatát azért végeztük, hogy a gonorrhoeás folyamatnak képét lehetőleg több oldalról lássuk megvilágítva.

Eredményeinknél a gonococcusoknak görcsös vizsgálata volna csak megtámadható, ha azt állíthatná valaki, hogy volt még ott gonorrhoea, a hol mi gonococust nem bírtunk kimutatni, de ekkor is pozitív tény marad a váladéknak fent említett minőségi s mennyiségi változása, melyet kétségbe vonni nem lehet.

A gonococcusoknak pathognostikus értéke lényegesen különbözik a szerint, a mint a vizsgálat pozitív vagy negatív. A míg ugyanis első esetben kétségtelen értékkel bír, negatív esetekben csak bizonyos határok között fogadhatjuk el döntőnek. Voltak nekünk is oly eseteink, melyeknél az első vagy második vizsgálat is negatív volt s a következő vizsgálatnál találtunk gonococust a váladékban. Teljesen indokoltnak tartjuk tehát, hogy a gonorrhoea kizárását legalább 3—4 negatív gonococcus vizsgálat alapján eszközöljük csak, a mint ezt Neisser is helyesnek tartja.

Negatív esetekben is azt hiszem, különbséget kell tennünk azok között, melyeknél még nem találtunk gonococust, s azok között, melyeknél volt gonococcus, de a kezelés folyamán már nem találtuk őket. Utóbbi eseteknél talán mégis nagyobb bizonyító értékkel bír a negatív lelet, mint az előbbieknél.

A kezelés eredményét legjobban akként lehetne ellenőriznünk, hogy ha a betegeket, kiket gyógyultan azaz az intrauterin kezelés után negatív gonococcus lelettel boesátottunk el, bizonyos idő múlva újra vizsgálat tárgyává tehetnők. Így az eredmény tartosságáról is tudomást szerezhethetünk. Sajnos, nem rendelkezünk többel, csak egy oly esettel, a melynél alkalmunk nyílt ilyen újabb észlelésre. Az év folyamán ugyanis egy beteget újból láttunk. Ezen betegnek áttételéről volt szó, a melyet végre is hajtottunk, miután nála nagyobb sebészi beavatkozásra volt szükség. Tekintettel azon körülményre, hogy folytatólagos kezelése a sebészeti osztályon is megtörténik, áttettük a beteget. A beteg 3 hónap múlva újra visszaküldetett hozzánk, megjegyzem, hogy ezen 3 hó alatt nem lett gonorrhoea ellen kezelve. Kórházi tartózkodása alatt ki volt zárva egy újabb infectio lehetősége s így ezen beteg vizsgálati leletére nagy súlyt fektettünk. Vizsgálatunk a kezelés eredményességét igazolta, a mennyiben a cervicalis váladék-

ban gonococust nem találtunk, jöllehet időközönként 3-szor végeztük a vizsgálatot. A cervicalis váladékban ugyanis az áttétel előtt sem találtunk már gonococust s így ez esetben az intrauterin kezelésnek hatása állandó maradt. Az urethrában azonban volt még gonococcus az áttétel alkalmával, ugyanitt az újabb vizsgálatoknál is találtunk gonococcusokat. Ezen egy eset nem bírhat ugyan bizonyító értékkel ily fontos kérdésben, de legalább nem döntötte meg a kezelésbe helyezett bizalmunkat.

Végül legyen szabad még egyszer az egész évi anyag vizsgálataiból levonható következtetéseinket néhány rövid mondatban összefoglalni:

1. *A kéjnöknek legalább $\frac{2}{3}$ része, 64.8% biztosan szenved gonorrhoeában.*

2. *A gonorrhoea jelenlétét csak a gonococcusok kimutatása után mondhatjuk ki biztosan, miután a klinikai kép elégtelen.*

3. *A gonorrhoeát mai tudásunk szerint valószínűséggel kizárhatjuk, ha szabályos időszakokban legalább 3-szor végzett mikroskopikus vizsgálatnak eredménye negatív. A jövő feladata azt kimutatni, hogy ezen vizsgálatok elegendő-e a diagnosis felállításánál vagy sem. Főleg negatív esetekben a jelzett kulturától várunk biztos felvilágosítást.*

4. *A normalis cervicalis csatorna s uterus ür úgy látszik, nem tartalmaz semmiféle bacteriumot.*

5. *Kéjnöknel s sokat közösülő nőknél az urethra s cervix gonorrhoeája legtöbbször egyidejűleg van jelen. Ha külön-külön van, úgy körülbelül egyenlő arányban fordul elő; sokkal ritkább az uterinalis, kivételes a vaginalis s rectalis gonorrhoea.*

6. *Cervicalis gonorrhoea mellett az eseteknek csak kis számában találtunk az uterus váladékában gonococust.*

7. *Adnex-megbetegedéseknek nem minden esetében, sőt mondhatnánk kisebb részében találtunk az uterusban gonococust.*

8. *Ebből azon valószínű feltevés következik, hogy a gonococcusok úgy mint a tubákban, Bartholin-abscessusokban, szőlő elzárt ürökben, úgy az uterusban is tönkre mehetnek egy idő múlva.*

9. *Az eddigi prophylaxis hiányos s így okvetlenül javítandó.*

10. *A női gonorrhoea kellő türelemmel s szakértelemmel az esetek nagy számában meggyógyítható, s pedig úgy a cervicalis mint az uterinalis folyamat. Az eseteknek legnagyobb részében javítható annyira, hogy legalább a fertőzés veszélye a minimumra reducálható.*

11. *A kezelésre czélszerűbb Playfair-sonda helyett az alumíniumcsővel felfegyverzett Braun-fecskendőt használni.*

12. *Az argentamin 10% oldatával a legjobb eredményt értük el cervicalis s uterinalis gonorrhoeánál, a mennyiben a váladék kevesebb lett, a genyes vagy zavaros nyák üvegszerű lett, s a gonococcusok eltűntek a váladékból.*

13. *Az intrauterin kezelés leginkább szűk méhszáj mellett okoz reactiót, előzetes tágitás és a kellő óvszabályok tehát kívánatosak. A görcsös fájdalmak elkerülhetők, ha kevés gyógyszert viszünk az uterusba, s ha a visszafolyást biztosítjuk.*

14. *Adnex-megbetegedést csak operatív úton kezelhetünk, de ezzel a lehetőségig várjunk, miután a tubaris folyamat kialakíthatik, a cervix s uterus gonorrhoeáját pedig adnex-megbetegedés mellett is kezelhetjük.*

Ezzel beszámoltunk egy év alatt szerzett tapasztalatainkról. Végül nem mulaszthatom el Róna főorvosnak e helyről is köszönetemet nyilvánítani az anyag átengedéseért s szíves támogatásáért.

Megjegyzések a „Nyaki echinococcus esetek“-re.

Beck Bódog dr.-tól.

Az „Orvosi Hetilap“ mult számában megjelent „Nyaki echinococcus esetek“ című cikk javarésztében az „Orvosi Hetilap“ f. é. 27. és 28. számában megjelent közleményemre vonatkozik.

A cikk hangjára, modorára — előre is kijelentem — nem reflectálok, megbíráását az olvasóra bízom; nem lévén szándékomban, az ezen lapok hasábjain még szokatlan hangot meghonosítani, illetve folytatni. A mennyiben azonban a cikk közle-

ményemet kritizálja, sőt személyemet is illeti, szó nélkül nem hagyhatom.

Ime az előzmény!

Az „Orvosi Hetilap“ f. é. 27. és 28. számában „Nyaki burkonytömlőkről“ írt közleményemben egy ritka esetet teszek közzé, egyúttal — az irodalomnak teljes és fáradságos átkutatása után — recapitulálom az eddig közölt eseteket, azok közös vonásait és a belőlük levont és levonható tudományos következtetéseket; vezérelve nem egyéni hiúságom által, hanem az irodalom iránt való kötelességet véve teljesíteni, egy nálunk még le nem írt hason eset közlésével.

Felemlítem ekkor, legjobb meggyőződésem szerint, hogy esetünk a világirodalomban a 27-dik, irodalmunkban pedig az első, *mit különben továbbra is fentartok*. Megjegyzem azonban, hogy *nem tartom ezt sem dicsőségnek, sem egyéni érdemnek*.

Ekkor kapom cikkíró úr „veto“-ját, egy nem épen collegiális nyílt levelezőlapot, melyben lakonice „figyelmeztet“, hogy a „Gyógyászat“ 1889. évi 24., 25., 26-dik számaiban leírt egy nyaki echinococust. Meglepett, hogy az eset — midőn az egész magyar irodalmat is átkutattam — figyelmemet kikerülte, *rögtön válaszoltam is* cikkíró úrnak, hogy utána nézek a dolognak és addig is, míg megfelelő helyen corrigálni fogom a tévedést, szíves elnézését kérem.

Érdekes közleményt remélve a „Gyógyászat“ 1889. évi 24., 25., 26-dik számaiban, kézhez veszem a lapot és találok is a 26. számban, „Tömlős nyaki daganatokról esetek kapcsán“ címmel egy közleményt. (Persze „echinococcus“, „burkonytömlő“ stb. jelzés alatt hiába kutattam át az indexeket.)

És maga a közlemény? Egy eset, melyre a szigorú bíráló úr hivatkozik és *melyet helyreigazításában több fontos és nem épen mellékes kiegészítés-et is told meg*, mint pl. hogy a *nyakon*, hogy a *sternocleidomastoideus előtt feküdt a daganat*, mely esetnek — az eredeti közleményben — *anamnesise és statusa együttvéve 19 szóból áll*; szóról-szóra: „A bal fültő alatt egy tyúktójásnyi élesen határolt mozgatható terimenagyobbodás, mely rendszeres színű, redőbe szedhető bőrtől fedett, kifejezetten hullámzik“. Meg van ezenkívül említve, hogy a tömlőt felszúrták, echinococushólyagok ürültek ki, üregét kikaparták kanállal, két és fél hónap alatt gyógyult.

Azt hiszem, hogy mindenki, ki e kérdéssel csak némi-leg is foglalkozott, még eme nagyon *hiányos leírásból* is kivetheti, hogy cikkíró úr esete *nem egyéb mint egy eléggé gyakori felületes bőrechinococcus*, nem pedig a *nyaki nagy edényekkel összefüggő, melyből kiinduló nyaki burkonytömlő*. Már pedig közleményemben, ha cikkíró úr azt teljesen elolvasta, többször hangsúlyoztam, hogy *csakis a szorosán vett, közös tulajdon-ágókkal bíró, tipikus nyaki burkonytömlőkről* szólok, kizárva a regio parotideae, tarkó, sőt még a pajzsmirigy-echinococcusokat is, nem is szólva egy fül alatt levő, *mozgatható, egészen felületes bőrtömlőről*. Hogy pedig az eset, melyre cikkíró úr hivatkozik, *tényleg az*, minden kétséget kizárólag bizonyítja a *felületes magas fekvés a fültő alatt, a könnyű mozgathatóság*, nem is szólva arról, hogy a nyaki nagy edényekkel összefüggő echinococustömlő falán *nem szokás és nem lehet kaparni*.

Mindezekről felvilágosítottam — ugyancsak levélben — cikkíró urat, megírva, hogy a correctiót, *mint helyén nem lévőt, sajnálatomra nem alkalmazhatom*; miből nyilvánvaló, hogy *nem felel meg a valóságnak*, midőn cikkíró úr azt állítja, hogy figyelmeztetésem daczára sem igazítottam helyre tévedésemet. Igenis, helyre igazítottam az ő tévedését és minthogy ő erről egy árva szót sem szól, ugyanezt *újából és most nyilvánosan is meg-erősítem*.

És most a cikk!

Azzal kezd: híven reproducálom a nyaki echinococcusokra vonatkozó érdekes tapasztalatokat, a mint azt 1893-ban Güterbock a Langenbeck-féle Archiv f. kl. Chirurgie 45. kötetében összeállította. Értem az inteniót! Bizonyítása pedig ennyi: Güterbock a 26 eset között nem említi cikkíró úr esetét — *tehát megfeleldekzem róla én is és a magam esetét mutatom be mint nálunk elsőt*.

Mindenekelőtt engedje meg cikkíró úr annak kijelentését, hogy közleményem mindenek felett *casuistikus* közlemény, megtettem kötelességem esetem kimerítő, minden oldalra kiterjeszkedő

leírásával, hogy annak más is vehesse hasznát. Felsorolva és ismertetve azután az irodalomban eddig előfordult eseteket, melyeket már más összeállított és ha ezeket nem állítom újból össze, hanem felhasználom — az csak természetes és nem megrovandó. Ha tenném, csak *felesleges és haszontalan* munkát végeznék, de viszont *nem is vindicálom magamnak az összeállítás érdemét*, mert az autorokat mindenütt világosan citáltam. Örültem volna azonban, ha ezikkező úr esetére is reflectálhattam volna, de sajnálatomra nem voltam abban a helyzetben.

Cikkíró úr *második* esetéhez szükségtelen hozzászólnom, csak megjegyzem, miszerint nagyon különös módja a kritikának, s annak csak gyengeségére vall, ha bíráló új, még le nem írt esetekkel hozakodik elő.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egyesület Nagyváradon.

1895. júniusi szakülés.

Elnök: Konrád Márk dr.; titkár: Berkovits Miklós dr.

1. Konrád Márk dr. a nagyváradai bábaképezde 1894-dik évi működését ismerteti.

Az ismertetés adatai közül felemlítendőek a következők:

Az 1894-dik évben felvétetett a szülőkörön 152, az elmúlt (1893.) évről maradt 7 egyén, tehát összesen 159 nő.

A betegek létszáma ezzel, s a nőgyógyászati osztály 114 betegével együtt 273 volt, a kik közül az intézetben szült 128.

A szülések lefolyása a következő volt:

Vetélés a terhesség 3. hónapjában volt	2
„ „ 5. „ „	3
„ „ 6. „ „	2
„ „ 7. „ „	2
Ikerszülés volt	1.

Magzatfelekvések:

Koponya fekvés { I.	57
II.	52
Farfekvés	4
Harántfekvés	5
Fejtetőfekvés	2
A szülők közül először terhes (I)	57 volt.

Az intézetben végzett szülészeti műtétek: fogóműtét 1, fejrefordítás Braxton-Hicks szerint 1, lábrafordítás koponyafekvésből és extractio 1, lábrafordítás harántfekvésből 4, magzat kifejtés 1, koponyafúrás 2, burokrepszés 7, burok művi eltávolítása 3, Credéműfogás 4, szülep művi eltávolítása 3, lepényrészletek eltávolítása 2, gátvarrás 13, Schultze-féle lóbálás 2, méhkaparás a gyermekágyban 1, tehát összesen 45 műtét.

Terhéseknél előjött betegségek: alkati bujakór 3, takár 5, sértetlen hymen 1.

Rendellenességek a szülés alatt: vastag burkok 7, rövid köldökzsinór 3, köldökzsinór-előesés 1, sok magzatvíz 1, vérzés a II. időszakban 2, szűk medence 2, ránggöres 1, belső méhszáj görese 1, méh zsongtalaúsága 5, méhrepedés (ezzel hozatott be) 1, gátrepedés 13, könnyű tetszhalotti állapot 4, mély tetszhalotti állapot 2 esetben.

Gyermekágyi megbetegedések: vérzés 2, bélhurut 1, subinvolutio 1, Bright-kór 1, húgycső-hüvelysipoly 1, orbáncz 1, bimbórepedés 5 esetben.

A magzatok életviszonyai: élveszületett 110, halvaszületett 10 gyermek.

A csecsemők betegségei: veleszületett gyengeség 4, nyulajkfarkastorok 1, köldöklob 1 esetben.

Nőgyógyászati kórosatok: vaginitis 10, vaginismus 4, cysta vaginae 1, pruritus vulvae et vaginae 1, atresia hymenalis et haematokolpos 1, carcinoma vaginae 1, urethritis 1, gonorrhoea 2, endometritis polyposa chron. 9, endometritis catarrhalis 16, endometritis haemorrhag. 3, metrorrhagia post abortum 5, stenosis orificii externi 6, retroflexio uteri 10, myoma uteri 4, prolapsus uteri 2, polypus uteri 3, carcinoma uteri 6, rheumatismus uteri 1,

parametritis chron. 13, perimetritis chron. 2, protrahált abortus 10, lymphadenitis 1, mastitis 1, cysta ovarii 1, prolapsus ovariorum 1, insufficientia bicuspidalis 1, hystéria 1 esetben.

Nőgyógyászati műtétek: méhürkikaparás 29, kisebb polyp kiirtása 5, méhnyak szétmetszése 4, haspunctio 2, méhrostdag kiirtása 3, imperforált hymen szétmetszése 1, ovariectomia 1, scarificatio cervicis 2 esetben.

Halál-okok: méhrepedés (behozott ezzel) 1, Bright-kór 1, tüdőlob 1, veleszületett gyengeség 4, köldöklob 1 esetben.

Az ismertett adatok kapasan utal előadó az asepsis előnyeire s a bábaképzésben a viszonyokat annyival jogosabban tartja igen kedvezőknek, minthogy a rendelkezésre álló kis anyagon aránylag sok növendék tanul. Szerinte a magánygyakorlatban a fertőzés esetei gyakoribbak.

Berkovits Miklós dr. egy kérdést intéz előadóhoz: a szülészek nagy részénél most oly nagy mozgalom indult meg, a mely a belső szülészeti vizsgálat ellen irányul, ezzel szemben előadó adatai azt mutatják, hogy kellő vigyázat mellett, sok vizsgálat dacára sem történik baj. Ha ama mozgalom híveket hódítana, hogy képzeli előadó a szülészeti haladását?

Konrád Máté dr. örömmel válaszol felszólaló kérdésére, hogy a kérdés megvilágításához hozzájáruljon. Előre bocsátja annak megemlítését, hogy a belső vizsgálatról való tartózkodással is túlzásba mentek, ép úgy mint kezdetben az antisepsissel is. Intézetében arra törekszik, hogy a szülésznek elsajátítsák a belső vizsgálatot felderíteni, hogy épek-e a szülésznek szülészeti, hogy belsőleg is ellenőrizni tudják a magzat fekvését.

A növendékeket egyenként a nők vizsgálatával gyakoroltatja, a kik már elhagyni készülnek az intézetet. Ezek közül is csak azokat vizsgálatja, a kik teljesen egészségesek. Tehát nem a terheseket vizsgálatja, hanem azokat, kik a puerperiumon túl vannak. Terhesek vizsgálatánál a külső vizsgálat útján igyekszik megállapítani. Tehát kellő elővigyázat mellett vizsgálat belsőleg is, a hol elkerülhető, csak külsőleg. Annyit azonban kétségtelennek tart, hogy a belső vizsgálat elégszer elkerülhetetlen. A szülésnél is kontroll alatt kell tartani a magzat fekvését, ellenőrizendő, hogy nyílik-e a cervix. Ezeket pl. csak belső vizsgálatot lehet eldönteni. Azt véli, hogy a vizsgálatról való nagy tartózkodástól el fognak térni s ha óvakodni is fognak a sok, a felesleges belső vizsgálatról, de elég belső vizsgálat fog végezteni. Ha a külső lágyrészek letakarítására s az egyéni tisztaságra kellő gond fog fordíthatni, ez nem is fog bajt okozni.

Révész Vilmos dr. felhívja a figyelmet azon körülményre, hogy a bábaiskolák kedvezőbb eredményt mutatnak fel, mint a magánygyakorlat. Ennek oka a nagyobb ellenőrzés. Míg a szülész-nők morális nívója nem emelkedik, a viszonyok ilyenek maradnak. A képzésből távozó szülész hamar feledi az ott hallott tanokat. Ő azt véli, hogy belső vizsgálat nélkül a szülészeti kellő módon nem gyakorolható, de a hol az felesleges, ne történjék. Már az első belső vizsgálatnál kell lehető tájékozást szerezni, hogy a további vizsgálatok feleslegessé váljanak.

Berkovits Miklós dr. köszöni előadó felvilágosításait. Szerinte a szülész-nőket a szigorú tisztasághoz kell szoktatni, s hogy a magánygyakorlatban ez ellen ne vétsenek, az ellenőrzés van hivatalosan megakadályozni. Ha szép szó nem használ, alkalmaztassák a legnagyobb szigor. Másrészt be kell ismerni azt is, hogy nemcsak a szülész-nők kvalitása jöhet itt tekintetbe, mert a bajok egy része a nyomorúságos életviszonyokban leli magyarázatát. Kiemeli a bábaképzés fontos szerepét a szülész-nők jóvalta szempontjából s nagyon fontosnak tartja számuk gyarapítását. A másodrendű bábintézetek nem felelnek meg a kívánt czélnak.

2. Grósz Menyhért dr. „Acute thyreoiditis“ czímmel ismerteti egy köresetet, mely gyakorlatában előfordult. Esete egy 40 éves férfira vonatkozik, a kinél gonorrhoea lépett fel, s reá 2—3 hétre nyaka erősen megduzzadt s azon a pajzsmirigy ökölnyi daganat képét mutatta. A beteg állapota antiphlogistikus eljárásra csakhamar javult. Az eset aetiologiai szempontból érdekes, bár egyébként is figyelmet érdemel, nem tartozván a gyakoriak közé. **Nélaton** pl. egy esetről sem emlékszik meg, a **Billroth Pitha**-féle nagy sebészeti műben 20 eset említettik, de ezek nem az író esetei voltak. **Korányi** is ír le nőknél látott eseteket, a kiknél a thyreoiditis nemi bajokkal függött össze. Ugyanő tesz említést azon

régi római észletről, hogy a nőknél az első coitus után a nyak körfogata nagyobbodnék. **Korányi** saját eseteiben a pajzsmirigy lobja endometritis s parametritis-szel együtt lépett fel. Nem lehetetlen, hogy e nemi bajok is gonorrhoeikus eredetűek voltak. Előadó saját esetében is a pajzsmirigy lobja s a gonorrhoea-közt aetiologiai szempontból közösséget talál.

Révész Vilmos dr. azt kérde előadótól, nem képződött-e a lobos mirigyben genny? Ez rendszeresen található. A lobot okozó bacterium a mirigy szövetébe különféle utakon, a véráram s a nyirkedények útján is juthat. Pl. strumitis esetében is találtak a pajzsmirigy szövetében bacterium coli-t. A gonococcusok ily úton juthatnak a pajzsmirigy szövetébe.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Boleman István: Magyar fürdők és ásványos vizek. Budapest. Kiadja a magyar balneologiai egyesület. 1896.

A magyar szent korona országai balneologiai egyesülete az ezredéves kiállítás alkalmával megbízta jeles balneologusunkat, **Boleman István** dr.-t, hogy a magyar fürdők és ásványos vizek leírását tartalmazó művet készítsen. A nagy szakavatottsággal és ritka lelkiismeretességgel megírt munka körülbelül másfél száz lapon közel 300 magyar fürdő és ásványos víz leírását tartalmazza a következő jól áttekinthető csoportosításban: I. Mélyen fekvő gyógyhelyek (tengerparti és tóparti fürdők). II. Hegyi klimatikus gyógyhelyek (magaslati gyógyhelyek, nyári üdülőhelyek és hidegvízgyógyintézetek). III. Hévízek (tisza és földes hévízek, kén hévízek, vasas hévízek és égvényes hévízek). IV. Hideg ásványos vizek (savanyú vizek, sulfatos vizek, konyhasós — haloid — ásványos vizek és kén ásványos vizek). Az egyes gyógyhelyeknek és forrásoknak ezen csoportokba osztásánál szerző azon elvet követte, hogy az olyanokat, melyek több csoportba oszthatók, azon csoportba tette, melybe legkiválóbb tulajdonságuk szerint tartoznak. A gyógyhelyek és források leírásán kívül az indicatiókról is megemlékezik szerző, többnyire csak általánosságban az egyes csoportoknál, egyes esetekben azonban — a hol ez szükségesnek látszott — különösen is. A munka összeállításával jó szolgálatot tett szerző hazai fürdőügyünknek és mindenestre hálára kötelezi orvosainkat, kik a könyvben megbízható tanácsadót nyernek az idetartozó kérdéseket illetően.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Lumbago** és más rheumatikus bajok ellen jó szolgálatot tehet a következő folyadék bedörzsölése: Rp. Atropini 0.25; Acid. olei. Ol. ricini aa 4.0; Ol. lavandulae guttas V.; Spir. rectificati ad 30.0. (Practitioner, 1896. július.)

2. **Szájmosó szerek:** Rp. Thymoli 0.30; Acidi benzoici 2.0; Tinct. eucalypti 10.0; Aquae 400.0. — Rp. Hydrargyri bichlor. 0.20; Thymoli 0.20; Aqu. destill. 400.0 — Rp. Acidi carbolicum puri 1.20; Acidi borici 8.0; Thymoli 0.06; Essent. menth. pip. guttas X.; Tinct. anisi 4.0; Aquae ad 180.0. Néhány cseppet fél pohár vízbe. (Practitioner, 1896. július.)

3. **Rovaresípés megelőzésére** a következő oldattal mosogatást ajánlanak: Rp. Aether. acetici 5.0; Eucalyptoli, Aqu. colonnensis aa 10.0; Tinct. pyrethri 50.0. Használat előtt 4—5-ször annyi vízzel felhigítandó. (Practitioner, 1896. július.)

4. **Égetési sebek gyógyítására** **Wallon** az aristolt ajánlja. Nagyon fontos szerinte a seb aseptikus volta az aristol alkalmazása előtt. Nem nagy terjedelmű égetési sebeknél az aristolt por alakban alkalmazza, kiterjedtebb égetéseknél pedig a következő összetételű kenőcs alakjában: Rp. Aristoli 5.0; Ol. olivarum 10.0; Vaselini 40.0. (Wiener med. Presse, 1896. 24. sz.)

5. **Csecsemők idült székrekedésének fő okát** **Emmett Holt** abban keresi, hogy a táplálék nem tartalmaz elég zsírt. Innen van, hogy mesterségesen táplált csecsemőknél oly gyakori a székrekedés, mert egyrészt a tehéntej is zsírszegényebb, mint az emberi tej, másrészt pedig a tej helyett használt legtöbb mesterséges tápszer is zsírszegény. (Arch. of. pediatrics.)

TÁR C Z A.

Anyagcsere-vizsgálatokról általában.¹

Az anyagcsere fontosságát már régen, nevezetesen már a XVII-dik század elején ismerték fel s azért foglalkoztak is annak vizsgálásával, azonban úgy a XVII-dik mint a XVIII-dik századbeli anyagcsere-vizsgálatok igen kezdetlegesek voltak, mennyiben a kísérleti egyének testsúlyán kívül legfeljebb még a bevétel s kiadás súlyára vonatkoznak.

Tekintve, hogy az anyagcsere a szervezet tápanyagfelvétele, a felvett anyagok felhasználása s a felhasználás közben keletkező bomlás termények kiválasztásából áll, tudományos szempontból értékesíthető anyagcsere-vizsgálatok csak a bevétel s kiadás részletes physikai, nevezetesen pedig chemiai vizsgálása alapján történhetnek; az újabb irány megindítóit Bischoff, Bidder és Schmidt, Pettenkoffer és Voit voltak.

Feladata az anyagcsere részint a test felépítése, részint az életjelenségek, minők a munka, a hőfejlesztés, az érzés, szaporodás fenntartása.

A felvett tápanyagok közül a fehérjék, zsírok, szénhidratok aránylag sok vegyi energiát tartalmazó vegyületek. Ez anyagok kerülnek a tápcsatornából a vér útján a szövetekbe, hol főképen oxydatio folytán egyszerű, s az oxydatio magasabb fokán álló vegyületekre bontatnak fel, e bontás közben felszabadul vegyi energia s ez jelentkezik életjelenségek alakjában. Az e közben keletkező bomlási termények, úgymint főképen huyany, szénsav s víz a megfelelő kiválasztó szervek útján hagyják el a szervezetet.

Minthogy az anyagcsere tartja fenn az összes életjelenségeket, azért fontos annak különböző változásának részletes ismerete.

Az ez irányban való vizsgálatok, ezek célja szerint, következőképen csoportosíthatók:

1. A tápanyagok s élvezeti szerek szerepének vizsgálása, függőleg ez anyagok minőségétől s a felvétel módjától. Ily vizsgálatok feladatát képezi főképen a táplálkozás törvényeinek megállapítása.

2. Különböző élettani körülmények befolyásának vizsgálása, minő a test nagysága, illetőleg a kor, a munka, a táplálkozási állapot, a hőcsere.

3. Élettani szempontból nevezetes anyagok által létrehozott változások vizsgálása pl. savak, alkáliák, sók s egyes gyógyszerként is szereplő anyagok hatása az anyagcsere.

4. Egyes szervek, illetőleg váladékok hatásának vizsgálása pl. valamely szerv kiirtása, avagy valamely váladéknak sipolyon át történt elvezetése esetében.

Midőn ezek közül bármelyik ezébből anyagcsere vizsgálatokat tenni akarunk, akkor a következő elveket kell szem előtt tartani.

I. A szervezet bevételei.

A bevételt képezik főképen a tápanyagok, úgymint a fehérjék, szénhidratok, zsírok, víz és sók. Ezek közül a szerves tápanyagok viszik a szervezetbe az életjelenségek fenntartásához szolgáló energiát. Azon energia mennyiséget pedig, mely akkor szabadul fel, midőn a felvett tápanyagok a szervezet által a lehető legvégsőbb bomlás terményekre bontatnak, szokás a megfelelő melegmennyiség által, még pedig caloria² által kifejezni. Így szabadul fel: 1 kgm. fehérjének huyany, szénsav s vízzé való bontásakor középértékben 4100 nagy caloriának megfelelő energia; 1 kgm. zsírnak szénsav és vízzé való bontásakor 9300 és 1 kgm. szénhidratnak szénsav és vízzé való bontásakor 4100 caloriának megfelelő energia; vagyis röviden azt mondjuk, hogy: 1 gm. fehérje 4'1, 1 gm. zsír 9'3, 1 gm. szénhidrat 4'1 caloriát fejleszt. E szerint könnyen kiszámítható valamely tápláléknak megfelelő energiamennyiség caloriák alakjában, ha ismeretes a táplálék fehérje, zsír és szénhidrat-tartalma, mennyiben a fehérje

¹ Magántanári próbaelöladás.

² Nagy caloria azon hőmennyiség, mely egy kgm. 0° vizet egy fokra melegít fel; kis caloria pedig azon hőmennyiség, mely 1 gm. 0° vizet egy fokra melegít fel.

és szénhidrat mennyiség grammértékét 4'1-gyel, a zsírét 9'3-mal szorozzuk. A tápszerek tápanyagainak mennyiségét ugyan mások által készített táblázatokból (pl. a König J.-féle táblázatokból) is megtudhatjuk, azonban helyesebb ezt a megfelelő vizsgáló eljárásokkal mindenkor újból meghatározni.

Hogy mennyire egyező adott esetben a felvett tápanyagoknak megfelelőleg kiszámított hőmennyiség a tényleg fejlesztett hőmennyiséggel, azt bizonyítják Rubner legújabb calorimetrikus állatkísérletei, melyek szerint a kétféle értékek közötti különbség csak 0'47%.

Az egyes tápanyagok a szervezet háztartásában caloria egyenértékű arányában egymást bizonyos mértékben pótolhatják. A különböző tápanyagoknak energia fejlesztőképességre nézve egyenértékű mennyiségeit isodynam mennyiségeknek nevezik, így Rubner szerint 100 gm. zsírral isodynam: 211 gm. fehérje, 232 gm. keményítő, 234 gm. nádcukor vagy 256 gm. szőlőcukor; a különböző tápanyagoknak e különböző mennyiségei képesek egyenlő mennyiségű caloriát, illetőleg energiát termelni, midőn a szervezetben a legvégsőbb bomlási terményekre felbontatnak.

Ezek értelmében szokás anyagforgalmi kísérletek alkalmával a szervezet bevételeit s kiadását, valamint az ezek között esetleg fennálló különbséget, egyszerűség s könnyebb áttekinthetőség végett caloriákban is kifejezni.

Anyagcsere-vizsgálatoknál mindenekelőtt a kísérleti szervezet (ember, állat) tápanyag, illetőleg caloriaszükségletét kell megállapítani. Felőtt emberek táplálékszükségletének meghatározásával többen foglalkoztak. Voit szerint mérsékelt munkát végző munkásnak szüksége van 24 óra alatt 118 gm. fehérje, 56 gm. zsír és 500 gm. szénhidratra, mely tápanyag-mennyiség megfelel 3054'6 caloriának, 70 kgm. testsúly mellett esik 1 kgm. testsúlyra 43'6 cal.

Benedikt a budapesti egyetem élettani intézetében végzett vizsgálatai alkalmával felvett 24 óra alatt 117'38 gm. fehérjét, 122'8 gm. zsírt és 155'1 gm. szénhidratot, mely mennyiség megfelel 2231'37 caloriának, a 61 kgm. súlyú vizsgáló egy kilogrammjára esik 36'5 cal. Preysz ugyancsak Klug tanár úr intézetében végzett vizsgálatai alkalmával felvett 24 óra alatt 2063'70 caloriának megfelelő tápanyagot.

Hússal táplált kutyának Bischoff és Voit vizsgálatai szerint a testsúly 20—25-öd részének megfelelő húsmennyiségre van szüksége.

A tápanyag-illetőleg caloriaszükséglet többféle körülménytől függ, így:

A test nagyságától, mennyiben minél kisebb a szervezet, annál nagyobb a súlyegységre esedékes tápanyag-illetőleg caloriaszükséglet; ezt bizonyítják mások tapasztalatain kívül saját vizsgálataim is: egy esetben 8230 gm. súlyú kutyának szüksége volt 24 óra alatt 362'90 caloriának megfelelő húsmennyiségre, vagyis egy kgm. testsúlyra esett 44 caloria; egy másik esetben egy kisebb, azaz 2500 gm. súlyú kutyának szüksége volt 24 óra alatt 178'60 caloriának megfelelő húsmennyiségre vagyis 1 kgm. testsúlyra esett 71'4 caloria azaz 27 caloriával több mint az előbbi esetben. A test nagyságának ily jelentékeny befolyását az anyagcsere különbözőképen magyarázzák, így Voit szerint aránylag kis testben azért volna az anyagcsere élénkebb, mert ebben a vérkeringés időtartama kisebb, miért az időegységben több vér áramlik a test súlyegységén át s így több tápanyag is kerül a szövetekbe. Rubner magyarázata pedig az, hogy a kisebb szervezet testének felülete a test súlyához képest nagy, ennélfogva a hővesztés is aránylag nagy, melynek pótlásához nagyobb fokú hőtermelés s így több anyag is szükséges.

A tápanyag-illetőleg caloriaszükséglet függ továbbá a munka nagyságától, így pl. Pettenkoffer és Voit szerint egy 28 éves erős, 70 kgm. súlyú munkás elhasznált 24 óra alatt nyugalomban 137 gm. fehérjét, 72 gm. zsírt és 352 gm. szénhidratot, ez megfelel 2504'5 caloriának, 1 kgm. testsúlyra esik 35'7 caloria; munka mellett pedig elhasznált ugyanezen egyén 137 gm. fehérjét, 173 gm. zsírt és 352 gm. szénhidratot, ez

megfelel 3613·8 caloriának, 1 kgm. testsúlyra esik 51·6 caloria, vagyis 15·9 caloriával több mint nyugalomban.

E néhány példából látható, hogy a tápanyagszükséglet nagysága igen tág határok között változó, miért adott esetben a táplálék szükségletet illetőleg más vizsgálok adatai minden változtatás nélkül nem használhatók, azért ez külön-külön megállapítandó.

Landauer Ármin.

(Folytatása következik.)

Két tüdővész sanatorium.

M/m. Frankfurt, 1896. június 4.

Sem tisztán a klimájával, sem pusztán a vízkúrójával gyógyító hely, hanem mindkettő együttvéve az, a mit tüdővészsek sanatoriumának nevezünk. A tiszta levegő a legfontosabb tényező benne, ezt követi a célirányos táplálás, minden legkisebbre kiterjedő hygienes berendezés és edző, az anyagcserét emelő hydrotherapia. Az egész szervezetet szervező, fenntartó orvosi tevékenység természetesen *conditio sine qua non*.

A Taunus-hegységben két ily intézetet volt alkalmam megismerni, ú. m. *Falkensteint* és *Ruppertshaint*. Előbbi módosabb emberek, utóbbi a szegénysorsúak számára áll fenn. Az egyik „Heilanstalt“, a másik „Volksheilstätte“. Berendezésük, a betegek javára történő intézkedések a kettőben lényegileg tükörképei egymásnak, csak a díszességben van különbség. Falkenstein már 1876-ban megnyitott, Ruppertshain ellenben csak a múlt év őszén kelt életre. Amazt az alapító *Dettweiler* dr. titkos egészségügyi tanácsos vezetése mellett jelenleg *Hess* dr. igazgatja, ez *Nahm* dr. direktiója alatt áll. Falkensteinbe Frankfurt M/m.-ből jut el az ember. Egy kis szárnyvonalon 40 perc alatt elvisz a vasút Cronbergbe, a honnan társaskocsik közlekednek Falkensteinig (alig egy órai út). Innét Ruppertshain Königsteinen át majd szép tölgyerdőn, majd fenyvesek közt kigyózó úton $\frac{3}{4}$ órai kocszással elérhető.

A *falkensteini* intézet betegei reggeltől estig künn tartózkodnak az intézet fekvő folyosóin, közben előírás szerint kisebb-nagyobb sétát téve a pormentes környék erdős ösvényein. A gyógyépület verandája délnek, részben délkeletnek illetve délnyugatnak tekint ivalakban. Rajta kívül a kertben a messze földön híressé vált *forgatható pavillonok* adnak a betegnek módot, hogy a szabadban tölthesse a napot és mégis védve legyen az atmosphaeriliák esetleges kellemetlen hatásaitól. Kisebb-nagyobb faházikók ezek, a melyek a forgó lovaglóknak („Ringspiel“) mintájára függélyes tengely körül mozgathatók in toto padlóstul, betegestül, egész berendezésükkel együtt. A forgatás belülről is eszközölhető egy kerékes készülék útján akkép, hogy a beteg akár maga is hátat fordíthat a házával a szélnek, elvonulhat a tűző nap elől, stb. Az épületke tágas nyílásán hiányzik az ajtó s így lehetetlen belé elzárkózni; a ki benne van a nyugvó pamlagon, eo ipso künn tartózkodik állandóan a kert balsamos levegőjében.

A táplálásban fontos szerepe van, különösen az ú. n. első és második reggeli alkalmával a tejnek. Az intézet 120 beteget körülbelül 220 liter tejet igényel naponként. A tejet forralatlanul adják s a reggeli folyamán igen meglepő látvány a tejes kancsóival minduntalan körüljáró szolgál, a ki a megüresedett poharakba sua sponte új dosist kész rögtön önteni, a hogy azt magyar házak szeretetreméltó házi gazdáitól a borral tenni látjuk. A tejet az intézet saját tehenészeté adja, melynek időnként és részletenként változtatott állománya tuberkulinnal nem oltott, de folytonos állatorvosi felügyelet alatt lévő tehenekből áll.

A betegek mindenikénél gondot fordítanak a bőrfüctiók emelésére s ezzel egyszersmind a vérkeringés és idegület befolyásolására. A leggyöngébb beteg is részesül ú. n. „száraz ledörzsolésben“, mely a nedves ledörzsolés mintájára, de száraz ruhával történik. Ettől a fokozatos átmenetet a nedves ledörzsolésekhez borszeszes, majd fele víz, fele borszeszszel végzett hasonló procedurák teszik. A resistensebb avagy eléggé helyreállott betegek azután rendes nedves ledörzsolésekben részesülnek. A vizet hozzá sohasem temperálják, az mindig a forrás temperaturájával (8° C.) kerül alkalmazásra. Az egész skálában az erőművi és hőingerek emel-

kedő sorozatát látjuk, a melylyel a bőr útján a szervezet anyagcseréjét, el- és kiválasztásait és egyéb füctióit előnyösen megváltoztatni a megszabott cél. Hátra van azonban még, hogy a lajtorja tetőfokát, a doucheokat megemlítsük. Az ő keretükben külön is megvan a gradatio. Mikor a nedves-hideg ledörzsolésektől megedzett *reconvalescens* már hideg doucheokat kaphat, a procedurát egyszerű esődouche alakjában végzik. Tovább erősödven az egyén, az esődoucheba vastag középső sugarat iktatnak thermikus és erőművi inger öregbitésre s a végső fok az egész kezelésben az egyesített eső és oldaldouche alkalmazásában áll.

A doucheolást a nők óráján is az orvos végzi, esakhogy — rögtön látjuk, hogy német földön vagyunk — látatlanba. A doucheok csapjai egy szomszéd szobában vannak, a hová a vizes kamrába a nőbeteggel bevonult ápolónő jelt ad az orvosnak, hogy az esőt, sugarat, stb. megindíthatja. A doucheolásban részestülő beteg kilétét az orvos persze tudja s így a beavatkozás módját, idejét azután ő szabja meg a csapokkal és thermometerével.

A folyosókon, egyes helyiségekben és forgatható pavillonok körül elhelyezett egyszerű fehér mázas köpöcsészekben pusztán víz van. A esészek tartalmát naponta kiöntik egy gyűjtőedénybe, melyből az a szennyvizekhez kerül. A köpöcsészt magát, mielőtt újból használatba vennék, forró vízzel öblíttetik ki.

Az intézet szennyvizei egy alantas elhelyezésű reservoirba futnak, a hol chemiai úton lecsapják belőlük a szennyet. A csapadék egy idei állás után elkülöníttetik s utóbb mint trágya kerül eladásra.

Jelenleg a sanatorium még gázzal van világítva (saját gázgyártás), nemsokára azonban a leginkább hygienes világításmóddal, az elektromossal, fog rendelkezni.

Érdekes talán megemlítenünk, hogy a részvénytársaságnak, a mely az intézetbe pénzét befektette, hogyan vágta el mindenemű nyereszkeedésre a lehetőség útját. Meg van szigorúan határozva, hogy a százalékokból csak 5% fordítható osztalékra, a többi új beruházás, javítás, stb. céljaira költendő el. Így csakugyan nem lehet üzletlé a vállalkozás. Különbö a részvények ügyis gazdag frankfurti emberek kezében vannak és így a börzén sem forognak.

Számos példáját a positiv javulásnak, sőt gyógyulásnak adják az intézet annalesai. A betegek, mihelyt a szigorú rendet megszokták, jól érzik magukat benne, hisz a javulás — ha csak nem kétségbeesett az állapot — nem sok idő múlva a felvétel után elárulja magát.

A kert egyes pontjainak tréfás elnevezése mutatja, hogy a betegek egykor deprimált kedélye utóbb humoros megnyilatkozásra is hajlandó leszen. „*Bacillentempel*“, „*Grosse Caverne*“, „*Kleine Caverne*“ nevekkal hallunk illetni egy-egy lugast, sziklaodut a sanatorium szépséges kertjében. Olvasva keserű humort láthatna bennök az ember, de ha a hangot hallja és az arczokat látja, mikor a betegek a tréfás neveket kimondják, meggyőződhetik, hogy igazi kedély adja az ajkukra. A győző lenéző kötekedése az egykor félt ellenséggel szemben a furcsa elkeresztelések rugója...

Ruppertshain szegény-sanatoriumában a berendezés, kezelés-mód stb. általánosságban véve a már ismertetett sémát követi. Mindenben célszerűség és egyszerűség járnak karöltve, mert az intézet, mint önként érthető, csak szerényebb budget mellett felelhet meg a rendeltetésének. Az áraknak egy szegény-gyógyintézetben lehető alacsonyoknak kell lenniök s ez meg van *Ruppertshainban*. Míg a *falkensteini* sanatoriumban a szoba nagysága és fekvése szerint 9—15·5 márka a napi költség (az orvosi kezelés díjával együtt, de az ellátásban italok nélkül), addig a szobán forgó „*Heilanstalt für unbemittelte Lungenkranke*“ *Ruppertshain* 3—5 márka kiadást ró csak naponta a betegre mindent beleértve. 5 márkát tesz a költség, ha a beteg külön szobát igényel, 3 márkát pedig, ha ú. n. közös szobában van elhelyezve. A közös szobákban részint 3—3, részint 4—4 ember lakik együtt. E szobák úgy vannak megépítve, hogy a hygiene követelte levegőfoghathóságuk pontosan meglegyen.

¹ Dr. *Nahm*. Die neue Heilstätte für unbemittelte Lungenkranke zu Ruppertshain im Taunus. Zeitschr. f. Krankenpfl. Nr. 2. 1896. Berlin.

Nappal az összes szobák lehetőleg folyton szellőzésben vannak, az éj folyamán is egy ablakrészlet folyton nyitva.

A táplálásban a fehérjék physiologiás arányát a zsirokhoz és szénhidrátokhoz tartják szem előtt. Húst a beteg naponta 2-szer kap, egy-egy alkalommal 1/4 kilogrammot. Tej, vaj bőven szerepel. A tejből annyit isznak a betegek, a mennyi jól esik, de csakis forralva kerül kiosztásra. Téa, kávé szintén szerepel.

A mozgást az orvos pontosan megszabja és ellenőrzi. A rendes fekvő kúrát esetenként szigorún individualizált járkálással vegyítik. Lehető lassú járás, lapos portalan helyeken van előírva a nap folyamára szétaprózott részletekben. Egy-egy részlet rendszerint csak egy negyed órát vehet igénybe oly formán, hogy az összes napi mozgás az erősebb betegek regiméjében sem lehet több 1 1/2 óránál. Mindenkit ráoktatnak, hogy járásközben 20—25 lépésenként álljon meg s nyugton maradván tegyen szabatos mély belélekezéseket esetleg egy kis szabad gyakorlattal kapcsolatban (a vállöv súlyának leemelése a tüdőcsücsokről!). Gyenge emelkedést olykor belé lehet iktatni a járkálás tervébe, meredekebb lejtőket azonban a beteg mindig kerülni köteles.

Általában korán hozzászoktatják a beteget egy fontos hygiénes rendszabályhoz és ez a lehető orron át lélekzés. Apró sétái közben a beteg ezt utóbb ép oly pontosan végzi, mint fekvő kúrája folyamán.

Az intézetben alkalmazott hydrotherapia a gyengébb egyének-nél nedves ledörzsölésekből, az erősebbeknél pedig legfeljebb 20 másodperczig tartó doucheokból áll. Hetenként minden beteg egy langyos teljes fürdőt vesz tisztasági szempontból.

A lázas beteg üldögélve vagy fekvve jól szellőzött szobájában tartózkodik, magasabb hőemelkedés esetén nedves hideg begöngyölést kap. A láz megítélésében igen szigorúak az intézetben. A késő délutáni órákban észlelt 37.6 és 37.7° C. mint kifejezett abnormis hőemelkedés jó tekintetbe. 37.5° már mint gyanus temperatura szerepel. A hőmérsékletet a beteg kényelme okáért a nyelv alatt mérik.

Vérzések esetén hydrastis kerül rendszerint alkalmazásra. A morphiummal fájdalom és köhögési inger csillapítására igen óvatosan, mondhatni fukarul bánnak.

Az eredmény a legtöbb esetben nemcsak kielégítő, de igen jó. Súlyszaporodást úgyszólván kivétel nélkül mutatnak az intézet kórtörténetei. Vannak esetek, a melyekben ez igen jelentékeny. 3 hét alatt 4 1/2 kiló, 6 hét alatt 10 kiló súlyemelkedésről magam láttam hiteles feljegyzést.

Kezdődő esetben 12 hét rendszerint jelentékeny javulást hoz létre a kór egész tünetesportjában.

Mondanom sem kell, hogy Ruppertshain úgy mint Falkenstein egész éven át működésben van.

Kuthy dr.

Vegyesek.

Budapest, 1896. augusztus 7-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1896. július 19-dikétől július 25-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 389 gyermek, elhalt 259 személy, a születések tehát 130 esettel múlták felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, ronesoló toroklob 3, hökhurut 2, kanyaró —, vörheny 3, himlő —, typhus abdominalis 3, gyermekági láz 2, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 11, agyvérömleny 3, rángások 14, szervi szívbjaj 4, tüdő-, mellhártya- és hörglob és hörguhurut 28, tüdőgümő és sorvadás 40, bélhurut és béllob 52, carcinomata et neoplasmata alia 10, méhrák 1, Bright-kór és veselob 9, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 22, aszkór, aszály és sorvadás 7, aggkór 4, erőszakos haláleset 9. — A fővárosi közpórházakban ápolatott e hét elején 2131 beteg, szaporodás 735, csökkenés 741, maradt e hét végén ápolás alatt 2125. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1896. július 29-dikétől augusztus 5-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 10 (meghalt 3), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 4, vörhenyben 26 (meghalt —), kanyaróban 23 (meghalt —), ronesoló toroklobban és torokgyikban 25 (meghalt 3), trachomában 23, vérhasban 1 (meghalt 1), hökhurutban 11, orbánczban 14 (meghalt —), gyermekági lázban 1 (meghalt —).

— Kérelem. Az „Orvosi Zsebnaptár”-ban való közlés végett kérem a kartárs urakat, hogy lakásnk változtatásának vagy letelepedésüknek pontos címét velem mielőbb tudatni szíveskedjenek. Faragó Gyula dr., Budapest, IV., váci-utca 4. szám.

— Pantocsek József dr. n.-tapolcsányi járásorvost, tiszteletbeli megyei főorvost és az országos közegészségügyi tanács rendkívüli tagját a belügyminister a pozsonyi országos kórház igazgatójává nevezte ki.

— A szülészeti poliklinikum segélyét július hóban 162 esetben vették igénybe; a gyermekágyasok látogatásának száma 141 volt. Az esetek évi folyó száma 913.

— A budapesti Császárfürdőben 1896. január 1-től július 31-ig 699 személy lakott és 256,772 személy fürdőtt.

— Hazai fürdők személyiorgalma. *Bartlangiget* (VII. 30.): 1703; *Bártfa* (VII. 28.): 2304; *Buziás* (VII. 27.): 1041; *Csorbai tó* (VII. 26.): 2989; *Lubló* (VII. 28.): 539; *Maros-Ujvár* (VII. 31.): 495; *Tátrafüred* (VII. 31.): 2188; *Új-Tátrafüred* (VII. 29.): 1672.

— Sebe Béla dr. libetbányai községi orvost a pénzügyminister a szélaknai bányahivatalhoz bányaműorvossá nevezte ki.

— r. A nosophenről *Binz* tanár tartott előadást a Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilkunde *Bonnban* tartott ülésén, melyben kifejtette előnyeit a jodoformmal szemben. *Doutrelepont* tanár eseteket sorolt elő, melyekben tuberculosus tályogok és syphilitikus bubóknál 80% nosophen-glycerin befeeskendésekkel gyors gyógyulást idézett elő. *Noorden* dr., müncheni sebész az ottani *M. Wochenschrift f. é. 1. számában* igen dicséri a gőzzel sterilizált 30%-os nosophen-gazét mint kötőszert, s említi, hogy heveny sebeknél a tamponadera ép oly alkalmas mint a jodoform, szintúgy a drainagenál is, kedvezően befolyásolja a sarjadzó felületeket, gyorsabban tisztítja a sebfelületet és sebüröket, fájdalmakat nem okoz és eczemákat sem.

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

Szt. Lukácsfürdő

Téli és nyári gyógyhely.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-meter nagyságú nyitott és zárt medenczeiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és üdítő fürdők. Olcsó és szép lakások. Prospectust küld ingyen az igazgatóság Budapesten.

HIRDETÉSEK.

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

TERMÉSZETES

BILINI SAVANYUVIZ!

Legkiválóbb képviselője az alkalikussavanyúvizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenként növeli elismert, jó hírnevét s azonkívül a legkitünőbb diaetikus italt képezi. EDESKUTY L. úr ivócsarnokában a nyári hónapokban pohárszámra is kapható.

Pastilles digestives de Bilin

(Bilini emésztési cukorkák) biztos szer mindennemű emésztési zavarok ellen, mindig friss minőségben van készletben a főraktárban.

EDESKUTY L.

cs. és kir. és szerb kir. udv. szállítónál BUDAPESTEN.

Kapható azonkívül minden gyógyszerárban, fűszerkereskedésben, szállodában és vendéglőben. Pastilles de Bilin a legtöbb gyógyszerárban és gyógyszerárú kereskedésben.

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 Korányi Frigyes ny. r. tanár I. belklinikájáról.

Vizsgálatok a testsúly ingadozásairól.

Tauszky Ferencz dr., egyetemi tanársegédttől.

Rosenbach boroszlói egyetemi tanár elméleti feltevések alapján azon következtetésre jött, hogy a testsúly a bekebelezett tápanyaggal szemben mindenkoron határozott magatartást tanúsít. A szükséges kísérletek megtételére engem kért fel. A következőkben azon eredményekről számolok be, melyek feltevéseit minden tekintetben igazolják.

Az esetek 20—40 éves férfiakra vonatkoznak, kiknél a kórisme csak a felvétel okául szolgáló állapotot jelzi, de kik a vizsgálat idejében már nem mutattak oly eltérést, mely az emésztésre, circulatióra stb. jelentékenyebb befolyást gyakorolhatott volna.

A mérés mindig ugyanazon körülmények között, csak a legszükségesebb ruhadarabokra szorítkozva (ing, alsó nadrág) eszközöltetett.

A tényleg elfogyasztott táplálék súlya mérés és a maradék újbóli mérése által határozottat meg.

A könnyebb áttekintés végett a legtöbb helyen az idő mindig a kísérletezés kezdetétől számítottnak lett feltüntetve. Úgy a személymérés, mint a táplálék súlyának meghatározására szolgáló mérleg annyira pontos, hogy a centigrammokat is feltüntette, de ezeket egyszerűség kedvéért elhanyagoltuk.

Az evés ideje alatt azon időt értjük, mely a tápquantum elfogyasztására szükséges volt. Törekedtünk arra, hogy ez valamennyinél megközelítőleg egyforma idő alatt menjen végbe (10—15 perc).

I. Éhgyomor melletti kísérletek nyugalomban.

a) Esetek reggel.

Idő	A kísérleti egyének neve, kórisméje és súlya gm.-ban			
	S. S.	S. I.	B. P.	D. I.
Reggel	Cat. ventr.	Lumbago	Neurasthenia	Neurasthenia
6 óra 30 perc	58,708	60,400	62,341	64,325
6 " 40 "	58,708	60,400	62,341	64,324
6 " 50 "	58,707	60,400	62,341	64,325
7 " — "	58,707	60,400	62,341	64,326
7 " 10 "	58,708	60,400	62,341	64,325
7 " 20 "	58,707	60,400	62,341	64,324
7 " 30 "	58,708	60,398	62,341	64,324
7 " 40 "	58,708	60,398	62,341	64,324
7 " 50 "	58,708	60,398	62,341	64,325
8 " — "	58,708	60,399	62,341	64,324
8 " 10 "	58,708	60,399	62,341	64,324
8 " 20 "	58,708	60,399	62,341	64,324
8 " 30 "	58,708	60,399	62,341	64,324

b) Esetek estétől reggelig.

Ezek ugyanazon egyénekre vonatkoznak mint előző kísérletek. Utolsó tápfelvétel minimalis tej vagy leves, délután 4 órakor.

Idő	A kísérleti egyének neve, kórisméje és testsúlya gm.-ban	S. S.	S. I.	B. P.	D. I.
		Cat. ventric.	Lumbago	Neurasthenia	Neurasthenia
Este 9 óra		58,694	60,422	62,460	64,329
Reggel 6 "		58,691	60,417	62,454	64,325
Testsúlyesökkenés		3 gm.	5 gm.	6 gm.	4 gm.

1. A testsúly éhgyomor mellett nyugalomban két órán belül számbavehető ingadozásokat nem mutat.

2. A testsúly éhgyomor mellett nyugalomban éjjelen keresztül középértékben 4-5 gm. esökkenést mutat. A súlyesökkenés a testsúlyhoz viszonyítva kitett az:

első	második	harmadik	negyedik	esetben	középértékben
0.005%	0.008%	0.009%	0.006%		0.007%

II. Éhgyomor melletti kísérletek munka mellett.

a) Kisebb munka.

Idő	A kísérleti egyének neve, kórisméje és testsúlya gm.-ban			
	V. Gy.	T. M.	A. J.	L. J.
Reggel	Cat. ventr.	Epilepsia	Neurasthenia	Cat. bronch.
Közvetlenül a munka megkezdése előtt:				
6 óra	67,790	64,537	59,242	65,426
1/4 óra ergostat munka után:				
6 óra 15 perc	67,786	64,533	59,239	65,422
további 1/4 óra ergostat munka után:				
6 óra 30 perc	67,783	64,530	59,236	65,418
Testsúlyesökkenés	7 gm.	7 gm.	6 gm.	8 gm.

b) Nagyobb munka. (Az előbbi munkának kétszerese.)

Idő	A betegek neve, kórisméje és testsúlya gm.-ban			
	V. Gy.	T. M.	A. J.	L. J.
Reggel	Cat. ventric.	Epilepsia	Neurasthenia	Cat. bronch.
Közvetlenül a munka megkezdése előtt:				
6 óra	67,780	64,536	59,228	65,431
1/4 óra ergostat munka után:				
6 óra 15 perc	67,775	64,530	59,221	65,425
további 1/4 óra ergostat munka után:				
6 óra 15 perc	67,771	64,526	59,216	65,419
Testsúlyesökkenés	9 gm.	10 gm.	12 gm.	12 gm.

c) Egyik esetünkben (A. J.) az ergostatot való működést 1 órára terjesztettük ki folytatólágon

1/2 órányi ergostat munka után volt:	
6 óra 30 perc	59,216 gm.
további 1/4 órányi ergostat munka után:	
6 óra 45 perc	59,214 gm.
további 1/4 órányi ergostat munka után:	
7 óra	59,209
Testsúlyesökkenés	19 gm.

Megjegyzendő, hogy figyeltünk, miszerint a kísérleti egyének szembetűnően izzadásba ne jöjjenek. A hol ezt észleltük, az ilyen eseteket figyelembe nem vettük.

A súlyesökkenés a testsúlyhoz viszonyítva kitett:

az első esetben	második esetben	harmadik esetben	negyedik esetben
a) Kisebb munka mellett:			
0.01%/o-ot	0.01%/o-ot	0.01%/o-ot	0.016%/o-ot
b) Nagyobb munka mellett:			
0.016%/o-ot	0.015%/o-ot	0.02%/o-ot	0.018%/o-ot
További 30 percnyi munka után a súlyvesztés			
60	"	"	0.02%/o
			0.03%/o

1. A testsúly éhgyomor mellett munka behatására csökken.

2. Ezen csökkenés arányban van a kifejtett munka nagyságával és tartalmával.

III. Telt gyomor melletti kísérletek nyugalomban.

a) Vegyes étrend.

T. A. Lues α) súlya evés előtt 53,350 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet tehát	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	Közvetlenül utána	54,506	35	2.9	
Leves	15 p. később	54,484	22	2.0	
Zsemlye	30 " "	54,480	4	0.3	
Víz	45 " "	54,478	2	0.1	
Hús	1 órával	54,474	4	0.3	
Rizs	1 ó. 15 p.	54,469	5	0.4	
Ebéd	1 " 30 "	54,464	5	0.4	
	1 " 45 "	54,458	6	0.5	
	2 órával	54,455	3	0.2	
		54,541			

St. M. Neurasthenia α) súlya evés előtt 68,522 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet tehát	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	Közvetlenül utána	70,003	46	3.0	
Zsemlye	15 p. később	69,972	31	2.0	
Bor	30 " "	69,965	7	0.4	
Leves	45 " "	69,961	4	0.2	
Főzelék	1 órával	69,955	6	0.3	
Hús	1 ó. 15 p.	69,950	5	0.3	
Tészta	1 " 30 "	69,943	7	0.4	
Ebéd	1 " 45 "	69,938	5	0.3	
	2 órával	69,934	4	0.2	
		70,049			

M. J. Tabes α) súlya evés előtt 56,114 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet tehát	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	Közvetlenül utána	55,761	55	3.2	
Zsemlye	15 p. később	55,731	30	1.7	
Bor	30 " "	55,726	5	0.2	
Leves	45 " "	55,720	6	0.3	
Főzelék	1 órával	55,717	3	0.1	
Hús	1 ó. 15 p.	55,714	3	0.1	
Tészta	1 " 30 "	55,713	1	0.04	
Ebéd	1 " 45 "	55,712	1	0.04	
	2 órával	55,708	4	0.2	
		57,816			

B. J. Syringomyelia α) súlya evés előtt 61,015 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet tehát	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	Közvetlenül utána	61,611	18	2.8	
Zsemlye	15 p. később	61,639	12	1.8	
Bor	30 " "	61,636	3	0.4	
Leves	45 " "	61,632	4	0.6	
Főzelék	1 órával	61,628	2	0.3	
Hús	1 ó. 15 p.	61,625	3	0.4	
Tészta	1 " 30 "	61,622	3	0.4	
Ebéd	1 " 45 "	61,619	3	0.4	
	2 órával	61,615	4	0.6	
		61,659			

b) Száraz étrend.

B. H. α) súlya 53,437 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet tehát	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	Közvetlenül utána	53,908	5	2.8	
Ebéd: Hús	15 p. később	53,894	14	1.8	
	30 " "	53,892	2	0.4	
	45 " "	53,888	4	0.6	
	1 órával	53,886	2	0.3	
	1 ó. 15 p.	53,884	2	0.4	
	1 " 30 "	53,881	3	0.4	
	1 " 45 "	53,878	3	0.4	
	2 órával	53,875	3	0.6	
		53,913			

St. M. Neurasthenia α) súlya evés előtt 68,520 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet tehát	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	Közvetlenül utána	69,035	7	1.5	
Hús	15 p. később	69,009	16	3.1	
Ebéd	30 " "	69,006	3	0.5	
	45 " "	69,004	2	0.3	
	1 órával	69,001	3	0.5	
	1 ó. 15 p.	68,997	4	0.7	
	1 " 30 "	68,994	3	0.5	
	1 " 45 "	68,992	2	0.3	
	2 órával	68,988	4	0.7	
		69,032			

N. B. Ischias α) súlya evés előtt 66,004 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet tehát	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	Közvetlenül utána	66,425	4	0.9	
Zsemlye	15 p. később	66,418	7	1.6	
Ebéd	30 " "	66,415	3	0.7	
	45 " "	66,412	3	0.7	
	1 órával	66,410	2	0.4	
	1 ó. 15 p.	66,407	3	0.7	
	1 " 30 "	66,405	3	0.7	
	1 " 45 "	66,403	3	0.7	
	2 órával	66,400	3	0.7	
		66,429			

K. Ö. Meningitis basilaris chronica α) súlya evés előtt 61,315 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet tehát	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	Közvetlenül utána	61,907	10	1.6	
Zsemlye	15 p. később	61,891	16	2.6	
Hús	30 " "	61,887	4	0.6	
Ebéd	45 " "	61,884	3	0.4	
	1 órával	61,880	4	0.6	
	1 ó. 15 p.	61,877	3	0.4	
	1 " 30 "	61,874	3	0.4	
	1 " 45 "	61,868	6	0.9	
	2 órával	61,865	3	0.4	
		61,917			

(Folytatása következik.)

Közlemény a Kézmarszky Tivadar egyet. ny. r. tanár vezetése alatt álló I. szülő- és nőbeteg-klinikáról.

Tanulmányok 115 fogóműtét kapcsán.

Közli: Walla Béla dr., II. tanársegéd.

(Vége.)

De tekintünk ezen 6 halálesetet közelebbről meg és akkor mindjárt ki fog tűnni, hogy a halálozások közül a fogó alkalmazásának egy sem tudható be. Ezen ezébből ime közlöm a 6 eset rövid kórtörténetét és bonczjegyzőkönyvét.

1. eset. K. B., 25 éves, I. P. 1884. január hó 25-dikén d. e. 5 órakor vétetett fel. Felvételekor a status következő volt: a magzatvíz elfolyt, méhszáj egy ujnyi, a fej a medence bemenetében rögzített. A méhszáj erélytelen szülőfájdalmak után január hó 26-dikán d. e. 11 órakor tünt el. D. u. 5 órakor a magzat érdekében fogó alkalmazása narcosisban. Halott magzat. Vérézés nem volt. Az épen szült nő az ágyra visszafektetése közben nagy fokban cyanotikus lett, pulsusa nem volt tapintható; ezért 9 aether-injectiót kapott és mert a nő igen vérszegénynek látszott a végtagok bepólyázásával autotransfúsiót végeztek. Mindennek dacára d. u. 8 óra 15 perczkor beállott a halál.

Bonczlelet: Extractio infantis maturi per forcipem tres horas ante mortem inter narcosim chloroformicam factam. Mors subita tres horas post operationem. Ruptura perinaei et vaginae infimae. Anaemia summa universalis ex causa ignota.

2. eset: A. Józsefné, 21 éves, I. P. 1885. augusztus hó 30-dikán d. e. 6 órakor teljesen eszméletlen állapotban cyanotikus arccal hozott be az intézetbe. Felvételekor a méhszáj bőven ujnyi volt, burok ép, előlfekvő rész a koponya. Behozatala előtt állítólag 11 eclamptikus rohama volt, felvétele után még kettő észleltetett. D. u. 1 óra 30 perczkor a méhszáj eltünése után fogóműtét. Halott magzat. A műtét után kihagyó légzés, oedema pulmonum tünetei, a miért is aether-injectiókat és mesterséges légzést alkalmaztak, de eredménytelenül. A halál d. u. 3 órakor állott be.

Bonczlelet: Nephritis parenchymatosa subacuta subsequente hydrothorace sinistro, hydrope ascite, hydrope anasarca et hypertrophia ventri-

culi sinistri cordis. Oedema acutum pulmonum. Hyperaemia meningum et cerebri. Uterus in involuione post partum. Eclampsia.

3. eset: K. Józsefné, 23 éves, I. P. 1886. január hó 11-dikén d. e. 9 óra 30 perczkor eszméletlen állapotban hozatott az intézetbe. Behozatala előtt állítólag 8 eclamptikus rohama volt. Felvételekor a méhszáj 2 ujjnyi volt, burok ép, a magzat II. k. f. ben feküdt. Az intézetben még 4 eclamptikus rohamot észleltek. D. u. 1 óra 30 perczkor a méhszáj eltűnése után fogóműtét. Asphyctikus felélesztett magzat. Műtét után a gyermekágyas hőmérséke állandóan 39.9 fok, pulsusa 140 körül volt. A láz okát a gyermekágyas súlyos állapota miatt pontosan megállapítani nem lehetett. Január hó 12-dikén d. u. 3 órakor exitus.

Bonezlelet: Pneumonia crouposa in stadio hepatitisationis griseo-rubrae lobi inferioris pulmonis sinistri, oedema collaterale lobi inferioris pulmonis dextri. Degeneratio parenchymatosa renum. Osteophytiae puerperales ad superficiem internam ossis frontis. Degeneratio cerea recti abdominis et adductorum femoris.

4. eset. F. Magdolna, 20 éves, I. P. 1890. november hó 19-dikén d. u. 11 óra 10 perczkor a következő statussal vétetett fel: Magzatvíz elfolyt, méhszáj szűken ujjnyi, magzat II. k. f. ben a medence-bemenete felett mozgatható fejjel. A szűk medence méretei a következők voltak: Sp. il. 23.0, Cr. il. 26, C. ext. 17.0, C. d. 9.5. Sp. post. 8.5. A szülés lassan halad előre, miközben a fej a medence bemenetébe ékelődik. A hó azonban november 21-dikén d. e. 5 órakor 39.4 fokra, a pulsusok száma 104-re emelkedett fel s ekkor méhszáj tűnőfében volt és a fej az üregben. Magzati szívhangok hallhatók voltak. D. e. 6 óra 30 p. egy erős eclamptikus roham után a fogó alkalmazása narcosisban. Halott magzat. A magzat extrahálása után a méh üregéből bűzös gázok ürültek, ezen oknál és a mérsékelt vérzés miatt a placenta mesterségesen választott le. Az eclamptikus roham után kifejlődött comatosus állapot a műtét után sem mult el, sőt collapsus tünetei is társultak hozzá, a mi miatt néhány aether-injectiót kapott. D. u. 4 órakor a gyermekágyas hirtelen nyugtalan lesz, szája habzik, szemei kidüllednek és néhány göresös légzés után meghal.

Bonezlelet: Oedema meningum et cerebri. Eechymoses hepatis et telae cellulosae mediastini antic. Hypoplasia aortae, degenerationem adiposam intimae referentis. Hypertrophia ventriculi sinistri cordis. Nephritis parenchymatosa acuta (?). Uterus in involuione post partum. Corpus luteum verum ovarii dextri. Eechymoses vesicae urinariae. Eclampsia.

5. eset. K. Jakabné, 24 éves, I. P. Szülőfájásai 1893. szeptember hó 17-dikén d. e. 10 órakor kezdődtek, attól kezdve lakásán egy szülész és két orvos ismételtelen belsőleg megvizsgálta. A szülés előre nem haladása miatt szeptember hó 20-dikén d. e. 2 órakor intézetünkbe vétette fel magát, a mikor a magzatvíz már elfolyt volt, a méhszáj 4 ujjnyi és az I. k. f. ben levő magzat feje a medence bemenetében rögzített volt. A hőmérsék felvételkor 39.0 fok, pulsus 100 volt. D. e. 5 órakor az anya érdekében fogóműtét. Asphyctikus felélesztett magzat. A gyermekágyban folytontartó láz mellett jobb oldali parametritikus exsudatum fejlődött ki, végre október 4-dikén d. u. 11 órakor általános peritonitis tünetei között exitus.

Bonezlelet: Endometritis puerperalis purulento-haemorrhagica subsequeute abscessu metastatico in ovario sinistro. Perforatio abscessus, inde peritonitis purulenta insaccata et peritonitis fibrinoso-purulenta acuta universalis. Parametritis acuta sinistra. Salpingitis purulenta bilateralis. Oophoritis acuta. Phlegmone subserosum ad parietem abdominis pelveos minoris et perivesicale. Nephritis acuta. Hydropericardium. Degeneratio adiposa myocardii. Anaemia universalis. Vülnera lacerata vaginae. Tumor lienis acutus.

6. eset. Sz. Mária, 17 éves, I. P. 1894. február hó 23-dikén d. u. 1 óra 45 perczkor a következő statussal vétetett fel. Burk ép, méhszáj 1 ujjnyi, az I. k. f. ben fekvő magzat feje a medence-bemenetében rögzített. Alsóarak vizenyösen duzzadtak. Vizeletben sok fehérje. A szülönőt d. u. 7 órakor egy eclamptikus roham lepte meg és erre a következő nap d. e. 8 óráig még 6 eclamptikus rohamon ment keresztül. D. e. 8 ó. 30 p. fogóműtét narcosisban. Asphyctikus felélesztett magzat. A gyermekágyas még 3 kifejezett és több abortív roham után comatosus állapot és tüdő-oedema tünetei között d. u. 9 óra 30 perczkor meghalt.

Bonezlelet: Eclampsia parturientium. Hyperaemia et oedema pulmonum, hyperaemia meningum, oedema cerebri. Degeneratio parenchymatosa renum. Ruptura perinei et fissura vaginae.

Az első esetben a collapsus tünetei között bekövetkezett hirtelen halál okát a bonezlelet nem derítette ki. Nagyon valószínűnek kell tartanunk, hogy az ismeretlen ok miatt rendkívül anaemikus nőnél a halál a chloroform okozta schoek következtében állott be.

A 2., 3., 4. és 6. esetben az eclampsia és következményei voltak a halál okai. Általánosan tapasztalt tény, hogy az eclampsia prognosisa igen súlyos és az eclamptikus göresökben fekvő szülönők nagy százaléka esik áldozatul. Az eclampsia ellen alkalmazott sokféle gyógykezelés mellett általánosan elismert és sokszor eredményre vezető eljárás a szülés lehető gyors befejezése, mit az adott feltételek szerint különbözőképen végezhetünk. Intézetünkben azon idő alatt, a melyről statistikám szól, a fogót eclampsia miatt, hogy a szülönő

életét megmenthessük, 18-szor alkalmaztuk. Ezek közül 14-szer sikerült az életmentés; hogy az előbb említett négy esetben nem sikerült, az esetek súlyosságának és nem a fogó alkalmazásának tulajdonítható.

Az ötödik esetben szülönő már az infectio tünetei között hozatott be. E miatt az élő magzatra fogót alkalmaztunk. Az infectio már annyira előrehaladott stadiumban volt, hogy annak vést hozó tovább terjedését a szülés befejezése után megakadályozni nem volt hatalmunkban. Ily körülmények között ezen halálesetet sem tulajdoníthatom a fogónak, a mennyiben a szülönő már inficiálva hozatott az intézetbe.

Ezek után természetesen tartom, hogy a hat haláleset közül tulajdonképen egy sem tudható be a fogó alkalmazásának és így a fogóműtét rovasára történő halálozás = 0.

Az anyát ért sérülések száma 69 = 60%. Megjegyzendő, hogy csak azon sérüléseket vettem ezen számba, a melyeket varni kellett. A fők és felszínes nyálkahártya repedésekre nem voltam tekintettel, a milyenek főleg I. P.-nál majdnem minden szülésnél keletkeznek. Hangsúlyoznom kell ezenkívül még azt is, hogy sérülésekből okozó vérzést egy esetben sem kellett tamponálással megszüntetnünk.

Episiotomiát 6 esetben végeztünk. A gát 61-szer repedt be és pedig 47-szer 1—3 cm. hosszúságban, 11-szer a végbélig, 3 esetben a gáttal együtt a sphincter ani is behasadt. A méhszáj mély sérülését csak egy esetben észleltük. Egy esetben fistula vesico-vaginalis támadt, mely azonban spontan gyógyult.

A sérülések ezen nagy száma csak megerősíti Műnchmeyer, Schick és mások nézetét, hogy a fogóműtét a szülészeti műtétek közül a legtöbb ronesolást okozza. Különösen, ha még tekintetbe vesszük azon körülményt, hogy a nagyszámú sérüléseket kimutató statistikák épen szülészeti intézetekből származnak, tehát oly helyekről, a hol feltételezhetjük, hogy a műtő gyakorlott, vagy legalább is a műtétek ilyen gyakorlott egyén felügyelete alatt végezettek. Ha már az intézetekben a sérülések ily nagy számúak, akkor elképzelhető, hogy a magángyakorlatban, e téren kevesebb tapasztalattal bíró orvosok kezében a fogó alkalmazása valószínűleg még több sérülést okoz. Ezen nézetemet azon tapasztalat is támogatja, hogy intézetünket hólyagfistula miatt felkereső betegek a fistula keletkezését többnyire előremint fogóműtetre vezetik vissza. Ezzel azonban azt sem akarom kifejezni, hogy a fistula keletkezésének minden esetben a műtő volt az oka, mert mint főképen vidéken, az orvos gyakran későn jut a vajudó nőhöz. De ezen betegek anamnesiséből legtöbbször azt tapasztaljuk, hogy az ok a fogónak nem annyira későn, mint inkább hibás alkalmazása volt.

Kisebb-nagyobb fokú atoniás vérzést összesen 27 (23.48%) esetben észleltünk, a melyek az általánosan ismert kezelés után megszűntek. E miatt a genitalesatornák kitérésére egy esetben sem szorultunk.

Fogóval extrahált magzatok közül 68 fiú és 47 leány volt; átlagos hosszuk 49.5 cm., átlagos súlyuk 3265 gm.; a leghosszabb 56.5 cm., a legrövidebb 44 cm., a legsúlyosabb 4400 gm., a legkönnyebb 1900 gm. volt.

A 115 magzat közül 95-öt egészségesen vittek ki az intézetből = 82.6%. Meghalt, részint halva született 20 = 17.4%. Ezen 20 halálozást nem lehet mind a fogóműtét következményeinek tartani, mert ezek közül kettő már jóval a fogó alkalmazása előtt halott volt, egy a 11. nap a köldökcsontból kiinduló infectio következtében és egy a 7-dik nap lués tünetei között halt el. Ezen 4 esetet, a melyek teljes bizonyossággal a fogó következtében történt elhalálozást kizárják, leszámítva, marad 16 halálozás azaz 13.91%. Mindenestre nagy szám, mely azonban enyhébb megítélés alá kerül, ha az egyes halál-okokat tekintetbe vesszük. A 16 magzat közül 6 algid asphyxiában született, a melyek közül csak kettő volt feléleszthető, azonban ezek is az első illetőleg második nap elhaltak. Öt esetben a köldökzsínór szorosan a nyak körül volt csavarva, tehát oly körülmény, mely spontan, rövid ideig tartó kitolási szakkal bíró szülésnél is gyakran a

magzat halálát okozza. Ilyen esetekben néha kimutathattuk, hogy a fogó csúcsa a köldökzsinórra esett és így azt comprímálta. Három magzaton intracranialis vérzés volt. Egy magzat a 2-dik nap eclamptikus göresök között pusztult el. Egy másik magzaton intrauterin élete az anya eclampticiája mellett fellépett hörgő légzés miatt nem volt bizonyosan megállapítható, valószínű, hogy már intrauterin halott volt.

A mortalitás tehát, az 1874. szeptember hó 1-től 1882. szeptember hó 1-jéig terjedő kimutatással összehasonlítva, a mikor is az 29.5%-ot tett ki, feltűnő esökkenést mutat és ennek következtében kisebb mortalitást értünk el mint sok más intézet, mit úgy bizonyíthatok legjobban, ha ismét csak Schichtől veszem a magzatok mortalitására nézve a táblázatot át és a közé irom mostani százalékszámunkat.

Kézmárszky 1874—1882.	29.5
v. Hecker	26.0
Sutugin	18.8
Zweifel	17.1
v. Winckel	15
Kehrer	14
Kézmárszky 1882—1895.	13.91
Leopold	12
Gusserov	9.7
Fehling	5.7
Schauta	4.6

Ezen javulás daczára is oly nagy a halálozás, hogy a fogót ily körülmények között a magzatra nézve sem lehet ártalmatlan műszernek tartani és ha tekintetbe vesszük, hogy ezenkívül sok magzaton könnyebb, illetőleg nem halálos sérítést is hoz még létre, akkor jogosnak látszik ezen klinika álláspontja, hogy a fogóműtetet a magzat érdekében is a mennyire lehet kerülni, vagyis a dolgozatom elején felsorolt indicatiókat pontosan betartja. Mindjárt itt felemlitem, hogy ezen muló sérülésekből a következőket volt alkalmunk észlelni: 6 izben a fogó okozta koponya behorpadást, 8 izben a bőr felhámjának horzsolását és 4 izben a facialis ideg bénulását láttuk.

A fogót 75 esetben tipikusan, 36 esetben mély harántállású és 4 esetben a medence-bemenetében, de legnagyobb kerületével azon túl levő fejre alkalmaztuk. A medence-bemenete felett mozgatható fejre fogót sohasem alkalmaztunk, mert nézetünk szerint ily esetekben, ha a szülőfájdalmak erősek és azok a fejet a medence-bemenetén keresztül tolni nem képesek, fogóval még kevésbé tudjuk keresztül húzni, mert utóbbi esetben a fej nem tud konfigurálódni. Oly esetekben pedig, a midőn a szülőfájdalmak gyengék, sokkal czélszerűbbnek tartom a fennálló feltételek szerint más műtétet nyulni, mint fogót alkalmazni, bár ily körülmények között egyes szerzők élő magzaton a fogó alkalmazását megkísérlék.

A budapesti I. szülő- és nőbeteg klinika 1882. szeptember hó 1-jétől 1895. december hó 31-dikéig terjedő időközben végzett fogóműtéteinek statistikáját jelen dolgozatomban minden irányban kimerítettem már. Azt hiszem sikerült bebizonyítanom, hogy fogóműtéteink statistikája az utóbbi időben tetemesen javult. Az előbbi statistikánk, a melyet a szerzők az összehasonlítások alkalmával idéztek, úgy az anya mint a magzat mortalitási viszonyait rossz színben tüntette elő. Az általam jelenleg kidolgozott statistika azonban a többi intézetek között jobb helyet biztosít, mindazonáltal számos intézet sokkal jobb eredményeket mutat fel. Be kell ismerünk, hogy a mortalitási viszonyok javulása daczára is a mi statistikánk még mindig csak a közepesek közé tartozik. Ennek okát talán abban találjuk, hogy intézetünkben a fogóműtéteket csak a legszigorúbb indicatiók alapján végezzük, azért feltűnő csekély más intézetekkel szemben fogóműtéteink frequentája, mert míg mi nálunk 1.04%, addig más intézetekben 2, 3, 4 sőt 11.6%. Valószínűnek tarthatjuk tehát, hogy amaz intézetekben sokkal tágabb indicatiók alapján avatkoznak be fogóval, mint minálunk és így ott sokkal több

könnyű eset kerül fogó alá, mint minálunk. Nyilvánvaló, hogy akkor a mortalitási arálynak is ott jobbnak kell lenni, mint itt. Ezen intézetben, mint említém, csak kikérülhetetlen és így leggyakrabban súlyos esetben vesszük igénybe a fogót, könnyebb esetek a mi statistikánkban ritkán fordulnak elő, míg amazokéban ezek valószínűleg gyakoriak. Meg vagyok róla győződve, hogy ha a többi intézetek is ugyanazon szigorú indicatiók alapján végeznék fogóműtéteiket, mint mi, a statistikák között a morbiditást és mortalitást illetőleg lényeges különbség nem volna.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Atticus genyezésekről egy 33 év óta fennálló fülfolyás operált és gyógyult esete kapcsán.

Lichtenberg Kornél dr., egyetemi m.-tanártól.¹

Ha a mostani fülorvosi generatio visszapillant arra a szánlomra méltó állapotra és arra a különféle methodusra, melylyel az idült dobüri genyezéseket még csak 10 év előtt is kezelték, akkor elégtétellel tölthetnek el minden szakembert azon nagyszerű, alig remélt eredmények, melyeket ma nevezett bántalomnál elérhetünk. Az első impulsust a nagy úttörő szellem, Schwartz Hermann adta; ő jelölte ki és ki is építette az irányt, melyen a modern fülgyógyászat halad és minden eredmény, mit az otochirurgia ma elér, többé vagy kevésbé az ő nevével van kapcsolatban. És ezen eredmények nagyon sokat mondanak, ha meggondoljuk, hogy az idült fülfolyás a fülnek egyik leggyakoribb betegségei közé tartozik és azon komoly bántalmak közé, melyek nemesak a hallást, hanem nagyon gyakran a genyező folyamat tovaterjedése által az életet is veszélyeztetik, mert intracranialis complicatiókat hozhatnak létre. Ezen a tényleges helyzetnek megfelelő szempontból tekintve a dolgot, minden idült dobüri genyedés meggyógyítása egy nagy és mindig fenyegető veszély elhárításának a jelentőségével bir.

Egy ilyen operált esetet van szerencsém ma bemutatni, melynek története röviden következő:

A 39 éves beteg F. L. dr. 6 éves kora óta szenvedett fülfolyásban és nehéz hallásban jobb fülén, mely 20 éves koráig nem lett kezelve. Mint orvosnövendék megtudta, hogy egy chronikus otorrhoea nagyon veszélyes bántalmakat szokott létrehozni és szakszerűen kezeltette magát. Látszólag a baj rövid ideig szünetelt, de nem sokára ismét kiújult. Az ismételt kezelés váltakozott a javulással, de a jobb oldali fül most már 10 év óta mindig folyt, a váladék, bármilyen csekély mértékben is volt jelen, mindig büzös volt és itt-ott véres is. Engem 1896. január 21-dikén keresett fel, évek után másodsor, mely alkalommal következő tárgylagos egyéni és functionalis leletet constatáltam. A fül környéke és a külhalljárat rendes; a mélységben csekély büzös felhámval vegyített geny; kifeccskendezés után a dobhártya átívódott, piszkos fehér-szürke, atrophikus; felső polusában a Shrapnell-hártyán egy csomó epithel, melynek eltávolítása után a Shrapnell-perforatiót és a belőle kibúvó sarjadzásokat jól lehetett felismerni. A kengyel körvonalai tisztán lenyomódtak az atrophikus beesett dobhártyán. Katheterizálásnál száraz fuvózorej, perforatio és szöreszorej nélkül. A esecsont részéről semminemű megnyilatkozás vagy gyanú annak betegségére nem volt soha jelen.

Hallás $\frac{1-2}{100}$ em. az órára; suttogó hangot nem hall, conversáló

hangot csak néhány cm.-nyire. Weber a beteg fül felé lateralizál, Rinné jobboldalt negativ. Ezen lelet a Shrapnell-perforatiós idült attikus genyezésnek tipikus képét adta, melynél minden characteristikus tünet minden kételyt kizáró módon biztosan volt megállapítható. A kórkép kiegészítéséül még felemlítendő, hogy a beteg oldalon nagyfokú fejnnyomás és fejfájás volt jelen és oly aggasztó szédülés, hogy a betegnek az utcán meg kellett fogódz-

¹ Előadás tartatott a budapesti orvosegyesület gyűlésén 1896. márczius 21-dikén.

kodni, vagy a falhoz támaszkodni, hogy el ne essék. Mielőtt azonban az eseknek fejtegetésére áttérnék, a dobürnek specialis anatómiájával kell röviden foglalkoznom, hogy a következő események és a műtéti beavatkozásnak *elkerülhetlen* jogosultsága mindenki előtt tiszta legyen.

A dobür két félből áll, egy alsó részből, melyet tympanum propriumnak vagy újabban pinczehelyiségnek neveznek; ezt a diaphan dobhártyán át, vagy még jobban annak hiányában könnyen át lehet tekinteni és az abban előforduló minden kóros folyamatot a rendelkezésünkre álló segédeszközökkel többnyire pontosan meg lehet határozni. De a tympanum proprium a dobürnek csak alsó része; a felső része, a másik kisebb fele, az úgynevezett recessus epitympanicus, vagy röviden az attikus = ívhelyiség = boltozatür teljesen el van fedve és a szemmel nem férhetünk hozzá és ha a fülfolyás ebbe a helyiségbe fészkelődött be, akkor az rendszeren minden szerelésnek ellentáll és hozzáférhetlensége folytán még 10—15 év előtt is a gyógyíthatlan fülfolyások közé tartozott.

Az attikusnak bonczana ezt megmagyarázza: benne van elhelyezve a kalapács feje és nyaka, az üllő teste; számos nyálkahártya zsebredő — recessus — duplikatura, több ligamentum és még egyéb más nyálkahártyás és csontos képletek, melyek a dobür felső részében egy úgyszólván áttörhetlen hálózattá alakulnak és felette kedvezőtlen feltételeket hoznak létre az ott képződött lobterményeknek lefolyására és kiürítésére még akkor is, ha kisebb vagy nagyobb lyuk van a dobhártyában, mely különben gyakran csak a felső polusban mutat folytonossági hiányt. Ezen bonczani elhelyezés a dobür védelme és a fül akustikájának szempontjából mindenesetre nagyszerű berendezés, de a kezelés tekintetében nagy akadály, mert még más a kóros folyamat által létre jött nehézségek is járulnak hozzá, úgymint sarjadzások, összenövések, bevándorlott hámképletek, melyek egy kétségbeejtően makacs bántalmat teremtenek, mely bántalomhoz az attikus lateralis fala következtében a szem egyáltalában nem fér, orvosság vagy műszer pedig vagy egyáltalában nem, vagy nagyon nehezen és így egy állandó genyező lob, egy stagnáló genyó van úgyszólván a koponyaürbe be ékelve. Azért bár mennyire is vannak tanulmányozva, leírva és ismerve a dobür felső részének bonczani viszonyai, az attikusban előforduló kóros átváltozások és ezen kóros események folytán mutatkozó klinikai tünetek, mégis gyakran nagyon nehéz a recessus epitympanicus genyezésének kórisméje. Az a felfogás, mely orvosi körökben oly általánosan, egyhangúan és uralkodó megdönthetlenséggel úgy el van terjedve, mely felfogás szerint minden idült fülfolyásnak ugyanazon oka és kórbonczani substratuma van, a gyakorló orvosnak egyik legnagyobb tévedése, mert ezen fülfolyásoknak okai számosak lehetnek és így rendkívüli váltakozó a tárgylagos lelet is oly annyira, hogy csak hosszabb megfigyelés és ellenőrzés után ismerhető fel a baj valódi lényege, mely többnyire nem is ad tipikus kórképet. A kórisme csak akkor biztos, ha a genynek provenienciája a dobür felső részéből minden kétségen kívül be van bizonyítva és ezen bizonyíték különféle tárgylagos és egyéni akadályok vagy sarjadzások folytán nehezen állítható össze; a kórkép összessége és az ügyes és körültekintő sondírozás, a subtilis topographikus ismeret mindenesetre megbízható segédeszköz.

Ámbár tehát általánosan azt lehet mondani, hogy az attikus vizsgálati módszerének finomabb kifejlődésével ezen ürnek *diagnostikája* is lényeges haladást mutat, mégis homlokegyenest ellentmondó nézetek állanak fenn ezen genyezések *therapiája* tekintetében. Míg egyrészt sokan azt hiszik, hogy úgynevezett conservatív módon gyógyulást lehet elérni, kivált kitartással és consequentiával, természetesen minden irányban megfelelő és czélszerű intézkedések segítségével, addig mások ezt egyenesen tagadják és azt védik, hogy gyógyulást csak úgy lehet reményleni, ha a rendkívüli változatos és complicált utókezelést bele számítva, a dobür *exenterálva* lesz, azaz ha a csontocskák, melyek közül egyik-másik vagy mind cariosus szokott lenni, a kalapács, az üllő, esetleg a kengyel és velük együtt sok más akadály mint pyogen és phlogogen tényezők el lesznek távolítva. Vannak azonkívül, kik még ezt az encheiresist sem tartják elégségesnek, hanem csak a radikális műtéttől várnak végleges befejezést.

Mint minden vitás dolognál, úgy itt is be kell vallani, kivált ha előítélet nélkül és kellő tapasztalattal, át- és betekintéssel tárgyaljuk a kérdést, hogy bizonyos határig mind a három iránynak meg van a jogosultsága és *látszólag* az igazsága is. Látszólag az igazsága kivált a conservatív módszernek, mert utóvégre megbízható közlemények a materia medicaival közönséges otitricus beavatkozás kísérletében is szép eredményeket jegyeznek fel. Csak hogy itt szerény nézetem szerint egy kis tévedés lesz a diagnózisban és ne vegye tölem senki sem rossz néven azon meggyőződésemet a kifejezését, hogy ott, hcl igazi attikus genyezés áll fenn, ott conservatív módon ezt meggyógyítani nem lehet; ilyen esetekben csak két eljárás bír állandó értékkel és pedig vagy az exenteratio, ha csak az attikusra van a baj lokalizálva, vagy a radikális műtét, ha már a bántalom a csecsesontot is belevonta. Hisz utóvégre is minden komoly és igazságszerető ember csak az igazat keresi és akarja, én is évekig küzdöttem a conservatív móddal gyógyítani, de czéltalanul, de egy success d'estime-en kívül többet nem bírtam elérni és csak a tényeknek kérielhetlen logikája tömörítette bennem fenti meggyőződésemet, melynek kimondására annál is inkább fel vagyok jogosítva, mert az általam operált eseteket — F. kartárs úr a hatodik néhány hónap óta — évekig vagy hosszabb ideig kezeltem a műtét előtt, minden számbavehető eredmény nélkül, radikális gyógyulásról nem is szólván semmit.

Ezen épen kifejtett elvekből kiindulva, továbbá tekintettel a betegnél talált leletre megmondtam F. kartárs úrnak, hogy ő nála a conservatív kezelés kilátástalan és ámbár nehezemre esett, ki is jelentettem, hogy én baját a genykitürülés nehézsége és a gyakran mutatkozó fejnnyomás, fejfájás és szédülés folytán aggodalmasnak tartom és csakis operatio útján tudnék neki használni. A választandó eljárás tekintetében két mód lebegett szemem előtt; vagy a radikális műtét, azaz a csecsesont tipikus felvése, a külső halljárat csontos, és az attikus lateralis falának teljes eltávolítása, mi által a csecsesür, küllhalljárat és dobür egy nagy nyílásban egyesülvén a bántalom hozzáférhetővé lesz és a szokásos utókezeléssel gyógyulás várható. Tekintettel azonban azon fontos és a helyzetnél döntő körülményre, hogy a csecsesont részéről 33 éven keresztül soha semmi gyanus tünet nem mutatkozott, mely ezen csontnak a genyezésben való részvételét csak legtávolabbról is elárulta volna, ámbár ezen tünetek hiánya sem zárja ki azon lehetőséget, hogy a csecsesont vagy a tegmen tympani mégis participál a pusztító folyamatban; azon meggyőződésemet adtam kifejezést, hogy ebben a szerencsés esetben az egész genyező folyamat csak a dobür felső részére, az attikusra szorítkozik és alapos kilátásom van reá, hogy eltávolítván a kalapácsot és üllőt és vele együtt az egész dobhártyát, az exenteratióval a genyezést meg fogom gyógyítani. Ha azonban a teljes eredmény, a már kifejlődött, de meg nem állapítható szövőd-mények folytán nem is érhető el, a műtétnek mégis hatalmas prophylaktikus ereje van, mert legrosszabb esetben kedvező feltételeket létesít a dobür felső részében székely kiürítésére és kiürülésére, a bántalomnak irányt ad kifelé, melynek tendenciája a középső vagy hátsó koponyaür felé az intracranialis complicatiók egész sorozatával mindennapi esemény. A beteg kartárs úr, ki nagyon sokat foglalkozott az otológiával, kivált az idült genyezésekkel, érveim helyességét belátta és már három nap mulva, részéről nem mindennapi elszántsággal és nyugalommal január 24-dikén megoperáltam mély narkosisban.

A műtét terve szerint, villanyos égetővel, el lett távolítva a teljes dobhártya, a kalapács, mely fején és nyakán cariosusnak mutatkozott. Az üllő tekintetében a beteg első megvizsgálása alkalmával már azon gyanúnak adtam kifejezést, hogy az valószínűleg a hosszas genyedés következtében teljesen elpusztult. A műtét lelet ezen feltevésemet igazolta, mert az üllő nem volt többé található. A midőn továbbá a kengyelt el akartam távolítani, azon feltevéseim ki, hogy ez is cariosus lesz és összefüggése csak laza, ebbeli szándékomtól elállottam, mert az eltávolítási kísérletnél olyan ellentállással állottam szemben, melyből a kengyelnek rendes és czélszerű összefüggését az ovalis ablakkal lehetett következtetni; a jövődi hallás érdekében azonban azt megfelelő erővel mobilizáltam. A beteg ezen beavatkozást, mely gyakran különféle egyensúlyi zavarokat szokott létrehozni, kitűnően állotta ki. Az

első kötésváltogatás alkalmával — harmadnapra — a beteg fül az órát 30 cm.-nyire, a suttogó hangot erős hat lépésnyire hallotta, dacára a meglehetősen bő, sok epithellel vegyített váladék jelenlétének. A műtét után 9 napra egy nagyfokú hőemelkedéssel járó otitis externa lépett fel a beteg oldalon, melyet infectiosus eredetűnek kell tartanom és nem traumatikusnak, műteti beavatkozás alkalmával történt sérülés következtében, mert különben mindjárt az operatio után kellett volna jelentkeznie. Ez a lob öt napig tartott és nagy fájdalmakat okozott. Lezajlása után a helyzet mindinkább javult, a váladék mennyisége kevesbedett, minősége megváltozott, a hámképletek belőle tünni kezdtek. *A nagy mennyiségben kilökődött epidermis szempontjából ezen esetet attikus cholesteatomának is lehet nevezni.* Végére február 18-dikán a beteg fül teljesen száraz volt, hallóképessége, mely már egyszer az órára 70 cm.-nyit ért el, az utókezelés teljes lefolyása és a folyamat meggyógyulta után megint 30 cm.-nyire szállott le. Fejnyomás, fejfájás és szédülés az operatio óta egyáltalában többé nem mutatkoztak. Az utókezelésről még megemlítendő, hogy a stapes felett kétszer sarjadzások mutatkoztak, melyeket electrocaustice tüntettem el. Az utókezelésnek egyik érdekes tünete az *ageusia*, azaz az operált oldal egész nyelvfelén fellépő íztelenség és a szájürben mutatkozó secretorikus anomaliák. Ezen ageusia, a műtétbe bevett chorda tympani elmeszésére vezethető vissza, a mennyiben ezen ideg egyesülvén a nervus lingualissal izlési rostokat ad a nyelv megfelelő felének és secretorikus rostokat a szájür mirigyének. Az ageusia a beteg kartárs által a legnagyobb pontossággal lett megfigyelve és az izlés visszatérésének egyes phasisai a négy alapsubstantia segítségével: az édes, sós, savanyú és keserűvel a nyelven ellenőrizve. Ezek szerint az operált oldal nyelvfelén 6 napig a műtét után semmi izlés sem volt jelen, s csak a 7-dik napon kezdődött a regeneratio s a műtét után 25 nappal az teljesen be volt fejezve. A nyelv azonkívül még különféle paraesthesiás izlési tüneteket is adott. A papillák eregáltak és irritált állapotban voltak, azonkívül a nyálsecretio csökkenése folytán a szájür, a nyelv és az ajkak mindig szárazak voltak. Némi érdeklélő birnak továbbá azon hallási sensatiók, melyek az operált fülben mutatkoztak. A beteg t. i. mint értelmes zenész ezen sensatiókat kitűnően tudta karakterizálni, és ezek abból állottak, hogy a jobb oldali fül a tubán keresztül hallotta a hangokat, nevezetesen az utca zaját, oly módon, hogy a szájür öblének különféle alakú módosítása folytán a határozatlan magasságú zörejek egész skála szerint emelkedtek felfelé a magasabb hangokba, vagy lefelé a mélyekbe és így egész ariákat volt képes a tubán keresztül elénekelni.

Ezek szerint tehát a partialis exenteratio egy 33 év óta femálló chronikus otorroea, mely annyi alattomos veszélyt rejt magában, meggyógyított és egy fület, mely több mint 3 évtizedig süket volt, megint functióképessé tett és azon kedvező conjuncturák következtében, melyeket az operatio a fülben talált, a legszerencsésebb eredmények közé számítható, melyeket valaha hasonló encheiresissal elértek.

A Dollinger-féle járókötés alkalmazása a magángyakorlatban alszártörésnél.

A Dollinger-féle járókötés (lásd Orvosi Hetilap 1894. 5. sz.) practikus fölénye a többi hasonló kötések felett alszártörésnél nemcsak az, hogy a térd szabadon marad és hogy a betegek azzal a kötés megkeményedése után azonnal járhatnak, s hogy használatával decubitus nem képződik, hanem főképen az, hogy alkalmazási módja könnyen eltanulható, s hogy a kötéshez szükséges anyag a vidéken is bárhol beszerezhető, miután ahhoz mi sem kell gypspólyán és kötgyapoton kívül; tehát ugyanaz, a mi egy közönséges gypskötéshez.

Az általam észlelt és alább leírandó mind két esetben mind a két alszársontnak haránt törése volt jelen; az első esetben segédkezés közben volt alkalmam a kötés alkalmazási módját eltanulni, a második esetben pedig már magam alkalmaztam azt.

1. B. G., 39 éves, bánlaki tisztartó márczius 13-dikán kocsival való felborulás alkalmával alszártörést szenvedett a bal alszár középső és alsó harmadának határán, a boka nagymérvű

zúzódásával. A beteghez Dollinger tanár hivatván meg, ő alkalmazta márczius 17-dikén a járókötést, melynek leírását azért tartom érdekesnek, mert tudomásom szerint hasonló eset még nem lett közölve. Itt annyiban történt eltérés a rendes alkalmazási módtól, hogy az alszárnak törés alatti része, s a boka nagymérvű duzzanata miatt a kötésnek a bokához való oda simitása elmaradt és így a törött végtag nem helyzetetett teljes extensióba, hanem csak mintegy suspendálva volt a kötésben. Ennek dacára a kötés megszáradása után beteg két bottal azonnal képes volt járni, s a kötés eltávolításáig zavartalanul végezhetett sok járást és kocsiást igénylő teendőit.

2. Facskó Antal, 18 éves zárosi béres május 7-dikén Bánlak közelében terhes szekérről leesés és elgázoltatás közben alszártörést és a jobb vállon zúzódásokat szenvedett. Mindkét alszársont a bal alszár közepe táján szenvedett haránt törést. A törött végtag megmosatása után, a törés helyének környékén levő bőrhorzsolásokat jodoform-collodiummal kentem be, a beteget asztalra fektettem és a sérült végtagot Dollinger tanárnak még eddig le nem írt módszere szerint széles mullpólyával a plafondon levő lámpahorogra úgy függesztettem fel, hogy a végtag vízszintesen állván, a lábfej a sípessontal mintegy 70 fokú szöveget alkotott; ezen manipulációnak előnye az, hogy így maga a test súlya eszközli az extenziót és contraextenziót állandóan és biztosan úgy, hogy kisebb és kevésbbé értelmes segédlettel, a beteg és a segédke nagyobb megkímélésével történhetik a kötés feltétele. Itt még megemlítem, hogy én is gypsz talpat alkalmaztam Dollinger tanár utasítása szerint, s azt hiszem, hogy ez czélszerűbb is mint a Hevesi dr. által az O. H. 1895. 3. sz.-ban ajánlott deszka- vagy papirtalp, a mennyiben a gypstalpnál csak maga a talp lazul meg a járástól, s ezt igen könnyű új gypstalppal pótolni, s itt nem válik szükségessé az egész kötés megújítása, a mit Hevesi dr. idézett leírásában maga is említi, s a minek valószínű oka az, hogy kemény deszka- vagy papirtalp feszítése a kötésnek a lábtő csontok feletti boltozatos részét is meglazítja, melynek pedig extendáló és fixáló szerepe is van. Egyenes és lapos talpat úgy is készíthetünk, ha a már megszáradt kötésre egy külső gypstalpat erősítünk egy pár pólyamenettel s a beteget síma alapra állítjuk, míg a külső talp is megszárad. Az így készített talp meglazulás esetén könnyen cserélhető fel újjal a nélkül, hogy a kötést magát is megújítani kellene.

F. A. az első napokban csak támogatás mellett birt járni, a váll zúzódásai miatt nem tudott botra támaszkodni, a zúzódások gyógyulta után a kötés levételéig (junius 21.) jól járt és könnyebb munkát is végezhetett. A kötés alatt a hámszorolások begyógyultak; a bőr a kötés alatt nem szenvedett; a callus jól képződött, a végtag nem rövidült. Az egész kötés vattával, talppal együtt 2¹/₂ kgm.-ot nyomott.

Bernády Dániel dr., járási orvos.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egyesület Nagyváradon.

1895. szeptemberi szakülés.

1. Berkovits Miklós dr. a nagyvárad-városi járványkórházban kezelt vörheny-betegeknél szerzett tapasztalatairól számol be.

Az egy havi észlelés ideje alatt 29 beteg feküdt a járványkórházban scarlatinában, a kik közül 5 beteg halt meg, tehát 17.2%. Ez arányszám azonban előrelátólag rosszabbodni fog, mert a kezelés alatt maradt 7 beteg közül 3-nak igen súlyos az állapota.

A vörheny-betegek legnagyobb kontingensét a 3—5. élet évben levők adták, tehát az úgynevezett kiseddévó-korban levők, minek magyarázatát nyújthatja talán az a körülmény, hogy a jelenlegi epidemia egy kiseddévó-dából került ki.

A 29 beteg közül 14 fiúgyermek és 15 leány volt.

A megbetegedtek kor szerint a következőképp osztályozhatók:

0—1	évig megbetegedett	1,	
1—2	"	"	1,
2—3	"	"	4, elhalt 1
3—4	"	"	7, " 1
4—5	"	"	7, " 2
5—6	"	"	3, " 1
6—7	"	"	1,
8—9	"	"	1,
10—15	"	"	1,
15—20	"	"	3,
azaz 0—5	évig megbetegedett	20,	elhalt 4
5—10	"	"	5, " 1
10—20	"	"	4, " —

A mint a táblázatból is kitűnik, a halálozási arányt nem lehet felette nagyra tartani, de azért az epidémiát rosszindulatúnak, mérges jellegűnek jelzi. Oly súlyos tünetekkel, oly hevesen lépett fel a betegség, a kütég is oly intensív volt, hogy azt a néhány év előtti helybeli járvány idejében nem észlelhetjük.

Az incubatiós stadium pontos átlagos megállapítása nem sikerült.

A betegek legnagyobb része a legalsóbb néprétegek köréből került a járványkórházba, ily egyénektől lehetett csak erre vonatkozó adatok után kutatni, a kiknek kimondásai nem vagy alig értékesíthetők, mert nem megbízhatók.

Egyetlen esetet lehetett e szempontból némileg értékesíteni, a hol felvehető volt, hogy a gyermek augusztus hó 23-dikán inficiáltatott s a betegség, azaz a kütég augusztus 29-dikén lett észrevéve.

Mint említve volt, az észlelt egyes esetek igen vehemensek voltak, a láz igen magas volt, a kütég igen intensív, némely betegnél bullosus. A fellépett complicatiók is igen súlyosak voltak.

Angina minden esetben jelentkezett, sőt 5 esetben súlyosabb jellegű diphtheriáig fokozódott. Albuminuria az első két hétben 20 esetben volt kimutatható. Nephritis (haemorrhagikus nephritis) 8 esetben, mirigy-suppuratio 10 esetben volt jelen, a midőn incisió végeztetett. Mirigybeszűródések csaknem valamennyi esetben észleltettek. Volt egy pleuropneumonia és egy esetben exsudatum pleuriticum purulentum is. Egy-egy esetben synovitis scarlatinosa és enteritis észleltetett. Fül-folyás (otitis media suppurativa) 8 esetben lépett fel.

A prognosist illetőleg biztos támpont nincs. Igen súlyos tünetekkel s complicatiókkal járó esetek gyógyultak, s látszólag könnyű esetek a további lefolyásban rosszabbodtak.

A halál oka legtöbbször szívhűdés volt.

Ezek után előadó kiemeli, hogy a jelen esetben is mily fontos szolgáltatásokat tett városunknak a járványkórház, de másrészt most tüntek ki legjobban annak hiányai is. Az orvosi állás rendszeresítése, hogy a bennlakó orvos az elhelyezett betegeket állandó megfigyelés alatt tartsa és kellő időben segélyét is nyújtsa s az ápoló személyzet szaporítása elengedhetlen és elodázhatatlan követelmények. Ezek nélkül a különben szépen berendezett s a vidéken talán a maga nemében egyetlen kórház nem felelhet meg teljesen céljának.

Edelmann Menyhért dr. a saját esetei s tapasztalatai alapján a maga részéről is hangsúlyozza, hogy a vörheny kapcsán mily súlyos complicatiók léptek fel. Lymphadenitis minden esetben észleltetett, kisebb vagy nagyobb mérvben, s elég gyakran vezetett abscedáláshoz. Kartársai figyelmébe ajánlja, hogy a támadt abscessusok lehető korán nyitassanak meg, mihelyt fluctuatio kimutatható lett, mert a tályogban s a körül szokatlan nagy destructio támad, ha a megnyitással késünk. Látott esetet, a melyben a tályog megnyitása s a geny kiürítése után az izmok közti s körüli kötszövet teljesen elpusztítva találtatott, s a nyak mellső és oldalsó izmai szinte tisztára kipaarálva voltak láthatók. Egy esetben a gégefő külső izomzata is látható volt.

Otitis media suppurativát (fülfolyás) is gyakran látott, de kellő kezelésre elég gyorsan állt be gyógyulás a hallás épségben maradásával.

Synovitis is látott egy esetben. Egyik betegnél egy napon mindkét kéztőizületben, a két könyökizületben, a térdékben s bokaizületben intensív fájdalmak léptek fel, de feltűnő izület-körüli duzzanat nélkül. Az alkalmazott hidegvizes begöngyölésekre a fájdalom néhány nap után megszűnt. Ez esetben az izületek savós hártájának hyperaemiájáig fejlődött csak a lobos folyamat, de savós folyadék, legalább kimutatható mennyiségben, nem választott el.

1895. októberi szakülés.

1. Kornstein Lajos dr. egy Bacci és Bianchi florenzi tanárok által szerkesztett „Phonendoskop“ nevű készüléket mutat be, a melynek az a célja, hogy az emberi szervezet természetes és provocált hangjait nagyobb intenzitással s pontossággal lehessen észlelni, a mint azt a sthetoscop segélyével tehetjük.

Ily módon észlelhetők vele a légzési, vérkeringési mozgások, sőt az emésztő szervek mozgásai is, az izommozgások által keltett zörejek, még a felső ruhán át is annyira erősödve hallhatók, hogy az eszköz jó szolgáltatásokat tehet betegvizsgálatainknál.

1895. novemberi szakülés.

1. Révész Vilmos dr. egy psoriasisban szenvedő férfi beteget mutat be, ki tegnap vétette fel magát a „Biharmegyei közkórház“-ba. Nevezettnek mult évben s ezt ismétlőleg f. évi junius hóban ulcusa volt, beszűródött mirigyek tapinthatók a hónaljban, a lágyék árkokban s bárha a tenyerek, a talpak szabadok, előadó syphilitikus származásának tartja a bajt, s hydrargyrum salicylicum intramuscularis feekendezésével fogja kezelni, az eredményt annak idején be fogja mutatni.

Berkovits Miklós dr. nem osztja a bemutató felfogását a psoriasis kórszármazását illetőleg. Ő itt egy igen nagy mérvű, de közönséges, s nem luetikus esetet lát; erre vall az a körülmény, hogy főleg a feszítő oldalak vannak megtámadva, a plaque-ok nagy terjedelmű pikkelyekkel fedve, egy-ugyanazon tájakon különböző keletű foltok láthatók, a száj s a nyelv, valamint a torok s a garat nyálkahártyái teljesen szabadok, s a mirigyek általában alig beszűródtek. Ő maga részéről helyesebbnek vélné, a nélkül, hogy ezzel praedjudicálni akarna előadó véleményének, ha a psoriasis vulgaris classikus arsén-kezelése initiáltatnék, mert elvégre is egy antiluetikus kezelés legalább is nem közömbös dolog.

Bodor Károly dr. szintén osztja Berkovits felfogását, maga sem látott soha esetet, melynél a luetikus psoriasis ilyen kiterjedt alakban, hatalmas felrakódásokban nyilvánulna s ép ezért helyesebbnek tartaná előbb az arsént s a localis kezelést megkísérteni.

Grósz Albert dr. jó eredményeket látott psoriasis eseteiben a következő keveréktől: Aquae calcis, Spir. sapon. aa 200'0, glycerini 5'0, Acidi borici 10'0. DS. Este-reggel felkenni.

Bemutató nem osztja a felhangzott kifogásokat, különösen nem fogadja el azt az ellenvetést, hogy egyazon tájakon luesnél nem jönnének elő különböző keletű kivirágzások, egyébként lesz alkalmá a szakülésnek végleges véleményét mondani akkor, ha majd az esetet a kezelés után bemutatója.

2. Schiff Ernő dr. egy gyakorlatában előfordult s bélbeöntésre gyógyult invaginatio ileo-coecalis esetét ismerteti. Az eset egy 4½ hónapos csecsemőre vonatkozik, a kinél addig semmiféle baj nem fordult elő. A legjobb közérzet mellett egyszerre hányinger lép fel, a csecsemő az emlőt nem fogadja el, nyálkás, de nem véres székletete jelentkezik. A status a következő: az igen jól táplált, fejlett csecsemő feltűnően bágyadt, soporosus, arcz sápadt, apathikus tekintetű, szeme beesve, hő 37'4, a mi a délutáni órákban rendes, feltűnő az érlökés szaporodottsága: 140 percenként. Első felvétele volt, hogy gastritis van jelen. Percussionál a gyomor kontatott hangja magas-dobos, igen magasan kezdődik; az első percutorikus ütésnél a csecsemő nyálkás-zöldes folyadékot hány ki. A hasúri szervek vizsgálatánál a bal hypogastriumban egy kemény, resistens, kevésbé mozgatható cylindrikus dag tapintható, mely nagyon fájdalmas s a palpationál a csecsemőnek azonnal profus nyálkás-véres ürüléke van. A leírt tünetek: folytonos hányás, pulsus szaporasága, véres székletetek, fájdalmasság, collapsus, palpálható tumor előadót az invaginatio felvételére vezették. Ez alkalommal részletesebben óhajt kiterjeszkedni annak taglalására

hogy mely szempontok jönnek tekintetbe az invaginatio székhelyének megállapításánál. *Leichtenstern* beosztását követve, az első életévekben leggyakrabban az invaginatio ileo-coecalis jön elő. Legújabbban *Hirschsprung* 68, részben sectio által is ellenőrzött eset kapcsán hasonló kijelentést tesz; szerinte az inv. ileo-coecalis tünetei: a hirtelen kezdet, a csecsemő agitált vagy soporosus, fellép a hányás, a pulsus szaporább lesz, collapsus jelentkezik, 1—2 félig normalis ürülék, mely csakhamar véressé lesz, tumor a köldöktől balra, mely egy görbületet ír le, mely convexitásával a kis medence felé tekint, végre a Danze-féle tünet: a baloldalon a has kitöltöttebb, míg jobboldalt bizonyos mérvű behorpadást mutat. Az invaginatio coli nem köti magát az első életévhez; ennél a tenesmus sokkal fokozottabb, nagyobb a vérzés, az anuson át majdnem folytonos serosus folyás; a dag a bordaívénél kezdődik, intussusceptumot digitalis vizsgálatnál sokszor sikerül explorálni, néha az anuson át prolábil is. Míg az ileo-coecalis invaginatioánál a digitalis exploratio két nyílást constatálhat, az egyik az intussusceptum, a másik a processus vermiformis: addig az invag. coli-nál csupán egy nyílás található. Az invaginatio ilei és ileo-colica ritka alakok s nehezen kórismézhetők. Amanál a dag mobil, a jobboldalon tapintható, mérsékelt a véres széketét s a tenesmus. Az esetek egészben véve mindig súlyosak, a halál bekövetkezik choec vagy peritonitis által. A gyógyulás oldódás által történik, mely vagy spontan, vagy művi úton éretik el. Volt idő, midőn a higanyt alkalmazták, hogy súlyával eszközölje az oldást; újabban ez a módszer egészen obsolet, s a massage, magas bélfusiók, gázok bevezetése léptek előtérbe. *Kussmaul* iskolájából került ki az a tapasztalat, melynek *Pollák Szigfrid* is szószólója a magyar irodalomban, hogy gyomormosás is kedvező eredményeket adhat. Bár e tapasztalati adatnak theoretikus megfejtését adni előadó nem képes, s bár eleintén félt is, hogy a fennforgó esetben a hányási erőltetés a gyomormosás alatt az invaginatioát még fokozhatná: mégis, mivel súlyt fektetett arra, hogy ol. ricini opiummal adagolhasson, nehogy ezt is kihányja a csecsemő, gyomormosást eszközölt. Ezután a csecsemő nem hányt, sőt szopni kezdett. Mintegy 1/2 órai pauza után újból fellépett a hányás, a dag még mindig világosan palpálható volt. Ekkor irrigatorral mintegy 3 liter vizet infundált; bár egy nagy rész azonnal vissza is jött, mégis mintegy felét a folyadék a kis beteg megtartotta, a has megtelt s midőn ez a folyadék rész is eltávozott, előadó a dagot nem találta. Mosás előtt próbálta a dag masszálását, de az állapot semmit sem javult, a bélbeöntés után (éjjeli 12 órakor) azonban csupán valamely homályos resistentia volt kiérezhető. Reggelre a csecsemőtől a még visszamaradt folyadék eltávozott, ebben már apróbb bélsár-részletek is voltak; az éjjel zavartalan volt, a csecsemő aludt, szopott, vidám lett. Reggel újabb infusio és belsőleg ol. ricini emulsióban opiummal. A beöntés után valamivel több bélsár ürül; a délelőtti folyamán kétszer spontan széketét, mely alkalommal profus sárgás, bár nyálkás ürülék jelentkezett. Délután a csecsemő teljesen jól érezte magát, s ez állapot továbbra is fenntartotta magát. A differentialis kórisme igen fontos a beavatkozásra nézve. *Hirschsprung* szerint jók a kilátások az invaginatio coli eseteiben: itt sokszor sikerül a repositio, a bélbeöntések sem igen hagynak cserben. Rosszabbak az esélyek az invaginatio ileo-coecalis eseteiben, a hol gyakran kerül a sor laparotomiára, habár úgy itt, mint az egyéb behüvelyeződés eseteinél a laparotomia igen rossz eredményeket mutat. Előadó kiterjeszkedik annak taglalására is, hogy mi idézi elő az invaginatioát. *Leichtenstern* hypothetikus magyarázata szerint valamely bélrészletnek hűdöttnek (paretikus) kell lenni, s a felette eső bélrészlet contractioái fokozódottabbak. Ez megtörténhetik typhus, dysenteria után fennmaradt hegek eseteiben, néha trauma után is. De sok egyszerű hurutos állapotnál is bekövetkezik az, a mint az analogia szerint a vastagbélhurutnál a prolapsus ani. A fenti esetben a kórszármasz teljesen homályos, mivel azt, hogy a gyermeket folyton a karon himbálták, bizonyára nem lehet okul felhozni s elfogadni, már pedig akkorig a csecsemő teljesen egészséges volt.

Az előadáshoz *Bodor* és *Berkovits* fűznek néhány szót, kiemelve az előadás kimerítő voltát s a kérdés minden irányban való szabatos megvilágítását.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Limbeck: Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes.
Jena, Verlag von G. Fischer, 1896.

A vér kórtana az utóbbi években nagyon foglalkoztatja a szakembereket; alig van egy másik fejezete a kórtannak, melyet oly nagy buzgósággal és kitartással művelének, mint épen a vérről szólót. Alig szükséges említeni, hogy ezen buzgóság és kitartás a vérvizsgálatok terén mennyire szükséges és indokolt; de azt sem szükséges nagyon fejtegetni, hogy a vér kórtanának jelen, aránylag már fejlett állását előtűntető jó könyv mily nagy szükségletet elégít ki. Már néhány év előtt tudatában volt ennek szerző és azért el is készítette nagy szorgalommal és szakértelemmel a vér kórtanáról szóló munkáját, mely azonban — úgyszólván úttörő lévén e téren — még hiányokat mutatott. De e hiányok dacára is a munka úgy a szaklapok, mint a nagy orvosi közönség által jól megérdemelt meleg fogadtatásban részesült, úgy hogy csakhamar egy második kiadás vált szükségessé. Ezen imént megjelent második kiadás tetemesen bővített; terjedelme csaknem kétakkora, mint az első kiadásé (374 lap az első kiadás 195 lapjával szemben). Egy egészen új fejezet a vér vegyi és physikai sajátosságai ismertetésének van szentelve; sorban el vannak mondva benne a vörös és fehér vérsejtek, valamint a vérlémezek vegyi alkotásai, a serum vegyi összetétele, az összes vér vegyi alkata, a vérsejtek és a plasma térfogata, a vérfestény, a vér gázai, a vér alkaloescentiája és osmotikus viszonyai, a vér megalvadása stb. De a többi fejezet is, megfelelően a számos újabb vizsgálatnak, erősen bővült. Szaporodtak a szöveg megérthetését elősegítő rajzok is s az első kiadás egy színes táblája helyett most két szép kivitelű színes táblát találunk a könyvhöz mellékelve. Különös említést érdemel még a minden fejezethez csatolt, nagyon kimerítő, nagy szorgalommal készült irodalom-összeállítás. Mindent egybevetve, a munka nagyon hasznos útmutatóul szolgálhat mindenkinek a vérről vonatkozó kérdések megfejtésénél, illetve megértésénél s azért tanulmányozását melegen ajánlhatjuk.

II. Lapszemle.

Sebészet.

A bőrátültetés egy újabb módosítása. Mangoldt a sebűregeknek hámmal való befedésénél melegen ajánlja a következő módszert. Az alsó vagy a felső végtagon bizonyos területet előzetesen jól megtisztítva, megeretvéva és fertőtlenítve, az ekkép desiniciált területen a bőrt jól megfeszítve, éles beretvéval veszi vakarék alakjában a hámot a szemölcsös testig hatolva. A vérrel kevert hámkását a már nem vérző és sarjaktól ment sebfelületre keni spatulával. Az epithelkása jól tapad és vérvörös lepedéket képez az alvadtt fibrintől. A fibrin az 5—7-dik napon kezd el-tűnni s a vörös szín szürkés-sárgává lesz, majd a sebfelületet kékes-rozsaszínű lepedék vonja be. A 3-dik hét végével a hámosodási folyamat tökéletesen befejeződött. Azon területet, a honnan a hámot veszi, dermatollal hinti be, sterilgaze-zal fedi s az néhány nap mulva egyetlen kötés alatt nyom nélkül begyógyul. A beültetett területet eleinte abszolút alcoholban sterilizált és azután megszáritott guttaperchéával vagy kifözött staniollal fedi. A kötést másodnaponként változtatja azután. Az 5—7-dik naptól kezdve a kötés változtatáskor physiologikus konyhasó-oldatot használ. A 16-dik naptól kezdve pedig lanolinbórkenőcsöt (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 48). A Mangoldt-féle eljárást már sikeresen alkalmazta Mann a középfül genyes lobos folyamatánál szükségessé vált processus mastoideus kivésésénél, a hol a támadt sebűreget fedte az epithelkásával s a sebűreg a 3-dik hét végeztével tökéletesen be volt hámosodva. Úgy látszik, hogy a középfül operatioánál van hivatott szerepe a Mangoldt-féle methodusnak. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1896. Nr. 14.) *Boross dr.*

A vándorlép rögzítéséről. Splenopexis. A berlini sebészi congressuson körülbelül 1 év előtt Rydygier ajánlotta a vándorlépnél a splenektomia helyett a splenopexis alkalmazását. A tetszéssel fogadott eszmét ma már többféle módosítással alkalmazzák a sebészek. Sykow, a ki kísérleteit eddigelé csupán

állatokon végezte, a lépét a hasüreg hátsó falához rögzíti, mielőtt catgut-hálózattal veszi körül; elegendő szerinte a lép középső részét avagy annak felső vagy alsó felét rögzíteni. A rögzítés szerinte biztos és tartós, sőt azt is állítja, hogy a lép és a hashártya között kötőszöveti összenövés jön létre. A lép térfogata valamivel megkisebbedik, de működésében nem áll be zavar. (v. Langenbeck Archiv, 3. kötet, 1. füzet.) Bardenheuer a hashártyát hátulról nyitja meg és az aránylag kis nyíláson át vonja elő a lépét és rögzíti a hashártyán kívül. Plücker (Centralblatt für Chirur. 1895. 40. számában) azt írja, hogy a technika egyszerű, a kivétel elég gyors és az által, hogy a mütő a hasüreggel érintkezésbe nem jön, a mütét teljesen veszély nélküli, a rögzítés pedig biztos és tartós. Tekintetbe véve azon körülményt, hogy mily nehéz sokszor a vándorlép jelenlétét biztosan kóris-mézni s mily gyakori annak összenövése a szomszédos szervekkel, méhvel, stb.-vel, melyet megszüntetni a hátul készített annyira kis nyíláson egyáltalán nem vagy csak nagy nehézségek árán sikerül, mégis csak előtérbe nyomul s első helyen jogosult a Rydygier által ajánlott hosszú metszés a has mellső falán a linea alba irányában.

Boross dr.

Gyógyszertan.

A tannalbin klinikai értékéről írt Vierordt O. dr. tanár. (D. med. Wochenschrift 1896. 25. sz.) A bélbetegségek, kivált a bélhurut kezelésénél használt tannin, ha per os adagoljuk, adstringens hatását főképp a gyomorra fejt ki és a bél alsó részletébe csak kis mennyiségben jut el. Ezen hátrányon segíteni akarván Gottlieb R. heidelbergi tanár, a tannint fehérnyével összekötve új készítményt állított elő, az ú. n. *tannalbin*, mely 50% tannint tartalmaz és a mesterséges gyomornedvben igen nehezen oldódik, de a pankreas-nedv behatása alatt lassanként a bélben feloldva lesz. A tannalbin barnás, teljesen íz nélküli por, adstringens íze a szájban nincs s minden beteg könnyen beveszi, még nagyobb adagokban (10 gm. naponta) sem rontja a gyomrot és étvágyat. Szerző a tannalbin 30 esetben alkalmazta subcut és idült vékony- és vastagbél hurutoknál s hasi hagymáz-nál; mindezeknél a styptikus hatás gyorsan és biztosan következett be, sőt a vastagbél lobos állapotainál legfeltűnőbben gyűrültek és consistensebbek lettek az ürülések, minden mellékhatás nélkül a gyomorra és étvágyra, jelül annak, hogy a szer a vastagbelet is direct befolyásolja. A hatás állandó maradt, ha a szer lassanként kisebb adagban nyújtott, sőt egészen abba-hagyatott. Megkísértette a szert Vierordt tanár oly betegségek-nél pl. vesebajoknál is, melyekben a tannin hosszabb adagolása javalva van; ezek közül acut nephritis után, secundaer zsugorvase és idült nephritis mellett erős intermittáló albuminuria volt jelen. Mind a három esetben kedvező volt az eredmény a nélkül, hogy makacs székszorulást okozott volna. Nem habozik azért Vierordt tanár a tannalbinnak valamennyi csersav készítmény közt előnyt adni a többi felett, valamint biztos hatása, úgy ártalmatlansága miatt is. A mi az adagolást illeti, felnőtteknél 4-szer naponta 0.5—1.0 nyújtandó; ajánlatos, ha hatás nem áll be, mindjárt 24 óra múlva az adagot emelni egész 2.0 pro dosi és 10.0 pro die. Az első éven felüli gyermekeknél a legkisebb egyszeri adag 0.5, a legkisebb egy napra való adag 1.0.

Bőr- és bujakórtan.

Végbélgonorrhoeáról nőknél értekezik Baer. Szerző 191 biztosan megállapított gonorrhoeás nőnél (kéjnök és eselédek) 67 esetben, azaz 35.1%-ban, talált végbélgonorrhoeát. Ezen feltűnő nagy számot arra vezeti vissza, hogy valamennyi beteg végbél-váladékát esetleges gonorrhoeára megvizsgálta (legalább is 3-szori vizsgálat), míg ellenben a gyakorlatban csak ott szokásos a végbél-vizsgálatot eszközölni, hol a betegeknek feltűnő subjectiv panaszai vannak, vagy már a külső tünetek az orvost esetleges gonorrhoeára vizsgálni intik. Valamennyi esetben az acut kankós folyamatnak úgy makroszkopikus, valamint mikroszkopikus képét kapta. Ezen gyakori gonorrhoeának keletkezési okaira nézve a praeternaturalis coitust és a secundaer fertőzést az esetek túlnyomó számában kizárhatta, hanem a bő fluorra vezeti vissza, mely könnyen a végbélbe is csurog. A mi a klinikai képet illeti, a betegeknek csak

kis része panaszkodott fájdalmakról és égetésről a székelésnél és csak kevésnél voltak a végbél nyílása mellett hámfosztott helyek, papillomák és eczematosus elváltozások. A végbél nyálkahártyáját mindig vörösnek, duzzadtak, könnyen vérzőnek találta. A nyálkahártyának elválasztása csak egyes esetekben mutatkozott fluor alakban, a többiben csak genyes góczok és genyes csikok voltak láthatók. A végbélgonorrhoea gyógyítását illetőleg a végbél-tükrön át a nyálkahártyát 3%-os bórodattal tisztára öblítette és ezután argentamin 1:3000 oldattal bőven utána öblítette, a nyálkahártya erosióit 2%-os argentamin oldattal ecsetelte. A gyógyulás ideje több hét és több hónap között ingadozott. Complicatióként két esetben periproctitis lépett fel. (Deutsche med. Wochenschrift, 1896. 8. sz.)

Aschner Arthur dr.

A syphilis orvoslásáról haemolum hydrargyro-jodatummal ír Rille. A higanykészítmények között, melyek per os adagoltatnak, első helyen áll a sublimat és hydrarg. protojoduretum. A francziák és angoloknál ezen két készítmény igen kedvelt. A syphilisnek gyógyítása belső szereléssel a betegre nézve mindenestre a legegyszerűbb és legkényelmesebb volna, ha mellékhatásuk miatt határai igen szűkre nem volnának szabva. Azon emésztési zavaroknál fogva, kapcsolatban nagyfokú diarrhoeával, továbbá a veszélylyel járó syphilitikus tünetekre való lassú és ki nem elégitő hatásuknál fogva eléggé gyakran kényszerítenek a többi gyógyítási módokhoz folyamodni. Ezen kellemetlen mellékhatások kiküszöbölése céljából újabb időben több készítmény hozatott be a therapiába, melyek között az igényeknek megfelelő látszik a haemolum hydrargyro-jodatum. Rille ezen készítménnyel 37 beteget kezelt, kik közül 11 recens syphilisben, 19 későbbi secundaer syphilisben és 7 tertiaer syphilisben szenvedett. A tünetek eltüntetésére a pilulák száma 114—282 között ingadozott. A haemol.-hydrarg.-jodatum tartalmaz 12.35% fémhiganyt és 28.68% jodot és következőképen rendeltek: Rp. Haemoli hydrarg.-jodati 10.0 (Pulv. opii puri 0.8) Pulv. et Extract. Liquirit. aa qu. sat. ut f. pill. Nr. 50. Consperge. DS. Naponta 3-szor 2 pilula az evés után. A betegek ezen gyógyszert eléggé jól tűrték, egyes esetekben volt 3—4 híg széket, melyek magától megszüntek, az esetek körülbelül fele jodacetet kapott, a kezelést sohasem volt kénytelen félbeszakítani. Ez az egyedüli készítmény, mely higanyt, jodot és vasat tartalmaz, ezen oknál fogva oly egyének-nél ajánlja különösen, kik igen vérszegények, rosszul tápláltak és syphilisük scrophulosissal combinált. (Archiv für Dermatol. u. Syphilis, 1896.)

Aschner Arthur dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. A vaginismus gyógyításáról ír Touvenaint. Szerinte a kezelés általános és helyi; a kettőnek együtt kell járnia egymással. Az általános kezelésnél főszerepet a hydrotherapia és az antinervinumok játszanak (bróm- és valeriana-készítmények); így például rendelhető: Rp. Strontii bromati, Kalii bromati, Ammonii bromati aa 5.0; Aquae destill. 250.0. kétszer naponként egy-egy evőkanálnyit. Rp. Zinci valerian. 1.5; Chinini valerian. 3.0; Extr. opii, Extr. belladonnae aa 0.30. Fiant pil. No. 30. 3—6 labdacot naponként. Némely esetben a tonicumok (chinin, vas, arsen) is jó eredménnyel használhatók. A helyi kezelést illetőleg említendők: ülőfürdők naponként, a vulva mosogatása nagyon meleg antiseptikus oldatokkal, bedörzsölések kenőcsökkel (Rp. Extr. opii, Extr. belladonnae aa 2.0, Ungu. popul. 30.0), vagy suppositoriumok használata. (Rp. Extr. ratanh. 1.0; Morphii hydrochlor. 0.02; Butyri cacao 4.0. M. f. suppositorium. Rp. Cocaini hydrochlor. 0.15; Butyri cacao 4.0. Fiant suppositorium. Rp. Cocaini hydrochlor. 0.20; Extr. belladonnae 0.10; Strontii bromati 0.25; Butyri cacao 5.0. Fiant suppositorium.) A suppositoriumok hatása muló ugyan, de legalább használatuk után fájdalomatlan coitus végezhető. Bizonyos esetekben a villamozás (faradizálás vaginalis bipolaris electroddal) tesz jó szolgálatokat. A sebészi kezelés esetenként változó és a hymen vagy a carunculae myrtiformes excisiójában, urethralis polyp extirpatiójában, egy subcutan fájdalmas csomóeska (neuroma) kiirtásában stb. áll. Egyes esetekben a forcirozott tágitás narcosisban vezet célhoz. Ha ez sem használ, akkor még a perivulvaris vagy mélyebb idegek átmetszése kísérhető meg. (Rev. int. de méd. et de chir. 1896. 11. sz.)

TÁR C Z A.

Anyagcsere-vizsgálatokról általában.

(Vége.)

A tápanyagszükséglet legegyszerűbben oly módon állapítandó meg, hogy addig változtatjuk a táplálék mennyiségét, míg nem egyenletes életmód és táplálkozás mellett az anyag-illetőleg energia-kiadás hosszabb időn át egyenlő lesz a bevétellel vagyis azon állapot áll be, melyet *anyagcsere-, illetőleg caloria-egyensúly*nak szokás nevezni. Anyagcsere-egyensúlytól megkülönböztetendő az úgynevezett *nitrogen-egyensúly*, ez azon anyagcserebeli állapot, melyben a nitrogen-kiadás egyenlő az ugyanazon idő alatti nitrogen-bevétellel. Anyagcsere-, illetőleg caloria-egyensúly fennállhat nitrogen-egyensúly nélkül s fordítva, de azért az egyik nem zárja ki a másikat.

Anyagcsere-vizsgálatok egész tartama alatt szükséges a felvett szerves tápanyagokon kívül a szervesetlen tápanyagok, úgy mint a víz és sók mennyiségének pontos számbavétele. Kísérletek által ugyanis kimutattam, hogy anyagcsere-vizsgálatoknál a víz egyenletes felvétele fontos, megállapítandó mindenkor a kísérleti szervezet vízszükséglete is s e mennyiség nyújtandó a kísérlet egész tartama alatt. A szükségesnél kevesebb víz adagolása esetében a részletes vízelvonás hatása nyilvánul: nagyobb fokú anyag, illetőleg fehérjeszételés következik be.

A bevételhez tartozik a lélekzés útján felvett oxygen is, melynek mennyisége vagy közvetlenül avagy számítás útján, közvetve meghatározható.

II. A szervezet kiadásai.

A szervezet kiadásai képezik az anyagcsere-vizsgálatok második s legfontosabb részét. A felvett tápanyagoknak a szervezetben történt felbontása folytán keletkezett különféle bomlás termények, úgy mint a fehérjéből keletkező huyany s más anyagok a vizelet útján távoznak; a zsírok és szénhidrátokból keletkező szénsav és víz főképen a tüdők s a bőr útján választatnak ki; a felvett víz és sók pedig változatlanul hagyják el a szervezetet.

Az anyagvesztés további részét képezi a bélsár, mely főképen a tápasatornába nyíló mirigyek váladékának maradékából és meg nem emésztett s fel nem szívódott ételrészekből áll. Kihulló haj és lehámló felhám is képezi az anyagvesztés egy részét, de ez jelentéktelen.

Ha az egész anyagcsere-ről akarunk képet nyerni, akkor szükséges a testsúly meghatározásán kívül a kísérlet ideje alatt kiválasztott összes nitrogent, szénsavat s vizet meghatározni. E végből kell, hogy az illető, közönségesen 24 órás kísérleti szak alatt keletkezett összes váladékok, ú. m. a vizelet, a bélsár gyűjtessenek illetőleg elhatároltassanak. E czélból a húgyhólyag a kísérleti szak elején s végén tökéletesen kiürítendő; ez felnött embernél nem jár nehézséggel, azonban kísérleti állatoknál, nevezetesen kutyáknál a hólyag teljes kiürítését csak úgy érjük el, hogy az állatot vagy hozzászoktatjuk, hogy, midőn azt a ketrecből kibocsátjuk, a vizeletet egy alája tartott edénybe őrítse, vagy ha ez nem sikerülne, akkor szükséges a hólyagot minden alkalommal megcsapolni. A bélsarat czélszerű embernél szénporral elhatárolni; hússal táplált kutya fekete bélsarát — mint tapasztaltam — legjobb esontörmelékkel elhatárolni, a esontokat legczélszerűbb ételfelvétel után legalább 10 óra mulva az állatnak beadni.

A kiválasztott bomlástermények közül meghatározandó első sorban a vizelet összes nitrogénjének mennyisége, mi legjobban érhető el az általánosan használt Kjeldahl-féle eljárással.

A vizelet összes nitrogénjének meghatározása mulhatlanul szükséges, mert ez képezi a szervezetben szétesett fehérjének mértékét, mennyiben a szétesett fehérjéből származó nitrogen mind a vizeletben jelenik meg, még pedig legnagyobb részben (Bohland szerint átlag 84·46%) huyany, s kevés más nitrogen-tartalmú vegyületek alakjában.

A szervezetben szétesett fehérje mennyiségét megtudjuk, ha a vizeletben talált nitrogent (a fehérjék nitrogen-tartalmát átlag 16%-nak véve) 6·25-tel szorozzuk. Ha azt találjuk, hogy a vizelet

összes nitrogénje kiegészítve a megfelelő mennyiségű bélsárban talált nitrogénnel, több napon át igen közel megegyezik a bevett nitrogen-mennyiséggel, akkor mondjuk, hogy a szervezet *nitrogen-egyensúlyban* van, vagyis annyi fehérjét használ el, mint a mennyit felvesz; ha pedig nagyobb a nitrogen-kiadás mint a bevétel, akkor fehérje, illetőleg húsvesztéssel, ellenkező esetben fehérjevisszatartással van dolgunk.

Kísérleteim alapján igen értékesnek találtam a vizelet *phosphorsav-tartalmának* meghatározását is, mennyiben azt tapasztaltam, hogy ez felhasználható a fehérjeszételés időbeli lefolyásának tanulmányozására, különösen oly esetekben, midőn a szétesett fehérjék nitrogen-tartalmú bomlásterményei valamely oknál fogva bizonyos mértékben a szervezetben visszatartatnak s ezért a nitrogen-kiválasztásból a fehérjeszételés időbeli lefolyása nem ítélhető meg. Ezt igazolja a vízelvonás hatására vonatkozólag végzett kísérleteim közül a következő (I. a mellékelt táblázatot):

Kísérleti szakok	Kísérleti napok száma	Testsúly grammokban	Felvett nitrogen mennyisége (táplálék hús) grammokban	Összes felvett víz mennyisége kcm.-ekben	Vizelet útján kiadott			
					nitrogen		phosphorsav	
					24 óra alatt	közép-érték	24 óra alatt	közép-érték
grammokban								
I. Kísérleti előszak. (Rendes vízszükséglet felvétele.)	1. 8265	12	278·6	11·609		1·215		
	2. 8250	12	278·6	11·886		1·237		
	3. 8245	12	278·6	11·742	11·745	1·228	1·226	
II. Kísérleti szak. (Vízszükséglet felének elvonása.)	4. 8250	12	139·3	11·661		1·246		
	5. 8155	12	139·3	11·750		1·264		
	6. 8085	12	139·3	12·040		1·290		
	7. 8020	12	139·3	12·246		1·308		
	8. 7960	12	139·3	12·602		1·302		
	9. 7900	12	139·3	12·568	12·144	1·302	1·285	
III. Kísérleti utószak. (Vízfelvétel úgy mint az előszakban.)	10. 7850	12	278·6	12·859		1·265	1·265	
	11. 7938	12	278·6	11·620		1·150		
	12. 7925	12	278·6	12·220		1·160		
	13. 7970	12	278·6	11·833	12·133	1·265		
	14. 8040	12	278·6	11·572		1·123		
	15. 7990	12	278·6	12·115		1·299		
	16. 8050	12	278·6	11·680		1·241		
	17. 8100	12	278·6	12·390		1·260		
	18. 8140	12	278·6	11·977		1·265		
	19. 8180	12	278·6	11·612		1·185		
	20. 8225	12	278·6	11·704		1·140		
	21. 8240	12	278·6	11·752		1·156		
22. 8250	12	278·6	11·790	11·843	1·223	1·205		

A bélsárban naponta 12·2—26·9 centigramm nitrogen volt.

8265 gm. súlyú kutyánál rendes vízfelvétel mellett s nitrogen-egyensúlyban a vizelet útján kiválasztott phosphorsav és nitrogen közötti viszonyt igen közel állandóan olyannak találtam mint 1:9·5. (Egyenletes táplálkozás mellett mások is, nevezetesen Bischoff is, találtak állandó viszonyt a kiválasztott phosphorsav és nitrogen között.) Azonban a vízszükséglet felének hat napon át való elvonása közben, midőn úgy a kiválasztott phosphorsav, mint a nitrogen mennyisége nőtt, a phosphorsavnövekedés és a nitrogen növekedésének értékei közötti viszony a nitrogen rovására: 1:6·7 (egy másik kísérleti sorozatban pedig 1:4·7); a kísérleti utószakban, a rendes vízmennyiség nyújtása mellett a phosphorsav mennyisége a rendes felé csökkent, azonban a nitrogen feltűnően szaporodott, úgy hogy az utószak elején a phosphorsav-növekedés s a nitrogen-növekedés értékei közötti viszony a nitrogen javára változott, mert olyan mint 1:39·7. Azonban nevezetesen, hogy a phosphorsav és nitrogen közötti rendes viszonyt közel megkapjuk, ha összehasonlítjuk a vízelvonás alatti phosphorsav-növekedést a vízelvonás alatti és utáni nitrogen-

¹ A bélsár nitrogen-tartalma az emésztő szervek rendes működése mellett aránylag kevés: embernél naponta mintegy 100 gm. fehérje felvétele mellett 0·5—1 gm., azaz a felvett nitrogen 3—5%-a jelenik meg a bélsárban; kutyán tett kísérleteim alkalmával hústáplálék mellett a bélsár útján kiürített nitrogen a felvett nitrogénnek csak 1—2%-át képezte.

növekedés értékével, levonva az utóbbiból az utószak csekély phosphorsav-növekedésének megfelelő nitrogén-mennyiséget, t. i. ekkor a viszony olyan mint 1:10.

A phosphorsav és nitrogénnek a vízelvonás alatt és után egymástól jellemzően eltérő viselkedését csak úgy magyarázhatjuk, hogy a vízelvonás ideje alatt nagyobb mértékben szétesett fehérjének megfelelő összes phosphorsav, a megfelelő nitrogén-tartalmú bomlásterményeknek ellenben csak egy része lett kiválasztva, többi része a nitrogénnek csak az utószak elején jelent meg; vagyis a fehérjeszéteséssel együtt felszabadult phosphorsav előbb választatik ki, mint a megfelelő mennyiségű nitrogén-tartalmú bomlástermények, miért a phosphorsavat a fehérjeszétesés időbeli lefolyásának megítélésére lehet felhasználni. Így pl. vizsgálataimban a phosphorsav-kiválasztás arra utal, hogy részletes vízelvonás tartama alatt a fehérjeszétesés már az első napon fokozódik, t. i. akkor, midőn a nitrogén-kiválasztásban semmi változás, sőt kis fokú csökkenés észlelhető, ezentúl a vízelvonás további tartama alatt a fehérjeszétesés a nitrogén-kiválasztás növekedésével bizonyos mértékben fokozódik s maximumát rendszeren egy nappal előbb éri el, mint a nitrogén-kiválasztás s erre csökken; vízelvonás után a rendszeres vízszükséglet visszaadásával a phosphorsav azt mutatja, hogy a fehérjeszétesés a nitrogén-kiválasztás jelentékeny fokozódása (kimosás folytán) dacára a rendszer felé közeledik.

Minthogy a vizelet *kéntartalma* szintén a szétesett fehérjéből származik, azért ennek meghatározása a fehérjeszétesés megítélésére nézve szintén igen értékes. Beck és Benedikt a budapesti egyetem élettani intézetében végzett vizsgálataikban kimutatták, hogy a fehérjeszétesés folytán nő úgy az oxydált, mint a nem oxydált kén, azonban a nem oxydált kén rendszeren gyorsabban választatik ki, mint az oxydált kén.

Anyagcsere-vizsgálatoknál a legtöbb esetben — különösen léleklző készülék hiányában — elegendő a fehérjeszétesést közvetlenül vizsgálni.

A kísérlet berendezése általában következő:

Legtöbb vizsgálatnál megkülönböztetjük: 1. a kísérlet előszakát, 2. a kísérleti szakot és 3. a kísérlet utószakát.

A kísérlet előszakában meghatározzuk mindenképp a kísérleti szervezet táplálék-, illetőleg caloria-szükségletét, ügyelve a vízszükségletre is. A megállapított tápanyag-mennyiséget nyújtjuk mindennap egyenlő módon s ugyanazon időben. E mellett meghatározzuk a kiválasztott vizeletben és bélsárban a nitrogén mennyiségét s bevárjuk a *nitrogén-egyensúlyt*, vagyis azon állapotot, melyben a nitrogén-kiadás egyenlő a nitrogén-bevétellel.

Nitrogén-egyensúly esetében alkalmazzuk a tervbe vett beavatkozást; ez képezi a kísérleti időszakot, mely a vizsgálat célja szerint egy vagy több napra terjedhet.

Erre következik a kísérlet utószaka, melyben néhány napon át, lehetőleg újabb nitrogén-egyensúly bekövetkeztéig vizsgáljuk a kísérleti beavatkozás utóhatását. Például szolgáljon egy kísérletem, mely a részletes vízelvonás hatását a fehérjeszétesésre tünteti fel (1. az előbbi táblázatot).

8265 gm súlyú kutya a *kísérlet előszakában* naponta 12 gm. nitrogént tartalmazó hússal és 278'6 cem. vízzel lett nitrogén-egyensúlyba hozva. Erre következett a *kísérleti időszak*, melyben 6 napon át vontam el az állattól a vízszükséglet felét, mire úgy a nitrogén mint a phosphorsav-kiválasztás fokozódott. A *kísérlet utószakában* az állat ismét az előszakban adott rendszeres vízszükségletet kapta, erre a nitrogén-kiválasztás újra növekedett, de a phosphorsav mennyisége csökkent. Ezekből következik, hogy a rendszeres vízszükséglet részletes elvonása növeli a fehérjeszétesést, valamint, hogy az utószak elején észlelhető fokozódott nitrogén-kiválasztás a víz kilúgozó, kimosó hatásának, nem pedig fehérjeszétesésnek következménye.

Midőn a fehérjeszétesésen kívül a zsír- és szénhidrát viselkedését is akarjuk vizsgálni, akkor szükséges a kiválasztott nitrogén meghatározása mellett a kiválasztott szén-mennyiségét is megállapítani. A *szén* részint a vizelet és bélsár, másrészt a kilélekzett levegő útján választatik ki. A *vizelet* és *bélsár* szén-tartalmát meghatározhatjuk az általam módosított Okada-féle eljárással. Az eljárás lényege abban áll, hogy az anyagot kénsav és higany éleggel melegítés közben oxydáljuk és a fejlődő szén-savat Pettenkoffer-féle esőben lévő barytvízbe vezetjük, s titrálás-

sal meghatározzuk, s ha a talált szén-sav mennyiségét 0'273-mal szorozzuk, megkapjuk a megfelelő szén-mennyiséget.

A kilélekzett szén-sav, illetőleg szén-mennyiséget a Pettenkoffer- és Voit-féle vagy ehhez hasonló léleklző készülékkel lehet meghatározni.

Ha ismeretes az összes kiválasztott *nitrogén- és szén-mennyiség*, akkor fehérje és zsírral való táplálás esetén a szétesett zsír-mennyiséget úgy tudjuk meg, hogy a kiválasztott nitrogénnek megfelelő fehérje mennyiségét számítjuk ki s e fehérje-mennyiségnek megfelelő szén-tartalmát levonjuk az összes kiválasztott szénből s kiszámítjuk a maradt szénnek megfelelő zsírmennyiséget, azáltal, hogy a maradt szén mennyiségét 1'3-mal szorozzuk. Ha fehérje és szénhidrát lesz felvéve, akkor a szétesett fehérje szénjén kívül kiválasztott szén szénhidrátból származónak vehető; és ha a szétesett fehérje és a felvett szénhidrátnek megfelelő szén mennyiségénél is több a kiválasztott szén, akkor e többlet zsírból származónak tekinthető.

Kísérleteim folytán tapasztaltam, hogy ha az anyagcsere-re gyakorolt valamely befolyásra nézve megtudni akarjuk, vajjon módosítja-e a szén-sav-kiválasztást, akkor úgy is járhatunk el, hogy úgy a kísérleti beavatkozás előtt több napon át, valamint a kísérleti beavatkozás ideje alatt és után végzünk naponta többször szén-sav meghatározást. Az egyes meghatározások a kísérleti napok ugyanazon szakában végeztetnek, az egyes meghatározások időtartama kísérleteimben 20 perc volt. Ily kísérleti berendezés mellett összehasonlíthatók a kísérleti beavatkozás folytán nyert értékek a kísérleti előszak értékeivel.

A vázolt elvek szerint számbaveszszük anyagcsere-vizsgálatok alkalmával a szervezet bevételeit és kiadásait; ezek összehasonlítása által tudjuk meg, vajjon miféle változást szenvedett a szervezet anyag- és energia-készlete a kísérlet közben.

Landauer Ármin.

Heti szemle.

Budapest, 1896. augusztus 13-dikán.

— A Délmagyarországi Természettudományi Társulat orvosságyszerészeti szakosztálya a betegsegélyző egyletekre vonatkozólag a legközelebbi közegészségi és orvosügyi congressus elé javaslatokat fog betérjeszteni és azt hozzászólás és pártolás végett a többi orvosságyszerészeti egyleteknek is átküldötte.

E javaslatok és azoknak indokolása a következő: „Mélán tisztelt közegészségi és orvosügyi congressus! A Temesvárott székülő Délmagyarországi Természettudományi Társulat orvosságyszerészeti szakosztálya örömmel és lelkesedéssel vette tudomásul, hogy a congressus által megvitatandó tárgyak sorába a betegsegélyző egyletek kérelése is felvételre került. Az egész orvosi kar vitalis érdekeit érintő betegsegélyző egyletek ügye tényleg megérett a gyökeres reformra, mert existenciánkat látjuk veszélyeztetve az által, hogy az ily egyletek immár messze eltérnek eredeti céljuktól és igaz rendeltetésüktől, t. i. hogy a lakosság csak azon részének nyújtsanak ingyenes orvosi segítyt, mely sem annyira szegény, hogy igényt tarthatna a hatóság által való ingyenes gyógykezelésre, sem annyira jómódú, hogy házi orvost tarthatna évi fizetéssel. Ettől eltérően azt tapasztaljuk, hogy az egyletek nem kis számban olyanokat is vesznek fel tagjaik sorába, kik elég jómódúak, hogy segélyezésre már nem szorultak.

Az ilyen betegsegélyző egylet csak neve szerint az, valójában azonban nyereségre dolgozó biztosító társaság, melynek a gyógykezelés csak mellékszél, az orvos pedig csak eszköz és czéger, melyet még rosszul is fizetnek, mert a tagdíjak csak minimális töredékét fordítják orvosi czélokra, elannyira, hogy az egyleti orvosok fizetése szegénytelen arányban áll a vállalkra nehezede munkával.

Az ú. n. betegsegélyző egyletek továbbá az által is károsítják az orvosok érdekeit, hogy a praxist, melyben pedig tehetsége és szorgalma szerint minden orvosnak joga volna részesülni, monopolizálják, mi által megfosztják a többi orvost a fizetőképes betegek révén befolyó jövedelemtől.

Hogy ez így van, annak illusztrálására szolgáljon az ú. n. *báró Hirsch Mór-féle betegsegélyző egylet*, mely különös modust honosított meg prosperálása érdekében. Agenseket és pedig provisióra dolgozó, tehát fizetett ügynököket tart, kik többnyire a jobb módú polgárokat bírák rá az egylethez való csatlakozásra.

És hogy a csábítás sikerebb legyen, működését életbiztosítással kötötte össze; azonkívül pl. az ezredévi kiállításra szóló mérsékelt árú jegykedvezményben is részesíti tagjait, sőt „Báró Hirsch Mór“ felírással ellátott fényes sarköveket is helyez kilátásba a tagoknak, ha betegségük halállal végződik.

Ezeken kívül a tagok hiúságára is appellál, midőn levelezőlapokon tudatja velük, hogy a fel nem vett vagy visszaszármaztatott

segélypénzeket nyilvánosan nyugtázza, mivel nyíltan bevallja az egylet, hogy vannak oly tagjai is, kik segélyre nem szorultak.

A csábítás minden nemével dolgozó emez egylet, mely céljai elérése érdekében nem átalotta a temetőt, melyet a pietás mindenütt szent helynek tekint, szintén a reklám színhelyévé tenni, mint látjuk, a raffineria minden kigondolható eszközeivel működve tényleg prosperál; a tagok száma napról napra szaporodik, annyira, hogy a temesvári Hirsch-egylet fennállása aránylag igen rövid ideje alatt, közel 1000 tagot toborzott össze, a mely szám az egylet körén kívül álló gyakorló orvosok óriási anyagi kárára egyre nő, úgy hogy mi már csak elvben leszünk gyakorló orvosok, de tényleg nem, mert ide s tova oda jutunk, hogy csak az egyleti orvosoknak s legfeljebb néhány kiválóbb tekintélyű orvosnak lesz dolga s a nagy többség veheti a koldusbotot kezébe.

A temesvári 1000 tag közel 20,000 frtot von el az orvosok jövedelméből, 20,000 frtnyi összeg pedig nagy veszteség a temesvári orvosi karra nézve.

Nyilvánvaló, hogy veszélyeztetve van az orvosok existenciája és megélhetése, ha a betegsegélyző egyletek terjeszkedése által napról napra vesztik ama házakat, melyekhez a legmegfeszítettebb munka, fáradtság, éjjeli virrasztás s éveket tartó ernyedetlen szorgalom árát jutottak.

Érthető tehát az orvosok lehagoltsága és aggálya, midőn inogni érzik maguk alatt a talajt, melyre építettek s a melyet egy egészen idegen, az orvosi köröktől teljesen távol álló elem bitorol.

És nem-e megszorító jelenség az is, ha a nehéz verseny kényesítő hatalma alatt akadnak orvosok, kik az ilyen nyereséghajhász társaságnak céljai elérésére potom áron áruba bocsátják keserves s nagy fáradsággal szerzett tudományukat, mi által nolle-velle maguk is elősegítik az orvosi állás hanyatlását minden tekintetben.

Vajjon tűrhető-e tovább, hogy az efféle egyletek az orvosok nagy részének pusztulását, romlását előidézzék, midőn pedig az orvosi kar az ország intelligenciájának egyik lényeges és számottevő alkotó része, a honfentartó elem kiváló tényezője, melyet hazafiság, áldozatkészség s egyéb polgári erények tekintetében egyetlen társadalmi osztály sem mul felül?

Teljesen át vagyunk hatva a humanismus parancsolta kötelesség-érzettel s annak tudatától, hogy samaritanus munkánkban az irgalom és áldozatkészség útján kell haladnunk, de nem zárkozhatunk el ama tudat elől sem, hogy az emberiség iránti kötelességeinken kívül magunk és családunk életfenntartásáról is kell gondoskodnunk; ezért senki sem veheti tőlünk rossz néven, ha a báró Hirsch Mór-féle betegsegélyző egyletek alakjában felénk tóduló veszedelem elhárítására felemeljük tiltakozó szavunkat.

A fenyegető baj ellen, mely immár nagy mértékben elharapódzott, sürgős orvoslásra van szükség!

Ezen orvosi congressus van hivatva, hogy tekintélyének egész súlyát latba vesse az orvosi kar érdekeinek megvédésére. Hasson oda a magas kormánytól, hogy ezen anomáliák, melyek egy tekintélyes osztály romlását idézik elő, megszüntetessenek.

Ezért van szerencsénk következő javaslatainkat előterjeszteni:

1. Uj betegsegélyző egyletek alakításának kormányhatósági engedélyezése, csakis az illető helyi törvényhatóság abbéli véleményének meghallgatásával történhessen, vajjon a helyi viszonyok szerint ily egylet felállítására célszerűnek és szükségesnek látszik-e?

2. Betegsegélyző egyletek tagjai sorába csakis oly egyének legyenek felvehetők, kik a helyi viszonyok szerint megállapítandó bizonyos minimális kereseti adónál többet nem fizetnek.

3. A már fennálló egyletekre nézve a jövőre, alapszabályaik revidíciója által hasonló megszorítás ejtendő — oly módon, hogy az ezen egyletekbe belépő új tagok felvételénél hasonló census tartassék szem előtt.

4. Betegsegélyző egyletek a vidéken csak mint öndílló, helyi és nem mint valamely központból kormányzott főkegyetek létesülhessenek.

5. A betegsegélyző egyletek orvosai ne éri általánnyal, hanem a tagok és a gyógykezelésre jogosult családtagjaik után fejenként és évenként legalább 1 frttal fizetessenek.

6. A betegsegélyző egyleti orvosi állások — a fizetési és működési feltételek ismertetésével — nyílt pályázat útján töltesseken be.

A Délmagyarországi Természettudományi Társulat orvos-gyógy-szerészeti szakosztályának 1896. július hó 4-dikén tartott rendes üléséből. Bécsi Gedeon dr. elnök. Veinrich Ernő II. titkár.

Vegyések.

Budapest, 1896. augusztus 13-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1896. július 26-dikától augusztus 1-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 395 gyermek, elhalt 289 személy, a születések tehát 106 esettel múlták felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 4, hökhurut —, kanyaró 1, vörheny 3, himlő —, typhus abdominalis 4, gyermekági láz 2, influenza —, egyéb ragályos betegségek —, agykéreg 13, agyvérömleny 8, rángások 6, szervi szívbaraj 10, tüdő-, mellhártya- s hörgőlob és hörgőhurut 29, tüdőgümő és sorvadás 40, bélhurut és béllob 74, carcinomata et neoplasmata alia 14, méhrák 2, Bright-kór és veselob 3, angolkór —, görvénykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 26, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 8, erőszakos haláleset 17. — A fővárosi közpórházakban ápolgatott e hét elején 2125 beteg, szaporodás 765, csökkenés 821, maradt e hét végén ápolás alatt 2069. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1896. augusztus 5-dikétől aug. 12-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 14 (meghalt —),

himlőben — (meghalt —), állimlőben —, bárányhimlőben 5, vörhenyben 23 (meghalt 2), kanyaróban 11 (meghalt 2), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 14 (meghalt 2), trachomában 16, vérhasban 2 (meghalt —), hökhurutban 16, orbáncban 20 (meghalt —), gyermekági lázban — (meghalt —).

— Kenézy Gyula dr.-t, a debreczeni közpórház szülészeti és nőgyógyászati osztályának rendelő főorvosát a vallás- és közoktatásügyi miniszter a Debreczenben felállítandó bábaképezde igazgató-tanárává nevezte ki.

— A budapesti önkéntes mentő-egyesületet július hóban összesen 1467 alkalommal vették igénybe.

— A párisi Pasteur-intézetben 10 év alatt 17,337 oltást végeztek veszettség ellen; az oltottak közül 38 halt meg veszettségben. A halálozás eleinte 1% volt, de 1892-ben 0.2%-ra, 1895-ben pedig 0.13%-ra csökkent.

— Cholera. Alexandriában július 2-dikától 8-dikáig 25 megbetegedés és 19 haláleset, Cairóban pedig 40 megbetegedés és 32 haláleset fordult elő. Egész Egyiptomban július 8-dikáig 9856 megbetegedés történt, melyek közül 8069 végződött halálosan.

— Kolozsváron az őszi tiszti orvosi vizsgákra előkészítő tanfolyam október hó 1-én kezdődik és cursus minden tárgyból tartatik. Felvilágosítással szolgál Jakabházy Zsigmond dr. egyetemi tanársegéd, központi egyetem Kolozsvárt.

— Baccelli Guidó római belklinikai tanár és volt olasz közoktatásügyi miniszter, kit a budapesti egyetem millenárius tiszteletbeli orvostudorai közé választott, egyetemünk rektorának az elküldött díszoklevelet a következő szép latin levélben köszönte meg: „Viro illustri Adalberto Lengyel Regiae Universitatis litterarum Hungaricae Budapestinensis Rectori magnifico dignissimo, Guido Baccelli in Regia studiorum Romana Universitate clinicae medicae professor salutem plurimum dicit. Honor, quem tu, Rector Magnifice et Senatus amplissimus Regiae Universitatis Litterarum Hungaricae Budapestinensis mihi immerito contulisti, dum millesimi anni memoria archiatenae vestri celebrabatur, eo me agit ut qui ex imo corde grati animi sensus erumpunt, non valeam per verba vobis omnibus significare. Si qua tamen in me virtus vobis adparuit, ea vestra sit et in communi nostro sodalio juvet, ut inter Hungaricos atque Italos magis atque magis amicitia succrescat, quae in solamen humanitatis universae feliciter cedat. Denique a te vehementissime precor ut Collegis omnibus grati animi sensus exprimas, cum eloquentia et benignitate tua cui ego maxima fide me commendo. Romae die VI. a. Kal. Sext. an. 1896. Guido Baccelli m. p.“

— Urbanetz Ede dr.-t a vallás- és közoktatásügyi miniszter a kolozsvári „Karolina“ országos kórháznál megüresedett másodorvosi állásra kinevezte.

— Ákontz Károly dr.-nak a kolozsvári egyetemen a szülészeti és nőgyógyászati propaedeutikából magántanárú történt képesítését a vallás- és közoktatásügyi miniszter jóváhagyta s nevezettet e minőségében megerősítette.

— Hazai fürdők személyforgalma. Balaton-Füred (VIII. 1.): 2881; Bartlangiget (VIII. 5.): 1876; Bártfa (VIII. 3.): 2577; Buziás (VIII. 3.): 1168; Sziláds (VIII. 4.): 948; Tátrafüred (VIII. 7.): 2534; Alsó-Tátrafüred (VIII. 3.): 1494; Új-Tátrafüred (VIII. 4.): 1792.

— r. A diuretin hatásáról közleményt hoz Askanazy dr. königsbergi klin. tanársegédétől a „Deutsche Arch. f. klin. Medic.“. Szerinte a diuretin idült veselobnál és a vérkeringési szervek bajainál nemesak kitünő diureticum, hanem nagybecsű szert bírnak benne *anginosus* és *cardial-asthmaticus* nehézségeknél is. Az adag 3–6 gm. 24 óra alatt s a siker ép oly biztos mint gyors minden kellemetlen mellékhatás nélkül. — Eichhorst tanár zürichi klinikájáról Zangger Tiradar dr. a Correspondenzblatt f. schweizer. Aerzte 1895. 20. számban jelenti, hogy különösen jó sikert érhetni el, ha a diuretin digitalis porral kombinálva nyújtatik szívbetegknél a compensatio zavaráinál; az ily esetekben a zürichi klinika formulája Rp. Fol. dig. pulv. 0.1, Diuretini Knoll 1.0, Sacch. albi 0.3, Mfp. D. tal. dos. Nr. X. S. 3-szor egy port nappal.

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

Szt. Lukácsfürdő

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-meter nagyságú nyitott és zárt medenczeiben a forrásvíz napoként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és üdítő fürdők. Olcsó és szép lakások. Prospectus küld ingyen az igazgatóság Budapeston.

Téli és nyári gyógyhely.

Fürdő Thalkirchen-München

Régi híri legkényelmesebb vízgyógyintézet idegbajosok számára a legszebb fekvéssel az Isar völgyében, egész közel Münchenhez. **Morphiumelvonás.** — Prospektusok. Dr. Scherzberg M. tulajdonos és Dr. Zimmermann igazg. orvos.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBÚVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Schwimmer Ernő tanár bőrkórtani klinikájáról (fő- és székvárosi szt. István-kórház bőrbeteg-osztálya).

A bubók aetiológiájáról és terapiájáról.

Deutsch Artur dr., klinikai gyakornoktól.¹

Az 1893-dik év őszén főnököm Schwimmer tanár úr felszólítására és megbízásából hozzáfogtam a bubók aetiológiájának, pathológiájának tanulmányozásához és a bubók elleni therapeutikus módszerek kipróbálásához. A rendkívül bő anyag, melyet Schwimmer tanár úr rendelkezésemre bocsátott, lehetővé tették, hogy több irányban tegyek vizsgálatokat; különösen azonban a bubók aetiológiájával s a therapeutikus beavatkozásokkal foglalkoztam.

A mi a bubók aetiológiáját illeti, arra nézve a vélemények még most is ép úgy eloszlanak, mint Ricord idejében; már most megjegyezhetjük azonban, hogy a jelenleg alkalmazott finomabb vizsgálati módszerek, az exact megfigyelés, a szorgos körültekintés mégis meghozzák az irányban eredményüket, hogy a bubók természetének megállapítása mégis csak mihamarabb dűlő útra fog kerülni. A bacteriologiai vizsgálatok vannak hivatva ezen a téren is felvilágosítást nyújtani, s hogy ez irányban már világosság kezd derengeni, azt a következőkben látni fogjuk.

A bubók aetiológiájára nézve véleménynyilvánulások még Ricord ideje előtt is voltak; persze szorgosabb kutatások nem történtek, hanem tapasztalataik alapján nyilatkoztak tollforgató orvosok a bubók természetére nézve.

Ricordnak² a bubók természetére vonatkozó kutatásai és vizsgálódásai képezik a határkövet azon munkálkodásokban, melyek ezéjla volt a bubókra nézve aetiologikus felvilágosításokat adni. Leghelyesebb tehát az e téren kifejtett munkálkodást két időszakba osztani: a Ricord előtti s utáni időszakba. A Ricord előtti időszakban, mint már előbb említettem, önálló dolgozatok nem tárgyalták a bubók természetét. Hogy a bubók a nemi szerveken lévő elváltozásokkal összefüggésben vannak, azt már az indus Susruta Ayur vedájából is bebizonyítani vélik a fordítók; az ebben előforduló *Vidarika* szó alatt Friedberg³ szerint a bubót kell érteni; Haeser egyszerűen bubo venereussal fordítja.³

Az egyiptomiaknál (papyrus Ebers)⁴ és a zsidóknál⁵ ugylátszik szintén ismerték a bubók összefüggését a venerikus bántalmakkal.

A görögöknél Galenus⁶ a bubók keletkezését fekélyek után ismeri; a nemi szervek megbetegedésével összefüggő

bubókról nem tesz említést, bár nines kizárva, hogy a gyűjtő-név gyanánt használt bubo elnevezésben ezen specifikus bubo alakok is benfoglaltattak.

A középkorban ez időszerinti sorrendben megemlíthetjük *Salicettit*,¹ ki a bubókra nézve már azt mondja, hogy *propter foedam meretricem jönnek létre*; ő tehát az első, ki a bubóknak a nemi szervekkel való összefüggését hangsúlyozza.

Utána megemlíkezhetünk *Marcellus Cumanus*ról,² ki szintén hangsúlyozza az összefüggést az ivarszervek kóros állapota s a bubók közt mondván: *Ego Marcellus Cumanus infinitos bubones causatos ex pustulis virgae curavi*.

A XV-dik század végén működő *Giovanni de Vigo*³ szintén ismeri a genitál fekélyek összefüggését a bubókkal s imígyen nyilatkozik: *Ulcerum virgae curatio non differt a curatione communi et ante exsiccationem ulcerum purgatio anteponatur, ne ratione retentionis materiae fluentis materiam praedictam ad inguen repellendo bubo s. apostematis in praedicto loco generari valeant*. Megjegyzendőnek vélem, hogy a *geny retentio általi előidézése a bubóknak tehát már ő szerinte is lehetséges*, s hogy ezen éles elméjü megfigyelése az utána következő századokban is megerősítést talált s talál, bizonyítják, hogy mennyire ismerte már ő a genitál bajok s a bubók közötti összefüggést.

*Paracelsus*⁴ kétféle bubót ismer: az *indolens* s a *suppurans* bubót; az első a syphilis tünete, az utóbbit nem követi constitutionalis syphilis. Ép ily nézetten van *Massa*⁵ (a prostata felfedezője, a 16-dik század végén), ki szintén *indolens* és *suppurans* bubókat különböztet meg s mindkettőt a syphilis tünetének tartja.

*Lobera de Avila*⁶ mint az előbbi kettő indolens és suppurans bubókat ismer, mindkét alakot syphilis által okozottnak tartja; egyébként pedig így nyilatkozik: *Interdum in virga nonnulla ulcera cum duritie et callositate, quae sanari exacte nequeunt, perpetitur, quod morbi Gallici certum signum est, maxime veró cum in inguine praecesserit apostema, quod bubonem dicunt*.

A bubók természetére nézve az előbbiekéhez hasonló véleménynyel birt *Fallopio*,⁷ ki syphilitikus és nem syphilitikus bubókat ismer; tudja, hogy a suppurans bubót nem mindig követi a syphilis; szerinte továbbá a syphilitikus bubók blennorrhoea és sanker után is fellépnek. *Janson*⁸ szerint az oly bubók, melyek genyedésre nem birhatók, constitutionalis syphilissel szoktak járni.

Az eddig megemlítették, a mint láttuk, azon nézetnek adtak kifejezést, hogy a suppurans bubót syphilis nem követi: mi sem volt természetesebb mint az a törekvés, hogy lehetőleg minden bubót genyedésre birjanak.

Mint curiosumot megemlíthetem hazánkfiának *Sinapius*⁹ (Senf) Mihálynak nézetét a bubók keletkezésére nézve: „Az

¹ Felolvastattam a magyar dermatologusok és urologusok társulatának 1896. márczius 5-dikén tartott ülésén.

² Ricord „Praktische Abhandlung über die vener. Krankh.“ 1838. Leipzig.

³ Proksch „Geschichte der venerischen Krankheiten“ 1895. I. 45. l.

⁴ Ibidem I. 63. l.

⁵ Ibidem I. 79. l.

⁶ Ibidem I. 143. l.

¹ Ibidem I. 296. l.

² Ibidem II. 9.

³ Ibidem II. 45. l.

⁴ Ibidem II. 73. l.

⁵ Ibidem II. 96. l.

⁶ Ibidem II. 111. l.

⁷ Ibidem II. 271. l.

⁸ Ibidem II. 275. l.

⁹ Ibidem II. 316.

abstinentia által az ondó stagnál, az ondóvezető edények ennek következtében tágulnak, kifeléyesednek s így gonorrhoea majd bubók keletkeznek, melyek tartalma a vérbe kerülve idezi elő a secundaer formákat.⁴

Megemlítendőnek tartom Boerhaave-t,¹ ki annak a nézetnek ad kifejezést, hogy a helyi megbetegedésből kiindulva a nyirkutakon a contagium felszivatik a lágyékmirigyekbe s itt bubókat idéz elő. *Tum glandulae inguinales tumentes utroque in sexu bubones veneri communicatio per lymphatica resorbentia contagio.* A híres leydeni professor ezen nyilatkozata már derengést jelent a bubók természetére vonatkozó kutatásokban, már *sejteni kezd, hogy a bubók is hasonló elváltozásokon mehetnek keresztül, mint a primaer megbetegedés helye.*

Astruc² klinikus tünetek alapján igyekszik a bubókat beosztani s így azok természetére nézve nem nyilatkozik. Klinikai megkülönböztet oedematosus, phlegmonosus és scirrhusos bubókat. Hogy a venerikus bubóknál fellépő elváltozásokat minő természetűeknek tartja, arról nem nyújt felvilágosítást.

Megemlíthetem még a múlt században Bécsben működő Stollt,³ ki kétféle bubót különböztet meg, blennorrhoeás bubót és veneriás bubót. Az első bubók szerinte consensualis jóindulatú lobok, ha ezek genyéből viszünk a húgyesőbe, nem keletkezik gonorrhoea. Azt tartja, hogy a legtöbb bubo veneriás bubo; ezek lehetnek lobosak, genyedők, gangraenások, scirrhusosak, fistulosusak stb. Némelykor a veneriás bubók csak helyi megbetegedést jelentenek. Megemlítendőnek tartjuk továbbá André⁴ nézetét, mely szerint a bubo geny fertőző természetű volna, továbbá Schvediaurt,⁵ ki azt mondja, hogy a syphilitikus bubót nem lehet klinice a nem syphilitikus bubótól megkülönböztetni, általában a bubót helyi megbetegedésnek tartja, bármi idézze azt elő (még ha syphilis is). Ezen nézetből tehát az világlik ki, hogy syphilitikus bubót nem ismer.

Még a Ricord idejében még élő Coopert⁶ akarom megemlíteni, ki a bubóra nézve azt mondja, hogy más közönséges abscessustól nem lehet megkülönböztetni s a *bubogenyenyeli oltás nem ad positiv eredményt.*

Az előadottakból azt láthatjuk, hogy a Ricord előtti időszaktól a bubo természetére nézve igen kevés s épen nem kimerítő adat maradt reánk. Néhány élesebb klinikus megfigyelés, néhány klinikus osztályozása a bubóknak, melyek azonban Ricord alapvető munkálkodása számára épen nem tették járhatóvá az utat, képezik a Ricord előtti időszak munkásságának eredményét. Annyival nagyobb a nagy Ricord érdeme s annyival maradandóbb alkotása, mert hibái dacára mégis az igazságot hozta hosszú évek fáradsága után napfényre.

Áttérhetünk már most Ricord ez iránybani működésének és munkálkodásának vázolására. Az ő munkásságának eredményei természetesen ellenőrző vizsgálatok tételét is involválták s így az irodalmi működés ezen a téren két részre oszlott: azokéra, kik Ricord vizsgálatának eredményét megerősítették s azokéra, kik kísérleteinek eredményét kétségbe vonták. Ez utóbbiak között Cazenave-t⁷ csak megemlítjük, mert a vitát személyes térére víve át, objectivitását kétségbe kell vonnunk.

Mindezen vizsgálatok klinikus téren mozogtak egész Strauss idejéig, a ki, ha jól tudom, mint első vitte az exact bacteriologiai módszereket sikra tanunk ezen részének megmagyarázása végett; így tehát ő az, a ki tanunk alaposabb megmunkálását inaugurálta s bár talán a véletlen folytán sok téves nézetet fejtett ki, mégis ezen az úton is lehetővé tette Ricord tanainak megerősítését.

Ricord⁸ adta az első beosztását a bubóknak aetiologikus alapon. Megkülönbözteti: 1. a sympathikus bubókat, melyek genye inoculabilis; 2. a virulens bubókat, melyek genye oculálható; 3. a serophulosus vagy strumosus bubókat; 4. a bubo multiplex indolens-t induratio után.

¹ Ibidem II. 320. l.

² Ibidem II. 401. l.

³ Ibidem II. 449. l.

⁴ Ibidem II. 481. l.

⁵ Ibidem II. 571. l.

⁶ Ibidem II. 792. l.

⁷ Ibidem II. 784. l.

⁸ „Ricord's Lehre von der Syphilis“ Türec 1846. 17. l.

A primaer syphilitikus bubo (bub. d'emblée) létezését tagadja.

Az első két buboalakot ugyanazon egyénekbeni oltások által különbözteti meg egymástól. Míg a virulens bubók positiv eredményű inoculatiót adtak, addig a sympathikus bubók negativ eredményű inoculatioval jártak. Körülbelül 500 inoculatioja közül 280 adott positiv eredményt. Volt olyan esete, hogy az eleinte kiömlő genyenyeli oltás negativ eredményt adott, míg másnap a bubo üréből vett genyenyeli inoculatio positiv eredményű volt. Ricord ezen tapasztalati tényt úgy magyarázta, hogy ha periazenitikus genyenyel oltott, akkor negativ volt az eredmény, míg ha az elgenyedt mirigyből (mely a virust felszivja) vette az oltóanyagot positiv volt az inoculatio. Szerinte a felületes mirigyek resorbeálják a virust, a mélyen fekvők sohasem. Ezen oltásai által tehát megállapította a veneriás bubók kétféle természetét. Sajátságos csak az, hogy oly nagy számban voltak positiv inoculatiói.

Ricord tanai értelmében Petersen¹ háromféle bubót különböztet meg: 1. Sympathikus vagy consensualis bubót. 2. Bubo virulens-t. 3. Bubo indolens-t (mely csak hosszú ideig való fennállás után genyed el). Inoculatioiról azt állítja, hogy a bubo genyenyeli inoculatióból fejlődő fekélyek sokkal nagyobbak, mint az eredeti laesiók. Megnyitáskor a bubo természete nem állapítható meg. A megnyitás után néhány napra megejtett inoculatio csak akkor eredményes, ha az inoculált geny a mirigy belsejéből való. A mint látjuk, Ricordtól némileg eltérőleg gondolkozik. Indolens bubo genyenyeli oltás nem ad positiv eredményt.

Fournier² szerint a syphilitikus bubo ritkán genyed el, *de ha el is genyed, ez a geny autoinoculálva nem ad eredményt,* míg a lágy fekély után fellépő virulens bubo egy tovább oltható lágy fekélyt ad. Ricord ama nézetével szemben, hogy a syphilitikus bubo genye közönséges geny, azt hiszi, hogy Ricord nézete akkor volna helyes és igazolt, ha a syphilitikus bubo genyével való oltás negativ eredményt adna más egyénre oltva. *Azt állítja, hogy a syphilitikus bubo genye könnyen felszívódik. Ez igaz! Kérdés azonban, hogy a felszívódás ezen könnyűsége nem épen az által van-e előidéztve, hogy a geny mint Ricord is mondja közönséges geny, mely könnyebben is szokott felszívódni.*

Mint Ricord egykorú ellenlábását megemlíthetjük az unitarista Simont³ (Hamburg), ki Ricord beosztását theoretikus értékűnek tartja; az empiria ezen beosztást nem igazolja, azt hiszi, hogy eleinte minden bubo consensualis, csak később lesz a virus intenzitásához képest virulens; hogy némely suppuratív bubo nem ad positiv inoculatiót, ép úgy mint a syphilis második stadiumában fellépő bubo, az nem bizonyítja a virulencia hiányát, csak akkor, ha az inoculatio más egyénen is negativ. Simon szerint a bubo mélyéből vett geny ép úgy inoculálható, mint a sankergeny. Ricord nézetét, hogy a gyógyulásban lévő sankereket követő bubók nem virulensek, nem minden esetre nézve approbálja, a mennyiben némely bubo metastasis eredménye lehet.

Simonhoz hasonlóan Michaelis⁴ is tagadja, még pedig egészen, a consensualis bubók létezését, mert bubo genyenyeli inoculatiói mind pozitívek voltak. Ezeknél is, mint Ricordnál, lehetséges, hogy a nagy számú positiv inoculatiók secundaer infectióban lelik magyarázatukat, nem akarván ezzel annak kifejezést adni, hogy minden sankerbubo secundaer infectio következménye. A 70-es évekből megemlíthetjük Auspitz⁵ dolgozatát a bubókról, melyben a bubókat új elvek alapján osztja be.

Megkülönböztet 1. idiopathikus és 2. heteropathikus bubókat.

Az *első* lehetnek a) önálló megbetegedései a mirigyeknek, b) oly megbetegedései a mirigynek, midőn a környezetből terjed a lob a mirigyre.

¹ Wilhelm Petersen „Beiträge zur Lehre vom eiternden Bubo“ Schmidt's Jahrbücher 1866. I. 169. l.

² Fournier „Der syphilitische Bubo“ Schmidt's Jahrbücher 1867. III. 44. l.

³ Simon „Syphilis“ in Handbuch der Pathol. u. Ther. Virchow I. 2. 1855. 544. l.

⁴ Michaelis „Compend. der Syphilis“ 1865. 61. l.

⁵ Auspitz „Die Bubonen der Leistengegend u. ihre Behandlung“ 1875.

Ez utóbbiak lehetnek *c)* consensualis, *d)* virulens bubók.
3. Symptomatikus, secundaer vagy metastatikus bubók, mint egy dyskrasia részttinete; rendszerint ilyenkor más mirigyek és testrészek is betegek.

A heteropathikus consensualis bubo sanker után is fellép. A virulens bubók rendszeren a sanker fennállásának 3-4. hetében, ritkán előbb szoktak fellépni, sőt van oly eset is, hogy a bubo virulens, holott a sanker már begyógyult. Hangsúlyozza, hogy a virus ritkán támadja meg a nyirkedények falát, hanem direct a mirigyet, bizonyára azért, mert alkalmatlan a virus megtelepedésére. Az ulcus induratumból a virus útját a mirigyen át képzelel és pedig úgy, hogy a mirigyből ennek chilus véredényein (venáin) át jutna a syphilis virusa a vérbe. Nézete szerint azután lép fel az adenitis universalis mint metastasis infectionis, mint utolsó csoportja a mirigy elváltozásoknak: secundaer adenitisek. A virusnak a nyirkutakok való terjedését nem tartja valószínűnek respective lehetségesnek, mert a mirigyek hypertrophiája (nyirok sejtszaporulat) következtében a nyirkutak eltömeszletnek, összenyomatnak s így nem juthat a virus a ductus thoracicusba.

Látjuk, hogy Auspitz Ricord nyomdokain halad, az ő kutatásait megerősíti; beosztása Ricord egyszerű áttekinthető beosztásának complicálása, bár az aetiologikus alapon való systematizálást megtartotta.

(Folytatása következik.)

Közlemény a fővárosi „Erzsébet“-szegényház ideg-beteg-osztályáról. (Rendelő orvos: Schaffer Károly m.-tnr.)

A hemiplegiás izomsorvadásról.

Irta *Matavovszky Zsigmond* dr., intézeti alorvos.

A centralis és organikus izombénulások oly ritkán járnak izomsorvadással, hogy a bénult izomzatnak a sorvadástól való mentessége a cerebralis hemiplegia egyik jellegző tulajdonsága gyanánt említetik minden idegkörtani diagnostika által. Cerebralis hemiplegiáknál tehát csakis ritka, mondhatni kivételes esetekben akadni izomsorvadásra, s noha ezen a cerebralis hemiplegiát kísérő amyotrophia már *Hall* által 1842-ben, szabatosabban pedig *Todd* által 1854-ben említetik, mégis a legutolsó nyolcz év alatt *Borgherini*, *Quincke* és *Eisenlohr* részéről megjelent értekezések számára maradt fenn a jelzett kérdésnek behatóbb taglalása.

A hemiplegiás izomsorvadás általános jellegző vonásait

Borgherini s később *Steiner* foglalta össze. Utóbbi szerző szerint gyakoribb ez az izomsorvadás férfiaknál és feltűnő előszeretettel fordul elő a fiatal korban, bár vannak esetek feljegyezve, melyek tanuskodása szerint az aggkori hemiplegiásoknál is akadhatni izomsorvadásra. Az izomsorvadás a hemiplegia után meglehetősen rövid idő múlva köszönt be; e tekintetben legrövidebb terminus gyanánt 2 napot, leghosszabb idő gyanánt 8 hetet találunk feljegyezve. Az izomsorvadás székhelyétől az esetek túlnyomó számában a bal oldalt említik. *Eisenlohr* figyelmeztet arra a körülményre, hogy a sorvadás többnyire a kéz kis izmaiban (thenar) indul meg, máskor más izmosoportokban (deltoideus). Az amyotrophiával kapcsolatosan egyéb trophikus zavarokat is észleltek a bénult testfelen, mint oedemát, hyperidrosist, az epidermis-képződés zavarait stb. A bénult izmok, jelesen a kis kézizmok *Eisenlohr* eseteiben a villamos ingerlékenység rendellenességeit mutatták, melyek részben az ingerlékenység egyszerű csökkenésében, részben valóságos elfajulási reakcióban nyilvánultak. Az inreflexek élénkek voltak. Érdekes körülmény, hogy a mennyiben a hemiplegia gyógyult, annyiban azon esetben az izomsorvadás is nyomtalanul eltűnt. Végül meghatározott, fajlagos agyi localisatióval — a rendelkezéstnkre álló leletek szerint — a hemiplegiás izomsorvadások nem jártak, vagyis nem állíthatjuk, hogy az izomsorvadásos hemiplegiák localisatiója bármiben is különböznék azoktól a hemiplegiáktól, melyek izomsorvadás nélkül járnak. Ép úgy nem találunk különbséget a kétféle hemiplegiát okozó folyamatok természetére nézve, mert vérzések, lágyulások, tályogok, daganatok szerepelnek úgy itt mint ott, úgy hogy ismereteink jelen állása mellett egyéb differentióló momentumot a hemiplegiás izomsorvadásra nézve nem tudunk, mint hogy az kifejezett, nagyfokú sorvadással jár. Mert azt a körülményt eleve is ki kell emelnünk, miszerint a hemiplegizált oldal — ha a kérdésben forgó sorvadást mutatja — legalább is 1 1/2, többnyire 2, sőt 4, eseteinkben még 6 cm.-nyi lesóványodást mutat a mozgatható, egészséges oldalhoz képest.

Az alábbiakban szabadjon az „Erzsébet“-szegényház idegbeteg-osztályon fekvő 20 hemiplegiás betegről szóló táblázatos kimutatást adnom, melynek hiányaként említem azt a körülményt, hogy betegeink túlnyomó részénél a hemiplegia után bekövetkezett izomsorvadás időpontját megtudunk nem sikerült. Ezen azonban nem lehet csodálkoznunk, ha tekintetbe vesszük, hogy betegeink java része az 50-es éven túl van, gyengült emlékező tehetségűek, egyikük-másikuk demens és hogy csekély illetve alacsony műveltségűknél fogva legkevésbé sem figyeltek az izomsorvadásra, a melyet a figyelmtket domináló hemiplegia mellett tekintetbe sem vettek.

Név	Nem	Kor év	Bántalom	Jobb felkar	Bal felkar	Jobb alkar	Bal alkar	Jobb alszár	Bal alszár	Felkarok különbözőzete	Alkarok különbözőzete	Alszárak különbözőzete
				centiméterekben								
Majer A.	nő	54	Agyvérzés; egy év óta jobb hemiplegia	23	23.5	19.5	20	27.7	28.3	0.5	0.5	0.6
Holstein	nő	60	Agyvérzés; 1 1/2 éves bal hemiplegia	28.7	27.5	23.5	22.5	27.5	28.7	1.2	1.0	1.2
Wenzel	nő	49	Agyvérzés; 2 éves jobb hemiplegia	28	32	24	23.5	29.6	33.7	4.0	0.5	4.1
Hoffmann	nő	64	Agyvérzés; 2 éves bal hemiplegia	27	22	22	18	28	27.8	5.0	4.0	0.2
Fink	nő	54	† 1896. május. Vérzés a baloldali szigetben; aphasia amn., hemiplegia 4 év óta	17.7	18.4	14.6	20.5	24.5	25	0.7	5.9	0.5
Bocsnovics	nő	60	Agyvérzés; 4 éves bal hemiplegia	20.6	17.6	16.2	15.6	21.7	23.3	3.0	0.6	1.6
Klager	nő	56	Agyvérzés; 2 éves bal hemiplegia	18	17	16.8	15	22	22	1.0	1.8	0.0
Kohlmann	nő	77	Agyvérzés; 2 hónapos bal hemiplegia	20.5	23	19.8	19.5	27.5	28	2.5	4.5	0.5
Jónás	nő	70	Agyvérzés; 11 éves bal hemiplegia	25.7	25.5	22.8	21.4	37.6	38.3	0.2	1.4	1.3
Mayer K.	nő	54	Agyvérzés; 1 1/2 éves bal hemiplegia	22	22	19	20	25.9	25.8	0.0	1.0	0.1
Rinkó	nő	60	Agyvérzés; 4 hetes bal hemiplegia	23.3	25.5	20.2	20.2	27.5	28.2	2.2	0.0	0.5
Mach	nő	60	Agyalapi daganat; 3 éves jobb hemiplegia	25.7	25.0	19.2	20.2	28.2	29.1	0.7	1.2	0.9
Fornung	nő	63	Agyvérzés; 2 éves bal hemiplegia	24.5	22	21.2	21.6	33	30.6	2.5	0.4	2.9
Schmidt	nő	76	† 1896. április; kiterjedt vérzés, roncsolva a jobb szigetet, n. caudat., lenticul., thalam. egy részét s a megfelelő sugárkosz.; 28 éves hemiplegia	18	12	16.5	11	19	19.5	6.0	5.5	0.5
Winter	férfi	73	Agyvérzés; 2 hónapos jobb hemiplegia	25.2	25.2	20.3	21	29.2	29	0.0	0.7	0.2
Kozsinszky	férfi	50	Agyvérzés; 6 hónapos bal hemiplegia	25.5	22.5	22.4	21	28.5	25	3.0	1.4	3.5
Jezovics	férfi	48	Agyvérzés; 2 éves bal hemiplegia	30	27.2	25.2	24.5	31.8	32.5	2.8	0.7	0.7
Zimbel	férfi	40	Agyvérzés; ? idős jobb hemiplegia	27.3	30.2	26.9	28.5	34.7	35.4	2.9	1.6	0.7
Klimko	férfi	56	Agyvérzés; 2 éves bal hemiplegia	22.4	22.5	20	19.9	28	28.2	0.1	0.1	0.2
Reiner	férfi	60	Agyvérzés; 2 1/2 éves jobb hemiplegia	25	24.7	23	22.8	35.3	35.7	0.3	0.8	0.4

Eseteinket áttekintve, kiemelendőknek a következő körülményeket tartjuk.

Húsz eset közül tizenkét esetben találtunk számbavehető sorvadást, megjegyezvén, hogy a két testfél közötti különbsétek közül csupán az 1 cm.-en felül állókat vettük olybá, mint a melyek kétségtelen ú. n. cerebralis és nem tétlenségi atrophiat jeleznek. Mint maximalis differentiát egy esetben 6 cm.-t észleltünk, szintén egy-egy esetben 5, 4 illetve 3 cm.-nyi különbséteket, míg a 3.0—2.2 cm.-nyi differentiák sűrűbben képviselvék. Feltűnő, hogy a hemiplegiás izomsorvadás az esetek túlnyomó számában a felkar izomzatát támadja meg, mert 20 esetünk közül 12-szer találtunk felkarsorvadást, míg az alkar 7, az alszár 6 esetben mutatott atrophiat. Kiemelendőknek találjuk továbbá, hogy bár az alszár is jelentős lesorványodásnak szolgálhat székhelyül, mégis a felkar és alkar (utóbbi bár kisebb mértékben) általában nagyobb fokú atrophiat szenvednek el, mint az alsó végtag. Ezt a körülményt talán helyesen szabad a hemiplegia tanának ama tételével kapcsolatba hoznunk, mely szerint az alsó végtag motilitása mindig kevésbé szenved mint a felsőé. A kéz kis izmai, mint a thenar, interessei szintén mutattak több esetben számbajövő sorvadást; ezen testrész sorvadását kifejezetten azért nem említjük, mert tárgyilagossá méréseket ezen végeznünk nem lehet. Localisatio szempontjából tehát azt kell mondanunk, hogy a hemiplegiás atrophia túlnyomóan a felső végtagon, in specie a felkaron székel. Kiténik ez egyébként Steiner összeállításából is, a ki 1893-ig az irodalomból 18 esetet állított össze, melyek mindegyikében van sorvadás a felső végtagon, míg az alsó végtagon csak 10 esetben. Fibrillaris rángásokat — kétségtelen módon — nem észleltem, a mely körülmény egybevégezve azzal az észlelettel, hogy a villamos ingerlékenységre megvizsgált esetekben elfajulási reactiót nem észleltünk. Quantitativ eltérések jelentkeztek ugyan, mert egyes ideg- és izompontok a rendesnél sokkal nagyobb áramerőre húzódtak össze; helyenként kissé renyhébb összehúzódást is tapasztaltunk; de kiemelem, hogy localis és kétségtelenül renyhe rángást a rángási törvény inversiójával nem észleltünk. Trophikus zavarok közül csupán egy esetben (Boesnovics) tapasztaltunk a térdben arthropathiát; a bal térd korlátoltan volt mozgatható és ezen alkalommal tisztán hallható recsegést lehetett észrevenni.

Eseteinkből továbbá még az a körülmény is kiténik, hogy a hemiplegiás izomsorvadás oly jelenség, mely a benuállással együttesen fennáll, olyképen, hogy az amyotrophia a hemiplegia superponált tünete. Egy classicusnak nevezhető esetünkben, mert 28 éven át állott fenn a hemiplegia, oly colossalis atrophia mutatkozott (Schmidt), hogy a két felkar közötti differentia 6 cm.-t tett ki; itt az atrophia rendkívüli foka mint ilyen is igazolja (anamnestikus adatok híján lévén) azt a felvételt, hogy a sorvadás a nagy fokban contracturás hemiplegiának, a benuállás keletkezésétől fogva kísérő jelensége. Megjegyzendő azonban, hogy ily nagyfokú atrophia létrejöttéhez nem szükséges nagy időtartam; hiszen a cerebralis izom-atrophia nézve a szerzők szerint épen az a jellegzetes, hogy korán, a hűdés után csakhamar lép fel. Egyik esetünkben (Rinkó) a hemiplegia kifejlődése után négy héttel már 2.2 cm.-nyi lesorványodás volt észlelhető, egy másikban 2 hó után 2.5, s végül egy esetben 5 cm.-t (Hoffmann) tett ki az atrophia, egy másikban (Wenezel) 4 cm.-t 2 évi fennállás után.

A benuállás testfélnek egyes esetekben mutatkozó lesorványodása sem a tétlenségnek, sem a hemiplegia esetleg hosszú időn át tartó fennállásának (u. n. Spätatrophie) nem tudható be. Ez ellen szól első sorban az atrophianak jelentős foka, másod sorban az a nevezetes körülmény — melyet fentebb constaltunk eseteink analysisében — hogy a cerebralis atrophia nem diffus mindig, sőt az esetek túlnyomó számában a benuállás testfélnek csak bizonyos részeit, előszeretettel a felső végtagot, in specie a felkart támadja meg. Ezen utóbbi körülmény is arra látszik utalni, hogy a cerebralis atrophia bizonyos meghatározott — eddig ugyan biztosan még nem körvonalozott — tényezőktől függ. Meglehet, hogy számba jó a vérző gócz kiterjedése, de talán legelső sorban tekintetbe jó a gócznak

topikája. Utóbbi felvételt természetesen csakis pontos kórbonezés szövettani vizsgálatok, egybevetve a klinikai észleletekkel, lesznek hivatva megállapítani. Borgherini és Eisenlohr esetei ugyan oda utalnak, hogy a cerebralis atrophia thalamus-góczoktól függenének, noha épen e két szerző egy-egy esete azt mutatja, hogy corticalis góczok is járhatnak amyotrophiával; Borgherini egy esetében a központi tekervényekben székel egy daganat, Eisenlohr esetében ugyanezen helyen tályog feküdt.

Ugyanezek eseteinkből arra a következtetésére is kell jutnunk, hogy a cerebralis hemiplegiák elég gyakran fordulnak elő aggnoknál is, valamint hogy e kórképnél az izomsorvadás nem oly klinikai ritkaság, a mint azt egyes szerzők feltűntetik, hiszen 20 eset közül 12-ben észleltük azt! Ezen leletünk alapján épen azt kell megjegyeznünk, hogy a hemiplegiák az izomsorvadásra való tekintettel két osztályba tartozhatnak: 1. hemiplegiák kifejezett atrophia nélkül; ezek a hemiplegiának ú. n. iskolai esetei, melyek demonstrálni lennének hivatva azt a diagnostikai tételt, hogy centralis hűdés nagyfokú atrophiaival nem járnak; 2. atrophias hemiplegiák, melyeknek jellegző vonásait jelen közlemény bevezető soraiban adtuk.

Közlemény Korányi Frigyes ny. r. tanár I. belklinikájáról.

Vizsgálatok a testsúly ingadozásairól.

Tauszk Ferencz dr., egyetemi tanársegédétől.

(Vége.)

c) Folyékony táplálék.

K. I. Lues a) súlya evés előtt 57,839 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet		
		gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt 57,839	Közvetlenül utána	59,006	49	4.0
Tej 1216	15 p. később	58,966	40	3.2
Ebéd 1216	30 " "	58,953	13	1.0
	45 " "	58,947	6	0.4
	1 órával " "	58,939	8	0.6
	1 ó. 15 p. " "	58,934	5	0.4
	1 " 30 " " "	58,928	6	0.4
	1 " 45 " " "	58,922	6	0.4
	2 órával " "	58,914	8	0.6
		59,055		

T. K. Neurasthenia a) súlya evés előtt 61,738 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet		
		gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt 61,738	Közvetlenül utána	62,622	44	4.7
Tej 928	15 p. később	62,596	26	2.8
Ebéd 928	30 " "	62,586	10	1.0
	45 " "	62,580	6	0.6
	1 órával " "	62,574	6	0.6
	1 ó. 15 p. " "	62,564	10	1.0
	1 " 30 " " "	62,560	4	0.4
	1 " 45 " " "	62,553	7	0.7
	2 órával " "	62,546	7	0.7
		62,666		

M. A. Hysteria virilis a) súlya evés előtt 54,286 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet		
		gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt 54,286	Közvetlenül utána	55,095	35	4.1
Víz 844	15 p. később	55,068	27	3.1
Ebéd 844	30 " "	55,058	10	1.1
	45 " "	55,052	6	0.7
	1 órával " "	55,047	5	0.5
	1 ó. 15 p. " "	55,041	6	0.7
	1 " 30 " " "	55,033	8	0.9
	1 " 45 " " "	55,022	11	1.3
	2 órával " "	55,015	7	0.8
		55,130		

W. Gy. Catarrhus bronchialis α) súlya evés előtt 47,925 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet tehát		
gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt 47,925	Közvetlenül utána	48,521	21	3.4
Tej 617	15 p. később	48,509	12	1.8
Ebéd 617	30 " "	48,502	7	1.1
	45 " "	48,497	5	0.8
	1 órával " "	48,492	5	0.8
	1 ó. 15 p. " "	48,485	7	1.1
	1 " 30 " " "	48,481	4	0.6
	1 " 45 " " "	48,476	5	0.8
	2 órával " "	48,472	4	0.6
<u>48,542</u>				

Ezen utóbbi csoportra vonatkozólag néhány kísérletet a következőképen végeztem:

A kísérleti egyén súlya előbb meghatároztatik, azután egy palaczkba, melynek súlya ismeretes, tej helyeztetik a mérlegre és a súly az illetővel együtt újból meghatároztatik. Miután a tejet megitta, azt látjuk, hogy az előbb teljesen egyensúlyban levő mérleg — a nélkül, hogy az illető a mérleget elhagyná — az egyensúlyból jön és a súlytartóból súlyokat folyton el kell távolítanunk, hogy a mérleget egyensúlyban tartsuk. A kísérleti egyén súlya folyton kisebb lesz.

B. J. Ectasia pulmonum α) súlya evés előtt 44,050 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet tehát		
gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt 44,050	Közvetlenül utána	45,310	40	4.0
Fogyasztott tej 988	15 p. később	45,280	30	3.0
Palaczk 312	30 " "	45,264	16	1.6
	45 " "	45,254	10	1.0
	1 órával " "	45,244	10	1.0
	1 ó. 15 p. " "	45,236	8	0.8
	1 " 30 " " "	45,226	10	1.0
	1 " 45 " " "	45,219	7	0.7
	2 órával " "	45,209	10	1.0
<u>45,350</u>				

M. A. Neurasthenia, α) súlya evés előtt 60,106 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet tehát		
gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt 60,106	Közvetlenül utána	60,881	28	5.7
Fogyasztott tej 491	15 p. később	60,871	10	2.0
Palaczk 312	30 " "	60,866	5	1.0
	45 " "	60,856	10	2.0
	1 órával " "	60,848	8	1.8
	1 ó. 15 p. " "	60,841	7	1.6
	1 " 30 " " "	60,831	10	2.0
	1 " 45 " " "	60,829	2	0.3
	2 órával " "	60,827	2	0.3
<u>60,909</u>				

K. L. Lues, α) súlya evés előtt 52,278 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet tehát		
gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt 52,278	Közvetlenül utána	54,112	48	3.3
Tej 1,450	15 p. később	54,082	30	2.0
Palaczk 432	30 " "	54,058	24	1.7
	45 " "	54,042	16	1.1
	1 órával " "	54,022	20	1.3
	1 ó. 15 p. " "	53,006	16	1.1
	1 " 30 " " "	53,994	12	0.8
	1 " 45 " " "	53,983	11	0.7
	2 órával " "	53,968	15	1.0
<u>54,160</u>				

P. S. Hysteria, α) súlya evés előtt 55,009 gm.

β) Számított összsúly evés után	γ) Tényleges összsúly evés után	Különbözet tehát		
gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt 55,009	Közvetlenül utána	56,584	74	6.0
Tej 1,217	15 p. később	56,559	25	2.0
Palaczk 432	30 " "	56,547	12	0.9
	45 " "	56,537	10	0.8
	1 órával " "	56,529	8	0.6
	1 ó. 15 p. " "	56,520	9	0.7
	1 " 30 " " "	56,512	8	0.6
	1 " 45 " " "	56,501	11	0.9
	2 órával " "	56,495	6	0.4
<u>56,658</u>				

A testsúlycsökkenés nem a testsúlytól, hanem a bekelezett táplálék mennyiségével van határozott viszonyban. A különböző étrendnél a csökkenés százalékos átlagát összeállítva a következő táblázat tünteti fel:

Évés után	Idő	É t r e n d			
		Vegyés	Szilárd	Folyékony	
15 perc	15 perc	2.9%	4.7%	1.2%	6.8%
	30 "	0.3%	0.5%	1.1%	
	45 "	0.3%	0.5%	0.9%	
1 óra	1 óra	0.2%	0.4%	0.9%	
	1 " 15 "	0.3%	0.5%	0.9%	
	1 " 30 "	0.4%	0.5%	0.8%	
2 óra	1 " 45 "	0.4%	0.6%	0.7%	
	2 óra	0.3%	0.6%	0.6%	

Jegyzet: Az evés utáni mérés az evés befejezte után eszközöltetett. Az evés idejére itt mindenütt 10 perc lett számítva.

1. A testsúlycsökkenés kivétel nélkül minden tápfevétel után észlelhető.
2. Ezen testsúlycsökkenés maximuma, legyen a tápfevétel bármilyen, mindenütt az evés idejére és az evés befejeztét követő 15 percre esik.
3. A testsúlycsökkenés ezen két időszakban függ a táplálék minőségétől.
4. Ezen két idő alatt legkisebb a testsúlycsökkenés tisztán szilárd anyagból álló tápfevétel után (3.7%), legnagyobb tisztán folyékony anyagból álló tápfevétel után (6.8%), míg vegyes étrendnél közép állást foglal el (4.7%).
5. Különbőség mutatkozik a testsúlycsökkenés kezdetére vonatkozólag, a mi ugyancsak a tápfevétel minőségétől függ.
6. Leglassúbb a testsúlycsökkenésnek kezdete szilárd tápfevételnél (1.2%), legrohamosabb folyékony tápfevételnél (4.4%), középértéket mutat vegyes étrendnél (2.9%).
7. Míg folyékony és vegyes étrendnél a gyors testsúlycsökkenés kezdetét a testsúlycsökkenés értékének kisebbedése, addig szilárd étrendnél a lassú kezdetét a testsúlycsökkenés értékének növekedése követi.
8. Legyen az étrend bármilyen, a további időközökre is testsúlycsökkenés mutatkozik.
9. Ezen testsúlycsökkenés, a kezdettől elteltintve, az első két órában egyenletes.
10. Ezen testsúlycsökkenés összértéke az első 2 órában legnagyobb a folyékony tápfevételnél (12.7%), kisebb szilárd tápfevételnél (7.3%), még kisebb vegyes tápfevételnél (6.9%).

IV. A testsúlycsökkenés függése az időtől.

a) Vegyes étrend.

T. A. Lues, súlya evés előtt 53,350 gm. (már jelzett eset).

α) Számított összsúly evés után	β) Tényleges összsúly evés után	Különbözet tehát		
gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt 53,350	evés ideje + 1 óra	54,474	67	5.6
Ebéd 1,191	2 " "	54,455	19	1.5
	3 " "	54,447	8	0.6
	4 " "	54,437	10	0.8
	5 " "	54,431	6	0.5
	6 " "	54,419	12	1.0
<u>54,541</u>		Összeg	112	10.0

St. M. Neurasthenia, súlya evés előtt 68,522 gm. (már jelzett eset).

α) Számított összsúly evés után	β) Tényleges összsúly evés után	Különbözet tehát		
gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt 68,522	evés ideje + 1 óra	69,955	94	5.9
Ebéd 1,527	2 " "	69,934	21	1.3
	3 " "	69,917	17	1.1
	4 " "	69,917	10	0.6
	5 " "	69,897	10	0.6
	6 " "	69,886	11	0.7
<u>70,049</u>		Összeg	163	10.2

b) Száraz étrend.

B. H. Lues, súlya evés előtt 53,437 gm.

α) Számított összsúly evés után		β) Tényleges összsúly evés után		Különbözet tehát	
gm.-ban		gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	53,437	evés ideje + 1 óra	53,886	27	5.5
Ebéd, hús	476	2 "	53,875	11	2.2
		3 "	53,873	2	0.4
		4 "	53,871	2	0.4
		5 "	53,867	4	0.8
		6 "	53,865	2	0.4
	53,913	Összeg	48	9.7	

St. M. Neurasthenia, súlya evés előtt 68,520 gm.

α) Számított összsúly evés után		β) Tényleges összsúly evés után		Különbözet tehát	
gm.-ban		gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	68,520	evés ideje + 1 óra	69,001	31	5.9
Hús	512	2 "	68,988	13	2.2
		3 "	68,986	2	0.3
		4 "	68,983	3	0.5
		5 "	68,981	2	0.3
		6 "	68,978	3	0.5
	69,032	Összeg	54	9.7	

c) Folyadék.

K. J. Lues, súlya evés előtt 57,839 gm.

α) Számított összsúly evés után		β) Tényleges összsúly evés után		Különbözet tehát	
gm.-ban		gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	57,839	evés ideje + 1 óra	58,939	116	9.2
Tej	1,216	2 "	58,914	25	1.8
		3 "	58,894	20	1.6
		4 "	58,880	14	1.1
		5 "	58,880	0	0
		6 "	58,880	0	0
	59,055	Összeg	175	13.7	

M. A. Hysteria virilis, súlya evés előtt 54,283 gm.

α) Számított összsúly evés után		β) Tényleges összsúly evés után		Különbözet tehát	
gm.-ban		gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	54,286	evés ideje + 1 óra	55,047	83	9.5
Víz	844	2 "	55,015	32	3.7
		3 "	54,997	18	2.1
		4 "	54,991	6	0.7
		5 "	54,989	2	0.2
		6 "	54,989	0	0
	55,130	Összeg	141	16.2	

Az átlagos viszonyokat következő táblázat mutatja:

Idő	É t r e n d		
	Vegyes	Szilárd	Folyékony
Evés ideje + 1 óra	5.7%	5.7%	9.3%
2 "	1.4%	2.2%	2.7%
3 "	0.8%	0.3%	1.8%
4 "	0.7%	0.4%	0.9%
5 "	0.5%	0.5%	0.1%
6 "	0.8%	0.4%	0%
Összeg	10.1%	9.7%	14.9%

1. A testsúlyesökkenés nemcsak a tápfelvételt követő két órában, hanem még azon túl is tart és pedig nagyjából a következő rendes tápfelvétel idejéig, vagyis 4-6 óráig.

2. A testsúlyesökkenés legjelentékenyebb része a tápfelvétel idejére és az ezt követő első két órára esik, melynek részleteiről már beszámoltunk.

3. Azon túl csak igen csekély testsúlyesökkenés észlelhető, mely meglehetősen egyenletes és folyékony tápfelvétel-nél hamarabb szűnik meg, mint a vegyes és szilárd tápfelvétel után.

4. Végeredményben mondhatjuk, hogy a testsúlyesökkenés összértéke legnagyobb folyékony tápfelvétel-nél, a mennyiben a bekebelezett tápnak 14.9%-át teszi ki, kisebb a vegyes és szilárd tápnál, a hol megközelítőleg a felvett tápnak 10%-át teszi ki (talán valamivel kisebb szilárd tápnál).

V. Gyakorlati következtetések.

Az előbbieken feltüntetett viszonyok annyira állandók, hogy bizonyos gyakorlati következtetésekre is jogosítanak. Így ha ismerjük a tápfelvétel minőségét és tudjuk, hogy valakinél egy bizonyos időn belül egy bizonyos testsúlyesökkenés állott be, úgy ezekből és a fent feltüntetett átlagos értékeinkből a felvett táplálék súlya megközelítőleg meghatározható, feltéve, hogy más zavaró mellékkörülmények kizárhatók. Pl. Valakinél vegyes étrend után a tápfelvételt követő 1 óra 15 perc és 1 óra 30 perc közt a testsúlyesökkenés 5 gm.-ot tesz ki; tudva, hogy az átlagos súlyvesztesség a tápfelvételből ekkor 0.4%:

$$\begin{aligned} &\text{tehát } 100 \dots \dots \dots 0.4 \\ &x \dots \dots \dots 5 \\ &x = \frac{100 \times 5}{0.4} = 1250 \text{ gm. volt a tápfelvétel.} \end{aligned}$$

Valakinél folyékony étrend után a tápfelvételt követő harmadik órában a testsúly csökkent 28 gm.-mal. Az átlagos súlyvesztesség ekkor tápfelvételből 1.8%:

$$\begin{aligned} &\text{tehát } 100 \dots \dots \dots 1.8 \\ &x \dots \dots \dots 2.0 \\ &x = \frac{20 \times 100}{1.8} = 20,000 : 1.8 = 1111 \text{ gm.} \end{aligned}$$

folyadék volt a tápfelvétel.

VI. Telt gyomor melletti kísérletek munka mellett.

a) Vegyes étrend.

A munka valamennyi esetben közvetlen evés után vette kezdetét.

A. I., evés és munka előtt súlya 59,230 gm.

α) Számított összsúly evés után		β) Tényleges összsúly evés után		Különbözet tehát	
gm.-ban		gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	59,230	ergostat munka mellett	59,758	47	8.1
Leves	220	15 percznyi munka után	59,746	12	2.0
Hús	180	30 "	59,743	3	0.6
Tészta	115	45 "	59,740	3	0.6
Bor	60	1 órai "			
	575				
	59,805				

Csak annyi idő hiányzik a 15 perczhez, a mennyi a mérés eszközléséhez szükséges volt (1-2 percz).

S. Neurasthenia, súlya evés és munka előtt 44,545 gm.

α) Számított összsúly evés után		β) Tényleges összsúly evés után		Különbözet tehát	
gm.-ban		gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	44,545	ergostat munka mellett	45,702	92	7.3
Zsemlye	128	15 percznyi munka után	45,674	28	2.2
Bor	110	30 "	45,660	14	1.1
Leves	180	45 "	45,650	10	0.8
Főzelék	210	1 órai "			
Hús	346				
Tészta	275				
	1249				
	45,794				

b) Szilárd étrend.

K. B. Lues, súlya evés és munka előtt 61,216 gm.

α) Számított összsúly evés után		β) Tényleges összsúly evés után		Különbözet tehát	
gm.-ban		gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	61,216	ergostat munka mellett	61,726	34	6.2
Hús	544	15 percznyi munka után	61,719	7	1.2
		30 "	61,712	7	1.2
		45 "	61,709	3	0.5
	61,760	1 órai "			

N. A. Blenorrhoea, súlya evés és munka előtt 54,775 gm.

α) Számított összsúly evés után		β) Tényleges összsúly evés után		Különbözet tehát	
gm.-ban		gm.-ban	gm.-ban	gm.-ban	%-ban
Evés előtt	54,775	ergostat munka mellett	55,348	38	6.2
Hús	611	15 percznyi munka után	55,340	8	1.3
		30 "	55,336	4	0.6
		45 "	55,331	5	0.8
	55,386	1 órai "			

tehát kitörő félben lévő infectiousus bajhoz hasonlóan. Körülbelül 12 óra elteltével változás áll be és az eset világossá lesz. Ekkor a figyelem a nyakra irányul, a mire már a ferde fejtartás és a nyak mozgatásának fájdalmassága is utal. A nyak egyik oldalán terimenagyobbodás látható, egyes mirigyből vagy több összefolyó mirigyből képezett daganat. Az egyes mirigyek mogoró- egész dió-nagyságúak. Jellemző a musculus sternocleido-mastoideus felső harmadán és mögötte lévő mirigyek (glandulae cervicales superficiales) duzzanata. Egyéb abnormitás nem észlelhető, tüdő és szív kóros jelenséget nem mutatnak. A szájür és torokban csak csekély hyperaemia.

Az abortív alakoknál a hőmérsék 1—2 nap alatt hirtelen esik, s a mirigyduzzanat is néhány nap alatt lelohad.

A protrahált, nehezebb eseteknél a duzzanat s a hőemelkedés 8—10 napon át is eltart, sőt újabb és újabb mirigyek vonatnak a megbetegedés körébe, a tarkó felé haladva. A gyermek apathikus lesz, étvágytalan, a máj- és léptompulat kissé nagyobbodik, a amypliasis és köldök közti vonal közepén a has nyomásra fájdalmas. (Pfeiffer ennek oka gyanánt retroperitonealis és mesenterialis mirigyek lobos duzzanatát tekinti.)

Pfeiffer egy családnál egymásután több gyermek megbetegedését is észlelte, abból a betegség infectiositására következtetve. Bacteriologikus vizsgálat eddig még nem történt.

A betegség prognosisa kedvező. Valamennyi eset gyógyulással végződik, s mirigy elgyenyedése sem következhetik be.

Pfeiffer közleményéhez Heubner reflexiókat fűz, megemlítve, hogy ő ily eseteket már rég észlelt, de nem volt azokkal tisztában. Alkalma nyílt saját gyermekénél is megfigyelni, a midőn jobban reáterelődtött figyelme. Megfigyelései közt érdekes, hogy két ily esetben utóbajként nephritist észlelt. A betegséget infectioususnak tartja.

Előadó is Heubnernél Lipsében észlelte az első esetet. Ezek után ismerteti előadó a gyermekgyógyászati irodalomban közölt eseteket, (Stark, Rauchfuss, Protasson, Hoerschelman, Comby, Masson) és részletesen foglalkozik az általa észlelt esettel. A beteg két éves vidéki gyermek, a kinél semminemű előrement betegség nem szolgálhatott a fellépett mirigyduzzanat magyarázatául.

Első betegsége egy conjunctivalis catarrhus volt, később többször volt gastrikus megbetegedése, majd később súlyos bronchitise, augusztus hónapban 2½ hétig tartó enteritise.

November 8-dikán este hirtelen lett beteg magas lázzal. Állítólag egyszer hányt s az egész éjét nyugtalanul tölté. Reggel a hőemelkedés 38° volt. Ekkor (9-dikén) látta előadó a beteget először, a midőn a beteget lázasnak találta, ferde és merev fejtartással s kitapintható duzzadt mirigyekkel, jobboldalt a sternocleido-mastoideus előtt. A mirigyek különálló, borsónyi egész babnagyságúak voltak. A torok teljesen szabad volt, még hyperaemia sem mutatkozott a nyákhártyán. Egyéb objectív változás nem volt kimutatható. Este a hőmérsék 38·4° volt. Néhány napi hőmérés adatai szerint a hőemelkedés délben volt a legnagyobb. A beteg a negyedik nap reggelén néhányszor köhögött ugyan, de a tüdőknél semmi elváltozás nem volt kimutatható. A máj- és léptompulat rendes. E napon két líg széköürülése volt.

November 10-dikén	hőmérsék reggel	38·4°	délben	37·5°	este	38·7°
" 11-dikén	"	37·5°	"	38·8°	"	38·7°
" 12-dikén	"	37·5°	"	38·7°	"	38·4°
" 13-dikén	"	37·8°	"	39·1°	"	37·9°
" 14-dikén	"	37·8°	"	39·1°	"	38·4°

E napon (14-dikén) a torok szabad volt, a közérzet jó, a vizelet fehérjementes. A betegnek két líg széköürülése volt. A jobboldali nyaki mirigydag kissé duzzadtabb, de a később fellépett mirigy csoport baloldalt nem változott.

15-dikén hőmérsék reggel 37·4°, délben 39·1°, este 39·6°. E napon a mirigyduzzanat nem változott, a mellkasi és hasi szervek kóros elváltozást nem mutattak.

November 16-dikán, tehát a betegség 8-dik napján a gyermek többet köhögött, bár a tüdőknél elváltozást nem mutattak,

a közérzet jobb volt, a baloldali mirigyek duzzadtabbak, a jobboldaliak laposabbak. E napon este a hőfok 38·3°.

17-dikén a hőmérsék reggel 37·4°, délben 38·0°, este 38·4°. A tüdők felett semmi elváltozás, a mirigydag nem változott, máj- és léptompulat rendes.

E naptól kezdve az állapot folyton javult. 20-dika óta a beteg láztalan, a mirigyduzzanatok lohadtak. A vizeletben semmi abnormitás. Tehát kilencz napig tartó szabálytalan lázas folyamat után gyenge eséssel a hőmérsék normalissá lett, s a beteg meggyógyult.

Az előadáshoz Révész Vilmos dr. fűz néhány megjegyzést, megemlítvén, hogy az előadó által az irodalomból közölt esetekben a mirigyduzzanatok jelentékenyebbek voltak, mint előadó esetében. Azt a kérdést veti fel, hogy az ismertett lázmenet után ítélve, nem lehetne valamely más infectiousus betegségre gondolni, így typhusra?

A felvetett kérdésre előadó azt válaszolja, hogy a kérdés teljesen jogosult szerinte is, s az eddigi észlelők mind gondoltak ennek a lehetőségére (typhus, scarlatina larvata stb.).

3. Wachsmann Albert gyógyszerész az 1895-diki év gyógyszer-tani irodalmából ismerteti a figyelemre méltóbb jelenségeket.

Előadását annak kijelentésével kezdi meg, hogy bár figyelemmel kísérte a jelzett év pharmacognosiai és pharmacodynamiai irodalmát, a sok polyva közt csak igen kevés magot talált. A gyógyszer-chemiai vizsgálatok ez évben is a kátrány-derivatumok körül forogtak. A gyógyszer-tani irodalom körülbelül 200 új gyógyszer ismeretével bővült, de ezek legnagyobb része csak ephemer értékű. Kivételt szerinte csak néhány új praeparatum képez, melynek hivatása volna a jodoformot pótolni.

Ily szer a jodoformin, a mely 75% jodoformot tartalmaz és szagtalan. Figyelemre méltónak tartja továbbá a nosophen-t, antinosint és eudoxint.

Ezek ismertetése után bemutatja előadó a „Gymnema sylvestris” nevű növény leveleit, a melyekben egy oly sav foglaltatik, melynek az a sajátossága, hogy a nyelv felületével érintkezve annak eltompítja ízlelő képességét. Használata után a chinin keserű íze nem különböztethető meg a czukortól.

Hosszasabban szól ezek után a különböző gyógyszerek incompatibilitásáról, megemlítve, hogy ilyenek pl. antipyrin, calomel és santonin, a mint arról egy lethalis kimeneteli esetben meggyőződhetek. Incompatibilisek különböző antipyreтикak is, pl. antipyrin és phenacilin, vagy ezek a coffeinnel. Ez esetben az incompatibilitás abban nyilvánul, hogy így e szerek hatása fokozottabb, mint külön adva.

Megemlékezik továbbá arról, hogy egyes növényi szereknek infusumban való adagolásánál mint hatnak bontólag egyes hozzákevert gyógyszerek, sőt még syrupok is, s felhívja a figyelmet arra a körülményre, hogy a nálunk készült Bland-labdaesok nem felelnek meg a czélnek, nem tartalmaznak tiszta vascarbonatot, s a nálunk szokásos helytelen készítés mód helyett azt a módot ajánlja, melyet a francia gyógyszerészek követnek.

Előadása után bemutatja az unguentum hydrargyri cum resorbino-t oly tubusokban, melyekből a kenőcs tetszés szerinti lemérhető adagokban szorítható ki, továbbá a Malton-bort és Malton-sherryt, a melyeket Sauer berlini vegyész készített, s melyek a szakkörök érdeklődését nagyban felkeltették. Bemutat továbbá egy szappanporlasztó készüléket, melynek czélja az volna, hogy a kellő mennyiségű szappan-por a mosás percében kerüljön a kézre s a többi szennyezéstől védve maradjon s ne válhasson, valamely szenny vagy infectio terjesztőjévé.

Az érdeklődéssel hallgatott előadáshoz még Konrád Márk dr. elnök, Révész Vilmos dr. és Berkovits Miklós dr. fűztek egyes megjegyzéseket; utóbbi arra hívta fel a figyelmet, hogy a gyógyszeres infusomok mily könnyen bomlanak és szenvednek elváltozást. Ez ok vezetett azon újításra, hogy a folyadékban rendelt gyógyszerek ízjavítására újabb syrup helyett a saccharint adják. Örömmel jelenti ki, hogy tudomása szerint ily czélból a saccharint nálunk Kutiak Ágoston dr. tagtárs alkalmazta első ízben.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Lehmann und Neumann: Atlas und Grundriss der Bakteriologie und Lehrbuch der speciellen bakteriologischen Diagnostik. München, 1896. Verlag von J. F. Lehmann.

Az ismert nevű müncheni könyvkiadó cég, mely néhány év óta főleg a tanulóknak nagyon jó szolgálatokat tevő s immár nagyon széles körben elterjedt, számos idegen nyelvre lefordított úgynevezett orvosi kézi atlasokat ad ki, ezen vállalatába újabban a bakteriológiát is felvette és annak feldolgozásával Lehmann würzburgi professort bízta meg, ki munkatársul maga mellé vette assistensét, Neumann R.-t.

A néhány héttel ezelőtt megjelent két kötetes munkának csak az egyike atlas; a másik, terjedelmesebb kötet ellenben egy meglehetősen rövidre szabott általános és egy elég kimerítő részletes bakteriológiát tartalmaz. Mindkét részben fősúly a bacteriumok meghatározására, a bakteriologiai diagnostikára van fektetve. A bakteriologiai technika csaknem teljesen el van hagyva, csupán egy rövid függelék emlékezik meg a leghasználatosabb tenyésztő-anyagok, festékek stb. készítéséről. És ez helyén is van így; mert azt a sok technikai útmutatást, melyre bakteriologiai dolgozásnál folyton szükségünk lehet, egy oly könyv, mely főleg a bakteriologiai diagnostika terén akar útmutató lenni, nem is tartalmazhatná oly kimerítően, a mint az kívánatos volna. Jobb is azért a technikai részt egészen külön munkákra bízni, a milyen például Heim kitűnő műve (Lehrbuch der bakteriologischen Untersuchung. Stuttgart, Verlag von Enke, 1894.)

A mi pedig az atlaszt illeti: 63 táblán 558 színes rajzban és még azonkívül a magyarázó szöveg közé illesztett ábrákon fel vannak tüntetve az összes eddig ismert pathogen microorganismusok és a fontosabb saprophyták. És pedig nem csupán a bacteriumoknak képe erős nagyítás mellett, hanem maguk a tenyészetek is úgy természetes nagyságban, mint csekély nagyítás mellett (lemez-tenyészeteken). A rajzokat csaknem kizárólag eredeti készítmények után Neumann készítette nagyon szépen és természet-hűen és reproductiójuk is általában véve igen jó sikerült. A bacteriumoknak képeit erős nagyítás mellett azonban talán mégis jobb lett volna mikrophotogrammokban alakjában adni, mint a melyek a sokszor nagyon fontos detailokat sokkal hívebben képesek visszatükröztetni. Úgy látszik, hogy ezt csak azért mellőzték szerzők, mert a photogrammok túlságosan megrágrították volna a könyvet s így beszerzésének sokak előtt útját állották volna, főleg a tanulók előtt, a kiknek pedig főleg szánva van a munka. De azért az előhaladott is sokszor jó hasznát fogja venni már csak azért is, mert szerzők folyton utalnak a még függőben levő kérdésekre a bakteriologiában s így önálló kutatásokra is buzdítanak.

A nagyon díszesen kiállított, vászonkötésű két kötetet nagyon ajánlhatjuk az érdeklődők (bár ha növekednek számuk nálunk is!) figyelmébe. Áruk nagyon mérsékes: 15 márka (9 forint).

II. Lapszemle.

Kórtan.

Streptococcus-antitoxin előállítását villamossággal kísérleték meg Bonome és Viola. Vizsgálataik eredményét a következőkben foglalták össze: 1. Magas feszültségű váltakozó villamással a streptococcus pyogenes legvirulensebb tenyészetei is ártalmatlanná tehetők, a nélkül, hogy a tenyészetek vegyi reakciója vagy a bacteriumok alakja megváltoznék. Ezen hatás akkor is bekövetkezik, ha az áram csak rövid ideig hat. 2. Az áram csaknem kizárólag a tenyészet folyékony részére, azaz az oldott toxinokra, nem pedig magára a streptococcusra hat. A streptococcus új tenyésztő-talajra átvive ugyanoly gyorsan fejlődik, mind előbb és virulentiája sem csökkent. Villamással kezelt tenyészetben a streptococcus körülbelül két hétig marad életben. 3. A streptococcus toxinjait a magas feszültségű váltakozó villamással antitoxinokká alakítják át. 4. A régi tenyészetekből villamosság útján nyert streptococcus-antitoxin nagyon erős, a friss tenyészetekből előállított

ellenben gyenge, mert ez utóbbi esetben még nagyon kevés antitoxinná átalakítandó toxin van jelen. 5. A villamossággal előállított antitoxin erős védő és gyógyító hatással bír házi nyúl streptococcus-infectiójával szemben. 6. Ezen antitoxin nem egészen ártalmatlan a házi nyúl szervezetére, a mennyiben progressiv marasmust okoz és eleinte a hőmérséklet is növeli. 7. Az antitoxin hatása a házi nyúl szervezetében az, hogy oly anyagok képződését indítja meg, melyek képesek a streptococcusokat tönkretenni; in vitro ezen hatás a streptococcusok degenerációjában jut kifejezésre. (Centralblatt für Bakteriologie, XIX. kötet, 22. és 23. sz.)

A villamosság hatását a bacterium-toxinokra d'Arsonval és Charrin is vizsgálták. Diphtheria-és pyocyaneus-toxinokat tartalmazó folyadékokon nagyon gyorsan váltakozó, közepes feszültségű áramokat boesátottak át és ekkor azt tapasztalták, hogy a toxinok nem csupán gyengültek, hanem immunizáló anyagokká is változtak. Ezen hatás bekövetkezése az áram erejétől és az átáramoltatás tartamától függött. Közepes erősségű áramoknál a mérgező hatás egy negyed óra alatt körülbelül felénnyire csökkent. Állandó árammal szerzők nem tettek kísérleteket, mert az esetleg jelentkező elektrolytikus hatást ki akarták zárni. (Compt. rend. 1896. 6. sz.)

Meningitis tuberculosa gyógyult esetét közli Janssen. Az eset egy katonára vonatkozik, ki erős fejfájással, gyakori hányással, székszorulással és mérsékelt lázzal betegedett meg. Ezekhez azután a pulusszámának erős csökkenése, strabismus convergens, a pupillák tágulása, tarkómerevség, kis fokú opisthotonus, táches cérebrales, bőrhypaesthesia, ízületi contracturák, incontinentia urinae et alvi és eszméletlenség társultak. Körülbelül 2 hét múlva javulni kezdett az állapot és egy további hónap után gyógyulás következett be. Egy év múlva az illető tüdővészben elhalt. Bonczoláskor a pia mater régi gümőkórját találták. A meningitis kezelése vérelvonásokban, jeges borogatásokban és jodkalium adagolásában (8—40 gramm pro die) állott. (Deutsche medic. Wochenschrift; 1896. 11. sz.)

A belégett microorganismusok sorsa czímmel írnak Thompson és Hewlett. Szerintük óránként legalább 1500 microorganismust légzünk be orrunkon (a londoni levegőben 14,000-et is). A kilégett levegő pedig számos vizsgálat szerint esiramentes. Hová lettek tehát a belégett microorganismusok? Szerzők állatoknál azt találták, hogy a trachea nyákja teljesen steril és hogy az egészséges orra belégett microorganismus csaknem mind még mielőtt a nasopharyngealis ürt elérte volna visszatartatott. Különösen a vestibula narium, a vibrissák és a vestibulumokban képződött pörkök tartalmaznak nagyon sok microorganismust. Az orr belsejébe került microorganismusok a esillósörös epithel működése által gyorsan kihajtatnak. Másrészt pedig az ornyákhártya nagyon kedvezőtlen talaj a mikrobák számára. Bacillus prodigiosus-sal végzett kísérletek azt mutatták, hogy a mikrobák az orr nyákhártyáján körülbelül 2 óra alatt tönkre mennek. Ebben azonban a phagocytosisnak csak nagyon kis szerepe lehet, mert szerzők csak egy ízben láttak kísérleteiknél bacteriumokat magukba záró sejteket. (Lancet, 1896. január 11.)

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Szamárhurut ellen Marfan nagyon ajánlja a bromoformot, mint a melylyel az újabban ajánlott szerek közül (antipyrin és belladonna, tussol, antispasmin) a legjobb eredményeket érte el. A szert következőleg rendeli: Rp. Bromoformii guttas 48; Ol. amygd. dule. 20·0; Tragacanth. 2·0; Gummi arab., Aqu. lauro-cerasi aa 4·0; Aquae destill. ad 120·0. 1/2 éves korig 2—3 csepp, 1/2—1 évig 3—4 csepp, 1—5 évig pedig annyiszor 4 csepp bromoform adandó pro die, a hány esztendő a gyermek; az adag naponként 2—4 cseppel növelendő kétszereséig; kezdeti adagnak 20 cseppnél több nem adandó. (A fenti orvosság egy kávéskanálban 1 1/2 csepp bromoformot, egy gyermekkanálban pedig 3 csepp bromoformot tartalmaz.) (Rev. mens. des mal. de l'enfance, 1896. április.)

2. Chinin bőr alá fecskendezésére Laveran a következő formulát ajánlja: Rp. Chinini hydrochlorici 3·0; Antipyrini 2·0; Aqu. destill. 5·0. A fájdalmak így sokkal kisebbek, mint ha egyedül chinint fecskendezünk be. (Allg. med. Central-Zeitung, 1896. 58. sz.)

TÁRCZA.

Észrevételek a német szülészet és gynaecologia jelenlegi álláspontjához.

Midőn külföldi tanulmányutam előkészületeivel foglalkozva, összeállítottam azon nagyhirű férfiak névsorát, kik a gynaecologia s a szülészet terén jelenleg irányadók, kiknek intézeteiben csinálják a magas tudományt, lehangolt kissé az az akaratlanul is rámtolakodó párhuzam, melyet szerény külsejű hazai intézeteink s a leírásból, de még inkább működésükről ismerni vélt, külföldi intézetek között gondolatban vontam. Majdnem restelkedve resumáltam intézeteink működését, s ha a végeredményekkel még is voltam — mert meg is lehettem — elégedve, mégis azt találtam, hogy hiányzanak a „modern tudomány legújabb vívmányai”: a ma felkapott s hónap után ismét elejtett műtétek s kezelési módok egész legiója s félttem a visszamaradottság vádjától, arra gondolva, hogy itt-ott talán megtudakolják: mi ezt vagy azt hogyan csináljuk s be kell majd vallanom, hogy bizony sehogy sem.

És most, hónapok multán, midőn a nagyhirű férfiakat sorra bejártam és azokat is megismertem, kik időközben tettek hírnévre szert — a mellett, hogy sok újat s követendő látam és tanultam —, lehangoltságom s restelkedésem teljesen elmúlt.

Méltán dicsekedhettem eredményeinkkel a *szülészet* terén, melyeknél jobbakat, sőt talán oly jókat is, schol sem találtam, bátran vonhattam párhuzamot — az operatív működést illetőleg — intézeteink s a külföld azon intézetei között, hol a józan, conservatív iránynyal még nem szakítottak teljesen. Az elhunyt Schröder egyik volt tanítványa, jelenleg Németország hírneves gynaecologusainak egyike, a következőket mondá nekem: „Van itt Berlinben két utca, az egyiknek tájékán nem lehet már uterusal bírót nőtlátni, a másiknak környékén meg az asszonyok mind portio nélkül sétálnak”. Mindkét utcában nagy intézettel s nagy hírnévvel bíró gynaecologus lakik.

Ha ezen fényes intézeteket s a bennük dívó üzemet nézem, mely mind ad majorem scientiae gloriam lesz végezve, megelégedéssel gondolok a mi szerény, rossz karban levő épületeinkre s az azokban dívó szellemre, hol a komoly tudomány fejlesztése és tanítása az egyetlen cél.

Elismeréssel, sőt irigységgel kell megemlékezni azon intézetek mintaszerű berendezéséről, melylyel Németországban bárhol északon vagy délen, nyugaton s keleten találkozni van alkalmunk. A centrumokban fényes, a kisebb helyeken is modern, a legkövetelőbb igényeknek is megfelelő épületeket látunk, felszerelve a hygiaenia minden új vívmányával, mely alkalmas a betegnek gyógyulására vagy csak kényelmére is kedvezően befolyjni. A klinikák berendezéséről szólva meg kell emlékezni egyszersmind azon valóban utánzásra méltó berendezésről is, hogy minden intézet — még a nagyobb privatklinikákat sem véve ki — teljesen felszerelt laboratóriummal bír, melyben az egész anyag szövétani esetleg bacteriologiai vizsgálatát házilag bár, de a legtöztesebben végzik. A nagy klinikáknak e célra külön assistensük van, ki az egész anyagot feldolgozza, az érdekesebb eseteket praeparálja s conserválja az intézeti muzeum számára. Rendkívül instructív készítményekkel bőven rendelkező ily muzeumokat láttam Münchenben és Strassburgban.

Legyen szabad ezen mintaszerű intézetekben nyert benyomásaimról és szerzett tapasztalataimról röviden beszámolni. Újat nem mondok véle — jól tudom —, de talán nem fog ártani, rövid áttekintést nyerni azon működésről, mely most Németországban dívik, s mely csillogó, fényes voltánál fogva talán túlságosan magával ragadja azt, ki a dolgokat csak távolról, madártávlatból nézi.

I.

A német gynaecologusok jelenlegi mostoháján, a szülészetben kezdem. Mostohának azért nevezem ezen disciplinát, mert erősen a háttérbe szorult a mindinkább tért foglaló gynaecologia mellett. Csak épen a legszükségesebb minimumra szorították — a legtöbb helyen — a vele való foglalkozást s kicsinyülő mosolylyal emlékeznek meg ezen egynéhány férfiúról, ki még most is hevesen s kitarással folytatja a béka-egérharcot a felett, hogy alkalmazzunk-e

prophylactikus hüvelyöblítést vagy sem, hogy vizsgáljuk-e a szülönöket belsőleg vagy sem és hasonló *csak* szülészeti kérdések felett.

Első perczre talán okadatoltnak és természetesnek is találhatók ezen szélcsendet, mely a szülészet terén uralkodik; számos nagyfontosságú kérdés meg lett oldva az utolsó évtizedekben, kezdve Semmelweiss korszak alkotó tanán egész a mai napig, a főbb kérdésekre megtalálták a helyes választ. Schol sem oly körülírott, oly szigorú korlátokba szorított a kezelési mód, a műtétek feltétele és javalata, mint épen a szülészetnél; egy főbb vonásaiban, hogy úgy nevezem befejezett disciplinával állunk szemben, hol nem új dolgok felfedezésére, de a meglévő tanoknak s szabályoknak minél exactabb, idealisabb keresztülvitelére kellene törekednünk. De vajjon tényleg találkoztunk-e oly egyöntetű, céltudatos eljárással a német egyetemeken, mint ez a dolog természeténél fogva elvárható volna? A tüdőgyulladás kezelése — szűk határokon is — egyéniség, kor s localis viszonyok folytán lényegesen változhat; de a szülés physiologikus processusa bárhol ugyanaz kell, hogy maradjon, a műtéti beavatkozások javalata és feltétele mindig állandó. Hiszen találunk e téren is némi eltérést a szülés mechanizmusában s ebből kifolyólag a beavatkozást illetőleg más medencezeformatio mellett pl. Japánban, de ezen elváltozás más világrészre és népfajokra vonatkozik s azon tág határokon belül ismét csak szigorúan körülírott szabályok szerint történik ott is a beavatkozás. A milyen hiába keresük a legtöbb német tankönyvben a fent említett szigorú, világos előírásokat, a rendszeresítést — mely különben a német tudósok erős oldala —, oly hiába keresnők azt a gyakorlati kivitelben is. Meglehetősen önkényesség uralkodik e téren legtöbb helyütt a szülészeti beavatkozásokat illetőleg.

Összehasonlításaim kiinduló fix pontjául a budapesti I-ső szülős és nőbeteg klinikán dívó eljárást használtam. Eleinte azért, mert ezen eljárást ismertem legjobban, abba voltam bedolgozva; később pedig, több és több helyen megfordulva, azon egyszerű oknál fogva, mert schol sem láttam céltudatosabb, egyöntetűbb eljárást, schol sem találtam oly consequens keresztülvitelét a *keveset tevésnek*, mint a mi intézeteinkben. Jelszavuk ez általánosságban a német klinikáknak is, írásban s szóval is fennen hirdetett jelszavuk, de volt alkalmam meggyőződni, mily nyújtható, türelmes fogalom ez a „keveset tevés”. Mert nem igen nevezhetem olygopragsmatikusnak azon szokást, hogy az intézetbe került szülönőt a rendes fürdő után még prophylactice hüvelyöblítéssel tractálják, egyik helyen 10%-os lysolt, máshol ismét 20%-os carbolt stb. használva desinfectiensnek, s hogy ezen irrigatiót minden vizsgálat után, tehát egyes esetekben 5—6-szor megismételik. Sőt egy délnémet klinikán annyira viszik a minutiositást, hogy az esetben, ha az utolsó vizsgálat alkalmával az elülfekvő rész még elég magasán állott, a behatoló ujjak tehát a szülősatorna nagy részét passirozták, még szülés után is irrigálják a hüvelyt 20%-os carbolos oldattal. Azon megjegyzéseimre, hogy jó eredményeket nem annyira a desinfectiáló öblítéseknek köszönhetik, mint inkább azon körülménynek, hogy tiszta kézzel s eszközzel nyulnak a vaginába, a szilárd meggyőződés leghiteltlenebb mosolyával feleltek.

A szülést legtöbb helyütt primiparáknál oldalt fekvé, multiparáknál pedig hanyatt fekvé végzik. A gátvédelmet illetőleg is többfélék a szokások. Egyik helyen mindkét kéznek egyenlő fontos szerepet tulajdonítanak, míg másutt ismét a fej kigördülését ellenőrző kéznek jut a főszerep a gát sikeres védelmezésében. Még másutt a hátsó gátról vélik legjobban ellenőrizhetni s megakadályozhatni a fej rohamos kigördülését; a minék — ha theoretice jogosult is — a gyakorlatban bizony elég rossz az eredménye, mert igen gyakori utána az oly gátrepedés, mely plastikus correctiót igényel.

A magzat megszületése után egy-két helyütt prophylactikus ergotin-injectiót alkalmaznak, arra számítva, hogy mire az ergotin hatása nyilvánulni kezd, a placenta már megszületett. Az uterus a placentaris időszakban nem ellenőrzik s a lepény a legtöbb esetben spontán születik meg. Azután majdnem rendszeren 2—3 ergotin-injectiót applikálnak s a méh összehúzódását nem ellenőrzik.

Vérzés esetén újabb ergotin-injectio. Pedig, ha az első 2—3 nem használt, valószínű, hogy oly fokú az uterus zsongtalansága, hogy annak ellensúlyozására az ergotin hatása elégtelen. A szülés befejezése után carbol, lysol vagy sublimatba mártott — nem sterilizált — vattával lemosják a külső szeméremrészeket s a nőt magára hagyják.

Szabó Sándor dr.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1896. augusztus 20-dikán.

A vallás- és közoktatásügyi m. k. miniszternek a közoktatás állapotáról szóló és az országgyűlés elé terjesztett XXV. jelentésében örömmel olvassuk, hogy *Wlassics Gyula* miniszter is „sürgető szükségnek” tekinti az egyetemi építkezéseket. *Eötvös* azon tervét, hogy az egyetem és műegyetem számára egy új telepet létesítsenek, elejtette ugyan, de elhatározta „a már meglévő egyetemi épületeknek, illetőleg telepeknek bizonyos mértékben való csoportosítása és szaporítása által való kiépítését”. E czélból törvényjavaslat benyújtását helyezi kilátásba.

A jelentés számos igen érdekes és értékes adatot is tartalmaz. A kiegyezés óta lefolyt negyedszázad óta a *budapesti tudományegyetem* összes rendes tanárainak száma 44-ről 77-re, a rendkívülieké 8-ról 23-ra, a magántanároké 25-ről 100-ra, a tanársegédké 12-ről 53-ra emelkedett. Az orvosi karon 1867/68-ban 14 rendes, 3 rendkívüli, 14 magántanár és 9 tanársegéd működött, az 1894/95-dik tanévben pedig 17 rendes, 11 rendkívüli, 51 magántanár s 37 tanársegéd.

A hallgatóság összes száma ugyanezen idő alatt 1885-ről 4006-ra, az orvosi karon 428-ről 832-re emelkedett. Utóbbiak száma azonban 10 év óta apad, a csökkenés igen jelentékeny, mert a maximum 1046 volt.

A budapesti egyetemre fordított összegek is hatalmasan emelkednek. 1867-ben az egyetemre 189,493 forintot fordítottak, s az egész összeget az egyetemi alap fedezte, 1894-ben 795,241 forintot, melyből csak 290,000 forintot fedezett az egyetemi alap. Építkezésekre e negyedszázad alatt a jelenleg folyó építkezésektől eltekintve 8½ millió forintot fordítottak. A jelentés kiemeli, hogy az építkezések által ugyan a klinikák ágyszámai megszorodtak ugyan, de mindez elégtelen.

„Felette kívánatos volna — úgymond — oktatási, de közpótlási szempontból is Budapesten az egyetemmel kapcsolatosan egy nagy állami kórház felállítása.” Oly kívánság, melyet a budapesti egyetem orvosi kara illetékes helyeken ismételve, de eddig sikertelenül hangoztatott. Pedig talán most, a midőn a főváros is új kórház felépítésének tervével foglalkozik, meg lehetne oldani a kérdést.

Az egyetemi intézetek általánai 39,636 forintról 156,000 forintra emelkedtek.

A jelentés a *Pasteur*-intézetéről is részletes adatokat tartalmaz, melyekből kitűnik, hogy a 4961 egyéni gyakorolt oltások eredménye az volt, hogy a halálozást 14,94%-ról 1,11%-ra szállították alá. S ez intézet, mint a jelentés mondja, „az orvoskari központi épület néhány helyiségében tengődik, helyzetének megjavítása tehát indokolt és sürgős lesz”. Valóban a mai helyzet majdnem tarthatatlan s minden tekintetben égetően sürgős a kedvezőbb elhelyezés.

A *Kolozsvári egyetem*-ről is érdekes adatokat olvashatunk. 22 év alatt az összes rendes tanárok száma 37-ről 46-ra, a rendkívülieké 3-ról 7-re, a magántanároké 2-ről 13-ra, a tanársegédké 12-ről 22-re emelkedett. Az orvosi karon még szerényebb a fejlődés. 1872/73-ban 9 rendes, 2 rendkívüli tanár és 7 tanársegéd volt, 1894/95-ben 11 rendes, 3 rendkívüli, 4 magántanár és 16 tanársegéd. Az egyetem összes hallgatóinak száma 269-ről 628-ra emelkedett, az orvosi karon 38-ról 141-re. Utóbbiak apadása itt is jelentékeny, a maximum 190 volt.

Az egyetemre 1873-ban 157,198 forintot, 1895-ben pedig 531,835 forintot fordítottak. Az építkezések eddig csak 1,800,000 forintot emésztettek fel. A két magyar egyetem tehát az 1894-dik évben 1,127,076 forintot igényelt. Németországban az egyetemek évi rendes kiadása 20 millió márká, sőt még Olaszországban is 8½ millió líra szerepel e czélra a budgetben.

Az egyetemek 25 év alatt óriásit fejlődtek, de még sok a tenni való!

G. E.

A milleniumi országos fogorvosi congressust Budapesten 1896. évi augusztus hó 28., 29. és 30-dikán tartják meg.

A congressus védnöke: *Perczel Dezső* belügyminiszter; díszelnöke: *Chyzer Kornél* dr. miniszteri tanácsos, *Fodor József* dr. egyetemi tanár, *Gebhardt Lajos* dr. egyet. tanár, Budapesti tisztí főorvosa.

A congressus munkarendje: 1896. augusztus 27-dikén, esütörtök este 8 órakor: Ismerkedési estély Royal nagy szállodában (Erzsébet-körút).

Augusztus 28-dikén, péntek délelőtt 10 órakor: I. Megnyitó ülés. II. A congressus megalakulása. III. Rendes ülés: 1. *Dukesz* dr. (Budapest): A fogászat története és fejlődése Magyarországon. 2. *Sachs* tr. (Boroszló): Beiträge zur conservirenden Zahnheilkunde. 3. *Paul* de Terra dr. (Zürich): Salubrol. 4. *Wolff* dr. (Zágráb): Szájhygienia az iskolákban. 5. *Biró* dr. (Budapest): A fogbetegségek megelőzéséről. IV. Csoportfőnykép-felvétel. Ebéd: *Kommer-helyiség*.

Augusztus 28-dikén, péntek délután 3 órakor: 1. *Hofrath* dr. *Telschow* (Berlin): a) Luftmotor zum Betriebe der zahnärztlichen Bohrmachine. b) Neue Schraubenpresse zur Herstellung von Gaumenplatten aus Metall, besonders von Aluminium. c) Pneumatischer Hammer. d) Fluor-Aluminium-Plombe. 2. *Vajna* dr. (Budapest): Bemutatók. 3. *Dalmaz* dr. (Fiume): Egy új, megbízható gyökkezelés. 4. *Bauer* dr. (Budapest): Bemutatók. 5. *Rozgonyi* dr. (Budapest): Összegyűjtött újítások, javítások bemutatása. Estebéd: *Pschorr-helyiség* (Ós-Budavár).

Augusztus 29-dikén, szombat délelőtt 9 órakor: 1. *Brandt* dr. (Berlin): Chirurgie der Mundhöhle und Prothese. 2. *Kielhauser* dr. (Grätz): Die Bedeutung der Metalltechnik. 3. *Szenes* dr. (Budapest): A fogbetegségek befolyása a hallás szervére. 4. *Székelly* dr. (Arad): Az amalgamokról. 5. *Popiel* fogorvos (Budapest): Stellungsanomalien einzelner Zähne und ganzer Zahnreihen, deren Verhütung und Abhilfe. 6. *Kont* fogorvos (Budapest): Fogászati kórtan. 7. *Kraus* dr. (Bécs): Schmelzbrennen (Custer-Ofen.) Ebéd: *Lippert-helyiség*.

Augusztus 29-dikén, szombat délután 3 órakor: 1. *Károlyi* dr. (Bécs): Üvegplombok. 2. *Klinger* dr. (Budapest): Hidmunkák. 3. *Szekulesz* dr. (Kecskemét): A frontalfogakkal együtt letörött felső processus alveolarisnak visszanyóvése az eset demonstrálásával. 4. *Kovács* dr. (Budapest): Bemutatók. 5. *Dick* fogorvos (Budapest): Richmond korona javított módosítása. 6. Solila arany: referensek: *Bastyr* dr. (Prága), *Károlyi* dr. (Bécs), *Bauer* dr. (Budapest). Banket este 8 órakor: *Lippert-helyiség* (kiállítás területén).

Augusztus 30-dikén, vasárnap délelőtt 9 órakor: 1. *Dalma* dr. (Fiume): Fogorvosi praxis, venia practicandi et nostrificatio. 2. *Korodí* dr. (Budapest): A fogászat reklam által okozott hanyatlása. 3. *Grósz* dr. (Budapest): A fogorvoslás gyakorlatának rendezése. 4. *Sichermann* dr. (Debreczen): Országos fogorvosi egyesület alakítása. Ebéd: *Petanovics-helyiség*.

Augusztus 30-dikén, vasárnap délután 4 órakor: Találkozás az Esküttér-Margitszigeti hajóállomásnál. Kirándulás a Margitszigetre. Este 7 órakor: Konstantinápoly (mulatóhely). Ugyanott vacsora.

A congressus ügyrendje. 1. A milleniumi országos fogorvosi congressus tagjai: Magyarország területén gyakorlatra jogosított fogorvosok, a kik önként jelentkeznek.

2. Mint vendégek vesznek részt: a) a külföldi kartársak, b) a nem kizárólag fogászzal foglalkozó orvosok, c) az előkészítő bizottság által meghívottak.

3. A congressus tárgyalásait együttes üléseken végzi.

4. A szóbeli előadások a kiállítás területén, az ünnepélyek csarnokában, a demonstratiók, illetve bemutatások a budapesti fogorvosok egyesületének ezen czélra berendezett helyiségeiben (Akácfa-utca 32.) fognak megtartatni.

5. Az előadásokat követő felszólalások sorát egy e végből kijelölt tag kezdi meg, a további felszólalások a jegyzőnél jelentendők be, a ki a jelentkezések sorrendje szerint fog szólásra felhívni.

6. Minden egyes tárgyhöz az előadó és a discussiót megnyitó kivételével mindenki csak egyszer szólhat. Egyes felszólalásnak időtartama legfeljebb 10 perc.

7. A vita bezárását az ülés-elnök, esetleg pedig a congressus többséggel határozza el.

8. Az előadók beszédeiket, vagy legalább azoknak kivonatát leendő közlés végett, lehetőleg az ülés után a főtittkárhoz juttatják.

9. A congressus lefolyását, tárgyalásait és bemutatásokat leírását kimerítően tartalmazó könyv minden résztvevőnek, maradandó becsű emlékül meg fog küldetni.

Vegyesek.

Budapest, 1896. augusztus 21-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1896. augusztus 2-től augusztus 8-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 414 gyermek, elhalt 300 személy, a születések tehát 114 esettel múltak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 2, ronesoló toroklob 3, hökhurut —, kanyaró 2, vörheny 5, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekági láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykéreg 10, agyvérömleny 4, rángások 7, szervi szívbj 5, tüdő-, mellhártya- s hörglob- s hörhurut 27, tüdőgümő és sorvadás 32, bélhurut és béllob 89, carcinomata et neoplasmata alia 18, méhrák 4, Bright-kór és veselob 5, angolkór —, görvénykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 29, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 13, erőszakos haláleset 18. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2069 beteg, szaporodás 761, csökkenés 787, maradt e hét végén ápolás alatt 2043. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1896. augusztus 12-dikétől aug. 19-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 17 (meghalt —), himlőben — (meghalt —), állhimlőben 1, bányahimlőben —, vörhenyben 15 (meghalt 3), kanyaróban 15 (meghalt 1), ronesoló toroklobban és torokgyökben 7 (meghalt —), trachomában 16, vérhasban 4 (meghalt 1), hökhurutban 8, orbánczban 19 (meghalt —), gyermekági lázban — (meghalt —).

— *Grottich Antal* dr. fiumei városi közkórházi főorvosnak a király a királyi tanácsosi címet adományozta.

— *Cholera*. Julius 9-dikétől 15-dikéig Alexandriában 22 megbetegedés és 19 haláleset; Cairóban 38 megbetegedés és 16 haláleset, Egyptom többi részeiben pedig 1132 haláleset fordult elő. Julius 15-dikéig egész Egyptomban 12,288 megbetegedés és 10,175 haláleset, Alexandriában pedig 861 megbetegedés és 723 haláleset történt.

— A tisztí orvosi vizsgálatra az előkészítő cursust gyógyszer-tan- és méregtanból f. é. október 1-én d. u. 1/26 órakor kezd meg Kóssa Gyula dr. egyetemi magántanár a m. kir. állatorvosi akadémia (Rottenbiller-utca) gyógyszer-tani osztályán. A hygienikus tanfolyam ugyanekkor veszi kezdetét.

— Lister és Virchow milleniumi díszoklevelüket a következő levelekben köszönték meg a budapesti egyetem rektorának.

London, 5th Aug. 1896. „My, dear Sir The magnificent diploma of the Honorary Degree conferred upon me by your University has duly reached me, and I beg to repeat my deep sense of the great honour thus bestowed upon me. Believe me very respectfully Yours Joseph Lister.“

Virchow levele a következő:

„Rectori magnifico almae ac celeberrimae Regiae scientiarum universitatis Hungariae. Gratiam quam maximam ago quod nomen meum inter ea recipere voluerunt quae in memoriam solemnium festivitatis millenariae in solito honore ornaverunt. Accepi splendidum Diploma Doctoris honoris causa erecti. Servabo hoc signum aestimationis vestrae quasi exhortationem perpetui foederis quo amicis Hungariae et amicis scientiarum conjunctus ero. Berolini, die X. m. Augusti MDCCCXCVI. Rudolfus Virchow.“

A gynaecologusok és szülészek nemzetközi congressusát az idén Genfben tartják szeptember hó 1-ső hetében az egyetem helyiségeiben.

— Hazai fürdők személyforgalma. Balaton-Füred (VIII. 12.): 3607; Barlangiget (VIII. 10.): 2078; Bártfa (VIII. 9.): 2838; Buziás (VIII. 9.): 1381; Lipik (VIII. 5.): 1897; Lubló (VIII. 9.): 711; Tátrafüred (VIII. 11.): 2733; Alsó-Tátrafüred (VIII. 14.): 1708; Új-Tátrafüred (VIII. 12.): 2126.

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

Szt. Lukácsfürdő

Téli és nyári gyógyhely.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-meter nagyságú nyitott és zárt medenceiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és ádító fürdők. Olcsó és szép lakások. Prospektus küld ingyen az igazgatóság Budapesten.

HIRDETÉSEK.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33·6339, kénsavas natron 7·1917, szénsavas mész 4·1050, chlornatrium 3·8146, szénsavas kali 2·3496, szénsavas Magn. 1·7157, szénsavas Lithion 0·1089; szilárd alkatrészek, 53·3941 összes szénsav-tartalom 47·5567, hőmérsék 12·30° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomor-bántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérel stb.

Kitünő diaetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kúra, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: Med. Dr. REUSS VILMOS A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban, 10

Inselbad Paderborn. Egyetlen gyógyfürdő

Asthma* és hasonló bántalmak, orr- és torokbajoknál. Leírás ingyen. Külön orvosa Dr. Brügelmann igazgató.

* L. Brügelmann „Ueber Asthma“ etc. III. kiadás. Kiadja J. F. Bergmann, Wiesbadenben 1895.

DR. DOLLINGER GYULA

TESTEGYENÉSZETI
ÉS
SEBÉSZETI INTÉZETE

BUDAPEST
VII., KEREPESI-ÚT 52.

34

Fürdő Thalkirchen-München

Régi hírű legkényelmesebb **vízgyógyintézet** idegbajosok számára a legszebb fekvéssel az Isar völgyében, egész közel Münchenhez. **Morphiumelvonás.** — Prospektusok. **Dr. Scherzberg M.** tulajdonos és **Dr. Zimmermann** igazg. orvos.

Új-Tátrafüredi vízgyógyintézet.

Új építkezés és szakszerű berendezés által modern színvonalra emelve. Kétféle hegyi források, magas, védett fekvés, ozonos levegő, fenyvesek közvetlensége.

Dr. Szontagh Miklós,
kir. tanácsos.

VÉDŐJEGY.



Univ. med. Dr. PÉCSI DANI
nyilvános
TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE
TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot, a következő árakon szállt:

50 egyénre (kb. 1 gramm) ...	3.-
100 " (kb. 2 gramm) ...	6.-
1 phiola 2-3 egyénre ...	0.60
10 vagy több ilyen phiola à ...	0.50
1 phiola 15 egyénre ...	2.50

↳ Csomagolásért 20 krajczár

Vízgyógyintézet „Pozsony“ Pozsonyban.

Massage, elektrotherapia, gyógytestgyakorlat, szénsavas fürdők (pat. Friedr. Keller) stb. — Egész éven át nyitva.

Tulajdonos: a pozsonyi iparbank.

Orvosi vezető: dr. Schlesinger Miksa.

Előrajzokat ingyen és bérmentve küld az igazgatóság.

Sanatorium, Inhalatorium Karlsbadban a Schlossbergen

az angol-amerikai „Westend“-en legszebben és legogészségesebben fekvő, minden modern kényelemmel berendezve.

Felvétetnek mindennemű betegek fertőzési és elmebetegségek kizárásával.

Vezetője

a Sanatoriumnak
Dr. BUXBAUM S.

az Inhalatoriumnak
Dr. MÜLLER J.,
volt klinikai tanársegéd a bécsi egyetemen.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÖRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az influenza befolyása a női szervezetre.¹

Irta: Engel Gábor dr., kolozsvári egyet. rk. tanár, az orsz. kórház igazgatója.

Ezen év márczius hava elején szórványosan lépett fel városunkban az influenza, mely járvány a mai orvosi nemzedék előtt csak az 1889/90. évekből ismeretes, mivel 1833 óta nem látogatott el hazánkba. Az utolsó nagy járvány, mely az egész földtekét bejárta, az orvosi szaktudományt oly előrehaladott állapotban találta, hogy ezen fertőző bántalom minden tekintetben behatóan tanulmányozható volt.

A kir. orvosegyesület kezdeményezésére hazánkban is gyűjtettek — az egész országra kiterjedőleg — észleletek, melyek szakavatott írónk Ángyán által csoportosítva és kidolgozva kerültek tudomásunkra. A bántalom kórtani meghatározásáról az ő szavait iktatom ide: „Az influenza heveny fertőző betegség, mely eddig ismeretlen, fajlagos csír által létrehozva, járványszerűleg lép fel, minden valószínűség szerint ragály útján terjed, láz és lobgerjesztő hatást fejt ki és az idegrendszerre részint izgatólag, részint gyengítőleg foly be.“ E meghatározáshoz hozzátehetjük még, hogy a fajlagos mikroorganizmus Pfeifer és Canon, Kitasató, Kruse, Weichselbaum vizsgálatai által megtaláltatott és ismeretes lett.

A múlt nagy járvány — mert azóta kisebbek is voltak — hazánkban a népesség 40, Németországban 50, Franciaországban 75%-át támadta meg. Csodálkozom, hogy ezen valóban népbetegségnek magyar elnevezésével nem bírnak. Jankovics 1833-ban hurutlázjárványnak írja, Csorba József náthahurutnak, Eckstein hurutos járványnak; egy régibb elnevezés, a „sziket“ eredetéről nem bírok tudomással, Purjesz legújabb tankönyvébe a hurutár elnevezést vette be. Az utóbbi járvány alatt, tekintettel arra, hogy az hazánkba Berlin-Bécs útján Oroszországból került, a laikusok gyakran használták az orosz nátha elnevezést.

Az influenzában egy oly bántalmat ismerünk, mely a szervezet minden szervét működésében befolyásolja; a mennyiben a kórtünetek csoportosíthatók voltak, a következő kóralkokat lehetett felállítani: a tisztán lázas, az ideges, a hurutos és a gastrikus alakokat.

Nőknél a két első alakot észleltem gyakrabban. Az 1889/90. járványban úgy látszik a nők ép oly gyakran betegedtek meg, mint a férfiak és a két nem között a megbetegedési hajlamra nézve nem mutatnak különbséget az észleletek. Gyakran kiemelik azonban az észlelők, hogy egy családban történő tömeges megbetegedésnél először a női tagok lepettek meg a bántalom által, továbbá, hogy nőknél a lefolyás enyhébb és a tünetek mérsékeltébb arányban jelentkeztek, különösen a mi a fájdalmasságot és a hurutos jelenségeket illeti.

Az idej járványról — közbevetőleg — megjegyzem, hogy az esetek legnagyobb részénél a hátizmok túlérzékenységet és fájdalmasságot tapasztaltam, mely a lázas állapot megszűnte után még pár napig megmaradt.

Ruhemann említi, hogy 1889/90-ben Berlinben inkább a férfiak voltak influenzások, míg 1892-ben inkább a nők. Az előbbi járványokról 1847/48-ból d'Espine, 1836-ból Lombard, 1762-ből Rutty feljegyzik, hogy nők nagyobb számban lepettek meg a bántalom által.

Mint említém, az általam észlelt eseteknél a tisztán lázas és az ideges alakjait találtam az influenzának, illetve a kórtünetek e két alakban voltak csoportosíthatók és a hurutos valamint a gastrikus tünetek kevésbé voltak kifejlődve. Ezen észleletek alapján állíthatom, hogy a nőknél a bántalom lefolyása enyhébb s az üdülés ideje rövidebb.

Míg nőknél a bántalom nem fejt ki oly káros befolyást a légző- és emésztőszervekre, mint a férfiaknál, annál gyakrabban zavarja meg a nemzőszervek élettani működését. Elkezdve az egyszerű hószámzavartól egész sorozatát észlelhetjük oly rendtelenségeknek, melyeket a méhben, illetve a nemzőszervekben jelentkező vértorlódásra vagy vérbőségre vezethetünk vissza, a nélkül, hogy ezen jelenség okát másban találhatnók fel, mint épen a bántalom specifikus befolyásában.

A legfontosabb és jellegzetes kórtani elváltozásokat a szervezet üregeinek nyákhártyáin találjuk és úgy látszik a női nemzőszervek nyákhártyái különös hajlammal bírnak a bántalom localisatiójára, minek következtében mindazon megbetegedési alakok előfordulnak, melyek a méh nyákhártyájának kóros állapotából származnak, vagy azzal összefüggésben állanak.

E sorozatban az első helyet foglalják el a havi vérzések rendtelenségei.

Ismeretes, hogy a havi vérzés megjelenése és ideje alatt úgy a kedélynek lehangoltságát, érzékenységét, mint a szervezet ellenálló képességének némi elgyengülését tapasztalhatjuk és ezekből kifolyólag a betegségek iránt bizonyos hajlandóságot észlelünk. Bár számadatokkal nem bizonyítható, de tapasztalataink alapján kétségtelen, hogy úgy a fertőző, mint más betegségeknek kezdeti időszakát igen gyakran a havi vérzés idejére vezethetjük vissza.

Az influenzánál ezt eseteim 40%-ában lehetett megállapítani, t. i. a havi vérzés a betegség alatt jelent meg, az illető által tett számítás szerint a rendes időben. Hasonló észleleteket Evershed¹ is közöl. Ezen vérzés azonban az előbbiektől eltért mennyiségére és tartamára nézve. Nagyobb vérmennyiség elvesztése és a vérzési idő meghosszabbodása volt a gyakori különbség. Több beteg ijedten említette fel, hogy vérárvadékokat vesztett el, mit más alkalomkor magán nem észlelt. A méhkötők mentén bizonyos fokú érzékenység, vöngálási érzés szintén panasz tárgyat képezte, azon megjegyzés kíséretében, hogy azt a kínzó köhögés okozza.

A tisztulás megszűnésénél nincs meg a szokásos lassú elmaradás, hanem vagy egyszerre szűnik meg, mint havi vérzés fennakadásnál — suppressio mensium —, esetleg hogy pár nap múlva újra jelentkeznek, vagy gyengül majd erősödik és elhúzódik napokon át. A vérmennyiség, a mi eltávozik, mindenkor több a rendesnél. Gyakori a panasz, hogy az influenza és a tisztulás multával borleverszerű váladék távozik

¹ Előadás az Erd. Múzeum-Egylet május 8-diki szakülésén.

¹ Brit. m. Jour. 1890. p. 477.

a hüvelyből, mely napokig eltart, lassan kevesbedik, sajgó vagy viszkető érzést támaszt a külső nemző részekben és képes felmarásokat okozni.

Ha a bántalom vérzés szünet alatt támadja meg a szervezetet, akkor, ha a havi vérzésig 6—7 napnál kevesebb időköz van hátra, a vérzés előbb jelenik meg a szokott időnél és a leírt módon foly le.

A rendellenes megjelenés ezen alakját azért tartom kiemelendőnek, hogy a következő havi vérzés e vérzéstől számított négy hétre jelenik meg és azért ezt a bántalom által siettetett havi vérzésnek kell tekintenünk, ellentétben azon méhvérvérzésekkel, melyek szintén az influenza folytán időközben történnek (intermenstrualis vérzések). Ezeknél a rendes időre várt tisztulás megjelenik — feltéve, hogy nem elvetélési vérzés volt —, azonban többé-kevésbé rendetlen lefolyást mutat.

Mindezen jelenségek eléggé bizonyítják, hogy az influenza mennyire befolyásolhatja a nemzőszervek élettani működését. Még feltűnőbb kórnemző hatása azon esetekben, melyekben a nemzőszervek valamely betegség következtében különben is szenvedő állapotban vannak.

Úgy heveny, mint idült méhhurutok tekintet nélkül arra, hogy fertőző vagy vérkeringési alapon fejlődtek, rosszabbodást szenvednek. A váladék bővebb, genyes színű, a fájdalommasság növekedik, a hüvelyi rész felpuhult, duzzadt, érzékeny lesz. Egyidejűleg nem ritkán az egész méh megduzzad és a méhlob összes tünetei előtérbe lépnek. Maciejewszky, Nieberding és mások közölnek eseteket ezen alapon fejlődött méhlobokról. Élénk emlékemben van két eset, melyekben a szunnyadó méhkörülési lob felújult, egy eset ezek közül általános hasártyalobbal lethális kimenetelt eredményezett.

A petefészkek részéről oly tüneteket nem találtam, melyekből azoknak egyidejű megbetegedésére lehetett volna következtetni, t. i. sem azok megnagyobbodását, sem fájdalommasságát nem észleltem eseteimben. Valószínű azonban, hogy a petefészkek működésében is jönnek elő zavarok, melyeket ha vizsgálattal nem is tudunk megállapítani, azok létezése mellett szólnak a havi vérzéseknél található változások és azon tünetek, melyekből a nemzőszervek többi részeinek megbetegedését állapíthatjuk meg.

Volt azonban oly eset is észlelve, hol a méhfüggelékek el voltak távolítva, a havi vérzés e miatt megszűnve és az illetőnél a betegség alatt mégis bőséges méhvérvérzés jelentkezett, mely tehát nem reflex útján váltatott ki.

Alkalmam volt — lévén egy női intézet kezelő orvosa — serdülő korban levő nőknek megbetegedését is figyelemmel kísérni. Sápkoros és vérszegény nőknél, kiknél a havi vérzések rendetlenek, kimaradók voltak, a betegség alatt vagy után jelentkezett a vérzés és azután hosszabb ideig a rendes időközöket megtartotta. Hat esetben a legelső havi baj a betegség alatt lépett fel; ezen nőknél tehát a betegség mintegy elősegítette a fejlődöttség egyik jelének mutatkozását.

Érdekes megfigyelésnek tartom a következő három esetet: egy nőnél, ki két gyermek anyja — bár csak 25 éves —, a túlságos kövérségből magyarázhatólag a havi vérzés egy évnél tovább elmaradt, az influenza után azonban megjelent és a rendes időközöket megtartotta. Egy 34 éves és egy 36 éves nőnél, kiknél a korai climax okát szintén a túlhizottság okozta, a betegségnek hasonló eredményét észleltem.

Az 1889/90. évi járványról gyűjtött adatokban az ezen viszonyokra megfigyelt és bejelentett 902 esetből 265 esetben, tehát az esetek 29.4%-ában észleltek a havi vérzések anomáliái.

Jól tudjuk azonban, hogy tömeges megbetegedési esetekben és főleg azon kórfolyamatoknál, melyeknél a tünetek hevesége köti le figyelmünket és veszi igénybe ténykedésünket, oly kisebb zavarok, mint a havi vérzés rendetlenségei, elkerülnek az észlelő orvosok figyelmét és csak olyan esetek jutnak tudomásunkra, melyekben ezen változások többé-kevésbé kifejezett kóros állapotot tüntetnek fel.

(Folytatása következik.)

Egy adat a rugalmas rostoknak a nyirkedényekhez való viszonyához a bőrben.

Irta: Beck Soma dr., v. tanársegéd a budapesti tud. egyetem kór-
szövettani intézeténél.

Mióta a rugalmas rostoknak feltüntetése oly kitűnő módszerrel rendelkezünk, mint a *Taenzer-Unna*-féle festési eljárás,¹ ismereteink e rostoknak a bőrben való topographiai elrendeződésére vonatkozólag nagyon bővültek. Sőt a rugalmas hálózatnak nemcsak a physiologiai viszonyok közötti, bizonyos meghatározott mechanikai szabályok szerint való elosztásáról vannak sokkal tisztább fogalmaink, mint csak 5—6 évvel ezelőtt is, hanem már a bőrnek némely megbetegedésében létrejövő elváltzásait illetőleg is birunk néhány adattal.

A normalis anatómiai viszonyok megállapítását *Balzer*² és *Unna*³ úttörése után kiválóan *Zenthöffer*,⁴ *Sederholm*,⁵ *Behrens*⁶ és *Secchi*⁷ munkáinak köszönhetjük, melyek legalább a főbb pontokban egymással megegyező conclusiókat tartalmaznak, míg a pathologiai elváltozásokra vonatkozólag *Du Mesnil*,⁸ *Guttentag*,⁹ *Sudakiewitsch*,¹⁰ *Kromayer*¹¹ és másoknak szorosán e tárggyal foglalkozó munkáin kívül sok egyéb közleményben is találunk egyes megjegyzéseket. De mind a mellett, hogy aránylag igen rövid idő alatt a rugalmas rostoknak tekintélyes irodalma fejlődött, igazat kell adnunk *Secchi*-nek, a midőn dolgozatában *Sederholm* munkájáról írva azt állítja, hogy „az eddigi munkák híján vannak a beható részletezésnek, a mi pedig egy topographiai dolgozatnak fő-kelléke“.

Épen ezért gondoltuk, hogy nem végezzünk egészen felesleges munkát, a midőn közé teszszük azon észleletünket, a melyet egy eredetileg más czélból megkezdett vizsgálatunk alkalmából a rugalmas rostoknak a praeputium nyirkedényeihez való viszonyáról tettünk.

*Ehrmann*¹² egy a férfi nemiszervek nyirkedényeivel foglalkozó munkájában kimutatta, hogy a penis bőrének nagyobb nyirkedényei dús capillaris érhálózat által vannak körülölvényezve; a praeputiumon ülő kemény sankerek metszetein pedig feltűnt neki, hogy míg a fekély sclerotikus részében a nyirokedények elrendeződése semmi különösen jellemzőt nem mutatott, addig — szerző szavai szerint — „... die gröberen Lymphgefäße, welche schon ausserhalb des sclerosirten Gewebes verliefen, waren von einer scharf begränzten Schichte Granulationsgewebe umge'gen, in welcher das sie umspinnende Capillarnetz verlief“. Mi sem könnyebb, mint ezen észlelés helyességéről meggyőződni. Hasonló magatartást láttunk mi a praeputium azon szöveti elváltozásánál, melyet oedema indurativumnak neveznek. Ezen a syphilitikus primaer affectus kíséretében vagy a secundaer laesiók mellett néha fellépő s göresővileg — ha jól tudjuk — csupán *Finger*¹³ és kevésbé pontosan *Mracsek*¹⁴ által megvizsgált elváltozást, mely klinikailag a fityma vagy herezacskónak, illetőleg a kis vagy nagy ajkának elephantiasisszerű megnagyobbodásában nyilvánul, akartuk mi aetiologiájára és szöveti szerkezetére nézve tanulmány tárgyává tenni. Vizsgálatainkat azonban külső körülményeknél fogva be nem fejezhetvén, hiányos észleléseink leírását mellőzük s csupán a czimben jelzett viszonyok ismeretetésére fogunk szorítkozni.

Az oedema indurativum kórképét mutató praeputium közepes nagyságú nyirokedényei, melyek a pars reticularis cutisban futnak, óriásilag tágultak, harántmetszeteik tátongó nyilásokat képeznek. Mindnyájan egy élesen körülhatárolt sejtfiltratio, vagy ha úgy tetszik plasmomszövet (*Unna*) által vannak körülölvényezve, melyben a nyirkedények maguk többnyire excentricen fekszenek, úgy hogy a sejtek tömegének legnagyobb része a nyirkedényfal egyik oldalán van felhalmozva s ezt többnyire félhordalokban behorpasztja. Ez a sejttömeg tisztán plasmasejtekből áll, s benne a nyirkedényt körülölvényező hálózatnak egyes harántul átmetszett ágai láthatók. A nyirkedény körül sejttömegek a praeputium harántmetszetén már

szabad szemmel is felismerhetők. Pierocarminnal festett készítményen pl. mint piros pontok és csíkok — a szerint a mint az edény harántul vagy hosszában lett átmetszve — láthatók a sárga kötőszövetben. *Taenzer-Unna módszerével festett készítményen feltűnő, hogy nyirkedény sejttömeg és az ebbe zárt capillarások egy rugalmas rostok által képezett közös burokba vannak zárva.* A pars reticularis cutis, mely a különböző tájakok szerint tudvalevőleg igen változatos rugalmas rosttartalommal van ellátva, a praeputiumban — mint azt már *Zenthöffer* kimutatta — feltűnően gazdag elastikus hálózattal bír. Legnagyobb részt ebből veszik eredetüket a közös burok rostjai, s csak kisebb részben származnak a corium mélyebb rétegeiben fekvő s a bőr felszínével nagyjára párhuzamosan elhelyezett gyér rugalmas rostkötegekből. A nyirokedényeket és hajszálérhálózatukat befórt elég vastag rugalmas rostok majd körkörös, majd az edény hossz tengelyével párhuzamosan futnak, a nélkül azonban, hogy egy különálló körkörös vagy hosszirányú rostokból álló réteget képeznének. A kétféle irányú rostok, melyek között, azt hisszük, a körkörös futók vannak túlsúlyban, egymással összefonódva egy hűvelyt képeznek, mely nagy nyomásnak képes ellenállani, a mit bizonyít az, hogy csak kivételesen látjuk ezen hűvelyt a nyirkedényt körülvevő plasmasejttömeg kinyomulása által folytonosságában megszakítva.

Ámbar e megfigyelésünket egy kórosan elváltozott praeputiumon tettük, természetesen következik belőle, hogy a rugalmas rostoknak a nyirkedényekhez való viszonya normalis körülmények között is a praeputiumban és minden valószínűség szerint a penis bőrében is hasonló. E burok megfelel a véredények adventitiájában levő rugalmas rostfonatnak. Úgyszólván maguktól kínálkoznak azon következtetések, melyek a rugalmas rostoknak ezen elrendezéséből levonhatók. S bár nem akarjuk e csekély megfigyelés leírását theoretikus fejtegetésekkel megtoldani, röviden mégis megemlítjük, hogy nagyon valószínű, miszerint physiologiai viszonyok között e rugalmas rostoknak jelentékeny szerep jut a nyirkedények ürterének kormányzásában, s hogy még fontosabb szerepük van kóros folyamatoknál, különösen olyanoknál, melyeknél a vírus a nyirkedényeken át halad tova, mint pl. a syphillidnél.

Úgy látszik, hogy nemcsak a nyirkedényeknek bizonyos határon túl való tágitását akadályozzák meg, hanem a vírus ingere folytán körülöttük létrejövő sejtkivándorlásnak vagy kötőszöveti újképződésnek is gátat vetnek.

Irodalom.

- ¹ *Unna*: Notiz betreffend die Taenzer'sche Orceinfärbung d. elastischen Gewebes. Monatshefte f. prakt. Derm. 1891. XII. 394. old.
- ² *Balzer*: Archive de physiologie 1882. 314. old.
- ³ *Unna*: Zur Kenntniss des elastischen Gewebes der Haut. Dermatol. Studien. 1887. 3. f.
- ⁴ *Zenthöffer*: Topographie des elastischen Gewebes etc. Dermatol. Studien 1892. 14. f.
- ⁵ *Sederholm*: Annales de dermat. et syphil. Refer.: Thibierge.
- ⁶ *Behrens*: Zur Kenntniss d. subepithelialen elastischen Netzes etc. Inaug. Diss. Rostock. Refer. Monatsh. f. prakt. Derm. 1894. II. 190. old.
- ⁷ *Secchi*: Zur Topographie des elastischen Gewebes d. normal. menschl. Haut. Arch. f. Derm. u. Syph. 1896. XXXIV. 3. f.
- ⁸ *Du Mesnil*: Ueber d. Verhalten der elastischen Fasern bei pathol. Zuständen d. Haut. Arch. f. Derm. u. Syph. 1893. XXV. 565. old.
- ⁹ *Guttentag*: Ueber d. Verhalten von elastischen Fasern etc. Arch. f. Derm. u. Syph. 1894. XXVII. 175. old.
- ¹⁰ *Sudakiewitsch*: Beitrag zur Pathol. des elast. Gewebes. Virch. Arch. 115. köt. 2. f.
- ¹¹ *Kromayer*: Elastische Fasern, ihre Regeneration etc. Monatsh. f. prakt. Derm. 1894. 3., 117. old.
- ¹² *Ehrmann*: Zur Kenntniss d. Lymphgefäße d. männlichen Genitalien etc. Verhandl. d. IV. deutschen dermatol. Congresses.
- ¹³ *Finger*: Ueber das Oedema' indurativum (Sigmund) etc. Vierteljahrsschrift f. Derm. u. Syph. 1887. XIX. 53. old.
- ¹⁴ *Mracek*: Verhandl. d. Wiener dermatol. Gesellschaft 1890. 26. Novemb. Arch. f. Derm. u. Syph. 1891. XXIII. 106. old.

Közlemény Schwimmer Ernő tanár bőrkórtani klinikájáról (fő- és székvárosi szt. István-kórház bőrbeteg-osztálya).

A bubók aetiológiájáról és therapiájáról.

Deutsch Artur dr., klinikai gyakornoktól.¹

(Folytatás)

A régibb kutatók között még kettő érdemel említést, az egyik *Trägardh*,¹ ki a bubók aetiologikus momentumainak tárgyalásánál azt mondja, hogy a virulens bubo nem úgy jön létre, hogy a vírus a nyirkutakon át jut a mirigybe, mert akkor a nyirkutak virulens megbetegedésének gyakrabban kellene előfordulni. A nyirkutak endothelijének ellenállási képességét ezen vírussal szemben kétségbe vonja; annyival kevésbé hiszi, hogy a virulens bubo a nyirkutak közvetítésével jön létre, mert az erősmérgű phagaedenikus sankerek után létrejövő bubókhoz vezető nyirkutak egyáltalán nem lesznek afficiálva. Azt azonban nem lehet tagadni, hogy a vírus a mirigyben benn van, mert erről a pozitív eredményű oltások tanuskodnak. Ha a méreg a nyirkutakon terjed, hogy van az, hogy oly kevés bubo genyed el? Friss bubo genynyeli oltások ritkán adnak pozitív eredményt, míg a későbbi napokon megejtett inoculációk pozitív eredményűek. Ez csak úgy lehet, hogy külső fertőzés útján lesz virulens a bubo. *Ő tehát az első, a ki secundaer külső fertőzés eredményének tartja a virulens bubót.*

A másik szerző a még mindig unitarista *Kaposi*,² ki felett úgy látszik az idő elhalad a nélkül, hogy engedne valamit conservatív felfogásából.

Nézeteit következőkben foglalhatom össze: Nem ismeri el a sympathikus és virulens bubo beosztásának jogosultságát. Azon nézetet, hogy az oltás eredménye ez irányban döntő, nem fogadja el; a mennyiben szerinte minden concentrált geny tovább oltható s ezen pozitív eredmény a bubo sankeres természetét nem bizonyítja. Ricord nézetét a periglandularis és glandularis genyre nézve nem tartja helyesnek, mert glandularis, punctio által nyert genynyeli inoculatio nem adott neki pozitív eredményt; de megjegyzi hozzá, hogy bár a sankerek nagyon virulensek voltak, az abscessusok nem lettek azokká. Szerinte a sankerek acut vagy chronicus bubóval járnak. Az acut (virulens) bubo a sankerek 20%-ánál fordul elő. Acut bubo kemény sanker után ritka. Az indolens adenitis a kemény sankernél, de túlnyomóan a lágy fekélynél is előfordul.

A klinikus kutatók közé tartozik *Grünfeld*,³ ki Ricord beosztását nem fogadja el (indokolás nélkül). A bubók beosztását pathologiai anatómiai alapra igyekszik fektetni, midőn következő bubófajokat állít fel: 1. adenitis acuta, 2. adenitis purulenta, 3. adenitis hyperplastica, 4. scleradenitis.

A klinikus vizsgálok közt megemlíthetjük *Drysdale*-t,⁴ ki háromféle bubót különböztet meg: sympathikus, virulens és indurált bubót. Szerinte a lágy fekélyvel bíró 40%-a szenved bubóban. A sympathikus bubo genye inoculabilis; az inoculálható genyvel bíró mirigyek, mint azt Ricord is mondja, felületesek, monoglandularisak.

Mindezen kutatások, a mint láttuk, speciell klinikus irányban haladtak; nagy fordulatot képezett tehát ezen tan kiművelésében *Strauss*⁵ dolgozatának megjelenése, melyből az volt látható, hogy a klinikus kísérletek- és megfigyelésekhez bacteriologiai vizsgálatok is társultak. Eredményei abban összegezhetők, hogy a *primaer sankerbubo létezését tagadja, szerinte a sankerbubo nem a nyirkutakon a mirigybe jutó vírus által idéztetik elő, hanem a megnyílás vagy megnyitáskor kívülről jut a vírus a mirigybe.* 42 esetben, a hol ulcus molle után

¹ *Trägardh*. „Ueber Bubonen, besonders die sogenannten virulenten“ Schmidt Jahrb. 1879. IV. 243. l.

² *Kaposi*. „Pathologie u. Therap. der Syphilis“ 1891. I. 81. l.

³ *Grünfeld*. „Bubo“ Realencyclopedie III. 535. l.

⁴ *Drysdale*. „Pathol. u. Therap. d. Syphilis“ 1882. Enke 67. l.

⁵ *Strauss*. „Archiv für Dermatol. u. Syphilis“ 1885. 364. l.

fellépett bubo genyével inoculált, negativ eredményt kapott s ennek alapján jutott arra a meggyőződésre, hogy a sankerbubo kívülről jövő, secundaer fertőzés eredménye. Megerősítette ezen nézetben az a körülmény, hogy ezen 42 bubo genyében, sem szövetrészeiben semmi microorganismust sem talált. *Culturák sterilek maradtak.*

Strauss ezen nézete ellen 1885—1886-ban különösen Horteloup és Diday keltek ki.

Horteloup¹ azt kérde, miért nem gyakoribb a sankerbubo, ha secundaer infectio következménye. Joggal kérde, hogy miképen magyarázza Strauss ama sankerbubók keletkezését, melyek a fekélyek begyógyulása után lettek megnyitva és positiv inoculatiót adtak a megnyitás napján megejtett oltás helyén.

Diday² vele egy véleményen van, a mennyiben ő is azon nézetet vallja, hogy a sankerbubo mint olyan létezik, azaz a nyirkutakon a mirigybe jutó sankervirus idézi elő.

Hasonló nézetben van Patamia.³ Azt állítja, hogy a mirigy belsejéből származó geny mindig inoculálható.

Crivelli³ szigorú antiseptikus kezelés mellett positiv inoculatiót tudott felmutatni; ő is a sankerbubo létezését Ricord tana értelmében lehetségesnek tartja. Vizsgálatai alapján mondhatja, hogy a bubók 10%-a sankeres. Ez időtájt jelent meg Hoffa⁴ dolgozata, melyben a bubók genyének bacteriologiai vizsgálatáról referál. 35 esetben staphylococcusokat talált; ha a bubók lefolyása lassú volt, akkor streptococcusok voltak találhatók.

Strauss nézetét rövidesen dolgozatának megjelenése után csak Barduzzi⁵ osztotta.

Nem hagyhatjuk említés nélkül Lang⁶ monographiáját, melyben a lágy fekélyt tárgyalja. Mint érdekes tény hozza fel Boeck ama kísérleteit, melyeknél az egyik esetben a 83-dik generatióig volt inoculálható a geny, míg a másik esetben 6-dik generatióig volt csak oltható a lágy fekély; tehát egy regionarius immunitás állott be; azt hiszi, hogy az egyéni indispositio is oly factor, mely az inoculatio negativ eredményét okozhatja. Strauss nézetét helytelennek, a sympathikus, továbbá a primaer sankerbubo létezését lehetőnek tartja, ugyanaz a nézete a bubonulusra nézve. Az ulcus durum után fellépő bubo suppuransok keletkezését nem a syphilisnek, hanem vagy traumának, vagy kevert infectiónak tudja be (ulcus molle).

Zeissl,⁷ valamint Wolff⁸ sympathikus és sankerbubókat különböztetnek meg, ez utóbbi felhossa tanítványának ama kísérleteit, melyeknél 4 esetben a bubogenynyeli inoculatióra positiv volt az eredmény. Két esetben pedig az ulcus molle begyógyulása után felmetszett bubo szélei kifekélyesedtek. Kár, hogy az esetben nem történt inoculatio.

Letzel⁹ inkább Strausz nézete felé hajlik s constatálja, hogy az oclusiv kötések alkalmazása óta a sankerbubók száma csökkent.

Finger¹⁰ miután az ulcus molle nem tartja specifikus virus által előidézettnek, ennél fogva a bubo természetére nézve is ily véleményen van. A bubogeny inoculatiója után nyert positiv eredményeket úgy magyarázza, mint az ulcus molle genyének inoculatiója után fellépő elváltozásokat.

Lesser¹¹ végérvényesen nem nyilatkozik, a mennyiben a vitatott kérdést nem tartja eldöntöttnek, bár valószínű szerinte, hogy specifikus termékek felszívódhatnak a mirigyekbe. Az

ulcus durum után a mirigyekben fellépő suppuratiót kevert fertőzés eredményének tartja.

Poelchen¹ 23 esetben inoculált bubogenyét negativ eredménynyel (ezek között a bubogenyben 17 esetben micrococcus pyogenes aureus, citreus és albust tudott gócsó alatt és tenyésztés által kimutatni. Vizsgálatai alapján secundaer infectiót vesz fel a sankerbubo keletkezésére nézve.

Az ulcus molle bacillusának felfedezése a Strauss által alkalmazott bacteriologiai vizsgálatok értékét még növelte s tanunk ezen részének fejlesztéséhez nagy mértékben hozzájárult.

Maga Ducrey,² az ulcus molle bacillusának felfedezője az általa vizsgált bubókban semmiféle microorganismust sem talált s a sankerbubók keletkezését secundaer infectio felvételével magyarázza. A bubót szöveti reactio eredményének tartja, melylyel az a sankerbacillusok ellen védekezik. Azt hiszi, hogy a bubogenynyeli oltás eredményeként fellépő pustula nem sankerpustula s így veneriás természetűe bebizonyítva nincs!

Velander³ tagadja Ducrey állítását a bubók természetére nézve s oly esetet hoz fel mint Hallopeau, hol a sanker teljes megtisztulása után megnyitott bubóból inoculálva kapott positiv eredményt. Ugyanezen időben Krefting⁴ is nyilatkozik. Dolgozatában Ricord álláspontjára helyezkedik; elmondja, hogy a sympathikus bubóban microorganismust kimutatni nem volt képes. Megemlékezik egy esetről, melyben a lágy fekély bacillus volt kimutatható a bubogenyben.

Már ezen autorok előtt de Luca⁵ azt állította, hogy az a bubo, melynek genyében az általa először leírt micrococcus ulcer. moll. benn van, virulens, a melyikben pedig nem mutatható ki, az sympathikus bubo.

Azon idő alatt, melyben a reám bizott feladat megoldásán fáradoztam, négy dolgozat jelent meg, melyekben már a Ducrey-féle lágy fekély bacillus kimutatása is segítette a szerzőket a bubók természetének megállapításában.

Az 1894-dik évben jelent meg Spietschka⁶ és Petersen⁷ dolgozata, melyek thesiseit röviden akarjuk összefoglalni:

Spietschka összesen 32 esetről referál, melyek egyikében sem sikerült neki microorganismusokat gócsó vagy tenyésztés által kimutatni. Állatoltásai eredménytelenek. Inoculatiói mind negativek. A bubót nem tartja közönséges phlegmonének; a primaer sankerbubo létezését tagadja. Hogy vizsgálatainál a véletlen szerepelt, úgy mint Straussnál, azt a következőkből is fogjuk látni. Az oltási technikára nézve a következőt ajánlja: hogy az inoculált helyet nagy hőfoknak ki ne tegye, óriátveget nem alkalmaz s meglehetősen könnyű kötést ad a betegre, hogy az inoculált helyet ellenőrizni lehessen (!). Igazán csodálatos, hogy ezen eljárás mellett nem voltak positiv inoculatiói. Petersen vizsgálatai alapján azt mondja, hogy a bubók túlnyomó része lobos infectiós, tehát sympathikus eredetű, míg a sankerbubók igen kis számban fordulnak elő. Azt hiszi, hogy az oclusiv kötés a sankerbubók számát csökkenti, mint azt Janovskyyal bizonyítja, ki 102 oclusio alatt levő bubónál 3 esetben látott sankerbubót fejlődni, míg 60 kevésbé gondosan kezelt bubo közül 18 lett sankeres. Ducrey-féle bacillust abban a kevés bubóban, melyet vizsgált, nem talált.

Ezen két szerző tehát a Ducrey-féle lágy fekély-bacillust a bubókban nem találta.

1895-dik évi gráci congressuson Buschke⁸ és Rille⁹ referáltak ez iránybani vizsgálataikról.

¹ Horteloup „Ueber die Virulenz der Bubonen“ Ibidem 365. l.

² Diday „Ueber schaneröse Bubonen“. Archiv für Dermatol. u. Syphilis 1885. 366. l.

³ Patamia. Archiv für Dermatol. u. Syphilis 1886. 664. l.

⁴ Hoffa. Ibidem.

⁵ Barduzzi. Archiv für Dermatol. u. Syphilis 1887. 1129. l.

⁶ Lang „Das venerische Geschwür“ 1887. 5. l., 13. l., továbbá „Vorlesungen über Syphilis“ 1887. 106. l.

⁷ Zeissl „Lehrbuch der Syphilis“ 1888. Enke 263—267. l.

⁸ Wolff „Lehrbuch der Haut- u. Geschlechtskrankheiten“ 1893. 422—435. l.

⁹ Letzel „Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten“ 1892. 160. l., továbbá „Das venerische Geschwür“, Zuelzer „Klinisch. Handbuch der Harn- und Sexualorgane“ IV. 190—195. l.

¹⁰ Finger „Syphilis u. venerische Krankheiten“ 1888. 246. l.

¹¹ Lesser „Geschlechtskrankheiten“ 1890. 88. l.

¹ Poelchen „Archiv für klin. Chirurgie“ 1890. XL. 556—577. l.

² Ducrey „Experimentelle Untersuchungen über den Ansteckungsstoff des weichen Schankers u. über die Bubonen“, Archiv für Dermatol. u. Syphilis 1890. 687. l., továbbá 198. l.

³ Velander „Versuche einer Abortivbehandl. der Bubonen“, Archiv für Dermatol. u. Syphilis 1891. 48. l.

⁴ Krefting „Ueber die für Ulc. molle spezifische Microbe“ Ergänzungshefte. Archiv für Dermatol. u. Syphilis 1892. 55. l.

⁵ Luca „Spietschka cikkében Archiv für Dermatol. u. Syphilis“ 1894. 31. l.

⁶ Spietschka „Beiträge zur Aetiologie des Sankerbubo“, Archiv für Dermat. u. Syphilis 1894.

⁷ Petersen „Ulcus molle“ Ibidem.

⁸ Buschke „Zur Pathogenese der vener. Bubon.“ Wiener klinische Rundschau 1896. Nr. 2.

⁹ Rille „Zur Aetiologie der Bubonen“ Ibidem. etc.

Buschke szerint a sankerbubo a Ducrey-féle lágy fekélybacillus által van előidézve, bár ezen bacillus jelenlétében is felszívódhatik a bubo. Ha a Ducrey-féle bacillus jelen van a bubogenyben, akkor az inoculatio positiv eredménnyel fog járni.

Rille dolgozatában a következő conclusiókra jut: 100 inoculatio közül 9 volt positiv eredményű. Egy esetben a bubogenybeni inoculatio positiv eredményű volt, a mikor a bubót előidéző fekély már meg volt gyógyulva. Ricord szerint a felületről és a mirigy mélyéből oltott; csak egy esetben volt különbség. *Aubert theoriáját a geny hőfokát illetőleg kipróbálható, nyíltan kezelt bubo genyével inoculált negativ eredménnyel.* A nem virulens bubogenyben nem talált Ducrey-féle bacillusokat, az átoltható bubogenyben igen. A sympathikus bubóból a megnyitáskor vett genyben sohasem talált microorganismust; culturák által sikerült staphylococcus aureust és albust tenyészteni, ezeket azonban accidentalis fertőzésnek tartja. A sankerbubo szövetrészeleiben és az excidált inoculatioában is talált specifikus bacteriumokat.

Hazánkban Schwimmer tanár egyetemi előadásain a bubók aetiológiájára nézve mindig Ricord tanait fogadja el mint olyanokat, melyek saját tapasztalataival megegyeznek.

Áttérhetünk most azon eredmények vázolására, melyek jelenleg már harmadfél év óta folytatott vizsgálataimból kiderülni látszanak. Megjegyzendők véljük azonban, hogy a vizsgálatok befejezve még nincsenek, különösen a bacteriologikus része a vizsgálatoknak még nem történt meg nagyobb számú esetben s így végleges következtetést az eddigi eredményekből levonnunk nem lehet, csak előleges képét adhatjuk az eddigi kísérleteknek, észleleteknek s azok eredményének.

A bubók természetének megismerése czéljából autoinoculatiokhoz folyamodtunk, úgy a mint az ezen vizsgálatoknál mindig történni szokott. Az oltás technikájára nézve, követt eljárásunk az volt, hogy a bőrt előzetesen szappannal a vízzel jól lemostuk, megberetváltuk s aetherrel megtisztogattuk. Antisepticummal tisztogatást ismert okoknál fogva mellőztünk. A megtisztogatás után a beoltandó helyet ragtapaszcsikokból alkotott négyszöggel vettük körül, hogy az ezen nyugvó óráiveg ne okozzon a bőrön decubitust; a négyszögben azután scarificatorral a bőrt scarificáltuk s így az oltás számára előkészítettük. A bubo megnyitása után kiáramló genyből a sterilizált scarificatorral bizonyos genymennyiséget az oltási helyre téve, az óráiveget a ragtapasz négyszögbe helyeztük s fölötte elvonuló ragtapasz-csikokkal erősítettük a bőrhöz. A bubo bekötése alkalmával az óráiveg fölé néhány réteg gaze-t, majd vattát téve, meglehetősen melegnek tettük ki az inoculatio helyét. Az óráiveg már említett leragasztásával a betegnek az inoculált helyhez való hozzáférhetést megnehezítettük. Daczára annak, hogy az inoculatio helyei nagyobb melegnek voltak kitéve, mint azt pl. Spietschka az inoculatio-nál helyén való tartja, azt híven, hogy a meleg az inoculatio kifejlődését megakadályozza, mondom daczára annak, adott esetben az inoculatio positiv volt, sőt a fekély tovafejlődését az óráiveg folytonos (néha 3 heti) oltalma alatt észlelhetjük. A mi pedig a jó elzárást illeti, azzal azt értük el, hogy kísérleteink számára az inoculatio helyét a beteg általi fertőzéstől megóvtuk.

Ricord nézetét az adenitikus és periaadenitikus geny természetéről figyelmen kívül hagyva, oltásainknál a bubóból a megnyitáskor kiáramló genyvel oltottunk; hogy ezen eljárást mivel indokoljuk, azt a későbbiekben fogjuk látni.

Am lássuk oltásaink számát: összesen 66 esetben végeztünk inoculatiót, ezek között

37 esetben ulcus molle volt jelen,
29 esetben ulcus induratum.

Az utóbbi években megjelent közleményekben ulcus molle-val kapcsolatosan fellépő bubók genyével történt oltásokról volt szó; mi az ulcus molle és az ulcus durum után fellépő bubo genyével történő oltások eredményeit akarva egymással összehasonlítani, mind a kétféle genyvel inoculáltunk.

Már előre ki akarjuk jelteni, hogy mindkét irányban megejtett vizsgálatok positiv eredményű oltásokat is adtak.

A 37 ulcus molle után megejtett inoculatio 3 esetben adott positiv eredményt.

Ezen 3 eset a következő:

1. B. S., 18 éves, szobafestő. Phimosi. Ulcus molle 2 hét óta. Bubo l. d. 1 hét óta. Bejövételkor minden tisztasági cautela mellett a fluctuáló b.-ba 8% sozodolhigany injectiót kapott, mely azonban a bubóra semminemű hatást sem gyakorolt s így néhány napra reá a b. megnyitattott s genyéből inoculáltunk. Három napra typikus pustula vörös udvarral volt már jelen. Az óráiveg s leragasztás alatt tartott pustulából egy typikus ulcus molle fejlődött, szalonناسzerű alappal. Maga a bubo türe sankrosus kinézésű. *Hosszas, heteken át tartó kezelés után távozott.*

Ez esetben tehát azt látjuk, hogy az abortív czélból használt antiseptikus hatású higany-készítmény a sankerbubo keletkezését nem tudta megakadályozni. A hosszú gyógytartam a sankeres elváltozás nagy kiterjedtségében leli magyarázatát. Azt is látjuk, hogy a sankerbubo ebben az esetben az ulcus fennállásának 3-dik hetében jelentkezik. Bacteriologiai vizsgálat ez esetben nem történt.

2. B. Gy., 20 éves, géplakatos. Ulcus molle 9 hét óta. Bubo l. d. 7 hét óta. Inocul. posit. Incisio mellett 35 napi gyógykezelés után távozik.

3. M. B., 20 éves, asztalos. Ulcus molle 5 hét előtt. Bubo l. d. suppur. *Ulcus megnyitáskor be van gyógyulva.* Inocul. positiv eredménnyel.

Ez tehát oly eset, mint Horteloupé, kinél az ulcus be-gyógyulta után megnyitott bubo genyéveli oltás positiv eredményt adott. Ilyen esete volt Ricordnak 7, Hallepeau, Krefting és Rillenek egy-egy. Bacteriologiai tekintetben később fogunk róla megemlékezni, miután előbb a klinikai észleletekről akarunk beszámolni. Gyógytartam a 3-dik esetben 37 nap. Mind a 3 esetben látjuk, hogy a positiv oltási eredménynek megfelelőleg, a mint az sankerbubónál szokott lenni daczára a szorgos kezelésnek, a bubók lassan gyógyultak.

A többi 34 esetben megejtett inoculatio negativ eredménnyű volt; hogy ezen körülmény nem a b.-ban esetleg egymástól különböző periaadenitikus és adenitikus geny közül az első által megejtett oltásban találja magyarázatát, az legalább eddigi eseteimben nem valószínű, mert egy igen jó kriterium áll rendelkezésünkre: ez pedig a b. gyógytartama. Az előbb felemlített 3 sankerbubo gyógytartama meglehetősen hosszúra nyúlt, daczára annak, hogy az ismert szorgos kezelésnek voltak alávetve s daczára annak, hogy többnyire valami nagyobb sebészi beavatkozás által nagyobb sankerűrt a bubóban nem hoztunk létre. Míg a negativ inoculatiót adó bubók gyorsan gyógyultak. Am beszéljenek maguk az esetek. Legyen szabad felsorolnunk azon eseteket, a hol az inoculatio negativ eredménnyű volt s ezen negativ eredménynek megfelelően gyorsan is gyógyultak a bubók.

		Oltás eredménye	Gyógytartam
1. E. J.	Ulcus molle	B. s. —	7 nap.
2. U. J.	" "	B. d. —	6 "
3. G. D.	" "	B. s. —	8 "
4. S. I.	" "	B. d. —	5 "
5. T. J.	" "	B. d. —	16 nap, bő genyedés, nagy buboír.
6. G. J.	" "	B. s. —	10 nap.
7. G. J.	" "	B. s. —	22 nap, scrophul. egyén.
8. S. E.	" "	B. s. —	18 nap.
9. S. J.	" "	B. d. —	18 "
10. T. J.	" "	B. d. —	9 "
11. T. J.	" "	B. s. —	7 "
12. N. J.	" "	B. d. —	8 "
13. Tr. K.	" "	B. s. —	8 "
14. S. K.	" "	B. d. —	9 "
15. Sch. L.	" "	B. bilat. —	15 "
16. W. J.	" "	B. d. —	17 "
17. K. B.	" "	B. s. —	20 "
18. B. V.	" "	B. d. —	20 "
19. B. K.	" "	B. bilat. —	39 nap, scrophul. egyén.
20. K. J.	" "	B. s. —	17 nap, nagy genyűr.
21. U. J.	" "	B. d. —	20 nap, gyermekfejnyi terime-nagyobbodás rendkívül profus genyedés. Első kötészváltáskor kevés savó ürül ki.
22. B. L.	" "	B. d. —	16 nap.
23. A. J.	" "	B. d. —	7 "
24. V. J.	" "	B. d. —	8 "
25. P. K.	" "	B. s. —	11 "

		Oltás eredménye	Gyógytartam
26. N. A.	Ulcus molle	B. d. —	7 nap.
27. L. S.	" "	B. d. —	9 "
28. N. P.	" "	B. s. —	8 "
29. W. K.	" "	B. bilat. —	30 nap, 3 mirigyamat nyit- tatott meg. Egy-egy gennyűr 8—10 nap alatt gyógyult.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egyesület Nagyváradon.

1896. januári szakülés.

1. **Edelmann dr.** a távollévő Schiff Ernő nevében s megbízásából utóbbinak a mult szakülésen „Pfeiffer-féle mirigyláz“ előadása bevezetésében elősorolt irodalmi összeállítását oda kívánja módosítani, hogy nevezett kóralak, miként arról előadó utólag meggyőződhetett, a magyar irodalomban is lett már ismertette, ennek folytán maga számára az első magyar közlemény prioritását nem veszi igénybe.

2. **Ertler Mór dr.** „az ozaena kezelése ichthyollal“ című előadásában mindenekelőtt ismerteti a betegség lényegét, tüneteit; különösen részletezi az ozaena kórszarmazását, azokat a különféle hypothesiseket, melyek az irodalomban uralkodnak. Maga abban a nézetben van, hogy az orr nyálkahártya sejtjeinek megváltozott microchemismusa szerepel első sorban a baj aetiologiájában s erre vonatkozó vizsgálati eredményeinek előadását egy későbbi alkalomra tartja fenn. Abból kiindulva, hogy az ozaena a nyálkahártya sorvadása, s támaszkodva *Zuelzer* amaz állítására, hogy az ichthyol oly szer, mely eminens módon alkalmas a fehérje tartalmú testrészek fejlődését előmozdítani s azok bomlását csökkenteni, előadó az ichthyollal tett kísérleteket az ozaena terapiájában. A kezelés módja a következő volt: miután a pörkök Chiari-féle fogóval eltávolítottak, az orr 2—5% ichthyol-oldattal lett kifecskendezve. Ezután az orr összes részei koncentráltabb, körülbelül 30% ichthyol-oldattal esetteltek. Azonkívül elrendelte előadó, hogy a beteg minden reggel és este az orrhajócskát használja, mely célra a következő oldatot írta: Ammon. sulfoichthyolic. 5.0. Aquae fontis 50.0, Glycerini p. 10.0, Ol. menth. pip. guttas IV. Ebből 10—20 cseppet egy ivópohár langyos vízre. A hatás, melyet betegein észlelt, úgyszólván frappans volt. Eltekintve, hogy a foetor már néhány nap után mulni kezdett, csökkent a pörk-képződés, a betegek több levegőt kaptak, a nyitott szájjal való légzés elmaradt, szüntek a kísérő symptomák is. Magán az orr-nyálkahártyán nevezetes változások voltak találhatóak: míg a nyálkahártya azelőtt halvány, egyenetlen felületű, helyenként fehéres volt, 4—5 heti kezelés után a váladék kevesebb lett, viztartalmúbb, a nyálkahártya belöveltsége fokozódott, a fekélyek gyógyultak, a pusztulás képét a regeneratio képe váltotta fel. Sok esetben elmúlt az anosmia is. Átlag 6 havi kezelés után a betegeket nyugodt lélekkel bocsátotta el. Miután specificált kórtörténettel is illusztrálja az elmondottakat, előadó a következő conclusiókra jut: 1. az ichthyol az ozaena foetorát hamar megszünteti; 2. a váladék és a pörk képződését megakadályozza; 3. az eddigelé használatni szokott szerek gyógyhatását felülmulja.

Úgy *Grósz Albert*, mint *elnök* elismeréssel fogadják a közleményt, mely elismeréshez a szakülés is csatlakozik.

3. **Hoványi Ferencz dr.** városi tisztii főorvos „Nagyvárad város 1895-dik évi egészségügyi történetét“ ismerteti.

A lefolyt év kedvezőnek mondható. 43,525 lakosból (bele-számítva 2204 katonai személyt) a halálesetek évi száma 1261 (674 férfi, 587 nőnemű), a mi 29‰-nek felel meg. Született 1615 (nem számítva 41 halva születést), vagyis 37‰. A születések nem szerint így viszonylanak: törvényes fiú 637, leány 637, törvénytelen fiú 174, törvénytelen leány 167. Az 1261 elhaltból helybeli 964 volt, úgy hogy a helybeliek elhalálása 23‰-ot tett ki.

Az elhaltak kora: 0—1 évig 371, ezekből törvényes 245, törvénytelen 126	
1—5 "	198, " " 174, " 24
5—20 "	88.
Összesen 0—20 évig 657,	
20—30 "	94,
30—40 "	99,
40—60 "	195,
60—80 "	193,
80 éven túl	23.

Kerületek szerint: Újvárosban elhalt 319, Olasziban 361, Velenczén 328, kórházakban 253. Nevezetesebb halálokok: kanyaró 3, vörheny 53, croup és diphtheria 28, hökhurut 6, typhus 18, gyermekágyi láz 2, tuberculosis 132, bélhurut 177, tüdőlob 115. Ez alkalommal különösen a ragályos, illetve fertőző betegségek viszonyaira óhajt előadó kiterjeszkedni, összehasonlítván az 1895-dik évet az 1894-dikkel. A typhus-mortalitás jelentékeny csökkenést mutat, 1894-ben 38 megbetegültből 23 halt el (60%), 1895-ben 93 esetből csak 18 (19%). A diphtheritis 1894-ben 146 megbetegülést okozott 64 halállal (43%); 1895-ben 99 megbetegültből 28 halt el (28%). E kiváló eredményt előadó egyenesen a diphtheria-ellenes vérsavó kiterjedt alkalmazásának tulajdonítja; az epidemia a mult évihez képest semmi változást nem mutatott, az esetek súlyossága sem csökkent s így csak az előbb említett momentumnak tudható be a mortalitas csökkenése. A vörheny lényeges fokozódást mutatott a lefolyt évben: 1894-ben 39 eset szerepel 12 halálalossal (30%); 1895-ben 238 megbetegülés történt 53 halállal (22%). A fertőző betegségek ellen a hatóság a legnagyobb erélyvel szállott síkra: különös gondot fordított az elkülönítésre, s ott a hol az kellőképp eszközölhető nem volt, a betegek a járványkórházba szállítottak. A városi járványkórház még oly magas létszámot, mint 1895-ben, fennállása óta nem is tud felmutatni. 150-et felülhaladja az ott kezelték száma. Könnyen érthetőleg, mivel a betegek a lehető legelső társadalmi osztályokból kerülnek oda, a mortalitas a járványkórházban kisebb, mint az otthonukban kezeltéknél. 151 betegből volt scarlat 105 (18% halállal), diphtheria 42 (23%), 4 kanyaró (0%).

Előadó bizalommal tekint a jövő elé; tudja, maga vallja, hogy sok még a közegészségi teendő; az általános csatornázás, a gyermekkórház felállítása olyan követelmények, melyek elől kitérni nem szabad s nem lehet. Bizik is a város áldozatkészségében, hogy e reformok ügyét mielőbb dűlőre juttatja. Igen kívánatosnak tartja a közönség minden irányú felvilágosítását, mert a hatóságnak még igen sok s nehéz küzdelme van a közönség félreértésével, itt-ott a közönnnyel, sok helyütt tudatlansággal s anyagi érdekekkel. Feltétlen elismeréssel emlékezik meg a nagyváradai orvosi kar működéséről, mely nemcsak curativ szempontokból áll feladata magaslatán, hanem a hatóság intézkedéseinek is meleg gyámoltója.

Grósz Menyhért dr. teljes elismeréssel adózik e jelentésnek s ennek kapcsán a tisztii orvosi karnak, melynek fáradhatlanul buzgó működése bizonyára kiváló részt kívánhat maga részére az elért eredményből. Nem rég ideje városunk a halálalozási táblázat legutolsó helyén szerepelt s ime ma az eredmény olyan kedvező, hogy az ország egészségügyének legfőbb öre, a belügy-minister 1894-ről szóló jelentésében is külön kiemeli. Nagy elismerés illeti meg a tisztii orvosokat épen a gyakorló orvosok részéről, mivel sem a diphtheria, sem a typhus, sem a lefolyt év folyamán oly nagy kiterjedést öltött scarlat-járvány alatt egyetlen izben sem történt valamely collisio. A bélhurutos halálalozások nagy száma, az igazán kiváló, s bevált vízvezetékekkel szemben, helyesen jegyezte meg az előadó főorvos úr, nem mond semmit; neki is meggyőződése, hogy ezen főleg a gyermekkórház, azután a pauperismus kevesbbedése fog radicalisan segíthetni. Óhajtana, ha a főorvosi jelentés adatairól minél szélesebb körben vennének tudomást.

Elnök a szakülés köszönetét tolmácsolja az érdekes felvilágosításokért, melyeket az előadó nyújtott.

1896. februári szakülés.

1. **Révész Vilmos dr.** „Atrophia musculorum progressiva esete“ czímmel tart előadást s bemutatja a szóban forgó beteg.

Az eset egy 26 éves férfúra vonatkozik, a ki bajára vonatkozólag előadja, hogy már évek előtt (1890—1895.) a katonai szolgálat idejében észlelte alsó végtagjainak erős remegését az ú. n. „figyelj“ állásban. Egy nagyobb menetkor elájult s összerogyott. A midőn válla kissé jobban meg volt terhelve, vállai közt, a gerincoszlop nyaki részében erősebb fájdalmat érzett. A mult év elején napszámos lévén, igen nehéz munkát végzett s egész napon át nagy súlyú tárgyakat kellett emelnie és hordania. Ez időben felső végtagjaiban nagyfokú motorius gyengeséget érzett, úgy hogy kezeit alig tudta arcához emelni. 2—3 hó eltelte után munkaképtelenné lett.

A motorius gyengeség jobb karjában kezdődött, azután lépett fel a balkarban, s miután baja fokozódott, a biharmegyei közpórház belgyógyászati osztályára vétetett fel. Az itt felvett jelen állapot szerint, a beteg magas termetű, erős csontrendszerű. Izomzata azonban satnya, főképp végtagjain. Mell- és hasüri szervek épek, hólyag- és bélműködés zavartalan, látószerv ép.

Az izomzat a válltól az ujjhegyig igen megfogyott, a felkar fejecse élesen kidomborodik, a spatia interossea igen mélyek, a hüvelyk és kisujj párnázata sorvadt, lapos, az ujjak karomállásban vannak.

Ujjait igen nehezen tudja mozgatni, kinyújtani egyáltalán nem, supinatio nagy erőfeszítéssel kis mértékben lehetséges, az alkart nehezen hajlítja, s a nyakig emelni képtelen. A felkart feje mellett felemelni csak a hátizmok segítségével képes.

Egész testében fibrillaris rángások láthatók, nemcsak az atrophizált izmokban, hanem a többiekben is.

A villamos ingerlékenység a sorvadás arányában csökkent, egyes izmokban és izomkötegekben elfajulási reactio mutatható ki.

A constatatált jelenségek jobboldalt, hol a baj kezdődött, kifejezettebbek voltak.

Fájdalmat csak a nyaki tájon érzett, kis mértékben, paraesthesiák hiányzanak. Az érzési zavarok objectív tünetei hiányzanak. Az inreflexek a karokon a sorvadás arányában vannak meg.

Felvételkor az alsó végtagok izomzata elég erős volt, de két hó után már erősen fogyatkozott, a spatia interossea erősen bemélyedtek. A villamos ingerlékenység nem csökkent, térdreflexek fokozódtak, sőt clonus is kiváltható. A beteg járása spastikus.

Az eddigiek alapján kétségtelen az atrophia musculorum vagy amyotrophia spinalis progressiva kórisméje.

Előadó ezek után differential-diagnostikus szempontból megemlékszik néhány szóval a poliomyelitis anterior chronica, az amyotrophikus lateral sclerosis, gliosis, pachymeningitis cervicalis hypertrophicáról s a nyaki csigolyák carieséről.

Megemlíti még az ú. n. „foglalkozási atrophia“-kat vagy paresiseket is, melyeknél bizonyos izmok túlerőltetése miatt atrophiaik jönnek létre. De ezek rendszerint egyoldalúak, továbbá paraesthesiákkal járnak s a megfelelő idegterületen az érzésnek tompultsága mutatható ki. Ez utóbbiak a prognosis szempontjából is lényegesen eltérnek a szóban levő bántalomtól, a mennyiben azok megszüntével javulnak, míg utóbbi esetben a folyamat nem áll meg.

A mi a therapiát illeti, bár quo ad sanationem a prognosis igen kedvezőtlen, megkísértendők a Gowers által ajánlott strychnin-injectiók, továbbá a gerincoszlop galvanizálása s a hűdött izmok faradizálása.

Az előadás befejezése után Grósz Albert dr. szólal fel. Ő a prognosist nem tartja ily kedvezőtlennek, s az előadó által említett therapeutikus beavatkozásokon kívül, érdemesnek tartja a hydrotherapia és a massage megkísértését.

Előadó válaszában azon nézetének ad kifejezést, hogy felszólaló által érintett kedvezőbb lefolyású esetek, a melyek alapján a prognosist kevésbé sötét színben látja, bizonyára foglalkozási atrophiaik voltak. A saját esetében kevesebbet remél a hydrotherapiától és massagetól.

Elnök ezek után köszönetet mond az érdekes és tanulságos eset bemutatásáért az előadónak.

2. Berkovits Miklós dr. egy aorta-insufficiencia-ban szenvedő 48 éves férfi beteget mutat be, a kinél a szív és aorta felett feltűnő mérvben kifejezett zenei zörej hallható. A vasúti szolgálatban lévő, s folyton terhes munkát végző egyén már

évek óta megfigyelés alatt áll, de a tünet, a melyre előadó a figyelmet felhívta, csak mintegy hat hét előtt lett először megfigyelve, a mely időtájban váratlanul vonta magára a beteg figyelmét. A beteg azóta maga is érzi az erős bűgást, a mely oly intensiv, hogy kellő esendben egy-két lépésnyire a betegről is hallható (Distanz-Geräusch). A zörej a szívcsúcs felett, a melynek lökése emelő, s az aorta felett a diastoleban hallható. Utóbbi felett a legerősebben. A szív és véredények részletesebb vizsgálatánál bal szív hypertrophia jelei constatalhatók, a radialis tapintásokor peczelő pulsus, a carotis, sőt a cruralis s más peripherikus üterek felett is hangok hallhatók, s a testfelület több helyén feltűnő capillaris pulsus (lúktetés) látható.

A betegnek a jelzett idő előtt a fennálló vitium cordis daczára szív működésbeli zavarai nem voltak, csak néhány hó előtt, igen megerőltető munka után, léptek fel a heveny szív-kifáradás tünetei. A musicalis zörej, mely bűgásként bizonyos távolságból is hallható, váratlanul, hirtelen lépett fel s így némi valószínűséggel eredete is megfejtethető. Lehetséges, hogy az aorta egy billentyűje teljesen leszakadt, vagy perforálódott.

Grósz Albert dr. hangsúlyozni kívánja, hogy a szóban lévő betegnek mennyire szükséges volna a legnagyobb nyugalomra, s ezért kívánatosnak tartaná, hogy a terhes vasúti szolgálat alól mielőbb felmentessék.

3. Goldstein Sándor dr. „A syphilis therapiájáról“ tart előadást.

A syphilis therapiáját illetőleg azon szerencsés helyzetben vagyunk, hogy két specifikus szerrel — higany és jod — rendelkezünk. Régi felfedezés, hogy a higany a syphilis vírusának ellenmérge s valószággal antiparasiticumnak, desinfiiciensnek tekinthető. Ismeretes, hogy a syphilis vírusa a szervezetben igen soká megtartja életképességét, ismeretes, hogy a higany kihagyása recidivák okozója lehet. A higany alkalmazásának oly módját kellene feltalálni, a melylyel a syphilis vírusát a szervezetből teljesen ki lehetne küszöbölni vagy legalább megakadályozni a súlyos tünetek — tertiaer syphilis — fellépését.

Nagyon találó Colles mondása: ha annyi tehetség oly szorgalommal fáradozott volna a higany legjobb alkalmazási módjának kiderítésén, mint a mennyi az újabb készítmények keresésével foglalkozott, ma nem volnánk oly bizonytalanok a venerikus bántalmak kezelésében. E keresés legújabb eredményei azon organikus készítmények, a melyek a lues therapiájában alkalmazást találtak.

Ezek után a bedörzsölési gyógymód mellőzésével a syphilidologok kísérleteket tettek az ú. n. tapasz kezeléssel és a higany-készítményeknek az izmok közé való fecskendezéssel. A számos kísérlet azonban nem vezetett a kívánt eredményhez s a kísérletezők legnagyobb része visszatért a bedörzsölési gyógymódhoz.

Nagyon élénken foglalkoztatja a syphilidologokat, az a kérdés is: meddig folytattassék az antisiphilitikus gyógymód? A syphilidologok két táborra oszlottak. Egy részök az ú. n. tüneti kezelést tartja czélszerűnek. E tábor azt tartja, hogy a higany csak a felszínre jutott tünetek idejében alkalmaztassék. Ha a syphilis tünetei elmúltak, a kezelést beszüntetik. A másik tábor az ú. n. chronikus intermittáló kezelést tartja előnyösebbnek, a melynek értelmében az antisiphilitikus gyógymód 2—3 éven át folytattassék, ha a lues tünetei már elmúltak is. Szakis így vélik megakadályozhatni a tertiaer tünetek fellépését.

Előadó szerint a közép út a leghelyesebb. Nem szabad az antisiphilitikus gyógymóddal a végletekig menni, mert a hosszas higanykezelés a szervezetre ártalmas hatással lehet, gyengítheti, ellenállási képességét csökkentheti. De másrészt ne legyünk tétlenek a tünetek lappangásának idejében sem.

4. Goldstein Sándor dr. asthma nervosum két esetében igen jó eredményt látott strychnin intern alkalmazásától (pr. dos. 2 mgm., pro die 2—4 mgm.). Megfigyelését a szakülés figyelmébe ajánlja további kísérletezés czéljából.

5. Goldstein Sándor dr. egy 67 éves nőről tesz említést, a ki teljesen jó hallás mellett, bizonyos hangokra nézve süket (pl. madárdal). A nő e jelenséget első ízben 42 év előtt gyermekszüléskor vette észre s azóta folyton változatlanul fennáll. Az eset magyarázatát adni nem képes.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Leube: Ueber Stoffwechselstörungen und ihre Bekämpfung. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1896.

A 32 lapra terjedő füzet azon beszédet foglalja magában, melyet Leube professor a würzburgi egyetem alapítása 314. évfordulójának ünnepélyén tartott mint ez idő szerinti rectora nevezett egyetemnek. E beszédben a méltán hírneves klinikus csodálatra méltó rövidegességgel és világossággal, e mellett a formai tökéletesség magas fokával írja le jól és könnyen áttekinthető csoportosításban a legfontosabb anyagcserezavarokat (köszvény, diabetes, elhízás, antointoxicatio stb.), fejtegeti azoknak lényegét és megismerteti az ellenük való rationalis küzdés módszereivel. Közbe a megfelelő helyeken utal ismereteink hiányosságára egyik-másik anyagcserezavar lényegét illetőleg, elmondja saját nézetét és nagy tapasztalatából merített therapeutikus észravezetellekkel fűszerezi és teszi még értékesebbé a füzetet. Így például azt tapasztalta, hogy egyes intermittáló lázalakok a béltartalom retentiójában találják okukat és erős hashajtóval megszüntethetők; uraemia egészen desperatus eseteiben fényes eredményeket látott — természetesen nem mindig — a vérbocsátástól rákövetkező infúzióval stb.

A füzet kitűnő mintául szolgálhat arra nézve, hogy a nagy orvosi közönség számára milyen legyen az előadási mód.

II. Lapszemle.

Kórtan.

Hügyüledékek conserválására Gumprecht következő eljárását ajánl: 1. Centrifugálás gömbös végű edényekben, míg üledék képződik; esetleg csekély mennyiségű üledék esetén többszörös dekantálás és utána öntés, míg compact üledékréteg keletkezik. 2. Az üledék felett levő tiszta folyadék leöntése. 3. 2—10%-os formol-oldattal felöntés és erős rázás, míg az üledék a formol-oldatban egyenletesen eloszott. Eltevés kémcsőben. 4. Ha vér is van a vizeletben, akkor a 2. és 3. pont közé még a következő ékelendő: felöntés koncentrált vizes sublimat-oldattal (1:20) és 6-szoros kimosás vízzel való centrifugálás segélyével. (Centralblatt für innere Medicin, 1896. 30. sz.)

Bőr- és bujakórtan.

A bakteriuriáról mint a gonorrhoea complicatioja értekezik Schlifka. (Wiener med. Presse 1896. Nr. 13.) Szerző különösen azon bakteriuriát teszi megbeszélés tárgyává, mely a kankós betegségek folytán szokott fellépni. Ha az eszközök által, bacteriumok fertőzése következtében keletkezett bakteriuriát a körelőzményekből biztosan kizárhatjuk, akkor azok bevándorlásának lehetősége a húgyhólyagba kétféle úton történhetik 1. per urethram, 2. a szomszédos szervekből, vagy a prostatának direct közlekedése útján az alsó bélrészlettel vagy a nyirokedények útján. A bacteriuria, melynek következménye a vizelet zavarossága közvetlen a vizelés után és mely görcsövilag megállapítható, rendszeren a bacterium coli commune által idéztetik elő, melynek letelepedését a hámalatti rétegnek és a submucosus szövetek gonorrhoea következtébeni elváltozása elősegíti. Vagy ha a hátsó húgycső direct összeköttetésben van az alsó bélrészlettel, akként, hogy a prostata gyurmájának, nagyobb része lob következtében tönkre megy, vagy egyes mirigyrészek a prostatának peripheriáján elgenyednek. A nehélyek közé, melyek a bacteriuria által okoztatnak, első sorban a localisok sorozandók, miután sok esetben minden nemi excessus nélkül és a váladéknak régen elmaradása után egyszerre tejszerű, sűrű nyúlós váladék mutatkozik a húgycsőnyílásban, azonban görcsövilag gonococcus nem, hanem tömérdek bacterium coli mutatható ki. Másodszorban az általánosak, midőn némely esetben folytonos vagy időközökben fellépő láz és rázó hideg kísérete mellett általános levertség, rosszullét és hányási inger fejlődik ki. A legjobb prognosist quoad restitutionem azon esetek adják, a melyekben csupán a húgyhólyag fertőzött. A bacteriuria helyi kezelése abban áll, hogy a húgyhólyagba és a pars prostatikába utóbbinak erőlyes kinyomása

után tömény ezüstoldatot becséppentünk. Belsőleg pedig a salicylsavat és ennek derivatáit adjuk.

Aschner Arthur dr.

A húgycső-szűkületek tágitási módjairól értekezik Wossidlo. A gyakorlatban leginkább elterjedt tágitási módszer abban áll, hogy a kezelés kezdetén ruganyos bougiekat vezetünk be, melyeket hosszabb vagy rövidebb ideig a szűkült helyen fekve hagyunk, míg a Charière-féle méret szerint a 18—20. számot elértük, ezek után a fémszondához folyamodunk míg a 23—25. sz. Ch. a szűkületen könnyen átsiklik. A beteget még azon tanácsesal boesátjuk el, hogy tovább is időközönkénti szondázás által a recidivát megakadályozzák. Azonban ezen eljárás nem kielégítő. A betegek rendszeren nemsokára kisebb-nagyobb fokú recidivával jelentkeznek. Habár a kisebb fokú tágitásokhoz a legideálisabb eszköz a fémszonda, az utóbbi években több szerző által tett tapasztalatok azt mutatták, hogy a recidivák kisebb fokúak és hosszabb ideig maradnak el, sőt a szűkületek teljesen gyógyulnak, ha a szűkült helyet 30. sz. Ch.-en túl kitágítjuk. Miután azonban az esetek túlnyomó számában a külső húgycsőnyílás a 26. sz. Ch.-t már nem boesátja át, ajánlja az e czélra alkalmas Oberlaender-vagy Kollmann-féle tágitó eszközöket, melyekkel a szűkült helyet, ha szükséges 40. sz. Ch.-re is kitágíthatjuk. Ezen eljárás természetesen csak tágulékony és nem callosus igen resistens szűkületeknél alkalmazható és abban áll, hogy miután már a szűkült helyet a 26. sz. Ch. fémszondával kitágítottuk, az előbb említett tágitó eszközök egyikével minden ülés alkalmával 1—2 fokkal tovább tágitjuk. Ez legfeljebb 8—10 naponként ismétlendő, mely idő alatt az eszköz által előidézett reactio lezajlik. Ha a reactio nagyobb fokú, ezen kezelést be kell szüntetni, 3—4 hétig is; ha a húgycső profus váladékot választ el, ezt néhány argent. nitr. befecskendezéssel coupirozzuk. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1896.)

Aschner Arthur dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Tetanus gyógyítása. Bacelli már évek óta használja neuralgiák eseteiben a bőr alá fecskendezéseket carbolsavval (1—2 centigramm) és az eredményekkel nagyon meg van elégedve. Ez birta rá Ascoli-t, hogy a módszert tetanusnál is megkísérette. A rigid izmokba óránként vagy két óránként végez befecskendezéseket. Azt találta, hogy tetanusban szenvedő betegek a carbol-befecskendezéseket sokkal nagyobb adagokban tűrik, úgy hogy 24 óra alatt 20 centigramm is befecskendezhető. Az eredmények állítólag jók. Újabban Babes állatokon is végzett kísérleteket e módszerrel jó eredménnyel. (Policlinico, 1895. november 15.)

2. Creosotum valerianicum elnevezéssel egy új készítményt hozott forgalomba Lehmann berlini gyógyszerész. Grawitz Gerhardt klinikáján kísérleteket tett ezen új szerrel, melyek arra az eredményre vezettek, hogy a creosot felett számos előnye van, a mennyiben könnyen vehető be, szagtalan és iztelen lévén; továbbá nagyobb mennyiségben is jól türelik és e mellett olcsó. A szer gelatina-tokokban adatik, melyek mindegyike 0.2 gramm creosotum valerianicumot tartalmaz. Eleinte naponként 3 tokocska rendelő, később 9 tokocskáig (közel 2 gramm creosot) szállhatni fel. (Ther. Monatshefte, 1896. július.)

3. Hyperidrosis ellen Krahn egy kis monographiában (Untersuchungen über den therapeutischen Werth der Salvia officinalis. Greifswald, 1896. Verlag von Julius Abel) a salvia officinalist nagyon melegen ajánlja. Többnyire a tincturát használta, melyből reggel 20 cseppet, este pedig 20—40 cseppet adott, vagy — ha az izzadás egyenletesen tartott éjjel-nappal — naponként háromszor 26 cseppet. Egyes esetekben thea-alakban is használtatta a szert, egy evőkanálnyi salvia-levelét véve egy fél liter vízre; a theából reggel és este, esetleg napközben is itatott egy-egy csészével.

4. Öreg emberek gyakori vizelése ellen Traill Green jó eredménnyel használja a phenacetint, melyből 1/2 grammot ad este lefekvéskor. (Practitioner, 1896. június.)

5. A tejelválasztásra Drews szerint specifikus hatást gyakorol a somatose, a mennyiben a tejelválasztást növeli és a szoptatásnál jelentkező nehézségeket gyorsan megszünteti. Az adag 3—4-szer naponként egy-egy kávéskanálnyi egy csésze meleg tejben vagy levesben. (Centralblatt f. innere Medicin, 1896. 23. sz.)

TÁRCZA.

Egészségügyi dolgok az ezredéves kiállításon.

A magyar haza ezredéves fennállásának ünnepét üli és országos kiállításán multjának gyászos szenvedéseit és fényes dicsőségeit bemutatva, egyszersmind jelenlegi erejének s életképes voltának bizonyítékait az egész világnak hirdeti. Az ezredéves kiállításon nemzetünk megmutatta, hogy lépést tud tartani minden téren a civilizált világ egyéb országaival. S a midőn körüljárva azt a pazar kertet, megszemlélve azokat az izléses és díszes épületeket s mindazt, a mit magyar kéz munkált, magyar ész teremtett, hazafiúi szívünk hangosabban dobog: nemcsak mint *hazafiaknak*, de mint *orvosoknak* is megelégedés tölti el keblünket, mert kiállításunkon a magyar orvosi tudomány és közegészségügy is méltó képviseltetést nyert.

Nem annyira a kiállított tárgyak száma — ámbár ez is tekintélyes —, mint inkább minősége az, mire büszkék lehetünk. Az egészségügyi pavillon kicsinynek bizonyult arra, hogy mindent, a mi a közegészségügyre vonatkozik, el lehessen benne helyezni, de meg a dolog természeténél fogva is érthető, hogy sok, a közegészségügyre vonatkozó tárgy más csarnokban találjon elhelyezést (pl. a székes főváros egészségügyi kiállítása a fővárosi pavillonban, az orvosi egyetemé az oktatásügyiben, az állatorvosi akadémia kiállítása a mezőgazdasági épületben stb.). Így tehát az orvosi tudományra és közegészségügyre vonatkozó része a kiállításnak több csarnokra oszlik meg. Az egésznek átnézetét röviden a következőkben foglaljuk össze:

Az anyaépület a *közegészségügyi pavillon*: az 1885-diki országos kiállításra épült műcsarnok. A szépművészetek muzsái átvonultak belőle egy fényesebb palotába, hogy helyet adjanak a szerényebb Hygieia istenasszonynak. Ez épület előcsarnokában a közegészségtan két fontos fejezetére, a lakás szellőztetésére és a falak nedvességének megszüntetésére vonatkozó készülékeket találunk, valamint *Than* professor genialis eszközeit: a diffusiómetert, a kénhydrogen fejlesztőt, a forrásgázokat felfogó készüléket, a gázok vizsgálatára szolgáló revolvergázkádot stb. Az előcsarnoktól jobb felé nyíló folyósóba térve, itt feltűnik az orsz. közegészségi egyesület kiadványainak izléses kiállítása, továbbá *Morelli Károly* dr. gastrokopikus képei, *Mergl Ödön* dr. pozsonyi kerületi orvos mikrographiai készüléke és sikerült mikrographiai, *Tomka* dr. érdekes fülkészítményeket állított ki, az Orvosi Könyvkiadó Társulat pedig eddig megjelent összes kiadványainak becses gyűjteményét mutatja be. Különösen sok nézője akad *Kiss Károly* dr. Röntgen-képeinek.

Beretzky Endre dr. elemi iskolai tanulókon több éven át végzett mellkas méréseinek eredményét állította össze, 2961 tanulón kor szerint hasonlítván össze a mellkas kerületének a be- és kilélekzés közötti támadó különbözeteit; érdekességét növeli ezen, mi nálunk eddig más által még nem végzett vizsgálatoknak, hogy 874 oly esetet tüntet fel, melyekben ugyanazon tanulókon több egymásutáni évben történt a vizsgálat s a tanuló fejlődése szerint jelentkezett a mellkas térfogatának a be- és kilélekzés közötti különbözete.

Nagy területet foglal el e csarnokban műszerészeink kiállítása, kik nemes versenyre kelve, ugyancsak kitétek magukért. Ugyanezt mondhatjuk a kötőszeryákról is. Sebész kartársaink figyelmébe ajánljuk a *Schmidt Antal* dr. pécsi kórházi orvos által szerkesztett operáló-asztalt, mely egyes szerkezeténél fogva az operálandó vagy operált beteg alkalmas elhelyezésének gondjától sok tekintetben felszabadítja a sebészt.

Gazdagon képviselték magukat gyógyszerészeink, többen saját összeállítású praeparatumaikat állítván ki.

Zsolnay majolikagyárának a köztisztaságra vonatkozó izléses és finom kivitelű készítményei (árnyékszék-, mosdó-, fürdő-berendezés) a magyar iparnak díszére válnak.

A fogorvosok is nagy számban jelentek meg a kiállításon és díszes szekrényekben elhelyezve mutatják be a fogorvoslás tudományának legújabb vívmányait.

A *vörös-kereszt egyesület* a betegszállításhoz való eszközöket és mentőtáskákat állított ki; tanulságos annak bemutatása, hogy különböző kocsik (teherszállító, lóvonatú-kocsik) mily ügyesen alakíthatók át kényelmes sebesült-szállító járóművekké.

A *budapesti mentő-egyesület* nemcsak az életmentés és első segélynyújtáshoz való eszközöket, személyzetének ruházatait és jelvényeit mutatja be, hanem 9 éves áldásos működésének (1887—1895.) statistikáját is ügyes táblázatokon tünteti fel. E 9 év alatt 63,903 esetben nyújtottak a derék mentők első segélyt, melyek közül 23,406 sérülés, 9402 hirtelen rosszullet és 2459 öngyilkosság volt. A mentők kiállításának tárgyai között látjuk néhai *Arányi Lajos* professornak az első segély nyújtására vonatkozó eredeti rajzait.

Egy másik szobában Dorman tornaszerei vannak kiállítva, majd a m. kir. államrendőrségnek az egészségügyi rendészetre vonatkozó tárgyai következnek.

Iskolaegészségügyi szempontból fontos a Knuth-czég által kiállított iskolai fürdő (vízhullajtósorozat), továbbá a különböző iskolai padok.

Az egyet. közegészségtani intézet a járványos betegségek elterjedésére vonatkozó érdekes táblázatait állította ki, valamint a *Rigler* dr. vizsgálatait feltüntető táblázatot a Duna vize bakterium-tartalmát illetőleg.

A magy. tőzeg- és műtrágyagyár a tőzeg alkalmas felhasználását mutatja be closettekhez.

A kórházi osztály több budapesti sanatoriumnak és vidéki kórháznak fényképét s gypsmintáját mutatja be, melyek között *Beszercebánya* építendő kórházának *Wünsch Róbert* által tervezett gypsmintája tűnik ki.

Kivánjuk, hogy e kórház mielőbb felépüljön és például szolgáljon nagyobb városainknak. Ugyane helyen több városunk szabályozásának és esatornázásának mintáit is láthatjuk. Kár, hogy *Szepes-Béla* városa nem gondoskodott róla, hogy esatornázásának mintáját a készítő bécsi czég magyar felirattal látta volna el a német helyett, vagy legalább magyarral is!

Ha még a Hygieia-társulatnak a pezsgővíz készítéséhez való készülékeit megemlítem, úgy azt hiszem, hogy a közegészségi pavillon fontosabb tárgyait felsoroltam.

Egy másik nagy csarnokban is sok kiválóan érdekes orvostudományi tárgy nyert elhelyezést. Az *oktatásügy*, görög stílusban, nemes egyszerűséggel épült pavillonjában vannak kiállítva orvosi egyetemünk tárgyai. Mindkét orvosi egyetemünk kiállította jelenlegi és volt professorainak irodalmi műveit, a mi egy-egy jókora könyvtárnak felel meg. A budapesti és kolozsvári orvosi egyetemek professorai a részükre jutott csekély térséget a legnagyobb gondnal és ügyességgel tudták felhasználni, hogy intézeteik legkiválóbb tárgyait összeválogatva, ezeket bemutathassák. A budapesti orvoskari dékáni hivatal kiállítása említendő első sorban: melyben ki van állítva az üllői-úti klinikák homlokzat-rajza szép aquarell képben, továbbá az orvoskari hallgatók és felavatatottainak évi létszáma 1770—1895-ig grafikus táblákon; azonkívül teljes összeállításban megvan a volt és jelen tanárok irodalmi működése és azon orvosi tankönyvek gyűjteménye, melyek 1848 előtt hivatalból köteleztettek úgy a tanárra mint a tanulóra. A budapesti professorok közül *Mihalkovics* és *Thanhoffer* több remek bonczatani készítményt, *Klug* élettani eszközöket, *Pertik* bacterium-culturákat, *Kovács* nagyszerű hólyagkögyűjteményét, *Bókai János* a Stefánia-gyermek-kórház hólyagkögyűjteményét, az intubációhoz való eszközöket és a serum-therapia eddigi eredményeinek mintáját, *Schwimmer* a bőrbajokat ábrázoló modelleket, *Fodor* egészség-tani vizsgálatokhoz szerkesztett jeles készülékeit, *Laufenauer* az idegrendszer mikroskopiájára vonatkozó pompás metszeteket, *Navratil* gégevizsgálati eszközeit, *Dollinger* az alsó végtagok töréseinél alkalmazott újabb kötéseit, melyekkel a beteg járhat, *Csapodi* az orvosnövendékek szemvizsgálatának eredményeiből készített táblázatot, *Schulek* hályogműszereit és klinikája szem-mikroszkopiai készítményeit, *Böke* a fül kórboneztanára vonatkozó praeparatumokat, *Jendrassik* bacteriologiai eszközöket és a II. belklinikai betegeiről felvett érdekes fényképgyűjteményt állított ki stb.

Högyes professor az ált. kór- és gyógytani intézettel kapcsolatos *Pasteur-intézet* kiállításában a veszettség ellenes védőoltások eszközeit, módját és a budapesti Pasteur-intézet eddigi, 6 éves működésének grafikai tábláját mutatja be. Az intézetben 1890-től 1895. végéig 4914-en nyertek antirabikus védőoltást, a kik közül 58-an kapták meg a veszettséget (1.11%), míg egy másik táblá-

zat a belügyministeriumtól nyert adatok alapján veszett állatoktól megmárt 985 egyénről számol be, a kik védőoltást nem kaptak vagy későn jelentkeztek, kik közül 147 kapta meg a veszetzéget (14.94%). A védőoltó-anyag előállítására és az egész oltási művelet kartonlapokra van leírva, úgy hogy a laikusok is könnyen megérthetik a kiállított tárgyakat.

Ilyen rövid ismertető leírások nagyon hasznosak volnának sok egyéb kiállított dologra vonatkozólag is, mert sok olyan tárgy van a mi ezredéves kiállításunkon, melyet a művelt közönség megnéz ugyan, de nem ért meg, pedig egy-két felvilágosító sor útba igazítaná!! Elvégre a kiállítóknak érdekükben áll, hogy mentől többen okuljanak abból, a mit látnak.

A kolozsvári orvosi egyetem néhány professora (*Kenyeres, Udránszky, Davida, Lechner*) kevés, de érdekes dolgot küldött fel. Fényképekből tűnik fel az ellentét, a modern, díszes élettani intézet és az ódon Karolina-kórház között. *Davida* bonczani praeparatumi mellett még nagyszámú és igen érdekes összehasonlító anatómiai tárgyakat és szövettani gyűjteményt állított ki *Apáthy. Lechner* koponyamérésekre szerkesztett kephalograph-ja szintén igen figyelemreméltó.

Orvosi egyetemünk ezen nagyjából vázolt kiállításán kívül még van az oktatásügyi csarnokban egy iskolaközegészségi szempontból fontos dolog, a mit hiba volna meg nem említenem. Az alsó oktatás osztályában feltűnik *Piller József* tiszaujlaki igazgatótanító ivókészüléke a tanulók számára: kis szekrény egyes fülkéiben minden tanulóknak megvan a maga külön pohara és a szekrény belsejében a vizet szűrő készülék. Iskoláink számára utánzásra méltó példa!

Orvosi szempontból egy további érdekes csarnok a *balneologiai pavillon*, hazai fürdőink és ásványvíz forrásainak tanulságos kiállítása. Ország-világ előtt bizonyítja, hogy mily gazdag hazánk a legkülönbözőbb ásványvizekben és hogy nem szorultunk e tekintetben a külföldre. Vajha ásványvízfogyasztó közönségünk ennek egyszer már tudatára ébredne!

Ugyanezt mondhatni remek vidéki hazai fürdőinkről és klimatikus gyógyhelyeinkről s igen jó gondolat volt, hogy több nevesebb fürdőnk (*Rajecz-Teplisz, Borszék, Bártfa, Marilla*, a három Tátrafüred, *Herkulesfürdő, Korytnicza* és *Csorba*) sikerült diorámákban mutatja be természeti bájait; talán ez úton is sikerül fürdőző közönségünket magyar fürdőink nagyobb pártolására megnyerni! *Klász* panorámája is hozzájárul ehhez, igen ügyesen tüntetve fel hazánk legkiválóbb természeti szépségeit.

Néhány újabb forgalomba hozott ásványvizet is láthatni itt, mint pl. az Erdélyrészi Kárpát-Egyesület vizeit: a *radnaborberkit* és *domháti*, továbbá a ronczegói és levicői víz pótlására forgalomba hozott *parádi arsen-vasas* vizet. E csarnokban vannak kiállítva a *Preisz Kornél* dr. által szerkesztett „Fürdőirodalmi könyvtár” és az Orsz. Balneologiai Egyesület füzetei, melyek szintén hivatva vannak a magyar fürdőknék propagandát csinálni.

Hazánk fürdői általában dicséretes buzgalommal iparkodtak nevezetességeiket feltüntetni, nem értem azonban, hogy miért akar a bars megyei kis *Szklénó* némettségével tüntetni, lévén nagyszámú kiállított prospectusa csupa németnyelvű, melyek között egyetlen egy magyar szerénykedik.¹

Nagy gonddal állították össze a *gyermekégeszégügyre* vonatkozó tárgyakat, ezek számára külön csarnokot alkotván. A *gyermek-pavillonban* a gyermekápolás, dajkanevelés, a gyermek táplálása, ruházása, a gyermekbetegségek és orvoslásukra vonatkozó dolgok vannak bemutatva. A himlőellenes védőoltásokhoz szükséges eszközöket s a védőanyag termelését, valamint a védőoltás statisztikai eredményeit a himlőnyirktermelők részletesen állították ki. Igen sikerültek a *Stefánia*-kórház kórtermeit s belső berendezését ábrázoló minták. A gyermekkórház működését táblázatok mutatják: fennállása óta (56 év alatt) 389,082 gyermeket gyógyítottak benne, a kik közül 355,588 volt a járóbeteg; a benfekvők közül csak 6733 volt fizető, 26,761 pedig ingyenes ápolást kapott.

Ugyane helyen állította ki *Dollinger* professor testgyógyászati készülékeit a hibás testű gyermekek számára. A csarnok egy másik szobájában a koraszülötteknek életben tartásához való melegítő szekrények, a csecsemők súlyváltozásainak felismerésére

¹ Bizonyára széthordozta a többi magyar prospectust a közönség. Ez csak az érdeklődést mutatja. Szerk.

szolgáló mérőgépek és a mesterségesen tápláltak számára különböző szópóüvegek láthatók. A gyermekek testi nevelése szempontjából fontos különféle tornaszerek és játékok a csarnok udvarán kaptak helyet.

Aujeszky Aladár dr.

(Folytatása következik.)

Észrevételek a német szülészeti és gynaecologia jelenlegi álláspontjához.

(Folytatás.)

A gyermekágyban is több helyütt használják a naponkénti desinfiáló hüvelyöblítést, a mihez — mint két helyen láttam — minden gyermekágyasnak külön üvegcsove van. A hőmérőzést általában a bábák végezik s a lázas temperatura minimumának a különböző helyeken a 38.1, 38.2, sőt 38.4^o-nyi hőmérséklet veszik. Az először lázas gyermekágyasokat nem vizsgálják meg s csak ismételtelen fellépő hőemelkedésnél kutatják annak az okát. Ezen rendszer folytán — mint egy helyütt említették — elég gyakran megesik, hogy a baba, elkerülendő a vele járó kellemetlenségeket, egy-egy lázas hőmérsékü nőről egyáltalán nem is tesz jelentést, azon reményben, hogy az majd estére, vagy másnap reggelre láztalan lesz. Ha nem is árt, de semmiesetre nem használ véle a gyermekágyasoknak. Láztalan lefolyású gyermekágy esetén a nőket 7-ed, sőt kivételesen már 6-od, 9-ed, 10-ed és 11-ed napon bocsátják el a különböző klinikákról. Elbocsátás alkalmával a gyermekágyast tüzetes vizsgálatnak nem vetik alá, sőt azt tapasztaltam, hogy egyik-másik renitensebb vagy szemérmesebb hajadon elég könnyen kerülheti el a vizsgálatot — ha protestál ellene; mintha a vizsgálat nem a gyermekágyas nő érdekében történnék!

De mindezek lehetnek végre is elvi álláspontok, melyeket nem kell elfogadnunk, de semmiesetre sem szigorúan bírálgatnunk, vagy épen elítélnünk.

Másképen áll a dolog az operatív szülészettel. Nem hagyhatom itt szó nélkül azt a polypragmasiát, szigorú javalatok nélküli operálgatást, melylyel lépten-nyomon találkozunk. Hiszen kisebbek Németország egyes részeiben a női medenczék a magyarokénál, ez tagadhatlan; de ezen különbség nem áll arányban azon műtét-többséggel, mely a legkisebb német intézet részéről relative, sőt absolute is fennáll például a budapesti intézetek meglehetősen nagy anyagával szemben. Természetes, hogy ezen szellem átmegy a gyakorlatban levő orvosokra is, másképen hihetetlennek tűnne fel előttem egy hannoveri *Landarzt* azon kijelentése, hogy körülbelül 7 éves gyakorlata idejében közel 600 szülészeti műtétet végzett. Csinálják a fogóműtétet derűre-borúra. Magasan álló vagy a kimenetben levő fejnél egyaránt, ha az anya jól is érzi magát és a magzati szívhangok kitűnnek. Elég, ha a szülés egy kissé késik s az asszony kissé türelmetlenkedik. Láttam klinikán magas fogót alkalmazni oly esetben, midőn az utolsó vizsgálat körülbelül egy óra előtt történt meg s minden újabb vizsgálat nélkül applicáltak a fogót, nem gondolva arra, hogy a fej azóta talán lejjebb nyomulhatott. Láttam egy berlini klinikán előadás közben fogót alkalmazni oly fejre, mely már majdnem megszületett. Igaz, hogy a tanár meg is említette, hogy ezen műtét egyedül *ad usum clinicae* van indicálva, hogy a tanuló fogót csinálhasson s az auditorium lássa. A tanuló megesinálta a műtétet, az előírt fogások abszolút mellőzésével, úgy a hogy s a többi 300 növendék meg azt látta s azt tanulta, hogy a szigorú javalatok s a műtét-tani szabályok csak a tankönyvekbe valók és nem a gyakorlatba. Az indicatiók s feltételek ezen negligálása megtermi néha a legkomikusabb helyzeteket. Megesett például egy német egyetemen, hogy a szülészeti osztály assistensét hirtelen oly szüléshez hívták, hol a vállak nem követték rendes időre a fejet s ő zavarában fogót alkalmazott a kinnt levő fejre. A császármetszés javalatainak mindinkább túlgulás körével szemben a koponyalékelés élő magzatnál háttérbe szorul. Sőt még a symphyseotomiának is akad időnként, rendesen egy-egy kedvező kimenetelű eset után, szószólója s pártolója. A mellett természetesen a mesterséges koraszülés — mint conservatív eljárás — is elég gyakori. Némely helyütt bougieval, máshol ismét jodiform-gaze tamponadeval végezik. Utóbbinak a bougierozással szemben állítólag az a nagy előnye van, hogy sokkal enyhébb és kevésbé

veszélyes beavatkozás. Ezen tamponálást 3 esetben láttam. Az egyik esetben 3 órai várakozás után, mivel a fájások nem voltak kielégítőek, colpeuresissal kellett a méhszáj tágulását elősegíteni; a másik esetben — valamivel rövidebb idő múlva — colpeuresis igénybe vétele mellett a magzatot lábra fordították s így extrahálták s csak a 3-dik esetben született meg spontan a magzat. Egyik magzatot sem sikerült életben tartani. Ezen három eset nem igen szól a tamponade mellett s a mint láttuk a nagyobb beavatkozás sem lett kikerülve. Az eklampsia kezelésénél — theoretikus aggály folytán — a narcotikákat ad minimum redukálják, 0'02—0'03 gm. morphiumnál többet alig adnak napjában s a chloroformot, melyvel máskülönben oly könnyen bannak, hogy több helyütt az előadásra szánt gynaeologiai esetek kivétel nélkül altatva lesznek, hasonlóan theoretikus aggály folytán, sok helyütt épséggel nem használják. Annál bőkezűbbek a száraz s véres köpölyökkel, venaesectióval, az alsó végtagoknak egészben való köpölyözésével, a mennyiben azokat légmentesen záró pléhesizmákba helyezik s azokból a levegőt kiszivatnyazzák stb. A Veit-elméletét elfogadják, de a gyakorlatban nem követik oly következetesen s rendszeresen, a mint a beteg érdekében ajánlatos volna. Egy esetet volt alkalmam elejétől végig észlelni: Egy a IX-dik hónapban terhes nőt 5 órakerrel a klinikára szállítottak, lakásán addig már 4 rohama volt. Onnan kezdve délelőtti 11 óráig még 10, tehát összesen 14 súlyos rohamot állott ki. Ezen egész idő alatt kapott 0'025 gm. morphiomot, 16 száraz s véres köpölyt s 11 óra felé venaesectiót csináltak rajta, a mikor körülbelül 200 gm. vért vesztett. 11 óra után — tallérnyi méhszáj mellett — a halott magzat perforációját határozták el, colpeuresissal, valamint két mély incisióval tágitották a méhszájat s a koponyát perforálták. Hosszabb próbálgatás és sikertelen kísérletek után — több hüvely-incisio alkalmazása mellett — lábra fordították s úgy extrahálták a magzatot. A szülőnő a műtét idejére sem lett elaltatva s természetesen két ízben volt rohama ez idő alatt. A délutáni órákban még egy, tehát összesen 17 rohama volt. A kedvezőtlen kimenetelen csodálkozunk nem is lehet, tekintve a rohamok tömeges voltát s ezzel szemben az adagolt narcotikák kis mennyiségét. Egy előadás alkalmával Berlinben két eklampsias beteget hoztak be ágyaikra a tanterembe, kik szintén csak morphiummal lettek gyógykezelve, az egyik 0'03, a másik meg épen csak 0'015 gm. morphiomot kapott volt. Mindketten ébren voltak s nyugodtak, de a tanár s három növendék által megejtett vizsgálat és kikérdezés meghozta a kívánt eredményt: mindketten rohamot kaptak a hallgatóság előtt. Hasonló észleletek után nem találtam magasnak Olshausennek az eklampsia mortalitására vonatkozó adatait 25—27%-kal.

Végül még egynehány szót a csecsemők gondozásáról. Itt valóban nem vádolhatók polypragmasiával a német tanintézetek, melyek a magzatoknak — ott tartózkodási idejükre — épen csak hogy szállást adnak, egyebekben nem törődve velök. A legtöbb klinikán — egy-kettő kivételével — első naptól fűrésztik a csecsemőt, tekintet nélkül a köldökesonk állapotára; sehol sem részesül a csecsemő oly gondos és figyelmes ellátásban, mondhatnám oly anyai gondozásban, mint a budapesti I-ső klinikán. Több helyütt a Credé-féle lapissal való szemkezelést nem alkalmazzák, mint az egyik helyen — előadás közben — tanultam az okból nem, mert a beecseppentett lapis-oldat oly erős hurutot idéz elő a szemben, hogy ezen hurut a bleonorrhoea neonatorumtól meg sem különböztethető. Azon végre is gyengébb oldat instillálásával lehetne segíteni és különben sem oly nagy dolog egynehány napos hurut, mely nyomtalanul eltűnik, hogy e miatt egy alapjában véve helyes és üdvös eljárást teljesen elejtsünk.

Az asphyxiák kezelése — a magzat születése után — a legváltozatosabb methodusok szerint történik. Alig van intézet, melynek saját külön módosított eljárása nem volna; akad közöttük szellemes és követendő is, de általában nem tudtam azon benyomás alól szabadulni, hogy nem elég türelemmel, nem elég sokáig foglalkoznak a magzattal azon esetben is, ha életre hozták. Egy pár gyenge sikoly, felületlen, rendetlen légzés elég már ahhoz, hogy az orvos a magzatot a baba gondjaira bizza. Ha a kis szervezet elég erős hozzá kiküszöbölni magából a felhalmozódott szénsavmennyiséget vagy az aspirált folyadékot, lassanként mulik cyanosisa, légzése mélyebb, szabályosabb lesz; de bizony

elég gyakran hagytuk el a szülőtermet, midőn a magzat még oly állapotban volt, hogy orvosi felügyeletre s beavatkozásra még nagyon is rászorult.

Szabó Sándor dr.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest, 1896. augusztus 28-dikán.

— A milleniumi közegészségi és orvosügyi congressus, melynek programját annak idejében már közöltük — mint olvasóink előtt ismeretes — f. é. szeptember 14., 15., 16-dikán, hétfőn, kedden, szerdán tartatik meg; 13-dikán vasárnap este lesz az ismerkedő összejövetel a kiállítási ünnepélyek csarnokában. A már korábban közölt program egészben véve változatlanul fennmarad. Ez alkalommal közöljük az *ügyrendet* és egyéb tudnivalókat a congressusra vonatkozólag.

I. Ügyrend.

1. A közegészségi s orvosügyi congressus tagjai lehetnek:

a) Önkéntes jelentkezés alapján:

Orvosok, nem különben olyan egyének, a kik a közegészségügy (törvényhozás, közigazgatás, technika, tanügy, stb.) terén működnek, vagy a közegészségügy iránt érdeklődést tanúsítottak.

b) Közhatóságoktól, egyesületektől kiküldött hivatalos megbízottak.

2. A congressusnak két szakosztálya van: közegészségi és orvosügyi.

Az orvosügyi szakosztály tagjai csak orvosok lehetnek.

A tagok az illető szakosztály összes ülésén s összes munkálkodásában részt vehetnek, a congressus választás alá kerülő tisztségei betöltésénél választók és választhatók, a napirenden levő kérdésekhez hozzászólhatnak s indítványt tehetnek.

3. A szakosztályok üléseit az *ülés-elnökök* nyitják meg; ők vezetik az üléseket; támogatásukra illetőleg helyettesítésükre az ülés mindjárt a megnyitás után társelnököket választ a jelenlevő tagok közül, ép úgy társjegyzőket az ülés jegyzői támogatására.

4. A szakosztály tárgyalásait a referensek előadásai kezdik meg. Ezekhez fűződnek azután a tagok felszólalásai.

A tárgyalás alatt levő kérdéshez hozzászólni óhajtó tagok az ülés egyik jegyzőjénél iratkoznak be s a jelentkezés sorrendje szerint hivatnak fel szólásra. Jelentkezhetni azonban levélben már a congressus előtt is.

A napirendre kitűzött tárgyhoz, az előadók kivételével, mindenki csak egyszer szólhat. Egy-egy hozzászóló legfeljebb 10 percznyi időt vehet igénybe; további 5 perczig kivételesen és csak akkor beszélhet, ha az ülés elnöke megengedi.

A vita bezárását, 10 tag írásban beadott indítványára, a szakosztály vita nélkül egyszerű szavazással dönti el.

A felszólalók beszédeiket vagy ezek kivonatát a congressusi „Munkálatok”-ban leendő közlés céljából, lehetőleg az ülés végén, de mindenesetre 24 órán belül a congressus titkárságához juttatják.

5. A congressus tagjai a tárgyalás alatt levő kérdésekben indítványt tehetnek; szükséges azonban, hogy ezt az ülés elnökéhez írásban benyujtsák.

6. Az ülések elnökei a tárgyalások alapjául szolgáló referatumok tételeit, illetőleg az ezek nyomán esetleg felmerülő más véleményt, vagy indítványt, ha a congressus érdeke megkívánja, szavazás alá bocsáthatják s a szavazás eredményét határozatképen kimondhatják.

7. Az ülések jegyzői az elnököknek segédkeznek, feljegyzik a tárgyalás hozzászólói kívánók neveit, az ülésekről jegyzőkönyvet vezetnek.

Congressusi tudnivalók.

Minden a congressusra vonatkozó bejelentés, tudakozódás stb. a congressus hivatalos helyiségébe (VIII., Eszterházy-utca 5. sz., Közegészségtani intézet) intézendő.

A congressus tagsági díja 4 frt, a mely összeg ugyanoda, a *milleniumi közegészségi s orvosügyi congressus* címére, küldendő.

A congressus tagjai tagsági jegyet (igazolványt) kapnak.

A congressus tagjai szeptember hó 13-dikán vasárnap este 8 órakor a kiállítási ünnepségek csarnokában rendezendő ismerkedő estén találkozhatnak.

A congressus tárgyalásai szeptember hó 14., 15., 16-dikán a kiállítási ünnepségek csarnokában tartatnak.

Kedvezmények: A congressusnak önálló könyv alakjában annak idején megjelenő *munkálatai* a congressus minden tagjának megküldetnek.

A congressus tagjai és mint utóbb kieszközölve lett, azoknak nejei (l. a vegyesek közt a további eljárást) a *m. kir. államvasúton*, a congressus tagsági igazolványának felmutatása mellett, a következő kedvezményben részesülnek: Egy egész II. oszt. jeggyel utazhatnak az I. osztályon, egy egész III. oszt. jeggyel utazhatnak a II. osztályon, egy fél III. oszt. jeggyel utazhatnak a III. osztályon.

Az ezredéves kiállítás jegykiadó vállalata 5 *belépő jegyet* tartalmazó füzetkét bocsát a congressus szervező bizottságának rendelkezésére, a mely e füzetkéket a congressus tagjainak *kívánatra* 1 frt (legcélzesebben a tagsági díjjal együtt) lefizetése, illetve beküldése mellett fogja kiszolgáltatni.

A congressus tagjainak *elszállásolása* végett a székes főváros tanácsa által szervezett „*hatósági lakásiroda*”-val összekötetésbe léptünk.

Erre nézve a következőket jegyezzük meg:

A lakásirodától, mely IV., Rózsater 7. sz. alatt van, nemesak személyes jelentkezés, hanem levélbeli megkeresés útján is kérhetni lakást, a fióklakásirodák (a keleti és nyugati pályaudvaron) pedig csak a megérkezés alkalmával személyes jelentkezés útján vehetők igénybe.

Annak, ki levél útján kíván lakást, ez iránt a hatósági lakásirodához kell fordulnia. A levélben pontosan kitüntetendő a lakást kereső neve, foglalkozása, tartózkodási helye és az utolsó posta, továbbá a felvenni szándékolt lakás akként irandó körül, hogy annak alapján a megfelelő lakás-utalvány kiadható legyen.

Az ily megrendelések után 30 krnyi díj fizetendő, melyből 20 kr. az utalvány kiadására, 10 kr. pedig (válasz) levéldíjra esik.

E 30 kr. a levélhez csatolva készpénzben, vagy készpénz gyanánt elfogadható postabélyegjegyekben, továbbá postautalvány által küldhető be.

Minden levélbeli megkeresésre lehetőleg 24 óra alatt válaszol a lakásiroda, igazabban a megfelelő lakás-utalványt a megrendelő címére elküldi.

Levélbeli megrendeléseknél a lakás attól a naptól kezdve számítatik, a mely naptól kezdve megrendeltetik. Akár foglalja el a megrendelő a lakást, akár nem, a megállapított bért Budapesten megfizetni tartozik.

E végből minden megrendelő levélhez a lakást-kereső egy általa személyesen irt kötelező nyilatkozatot mellékelni tartozik, melyben az illető magát a fentiekre világosan kötelezi.

A kötelező nyilatkozat két tanúval is aláírandó.

A levélbeli megkeresés a szükségelt lakás végett lehetőleg pár nappal előbb intézessék az irodához, de semmi esetre hónapokkal előbb, mert az a nyilvántartást megnehezítené, vagy egyáltalán nem volna az iroda abban a helyzetben, hogy hetekkel előre lefoglalható szobákkal rendelkezzen.

A szobák ára a szerint váltakozik, a mint azok díszesebbek, tágasabbak, lakályosabbak vagy több fekvő helylyel bírnak.

Szobák kaphatók szállodák- s magánházakban, továbbá a főváros iskoláiban e célra átalakított s bejelentett helyiségeiben.

A napi árak 50 krtól felfelé meghatározatlan arányban emelkednek. Kaphatók 1, 2 és több fekvő helylyel bíró szobák, sőt a tömeges elszállásolás eszméje is megvalósul, a hol egy nagy teremben bérelhető ágyak lesznek felállítva.

A lakás felvételéhez szolgáló megkeresések mintáját alantabb közöljük s kérjük kitöltve „Budapest székes főváros hatósági lakásiroda” címére (IV., Rózsater 7. sz.) elküldeni.

T. Hatósági lakásiroda!

Kérek részemre 1896. évi hó től
..... hó ig használható szobát
..... fekvőhelylyel földszinten napi frt kr. árban biz-
emeleten emeleten
postabélyegben
postautalvánnyal küldöm.
....., 1896. hó n.

a lakást kereső neve.

állása.

tartózkodási helye, utolsó posta.

Kötelező nyilatkozat,

A fenti sorokban meghatározott szobát a kitett időtől kezdve, el nem foglalásom esetén is, fizetni tartozom.

....., 1896. hó n.

aláírás.

mint tanu.

mint tanu.

Vegyesek.

Budapest, 1896. augusztus 28-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1896. augusztus 9-től augusztus 15-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 409 gyermek, elhalt 235 személy, a születések tehát 174 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkörházakban ápolottak e hét elején 2043 beteg, szaporodás 734, csökkenés 684, maradt e hét végén ápolás alatt 2093. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1896. augusztus 19-dikétől aug. 26 dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 24 (meghalt 2), himlőben 2 (meghalt —), állhímloben 1, bárányhímloben 4, vörhenyben 24 (meghalt 3), kanyaróban 10 (meghalt —), ronsoló toroklobban és torokgyikban 26 (meghalt 7), trachomában 18, vérhasban 4 (meghalt —), hőkhurutban 18 (meghalt 1), orbánczban 6 (meghalt —), gyermekági lázban 2 (meghalt —).

△ Milleniumi közegészség- és orvossággyi congressus. A congressus tagsági jegyéhez mellékelv *vasúti igazolvánnyal* a congressusra

utazó tag *neje* is jogosultságot nyer, a congressus tagjainak nyújtott utazási kedvezmény élvezetére, ha az igazolvány N. N. tag és *neje* számára állítatik ki. A kik ilyen igazolványt kívánnak, szíveskedjenek ezt jelentkezés alkalmával, a szervező bizottsággal tudatni. Megjegyzendő, hogy az igazolvány gyorsvonatok használatára nem jogosít. Az utazási kedvezményt a magyar államvasutakon kívül az arad-csanádi egyesült vasutak, a győr-sopron-ebenfurthi, a kassa-oderbergi, a szamosvölgyi, továbbá a nagykaroly-somkúti, a torontáli és az ungvölgyi h. é. vasutak is megadják. A déli vasút magyar s horvát vonalainak és az általa kezelt bares-pakróci vasútnak állomásairól, Budapest déli vasút pályaudvarra és vissza 50%-kal mérsékelt, személy- és gyorsvonatú menettérít jegyeket ad. A congressus tagjai a kiállítás területére 5 belépő jegyet tartalmazó füzeteket kaphatnak 1 frtért, a melyeket a tag *neje* is használhat, ha férjével együtt lép a kiállítás területére. A megvett jegyfüzetek sem egészben, sem részben nem vehetők többé vissza.

— **Pestis elleni serum.** Legújabb távirati hírek szerint *Yersin*-nek pestis elleni serumot sikerült előállítani, melylyel 27 beteg közül 25-nél gyógyulást ért el.

— **A német egyetemek orvosi karain** az 1896. év nyári felében következő számú hallgatók voltak beiratkozva: München 1259; Berlin 1118; Würzburg 667; Leipzig 622; Freiburg 458; Greifswald 378; Kiel 368; Erlangen 333; Breslau 323; Bonn 314; Strassburg 295; Göttingen 257; Marburg 257; Königsberg 239; Heidelberg 227; Halle 215; Tübingen 214; Jena 190; Giessen 171; Rostock 115. A hallgató-ság száma tehát összesen 7993, vagyis 87-tel kevesebb, mint a múlt év megfelelő semesterében.

— **Hazai fürdők személyforgalma.** *Burlangliget* (VIII. 16.): 2412; *Bártfa* (VIII. 15.): 2994; *budai Erzsébet sósfürdő* (VIII. 13.): 518; *Buziás* (VIII. 15.): 1489; *Csorbai-tó* (VIII. 22.): 5514; *Tarcsa* (VIII. 16.): 716; *Tátrafüred* (VIII. 22.): 3314; *Alsó-Tátrafüred* (VIII. 19.): 1838; *Új-Tátrafüred* (VIII. 15.): 2263.

† **Elhunyt: Ditrichstein Dávid** dr. tisztelhetbeli megyei főorvos 80 éves korában Nagy-Kanizsán.

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

Szt. Lukácsfürdő

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-meter nagyságú nyitott és zárt medenczeiben a forrásvíz naponként négyezer megújul. Mindennemű gyógy- és üdítő fürdők. Olcsó és szép lakások. Prospectust küld ingyen az igazgatóság Budapesten.

Téli és nyári gyógyhely.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33-6339, kénsavas natron 7-1917, szénsavas mész 4-1050, chlornatrium 3-8146, szénsavas kali 2-3496, szénsavas Magn. 1-7157, szénsavas Lithion 0-1089; szilárd alkotórészek, 53-3941 összes szénsav-tartalom 47-5567, hőmérsék 12-30° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomor-bántalmak, köszvény, hörghurut, aranyernél stb.

Kitűnő diaetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos:

Med. Dr. REUSS VILMOS

A fürdő-igazgatóság Bilinben

Csehországban. 11

VÉDŐJEGY.



35 Univ. med. Dr. PÉCSI DANI

nyilvános

TEHÉNHIMLŐ-TERMELŐ INTÉZETE

TURKEVÉN (Jász-Nagykun-Szolnokmegye)

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot, a következő árakon szállít:

50 egyénre (kb. 1 gramm) 3.—
100 (kb. 2 gramm) 6.—
1 phiole 2-3 egyénre 60
10 vagy több ilyen phiole á 50
1 phiole 15 egyénre 2.50

Csomagolásért 20 krajczár

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

Tartalom: *Schulek Vilmos* tr.: A glaucoma gyógyítása pilocarpin-cseppekkel? — *Imre József* dr.: A genyes irido-chorioiditis meggyógyulása. — *Blaskovics Fridolin* dr.: A budapesti egyetemi szemklinikán végzett legutolsó 300 Graefe-extractio eredménye. — *Béla Pál* dr.: A tanuló ifjúság szemének védelméről. — *Grósz Emil* dr.: Úti levél. — Könyvismertetés. — Irodalmi szemle. — Vegyesek.

A glaucoma gyógyítása pilocarpin-cseppekkel?

Schulek Vilmos szemklinikai igazgatótól.

Legtarkább casuistikát a szemsérülések szolgáltatóknak, de a legnagyobb proteus mégis csak a glaucoma. Ez a nyilatkozás a boldogult és felejtetetlen emlékü Hirschler Ignác dr.-tól származik. Igaza maradt még manapig is. A glaucomát mint betegséget nem tudjuk úgy definiálni, hogy kifogás ne legyen tehető. És lefolyása egy valóságos proteus, mely minden jóslást csúfá tud tenni.

Igy azután csak természetes, hogy kevés esetből és rövid idő alatt nem vonhatók le biztos szabályok az orvoslásra. A legtöbb felmerült ajánlat eddig is sok klinikusnak hozzászólása nyomán és idő múltán tudott csak a helyes formulázásba belezökkenni.

Ha valahol, úgy glaucománál kötelesség más szaktársnak felfogása iránt türelmesnek lenni. Ha valaha, úgy glaucománál illendő más orvostárs eljárásának megítélésében tartózkodóan viselkedni.

Graefe Albrecht óta főbenjáró bűnnek tartottuk glaucomás szembe atropint csepegtetni. Szigorlóknak nem egyszer mondtam: „vegye úgy, mintha ezen tanterem ajtajára felírva volna: az a ki glaucománál atropint használtat, az a szigorlaton megbukik“. És ime 6 év előtt olvastuk, hogy Snellen szemészgyűlésen referálva, a glaucomát beosztja elülső glaucomára, melynél eserin kell és hátsó glaucomára, melynél atropin kell.¹

Mindezek dacára a klinikus tényeknek megvan a maguk logikája. Az ember ezt a bonyolult viszonyok között lassabban bírja ugyan kihámozni, de véges végig még sem tagadhatja meg.

Tehát az atropin rég idejét multa. A sclerotomia is, valahára kiveszőbe került. A mioticumok kihasználásának sorsa is tanulságos.

1875-től a calabar alkaloidja, az eserin, mint feszülést csökkentő orvosság felkapóba jött. Weber Adolf és Laqueur ajánlották. Vele együtt a jaborandi alkaloidjára, a pilocarpinra is fordult a figyelem. Hamar felismerték, hogy physiologikus hatása a szemre a földolgozásban ugyanaz, mint az eseriné. De eleintén mégis csak mint a bőr alól izzasztót kedvelték. Mint glaucoma ellenes szer lassan hódított tért.

A hosszú évek tapasztalatainak és a sok nyomdafesték elhasználásának logikai kivonata szerintem az lenne, hogy az atropin és a sclerotomia már most véglegesen maradjon el a glaucoma terapiájából és az iridectomia mint végleges és a pilocarpincsepp mint időleges orvosszer lépjen teljesen és ellenmondás nélkül érvénybe.

A pilocarpinról elejétől fogva igen jó véleményem volt. A tensiót biztosan lecsökkenti. Alkalmazkodási fájást nem okoz. Utóbbi az eserin hoz létre. Ezért kerülöm. Az eserin nagyobb erejét fel lehet érni pilocarpinnal, ha erősebb oldatot veszünk vagy ha szaporán csepegtetünk. Már 1883-tól nem szorultam

¹ Ez, akadémikus fejtegetésnek, szép ugyan, de azért még se tessék glaucoma eseteiben atropint használni. Gyűjtöm az ilyen esetek adatait. Hazai egyetemen végzett orvosaink nem is szokták ezt a baklövést tenni. Idegen egyetemről kerülnek az ilyenek. A tanulmányi rend kérdéseiben ezzel számot kell vetni. Ezért is nostrificatiót pártolok, hogy tudhassuk mi a tanításban a mi hibánk és mi a másoké.

az eserinre. Némileg meglep, hogy mások nem mind így gondolkoznak. Sőt csodálkozom, hogy a pilocarpinba és általában a mioticumokba helyezett bizalom fokozását még csak most kezdik próbálni és ebben sem sok hívőre találnak, legalább egyelőre.

Cohn Ármin Boroszlóban egy év előtt cikket irt, melyben mondja, hogy nem kell az iridectomiával sietni, pilocarpin is sokszor hosszan megsegít, sőt néha az iridectomiát mellőzhetővé teszi évek hosszára.¹

Mindezt 15 év óta én is így tartom. De Schweigger Berlinben ellene kél a Cohn nézeteinek. Tehát az enyéimnek is. A glaucoma malignumról ir értékes cikket,² de a végén fejtegeti, hogy a pilocarpinnal az ember csak az operálásra való jó időt vesztegetné haszon nélkül, sőt elégszer positiv kárral.

Nem lévén az ő oldalán, néhány tapasztalatomat kívánom igénytelen alakban közölni, a végén pedig a következtetéseket és a Schweigger által mondottakra az ellenvetéseket fogom szóba hozni. Mert ime a pilocarpincseppek kérdése olyanná lett, mint a glaucoma körül felmerülő kérdések legtöbbje: lassan hámozódik ki az igazság a klinikai észlelések bonyolalmából. Nekem ez az ügy már tisztának látszott. Ellenmondás támadván, magamnak is kérdeznem kell, eléggé világosan és elég számban megszólaltak-e a tények nekem, hogy álláspontomon megmaradhassak.

I. K. T., ministeri tanácsos neje, 1880-ban, midőn 52 éves volt, szeptember 25-dikén hivatott. Már február óta vett észre különöset jobb szemén, ugyanis a téli évadban páholyt tartott bérben és igen sok estén a gázlángok körül szivárványszínes karikát látott, mely csak a bal szem befogásához maradt meg, és ilyenkor kisebbet is látott. Tavaszra mindez eltűnt. Az ősz elején légesőhurutot szerzett, sokat köhögött és ekkor hasonló dolgok mutatkoztak 1—2 óra hosszúig esténként, mint régen. Most szeptember 22-dikén este heves szemfájása támadt, látása rohamosan romlott, hányás is elfogta. Szeptember 23-dikán orvosa iritist jelentett, atropin cseppentett, opiumos homlokkenőcsőt mázoltatott, négy pióczát rakott: könnyebült. Szeptember 24-dikén este megint hányt. Mikor jöttem a pillák párnásak voltak, a kötőhártya a szemszögön pipacsörös és némileg vizenyős, a szemfény bágyadt és lazult felhámú, a csarnokvíz nagyon zavart, a szembogár tág, a szemesillag piszkos színű és bővérű, a szem belseje gyengén dereng, lobos lerakódás nem található, a feszültség + 2 fokú, nyomkodás a sugártájon fájást fakaszt, a látótér a belülső oldalon 2—3"-ra megsűkül, ujjakat 1/2 méterből bajosan olvas. Kijelentettem, hogy ez glaucoma és hogy a hányást a szemtől, még pedig operációval, kell gyógyítani. Azonnal punctio corneae történt, 1%-os eserincseppből óránként beleeresztett, másnap a gyuladás lényegesen apadt volt és az iridectomiát is megengedte.

Hogy rövid legyek, a finom miveltiségű nővel a jó ismeretség évek hosszúig eltartott, derék házi-orvosa (a ki az iritis diagnossal bizony könnyen tévedhetett, mint mindjárt kiderülni fog) a későbbi eseményeknél is sikeresen támogatott és a mioticumoknak még nevezetes szerepelés jutott. Ugyanis az operációs seb elég jól gyógyult, a kimetszés 6 mm.-nyi széles és párirányos

¹ Berliner klinische Wochenschrift. 1895. 21. szám.

² Archiv f. Augenh. 32. kötet, 1—12. lap.

széli lett, egyszersmind a száraz mint a hogy mondjuk, szabadosok, azaz a sebesatornával semminemű összefüggésben sem levők voltak. Csakhogy a csarnok helyreállása után a belső szár a corneához laposan hozzáfekvé maradt. Tehát mégis izzadmány tapasztotta az irist a corneához és a glaucoma még sem nélkülözte egészen az iritis tüneteit. Még 6 hét után is piszkos színe maradt a szemesillagnak, bár a látás lassacskán megjavult. A szárnak állapota miatt eserineseppek folyton használatban maradtak, és nevezetes volt, hogy a mint a cseppekkel szünetelni próbáltam, a látás javulása mindjárt megakadt. Ezen időben szemtükrözni is lehetett: a látóidegfen kis vajúlás találkozott. A látás Hm $\frac{1}{14}$ és a visus $\frac{9}{12}$, szűk likkal $\frac{9}{10}$ volt. Túlso szemén nem volt baj. A két szem együttes érdekében +10-zel (4 D.) olvasott 10" és 16" között, akár Nr. 1 is. Kapott az utczára +16 (mintegy 2.5 D.), zongorázáshoz +14 (2.75 D.), munkáláshoz +10 (4 D.).

Alig hogy munkálni kezdett és az eserint kihagyogatta, a harmadik hónap folyamán, esténként megint színsugárzás támadt és a visus $\frac{9}{18}$ -ra leszállott. Az eserint újra fel kellett venni. És az így tartott évekig. Rendszeren $\frac{1}{200}$ -os oldatot este használt, néha reggel is. Utóbb az eserint 1883-ban 1% pilocarpinnal helyettesítettem, melylyel különben minden ugyanúgy ment. Ekkor az operált jobb szemén +3 D.-val $v = \frac{9}{18}$, a bal szemén +2.5 D.-val $v = \frac{9}{18}$ volt és olvasni két szemmel legjobban +4 D.-val tudott.

A bal szemet is elérte a balsors. 1885 május 3-dikán este heves glaucoma roham támadt. A nő saját magától a pilocarpinban enyhülést keresett és talált, 4 nap múlva az iridectomiát kiállotta, mely simán gyógyult, $\frac{9}{18}$ visusa visszakertült, +4 D.-val olvasgatni szokott. Ezen szemén a pilocarpint nemsokára elhagyhatta, a régibb másikon folytatnia kellett.

1886 tavaszán zöldlátást (chloropsia) tapasztalt, maradó ködösség is szállott jobboldali szemére. A szemfény hátulján petytyes lerakódások keletkeztek. Három hónapi pihenésre füstös üveggel és halli jodviz használatára ezek eltűntek. A pilocarpint időközben szüneteltette volt. Alig hogy munkálni kezdett, ismét a pilocarpinra szorult jobboldali szemével. Őszszel néha vegyest erythropsia vagy chloropsia mutatkozott. Ezt közelebb észlelni készültem, de a nő új évre fordulókor meghalt.

Ha az eseten végig tekintünk, feltűnik az egyik szemnek állandó szüksége a pilocarpinra, annak daczára, hogy ezen szemén a glaucomától függetlenül iritikus hajlamok is nyilatkoztak, kiviláglik a pilocarpinnak öt évig kiegészítő haszna az iridectomia után is. Továbbá nyilvánossá lesz a másik szemén az a nagy előny, melyet a pilocarpin a heves glaucomás szemnek ideiglenes megnyugtatójában és az iridectomiára előkészítésében meghozott. Sőt a nő, a ki jobb szemét folytonosan pilocarpinozta, esténként a bal szembe is csepegtetett volna prophylactice, és ha ezt $1\frac{1}{2}$ évig teszi, nem is kell iridectomiálni, mert meghalt. És végre sok ilyes tapasztalás természetesen ráviszi az orvost, hogy a pilocarpint, mely az iridectomia után kiegészítő és áldásos hatású volt, az iridectomia előtt is már hosszasan használtassa. Hátha az operálást sokáig, tetszés szerinti ideig, sőt az egyén haláláig elhuzogathatja. Mihez tudnivaló, hogy a pilocarpin nem hoz kárt, nem gyengül meg, végül is úgy hat mint az elején.

II. Ezen eset érdekes az iridectomiát követelő állapot előmenyeiben áll. Sokszor nála próbaszerű miotizálás történt ugyan, de ha ez bátrabban, folyton történik vala, az események kétség-telenül kevésbé catastrophaszerűen alakulnak. St. A., 30 éves gazdag birtokos úr egyik kezén gyermekkorban megcsontult, de az élet azért derülten nyílt előtte, kedves neje és gyermekei körében kedvtelése szerint élhetne. Csakhogy különös szembaj jelentkezik. Időközök szerint a különben sem teljes jó látásra fejlődött és túllátó bal szem vörös színt (egyszer szivárványosat is) mutat, mire a látóerő tompul, feje ezen az oldalon megfájdul, a feszültség fokozódik (T + 1-nek mondták az orvosok) és a pupilla szűkül (!). Mindez kevés óráig tart, este felé megjön, alvásra apad és reggelre eloszott. Körülbelül egy havi időközökben mindez 1878 őszén 4-szer, 1879 őszén 3-szor volt így.

Most, 1880-ban az épen elmúlt októberben minden héten volt, még pedig mindig pénteken este, már 4-szer. Ekkor hozzám jött, először november 2-dikán, hogy nézzem meg és el is mondta, hogy Arlt és Hirschler öt már többször látták, diagnosist nem tettek, glaucomát tagadtak, vasomotorikus görcsre gondoltak. Chinint már sokat szedett, hideg lepedőzést is folyton kap még. Aprójára vizsgálva, diagnosist persze én sem mondhattam, a jobb szem rendes, E. v = $\frac{9}{18}$; a balon van Hm 1.75 és visus $\frac{9}{18}$, vele olvasni + al csak Nr. 4 tud, a pupilla olyan mint jobbról, a látótér ép, a papillán élettani közepi gödör van, vénái tágak, színe a capillaris hyperhaemiától pirosas. Jó volt ezt a különben sem tökéletes szemet békés idejében látni, hogy azután tudni lehessen mit változtat a betegség rajta. Ajánlottam, hogy egyelőre folytassa a napi 0.4 chinint és a lepedőzéseket. Nemsokára megint jött, mert az előző estén megint jelenségei voltak. De már megint nyomtalanul eltűntek. Megegyeztünk, hogy hozzá fogok menni akármely időben, ha rohamja megjött.

November 18-dikán az ezen őszi 7-dik rohamját láthattam és azt leírom. A kérdéses bal szemén kis sugárpír és némi vénás érkoszorú, a csarnok szűkebb és vize zavaros, a szemesillag szövetelazult, a szembogár tágabb és lomha, a látóideg jól látható és élénk ütőeres lüktetéssel bír, a feszültség +1, Jaeger Nr. 18-at (?) is alig olvas a + üveggel. Ez tehát tisztán glaucomás roham vala. Azt rendeltem, hogy 2 óránként 1% os eserinoldatból csepegtessen, míg a roham véget ért, ha kell az egész éjjelen át, és mert este 7—8 óra volt, reggel izenjen hozzám. Egy csepp eserinoldat azonban a rohamnak már véget vetett, sőt egy napnál hosszabban tartó miosist tudott létrehozni. Ezt jó jelnek vehettem. Azontúl december 4-dikén, 18-dikán és folytatólag 1881. január 15-dikén voltak ugyanolyan rohamjai, melyeket egy-egy csepp 1% os eserinoldat prompte elvágott. A beteg aggódni kezdett jövőjéről, az operatiótól irtózott, gyógyszerert kért inkább, az eserinél és a szemlob rohamjaival az elbánást már eltanulta, de állandó eredményt követelt. Ráadtam magamat, hogy az iridectomiával várjak, és hogy próbául használtassak cseppeket naponként. Az eserin fájást okozván, azt rohamok idejére fentartottam ugyan, de rendszeren naponként egyszer pilocarpinum hydrochl. 0.02 ad aqua 6.0 = $\frac{1}{300}$ oldatból ebéd után használtattam. És ez brillánsan működött. A tél és a tavasz baj nélkül elmúltak. Nyáron Marienbadba küldtem, útra a napos pilocarpin mellett esetlegre eserincseppel is ellátva. De jól el is volt nélküle.

Őszön és télen 1881-ről 1882-be fordulólág néhány rohamja ugyan volt, de mindig oly röviden, hogy mitsem mutathatott belőlük. A látás mindig a régire visszatért. A pilocarpint a beteg kedvelte, az eserint megutálta. Magától rájött, hogy roham idején a pilocarpinból sürűen csepegtetni lehetne és ilyenkor 2-szer, legfeljebb 3-szor félóránként applicálva, mindig békét szerzett. Még egy tavasz és nyár elmúlt baj nélkül. A beteg áltatta magát, hogy glaucomája végleg gyógyulhat, sőt midőn az ősz, t. i. az október hónap sem hozott rohamot, elbizakodott és a pilocarpint rendetlenül, novemberben már épen nem használta, — vesztére!

Mert 1882. november 22-dikén vidéken járt, gyárat inspi-ciált, a ködben alkonyatkor egy gödröt nem látott meg, belebotlott, a jobboldali ezombesont nyaka eltörött. Ágyba tették, mozdulni sem tudott, álmatlan volt. És most bal szemén egy T + 3-os glaucoma roham jött meg. A pilocarpin és az eserin most eserbe hagyta. Nyakra-főre hazaszállították. November 25-dikén reggel 6 órakor engemet felzavartak, jöjnek, nagy baj van. Felejtethetlen jelenetben vettem részt. Zuzmarás ködös szürkületben a házához érve, épen nagy esődülettel vittek egy hevenyészett deszkaalkotmányt a lépcsőn fel, hat ember a vállán, benne a nyöszörgő patiens, körülötte a sürgülődő cselédség, a jajveszékélő rokonság, a vidéki és a fővárosi doktorok csapatja. Hamarjában eldőlt, hogy a szemmel nincs mit várni, iridectomia és majd később a ezombnak a gypszkötés kellene. Megtörtént. Minden jól végződött. Azontúl baj többé nem volt, csepp nem kellett, a látás a régiben megjött. Évek után sem volt többé változás. Másik szeme eltérő alkatú és E. lévén, nem félt, hogy azon glaucomája legyen.

Ha az eset részletein végig nézünk, kétségtelen, hogy a ezombtöres idegizgalmai váltották ki a heves glaucoma rohamot.

Szintúgy kétségtelen, hogy a pilocarpinnal különben sem lehetett volna az egyén vénkoráig boldogulni, hanem az iridectomiára előbb-utóbb rájött volna a sor. De az is kétségtelen, hogy a véletlen az iridectomiát a legválságosabb időben kényeszerítette fel, a mi nem történik vala, ha a pilocarpint meg egyezéstünk szerint derűre-borúra hűségesen folytatja. A pilocarpinnal el lehetett volna érni, hogy az iridectomiát ne a czombtöréses időben kelljen végrehajtani.

III. Az elmondandó esetben megbántam, hogy nem maradtam a hosszú ideig beváló pilocarpinnal, hanem hogy végre mégis iridectomiát végeztem.

G. Á., 63 éves nagybátyám, forradalmi bujdosó volt, hazajövet bámulatos nyelvismerteit hasznosította. Széles látókörű, finom műveltségű, kitünő jellemű férfi volt, de az élelmesség teljes hijával. Glaucomás bajának nem a klinikai részletei, hanem az egyéb körülményekhez csatlakozása a tanulságos. 1881. június 28-dikán beszélt nekem és általában orvosnak először szemeiről. Bal szeme 2-3 év óta megvakult, csendes glaucoma van rajta, T alig +1 és ez is csak néha, mély excavatio, külsőleg semmi kórkép. Jobb szeme néhány hónap óta néha elborul, +16-jával olvasni nem könnyen bír, láng körül gyakran színes karikát lát, T = n, pupillája rendes, látótere ép, E. v = $\frac{1}{6}$, +14-el J. Nr. 1 jól olvas, de a papillán mély épületi excavatio és a szélég erő gyenge glaucomás besüppedés mutatkozik. Beszéltem iridectomiáról és egyelőre egy ideig eserint, de mert ez fájást csinált, később $\frac{1}{2}\%$ -os pilocarpint 1-szer és 2-szer naponként használtattam. Ilyen módon a szemek nagyon jól megvoltak, 2 év hosszaiq épen semmi újabb jelenség sem volt. Meg lehetett volna így maradni továbbra is. „Quieta non movere“.

A beteg testileg hanyatlani kezdett, sokszor étvágytalan, álmatlan és néha mulólag apathikus lett. Kétségtelenül arteriosclerotikus volt. Egyszer apoplexia érte, de kevés hónap mulva kilábadt. Ekkorában tettem a fentebb elősorolt tapasztalatokat a II. számú esettel, aggodalmam támadtak: hátha gutaütött állapotban fog majd rájönni egy heves lobroham, és majd ilyen complicatióban kellend iridectomiálni. Meg kell előzni. Szorítottam az iridectomiájával. Legyen meg mind a két szemem, a vakon maradó bal szemem is, — nagyobb biztosítás okából, — úgyis egy kiheveréssel mehet mindakettő. „Nem könnyen adom bele magamat, de te tudod legjobban“ mondá a nagybátya.

Sok tétova után 1883. május 5-dikén az operálás megtörtént. Cocainozás akkor még nem létezett. A jobb szemem az excisio mintaszerűen sikerült, jól is gyógyult, de a visus a sebastigmatismus és a coloboma fényárasztása miatt a régi $\frac{1}{6}$ helyett csak $\frac{1}{18}$ tett ki és így is maradt. A vak bal szemem az excisio szintén széles lett, de a patiens egy nagyot szorítva, lenesekérget és üvegtestet nyomott elő. Kanállal a lenese magját kimártottam, ollóval a kilógó üvegtestet lecsaptam ugyan, de hosszas iridocyclitis plastica támadt, a seb helye behúzódott és nyomásra azontúl érzékeny maradt. A nyár eltelt reconvalescentiával, az őszön a látás a jobb szemem sem kényelmesen szolgált és a szellemileg még áldásos munkálásra képes férfiú visszavonulni és anyagilag is összehúzódni volt kénytelen. Egy év alatt újabb apoplexia érte, mely néhány hónap multán sirba vitte.

Ha ezt előre tudtam volna, jobb szemét sem operáltam volna, annyival kevésbé a balt. Hiszen a pilocarpinnal minden olyan jól ment volt. A bal szem operálása által okozott hosszas nyomorkodás nem lehetett ugyan az apoplexia direkt előmozdítója, de már hogy a betegnek utolsó életévét terhebbé, és valljuk be, szükségtelen módon terhesebbé tette, nem ismerhető félre. Manap ugyan ez a részlet az esetben már nem ad külön tanulságot, mert a cocainnal ez most másképen megy, és az ilyen esetekben ma is mind a két szemet operálni ajánlanám, hiszen végre is a lenese kiszorításának az oka maga a beteg volt, és ma nem is tenné. De azért mégis az eset azt tanítja, hogy a pilocarpinnal jól lehetett volna végesvégig húzni. Sőt ez az eset kiáltó bizonyosság lehetne a pilocarpin mellett és az iridectomiának addig, míg a visus teljes, halaszthatása mellett, ha ugyan a jövődöt elég valószínűség-gel megmondani lehetne.

IV. Az iridectomia nem pótolható ugyan kifejezett glaucomás esetekben a pilocarpinseppekkel, de az iridectomia sem teszi mindig feleslegessé a mioticumokat.

F. R.-né 1887 óta áll szemorvosi gondjaimban. Akkor 66 éves volt. Személyesen már sokkal régebb idő óta közlelő ismerem. Nevezetes rajta, hogy ő is úgy mint az ő összes vérrokonsága, nagyon puha falazatú és meglepő könnyen megbénuló véredényekkel bír. Ezért minduntalan kipirul: ha meleg szobába lép, ha váratlan vendég jön, ha levelet kap, ha valakit pirongatni kell stb. Vérpangásos állapotok nála sokszor makaeszkodnak. Kissé el is hizott, de fürgén mozog. 1887. márczius 4-dikéről a következőket találok naplómban följegyezve: néhány hete, hogy a bal szemem a látásnak nagyon rossz voltát észrevelte, ugyanis este szemei fáradtak voltak, nem régóta meglevő +2.75 D. üvegje kezdett elégtelen lenni, köd is borult szemeire, és a mikor a szemeket külön próbálgatta, a mondottaknak okát a jobb szemem rejtlőnek találta, mert a bal szem tudtán kívül már majdnem egészen vak volt. A jobb szemem van $\frac{1}{6}$ látás +0.75 D.-val, Nr. 1-et +3 D.-val jól olvas, a pupilla rendes, a papillán nagy gödör van, T +?, a látótér felülről kezdő szűkülésre gyanús. A bal szemem csak excentrikus helyen maradékos fénysejtés van, mély excavatio, de T + $\frac{1}{2}$?, és kívülről semmi jel sem árulja el a glaucomát. Tehát tiszta glaucoma simplex volt, csak a jobb szem jött már számba, és 1% pilocarpinoldatot 2-szer naponként használva, a továbbiak bevárása vált szükségessé.

Már rosszat sejték, mert a jókor fejlődő excavatiók esetei midőn a látás még teljes, rendszerint alattomos meneteli adáz glaucoma folyamatot jelentenek. És csakugyan felülről hegyesen lefelé nyúló látóterhiány és ennek mind lejjebb a centrumra tolakodása tette az esetnek veszedelmét az összes következő években. Mi mellett különösen a nyári hónapok hősege mutatkozott veszedelmesnek. Már az első 6 hét után április 14-dikén felül a látótér 35°-ra szűkült, májusban 30°-ra, júniusban 25°-re, júliusban 20°-ra, és midőn a veszedelmet jeleztem és az iridectomiát sürgettem, az innen támadt kedélyi lehangoltság kevés nap alatt 15° és 8°-ra vitte le ezt a látóterhiányt. Julius 23-dikán az iridectomia mind a két szemem megtörtént, a nő kitünően tartott és a kimetszés oly mintaszerűen sikerült, hogy még ma is akárkinek büszkeséggel mutathatom, épen 8 mm. széles, idealis alakú. Utána egy hónapra Marienbadba küldtem és kísértem.

A haszon nem teljes volt, októberben a látótér felül 10—12° volt, de centraliter $\frac{1}{6}$ visus és +2.5 D.-val Nr. 1 olvasása megvolt. Mostantól a látótér igen lassan fogyott, így télen 1888. február 1-én 6 méter távolból a falon, lehető finom leméréssel, az a felülről leszálló szűkület a centrumtól már csak 22—23 cm.-re volt. Ekkortól szakadatlanul télen 1% és nyáron 2% pilocarpinoldatot használtattam 2-szer naponként. Így az addig szembeötlő látóterfogyást nagyon meglassítani, de feltartóztatni még sem sikerült. 1889-ben a visus $\frac{1}{10}$ -re apadt és a látóterhiány felülről hegyesen épen a centrumig ért. 1892. nyarán és őszén még v = $\frac{1}{20}$ volt. Novemberben életére nagy gyász borult, az önfeláldozásig szeretett férje hirtelen elhalt. A következő hónapokban a centrumos látás, daczára a folyton használt pilocarpinseppeknek, elveszett és betüket a fali táblán már nem olvasott. 1893-tól máig az ujjolvasás 6 méterről 3 méterre apadt le és a felülről lenyomult látóterhiány hegye 10° ér a centrum alá.

Ezen menetele a bajnak világosan mutatja, hogy az iridectomia előtti romlás hamar, talán félév alatt juttatta volna oda, a hol ma, azaz 9 év után van. Továbbá mutatja, hogy az iridectomia lassított a bajon, de 1—2 év alatt így is megvakult volna. Végre, hogy a folytonos pilocarpinhasználat még jobban lassított a bajon és hogy főként ennek tulajdonítható, hogy az utolsó 6—7 évben még türhető látást élvezett és hogy még ma sem teljesen vak, hanem saját házában még egyedül járni-kelni képes. Ennyit biztosan szabad állítani. Subjectív meggyőződéseim azonban még többre is terjed, t. i. hogy a pilocarpin itt többet tett, mint egy esetleg ismételt iridectomia vagy sclerotomia tehetett volna. És a ki az utóbbiakat inkább ajánlotta volna, az sem állíthatna többet, mint hogy a fenforgó körülmények között a remedium aneeps lett volna.

(Folytatása következik.)

A genyes irido-chorioiditis meggyógyulása.

Dr. Imre Józseftől, Hódmező-Vásárhelyen.

A genyes érhártyagyulladás, akár ektogen eredetű, tehát sérüléseket követ, akár entogen, vagyis a genyesztő baktériumoknak a véráram útján oda jutását jelenti, pl. gyermekági láz eseteiben, mindig végzetes a szemre nézve. Ez a nagy veszedelmesség a látásnak, sőt a szem alakjának is megromlása, azoknak az eseteknek sajátsága, melyekben a klinikailag genyedő gyuladást jelentő kép részletei: a gyuladt szivárvány, elborult szaruhártya, vizenyös conj. bulbi, szintén vizenyős szempillák, a szemgolyó előre tolódása, megjelentek; hogy a szemgolyó áttörik-e vagy nem, mellékes dolog. Csak-hogy a genyes szivárvány-érhártyagyulladás elháríthatatlan rossz végződésének a genyeképződés tényén kívül valami sajátos, egyéb okának is kell lenni, két okból; először azért, mert a genyes gyuladások más testrészekben is, a szemben is, kórszövettanilag csak fokozatban eltérő fajtái a gyuladással infiltrációnak, vagyis kisebb fokaikon, a rendes állapot tökéletes visszatérését megengedhetnék, másodszer azért, mert az alább közlendő észlelet s néhány más azt mutatja, hogy bizonyos esetekben a genyes irido-chorioiditis tökéletes képét mutató megbetegedés egészen meggyógyulhat. Ez a meggyógyulás nemcsak a szem alakjára, hanem a látására is vonatkozik, s nem hasonlítható össze olyan esetekkel, mikor a már kiképződött tályog tartalma (pl. felette a bőr megégetése után) eloszlik, felszívódik, a mely esetben mégis roncsolódás, anyagvesztés, hegedés marad a helyén, bár nem a felszínen. A szem, mely az érhártya elpusztulása után nem láthat, s nem tarthatja meg alakját, ez a folyamat nem volna gyógyulás, hiszen ez történik a nevezett baj olyan, megvakulással végződő eseteiben, mikor a szemgolyóból genyedség ki nem ürül. Ha a genyes érhártyalob legmagasabb fokát a panophthalmitis fentebb elősorolt jelenségei mutatják, s ha mindezen jelenségek elenyészhetnek és a szem meggyógyulhat: akkor vagy nem tökéletes a körjelenségek magyarázata, a symptomatologia, vagy az érhártyai genyedésnek olyan sajátosságos fajtái is vannak, melyek folyamában épen maradnak a retina és érhártya fontos szövet-elemei, nem zsugorodik az üvegtest stb., tehát olyan dolgok történnek és maradnak el, melyeket a nevezett betegség kórtani ismerete szerint eddig nem gondoltunk. Úgy látszik, vannak olyan panophthalmitisek, melyek — az okozott baktériumok természeténél fogva — nem genyes, hanem sero-fibrinosus beszűrődéssel járnak. Ezt bizonyítják a következő észleletek.

*Morax*¹ egy 43 éves férfi történetét közli (Parinaud klinikájáról), ki 1895. márczius 13-dikán jelentkezett, a bal szem rossz látásáról panaszkodva; duzzadt, nehezen nyitható szempillák, kissé zavaros szaruhártya, erősen vizenyős kötőhártya, színevesztett, duzzadt iris, szűk láta, nem sok hypopyon a csarnokban, zavaros, át nem világítható üvegtest, fájdalmas szemgolyó, ezek voltak a látható körjelenségek. Ebből mindjárt megtették a diagnosist: genyes szivárvány-érhártyalob. A betegnek, ki különben egészséges, 26 éves korában volt az első, 41 éves korában második húgycső-blennorrhoeája, melyhez ekkor 3 hónapig tartó poly-arthritis csatlakozott; salicylsavas natron és salol nem érték semmit. 2 éven át néha volt fájása lába ujjában. Szűkülete és idült húgycsőfolyása van. Márczius 2-dikán kezdett, minden határozott ok nélkül rosszul látni a szeme; öt éven át nem aludt a fájdalmaktól, melyek enyhültek, de a látás nem javult. A bajt gonorrhoeás eredetűnek tartván, jó prognosist mondtak. Rendelés: Calomel belsőleg; atropin. Javulás gyors; az első vizsgálat utáni napon már javult a látás s a szem nem fájt, márczius 19-dikén: szemhéjak és kötőhártya vizenyője elmult, csekély szarukörülly belőveltség, pupilla tág, néhány synechia és festeny folt a tokon; a háttér megvilágítható, de elmosódott. Szemgolyó kissé érzékeny; ujjakat olvas 4 méterről. A kezelés csak atropinból állott; összesen 2×0.05 calomelt vett be. Márczius 23-dikán a látás $\frac{5}{35}$, április 6-dikán $\frac{5}{15}$.

¹ A propos d'un cas d'irido-choroïdite suppurative terminée par la guérison. Annales d'Oculistique, 1895. október.

A mult év elején s a megelőző évben a német szemorvosi irodalomban találkoztunk két hasonló észlelettel. Egyik *Rauschenbachtól* van,¹ a baseli egyet. szemkórház segédétől; ez az első ide vonatkozó közlemény. A beteg, 58 éves férfi 1893. január 11-dikén ment a klinikára; egy év előtt már volt gyuladása a jobb szemén, mely azóta rosszabbul lát. Gyakran szenved csúszban; január 2-dikán hideg helyen dolgozott s utána való éjjel heves fájdalma támadt a nyakában. Másnapra a szem fájt s dagadt volt, látása gyorsan apadt; fájdalma már 11-dike előtt 3 nappal kevesbedni kezdett. Beléptekor a szemhéjak igen dagadtak, rosszul nyithatók, a szemgolyó erősen előretolva. A conj. bulbi alól igen vizenyős; kisebb mértékben mindenütt. Szaru felhámja ép, szövete általánosan zavaros, kivált alól; csarnok mély, tartalma kissé zavaros. Szivárvány színe nagyon megváltozott, láza közép-tág, rendetlen alakú. A látásban szürke izzadmány, alól a csarnokban hypopyon. Szemtükörrel piros fény nem kapható; T +. Látás $\frac{3}{1000}$. Jó projectio. Kezelés: Erélyes, többször ismételt *scarificatio* a szemgolyó kötőhártyáján, sublimatos kimosás, meleg borogatás; éjjelre guttaperchás kötés. Két nap mulva látás $\frac{15}{200}$, három mulva az izzadmány kevesbedik, öt nap mulva hypopyon majdnem egészen eltűnik; 8 nap mulva látás $\frac{1}{5}$. Február 3-dikán (3 hét mulva) a szem halvány, láta alól nem tágul; látás $\frac{2}{5}$; II. 15-dikén $\frac{1}{2}$. Ezt az esetet közölje a kedvező lefolyáson kívül azért is nevezetesnek tartja, hogy a *kezelésnek*, egyszerűsége mellett is, ilyen gyors és szép eredménye volt; nem kevésbé érdekesnek találja a származást, mivel „hajlandó ezen esetben a csúzt tekinteni oknak s e mellett egyéb rheumás jelenségek közt a szemgyulladás kitörésével együtt járt *nyakfájást* („Rheumatismus des Nackens“, előbb: Nackenschmerz) hozza fel bizonyossággal. Hogy az izületi csúzhoz genyedő kórfolyamat csatlakozik, az ritka ugyan, de előfordul, pl. furunculok alakjában, valamint *Sahli* egy esete azt is bizonyítani látszik, hogy az izületi csúz oka genyesztő baktérium is lehet (staphyloc. pyogenes citreus). Szerzőnk hozzá teszi: „A staphylococcusok ismert változó mérgeességét tekintve ennek a genyedő érhártyalobnak magyarázatára meglehetősen mérges fertőző anyagot kell felvennünk, mely alkalmas volt megtelepedése helyén genyedést okozni. Ezt a szembajt esetünkben az izületi heveny csúz fertőző anyagának metastasisaként fogjuk fel s egyenlő jelentőségűnek tartjuk a rheumás mellhártyalobbal, szívbélés-gyuladással és pericarditissel“.

Ebben az esetben tehát figyelmet érdemel 1. a csúzos származás, 2. a gyorsan jóra fordult s zavartalanul haladó lefolyás, 3. hogy a közlő a conj. bulbi meghasogatásának stb. tulajdonítja a jó eredményt.

Harmadik eset a *Zimmermann* amerikai orvos közleményében van leírva.² Egy 29 éves canadai matröz 1894. október 15-dikén kereste fel a közlőt jobb szeme súlyos gyuladása miatt. A betegnek háromszor volt gonorrhoeája; a második után heves izületi csúzt kapott térdében, lába tövében, vállában stb., a mi $4\frac{1}{2}$ hónapig tartott; az utolsó kankó ismét 8 heti csúzos bajt okozott. Jelentkezésekor még szűkületei voltak. Szembaja október 10-én kezdődött; másnap a szempillák dagadtak voltak, a szem könyezett, fájdalmaitól aludni nem tudott. Mikor Z. látta, a jobb szemét nem tudta kinyitni, az egész conj. bulbi nagyfokú vizenyőt mutatott véres suffusióval; a szaru kissé zavaros, szivárvány szint hagyott, láta szűk volt s ebben szürkés izzadmány; a csarnokban kevés hypopyon. Látás: kézmozgatást vett észre. Azonnal kapott egy sublimat-fecskendést a kötőhártya alá. Másnap a javulás feltűnő volt, de 18-dikán nagy rosszabbodás támadt, talán meghülés miatt; friss izzadmány a látásban, chemosis nagyobb stb. Ezután november 4-dikéig összesen 11 befecskendést kapott, s fokozatosan javulva, december 8-dikán már teljes látóképessége volt. Ebben az esetben a szem *kidülledése* soha sem volt jelen; a kezelésben eleinte a salicylsavas natron is szerepelt.

Ehhez a három esethez egy *negyediket* csatolok én, a magam gyakorlatából.

B. úr, jelenleg 40 éves földbirtokos, erőteljes szervezettel birt; némi ideges szívműködésbeli zavarokon kívül komolyabb baja alig volt, genitalis szerveinek soha sem volt baja.

¹ Klin. Monatsblätter f. Augenhilf. 1894. szeptember.

² Klin. Monatsblätter f. Aug. 1895. Febr. 45. 1.

1891-ben idegrendszere valamely okból megrendült, súlyos neurastheniába esett, hideg vizkurát használt egy osztrák fürdőben; meglehetősen javult. 1892. szeptemberében hosszabb időzést után egy hideg pinczében igen heves izületi csúzt kapott, mely főleg a két térdben és boka-izületekben fészkelte, de a későbbben és vállakban is fennállott egy ideig. A rheumás baj igen makacs volt, feltűnően kevés haszna volt a salicylsavas natronnak s a lefolyás közben eredménytelen maradt a pilacorpin befeccskendezése is. 1893 tavaszáig igen gyenge hasznú kezelés közben telt az idő; majdnem öt hónapig feküdt ágyban. A fekvés első időszakában feltűnően javult az idegzet állapota s a csuklóival sokat szenvedő beteg apránként hizni kezdett.

1893. június első hetében tört ki a *bal* szemnek (ilyen okból előzetesen addig ismeretlen fokban heves) *iridochorioiditis*. Megemlítem, hogy a *jobb* szem évek előtt történt sérülés miatt keveset látott s lencsehomályok miatt, melyek tömörülnek, ma még kevesebbet lát, e mellett a rheumát megelőzőleg már iritis recidivansban szenvedett. A *bal* szem megpirosodott, könnyezett, minden kimutatható alkalmi ok nélkül, s 2 napi izgatottság után, nagyon heves fájdalmak közt kifejlődött egy panophthalmitis teljes klinikai képe; a baj 6 dlk napján a vizenyős, vörös szempillák mögött zavaros volt a szaru, körül vizenyős a conj. bulbi, mely mindenütt reá feküdt a szarura, bolyhos az iris, atropintól sem tágult a láta, az üvegtest egészen el volt sötétedve, s a mi legfőbb: megjelent a protrusio bulbi. Ez az állapot, melyet a szaru felső szélén megjelent széles udvarú, sarló alakú fekély (a chemotikus kötőhártya alatt) kétségbeesztően complicált, mintegy két hétig állott fenn s igen lassan változott meg; a kötőhártya és szempillák vizenyőssége mult el először, majd tisztult a szaruhártya s javult a látás, mely hosszú ideig csak kézmozgás észrevételeiből állott. Augusztus 15-én, mikor a beteg Pöstyénbe utazhatott, látása $\frac{5}{10}$ volt, de az üvegtest még czafatos, a lencsetok a látásban vékony lerakódással fedett, s a szemgolyó néha még fájdalmas volt.

A két hónapig eltartó kezelésnél felhasználtam mindent s mint a lassú javulás is mutatja, különösebben nem dicsérhetek semmit; salicylsavnak, higanyos kenőcsnek feltűnő befolyása nem volt; lényegesebb hatása volt a pilocarpinnak s a morphium-befeccskendéseknek; úgy tűnt fel, hogy az utóbbiak után egy időre, a fájdalommal együtt, a gyuladás jelenségei is enyhültek.

A beteg 1893 őszén határozott meghülés után, mely feje bal oldalát érte, kisebbszerű iritis-recidivát kapott, mely pár hétig tartott. A visszamaradt, az egész látószélt letapasztó synechia miatt 1894 tavaszán *szivárvány-metszést* végeztem s azóta a szem nyugodt; most látása $\frac{5}{5}$. Néha érzékeny a szem világosságra s egy izben bántó légy-látása volt hosszabb ideig, de az üvegtest tiszta s az opticus is némi halványságtól eltekintve, rendben van.

Felteslegesnek tartottam ez esetet részletesebben írni le; arra a mit belőle következtetni akarok s a megelőző esetekkel való összehasonlításra elég ennyi.

Először is az a megjegyzésem, hogy ez a négy eset nem egyenlő fokú megbetegedés; kettőben (Rauschenbachéban s az enyémben) protrusio is volt, a másik kettőben biányzott. Hasonlóul igen különböző a baj tartama: leggyorsabban javult a R. súlyos esete, legtovább tartott az enyém. Másodsor: két esetben volt gonorrhoea, kettőben nem, ha tehát Morax az ily meggyógyuló súlyos iridochorioiditiseket a jóindulatú gonococcus-fertőzésből származottnak s lényegileg azonos aetiologikus alapon állóknak gondolja, határozottan téved; semmi oka sincs gonococcusokat gondolni a baseli eset előidézőinek s én határozottan állítom, hogy a közölttem esetben ezekről szó sem lehet. De harmadszor: meg vagyok győződve arról, hogy e négy esetben a *kezelés* valóban nem sokat tett az eredmény kieszközlésére.

Legfőbb tanulsága ezen eseteknek az, hogy bizonyos esetekben a szivárvány-érhártyagyulladás a panophthalmitis képét öltheti, a nélkül, hogy valódi genyedés vagyis tályogképződés járna vele. Véleményem szerint még e négy eset legsúlyosabb-

jában sem lehet szó arról, hogy a baj kórboneztani lényegét az igazi chorioiditis suppuratívával egynek vegyük. Csak annyit mondhatunk, hogy bizonyos sajátos okokból (sajátos fertőző anyag hatása alatt) fejlődő belső gyuladások a szemgolyó egész belsejét, sőt a Tenon-tokot is megtámadhatják, a nélkül, hogy tályogszerű genyedség képződne s a szemgolyó elpusztulna, mert épen a gyuladást okozó baktériumok nem a súlyos genyedést okozó fajokhoz tartoznak. Ennek a véleménynek támogatására felhozhatom a szemgolyó általános bujásenyves gyuladásának eseteit, melyekre Hirschberg a „panophthalmia syphilitica“ elnevezést ajánlja, ezek szintén egészen meggyógyulhatnak, kellő gyógyítás után a genyedést nem okozó, specíficus fertőzés természeténél fogva.

De végül az a kérdés merül fel, hogyan különböztessük meg idejekorán s hogyan nevezzük meg az ilyen eseteket, hol a szem elgenyedésétől, a súlyos jelenségek mellett sem félhetünk? Akárhogy, csak a „genyedő érthártyalobnak“ ne nevezzük. A leírt 4 eset egyikében sem volt igazi genyedség; a zavaros esarnokviz és a hypopyon vagy ehhez hasonló üledék nem jelent ily sokat; a hypopyon jelentősége nem ugyanaz a szaru sebje és fekélye mellett, mint egy ilyen iritis esetében. Belőle, jól tudjuk, semmit sem következtethetünk az érthártya állapotát illetőleg. De ha a szem belsejében tömeges, már el nem oszolható genyedség van jelen, vannak más jelenségek, melyekből *csalhatatlanul* következtethetjük a szem elpusztulását: a szivárvány vastag beszűremkedése (megfelelő szenyes szűrőkés színezete), benne vérömlések megjelenése, s a csarnok megszőkülése. Igaz, hogy ezek nem mindjárt az első napokban mutatkoznak, de az igazi suppuratív érthártyalob esetében nem sokáig váratnak magukra.

Ugy gondolom tehát, a jóindulatú esetek jelzésére legalkalmasabb az „iridochorioiditis rheumatica, syphilitica, gonorrhoeica“ stb. elnevezés s legjobb különbséget tennünk a „panophthalmitis sicca“ és a „suppuratio bulbi“ között és nem kecsegtetünk magunkat azzal, hogy az igazi genyedő érthártyalob meggyógyulhat, mindaddig nem remélhetjük, míg *ilyennek* esetét nem látjuk. Mert a közöltek *nem* ilyenek.

A budapesti egyetemi szemklinikán végzett legutolsó 300 Graefe-extratio eredménye.

Közlő: Blaskovics Fridolin dr., szemklinikai tanársegéd.

Az utóbbi időben mindinkább kezdik az operateurok a kerek pupillás methodusokat elhagyni, s az extractiókat iridectomiával végezni. Hogy ezen törekvés az eredményekben, illetőleg a veszteségek csökkent számában erős alappal bír, bizonyítja a következő kimutatás is.

Statistikánk az egyetemi szemklinikán *egyfolytában* végzett, 300 Graefe-féle hályogműtétről szól, melyeket az utolsó 15 hónap alatt végeztünk: 1895. április végétől 1896. július végéig. A kimutatásban benne vannak azon műtétek is, melyeket Schulek tanáron kívül, a tanársegédek és gyakornokok végeztek. Csak nem complicált — bár különböző stadiumban levő — hályogok foglalnak helyet statistikánkban; megjegyzendő azonban, hogy valamely hályog complicált voltát *sohasem a műtét után ítéljük meg*.

A táblázat különben a következő:

Hályogalak	Összes műtét	Műtét lefolyása			Gyógyulás merete					Sok hályogmaradék	Iridencleisis	Utókezelés napjainak átlaga	Eredmény		
		Üvegtest előesése	Kanálazás	Lencse tokostól kibozva	Szerepedés	Pupilla cornene	Iritis	Irido-chorioiditis suppurat.	Cornea elgenyedése				I. II. III.	v = $\frac{5}{5}$ — $\frac{5}{7}$	v = $\frac{5}{7}$ — $\frac{5}{10}$
Cat. mat. ...	190	10	6	1	20	7	4	—	—	3	1	11·5	158	32	—
Cat. ndum. m.	76	4	—	—	8	3	2	—	—	3	—	12·5	68	8	—
Cat. hyper-m.	34	1	—	5	1	—	—	—	—	—	—	10·9	32	2	—
Összeg ...	300	15	6	6	29	10	6	—	—	6	—	11·7	258	42	—
%	—	5	2	2	9·66	3·33	2	—	—	2·0	—	3·33	86	14	—

Ezen adatokból csak a legfontosabbakat bátorkodom néhány szóval kiemelni, minthogy a műtétek száma ahhoz képest igen csekély, hogy azokból nagyobb horderejű következtetésekre jussunk. Különösen, ha tekintetbe vesszük, hogy e lap hasábjain az egyetemi szemklinikáról jóval nagyobb számú műtétről — 10 évi anyagról — történt már kimutatás.¹

A műtétek lefolyása alatt történt complicatiók közül kiemelendő, hogy üvegtest-előesés 5%-ban történt, a mi kevesebb, mint *Isssekutz* említett kimutatásában (6.74%). Ezen számban benne foglaltatik 5 eset, melyekben a hályog kikaulazásakor esett üvegtest elő. Egy exococheatio üvegtest-vesztés nélkül sikerült.

A gyógyulás menetében feltűnik az aránylag nagy számú (9.66%) sebrepedés. De meg kell jegyezni, hogy ezek közé a legkisebb fokúakat is soroltam, olyanokat, melyek komolyabb következménnyel nem jártak. Erre utal az is, hogy a vér utólagos kieresztésére, mire a beavatkozás veszélytelensége miatt aránylag elég sokszor vállalkozunk, csak 3.33%-ban volt szükség. Az ilyen sebrepedések után is sokszor került az eset látáseredmény szempontjából az I. rendűek közé, annak dacára, hogy a betegeknek klinikánkon való tartózkodását az ilyen complicatiók alig 1—2 nappal hosszabbították meg.

Iritis csak 2%-ban fordult elő, s valamennyi enyhe lefolyású volt. Olyanok, a melynek egyszerűen mydriaticummal való kezeléssel nyom nélkül, vagy esetleg 1—2 finom synechia hátrahagyásával gyógyulnak. Súlyosabb következménnyel (occlusio) egy sem járt. *Iridochorioiditis suppurativa*, vagy *cornealis genyedés sebinfectio* következtében egyszer sem fordult elő.

Sok hályogmaradék szintén csak 2%-ban volt jelen, ide azonban csak azon eseteket vettem be, melyeknél az a látást számbavehetően csökkentette. A coloboma száraz csak egy esetben nem voltak teljesen kifogástalanok; itt is csak az egyik szár húzódott a sebhez, s e mellett a hegedés dombosságot nem mutatott. Megjegyzem, hogy iriskimetszéseink mindig két ollócsapásra történnek, s a száraz utólagos repitioja egyszer sem volt szükséges.

A mi a látáseredményeket illeti, ezek így oszlanak meg: I. rendű eredmény 86%, II. rendű 14%; veszteség: 0. De még ezen arány is idővel lényegesen megjavulhatott, minthogy az ápolási idő átlaga csak 11.7 nap volt; a látásvizsgálat pedig az elbocsátás napján történt. Későbbi vizsgálatot csak elvéve végeztünk, minthogy betegek legnagyobb része vidéki. Valahányszor betegek a másik szem operálása végett újlag jelentkeztek, mindannyiszor a látásélesség lényeges megjavulását tapasztaltuk.

Általában véve mondhatjuk, hogy az iridectomiával végzett hályogműtét kellő gondosság és asepsis mellett úgy szólván veszélytelen beavatkozás.

A tanuló ifjúság szemének védelméről.

Béla Pál, dr. szemorvostól Budapesten.²

Az iskola magasztos hivatása: a kultura terjesztése közben ne veszítse szem elől ama nagy feladatot, hogy a tanuló gyermekek sem szellemi, sem testi erejét túlságosan meg ne terhelje.

Kötelessége az iskolának arra is ügyelni, hogy a tanulók úgy szellemben, mint testben megizmosodva, tökéletesebbé válva kerüljenek ki falai közül. Annál inkább őrizkedjék mindattól, a mi által egy nemzetnek reá bízott legnagyobb kincsét, jövőjét: a nemzet ifjúságát akár szellemi, akár testi épségében és képességeiben meggyengítve, megcsorbítva bocsátaná ki az élet küzdelmeinek porondjára.

Míg az, hogy az ifjúság elméje az ismeretszerzés fáradságos

¹ *Isssekutz*: „A hályogoperatiók körül szerzett tapasztalatok 1880—1891-ig.” Szemészet. 1891.

² Előadta a II. országos és egyetemes tanügyi congressus isk. egészségi szakosztálya 1896. július 4-diki ülésén.

munkája után megélesedett, fegyelmezett gondolkodásává válják: a *paedagogia* feladata: arra, hogy testben ne elesenevszve, hanem megerősödten, munkabíróan hagyja el az iskolát: az *iskola hygiene* törekszik. Hogy ezen felfogás mennyire hódított tért az intéző körökben, bizonyítja ama mindinkább fokozódott gondoskodás, mely újabban az iskolák építésénél mutatkozik, midőn palotákat emelnek — és méltán — az iskoláknak és midőn azok berendezésénél a hygiene követelményeit mindinkább szélesebb téren juttatják érvényre. Hiszen szembeszökő a haladás, ha összehasonlítjuk az újabb iskolákat, azok berendezését amazokkal, melyeket saját iskoláskori emlékeinkből ismerünk.

Midőn arról van szó: az iskolás gyermekek egészségét megóvni, *elejét venni* mindama ártalmaknak, melyeknek a tanuló az iskola sajátos viszonyai következtében ki van téve, természetesen, hogy első sorban azokra ruházandó ez a feladat, kiknek ez a hivatása az egész életen át, értem az orvosokat.

Ezen felfogás helyességét igazolja a mérvadó körök azon intézkedése, melylyel az iskola-orvosi intézményt megalapították; s bár ezen intézmény még általánosítva nincs, bár még tökéletesebbé nagyon is rászorul és hatáskörére nagyon is szük, mégis jótékony befolyása következtében mindinkább tért hódít.

Az orvosi tudomány mai bámulatos haladását, melyet a betegségek felismerésében és gyógyításában elért, túlszárnyalják azon sikerek, melyeket a betegségek meggátlásában felmutathat, azok kifejlődésének elhárításában; és ha áldást hozó, a midőn az *egyedeknek* adja vissza az egészséget és azokat a nemzet munkásságának, mennyivel magasztosabb a működése, midőn a hygiene praeventiv intézkedése által az *összeséget* menti meg a megbetegedéstől, a nemzeti munkaerőt óvja meg a csökkenéstől, megtanítva felismerésére és kikerülési módjára amaz ártalmaknak, veszélyeknek, melyek levegőjét, falát, ételét, lakását, környezetét stb. megfertőztetik. Ilyenmü az iskolaorvos működése is, egy egész nemzedékre, a tanuló ifjúságra kiható.

Jelen előadásom feladatául is, tisztelt szakosztály, ama ártalmak megvilágítása tüzetelt ki, melyek az iskolában a tanulók szemét fenyegetik és melyeknek elejét lehet venni, ha az orvosi vizsgálat megfelelő intézkedések szükségességét kideríti és azokat fogantatosítja.

Miután az iskolai rövidlátásról ugyancsak e szakosztály elé külön előadás jelentetett be, ettől eltekintve tárgyalni szándékozom látószervünk egyéb idetartozó működési rendellenességeit; a különféle ragályos gyuladásokat, az ezek elleni óvintézkedéseket és végül ama következtetéseket, melyek ezekből a tanulók jövőjére, illetve választandó életpályájára nézve vonhatók.

Tárgyalásom alapjául amaz adatokat fogom venni, melyeket az előjáróság és igazgatóság szíves engedelmével a budapesti izr. hitközségi elemi és polgári iskolák tanulóin megejtett vizsgálatok alkalmával találtam. Ezen vizsgálatok czéljából megadott szíves engedélyért e helyen is köszönetet mondok.

Az iskolás gyermekek nemcsak szembájának, hanem egyéb betegségeinek egy nagy sorozatát a *túllátóság* okozza. Ennek magyarázatául röviden a túllátóság mibenlétét kell fejtegetésem tárgyává tenni.

A normalis szerkezetű szem nyugalmi állapotban akkor van, ha távolba néz, vagyis a távoli tárgyakat tisztán látja, ha nyűgszik; s ha közeli tárgyakat akar megnézni, úgy hogy tisztán lássa, a szem fénytörő képességét bizonyos izommunkával nagyobbitani kell, hogy a közel fekvő tárgy képe is pontosan vetítessék az ideghártyára.

Ezen a szem által végzett munkának neve: *alkalmazkodás*.

A túllátó szem azonban szerkezeténél fogva már akkor is kénytelen ezen munkát végezni, ha távoli tárgyakat akar tisztán kivenni; annál fokozatosabb munkát kell tehát végeznie, annál inkább kell alkalmazkodását megerőltetnie, ha közelre akar nézni.

Már most, ha a túllátás kiskokú, a fiatal gyermek aránylag könnyen végzi ezen alkalmazkodási erőlködést; legalább egyelőre minden rossz következmény nélkül órákig is tud olvasni, írni, rajzolni, kézi munkát végezni, szóval iskolai kötelességeinek megfelelni; miután azonban a növekvő korról rohamosan fogy az alkalmazkodási képesség, néhány év múlva a szem csak tetemes

megerőltetéssel végezheti munkáját, végre kifárad és a tanuló kénytelen abbahagyni egy időre foglalkozását, míg a szem kipihen.

Természetesen sokkal korábban jelentkezik eme tünet, ha a túllátóság nagyobb fokban van jelen.

Ezen állapot következménye a legkülönbözőbb alakban nyilvánulhat; a gyermek a nagyfokú erőltetés miatt folytonos fejfájásban szenved, elveszti kedvét a tanulástól, szemei kivörösödnek, gyuladtak lesznek és ha erre kedvező feltételek vannak, kancsallá lesz, a mi pedig rendszeren a kancsal szem látásának gyengülésére vezet.

Mindezen tünetek a tanév végén legkifejezettebbek; míg a szünidő alatt, midőn a gyermekek kipihenve kezdik meg az új tanévet, tetemesen javulnak, sőt részint el is mulhatnak.

Míg a rövidlátót rossz látása kényszeríti szakorvos tanácsát kikérni, addig a túllátó, miután különben jól lát, évekig is küzdhetik ezen bajokkal, a nélkül, hogy az alapokat felismerne; ezért szükséges a tanulók szemeit megvizsgálni és megfelelő szemüveggel vagy egyéb rendszabálylyal — ott a hol kell — eme ártalmak kifejlődését megakadályozni.

Az általam megvizsgált összesen 563 tanuló közül rendszeren látó szeműeket 51·6%-ban találtam, míg túllátó szeműeket összesen 45·4%-ban; az egyes osztályokban ezen arány még kedvezőtlenebbül alakul, így az V. osztályban a túllátók száma a tanulók 47·9%-át teszik ki, az I. osztályban 48·1%, a II. osztályban 50·3%-át, sőt a III. osztályban a tanulók közül 51·6% túllátó volt; tehát a tanuló gyermekek számának mintegy fele, kellő óvintézkedés nélkül fel nem ismert állapotukkal a legkülönbözőbb kisebb-nagyobb, de mindig zavaró bajoknak van kitéve; és meg is felel ezen arányszámnak a talált gyuladós betegségek száma; olyan gyuladásoké, melyeket a túllátóság részint egyenesen létrehoz, részint fellépésüket elősegíti.

A kötőhártya egyszerű és hólyagesás hurutját és pillatúszó gyuladást a legkülönbözőbb alakban az összes gyermekek 19·1%-ában constatáltam; tehát majdnem minden 5-dik gyermek; ezen arány is kedvezőtlenebb az egyes osztályokban, így az I. osztályban 27·1%-ot, a III. osztályban 24·3%-ot ért el.

Kancsalságot leginkább az egyik szemén és pedig állandó és viszonylagos kancsalságot az összes tanulóknak 4·7%-ában találtam, míg egyes osztályok szerint ezen arányszám 2·2%—5·9%, sőt 16·1% között ingadozott és épen a legmagasabb osztályban, a VI-dikban volt a legtöbb kancsalszem; világos bizonyítéka annak, hogy a 6 éven át tartó nyomorgatásra miképen felel a szem. A kancsalság fontossága pedig nem abban áll, hogy az arczkifejés rúdul, hanem mert a kancsal szem a közelre való nézésnél nem működik közre és lassanként látóképességét majdnem teljesen elveszti. Voltak olyan szemek az általam megvizsgáltak között, melyek csak 1 méternyire ismerték fel azt a betűt, a melyet hetven méternyi távolságról kellett volna felismerniök.

Ezen számok azt hiszem minden érvelésnél meggyőzőbben teszik nyilvánvalóvá a szemvizsgálatok *szakszerű* megejtésének szükségét; a mellett tekintetbe veendő, hogy ezen adatokat fővárosi iskolában találtam, pedig itt bőven van alkalma még a legszegényebbnek is a számtalan nyilvános gyógyintézetben ingyen szakorvosi tanácsot nyernie és a mely iskolának derék lelkiismeretes tanítói kara és igazgatósága valóságos atyai gondoskodással örökdió a tanulók jóléte fölött, a minthogy szemorvoshoz utasítottak tényleg minden gyermeket, a kinek szemein valami gyanusat észrevettek. Persze azok, a kiknek szemein kívülről semmit sem lehet látni, tovább bajoskodnak és még jó, ha legjobb akaratuk mellett sem tudván megfelelni teljesen kötelességeiknek, nem mondják reájuk, hogy hanyagok, figyelmetlenek, hanem azt: hogy verszegények, idegesek; mert ez az a nagy kalap, a mi alá mindent szeretnek szorítani; mert hisz oly kényelmes, igaz legtöbbnyire találó is.

A tanítótétel nagy figyelméről is tanuskodik, hogy a *trachomások* száma nem volt nagy; összesen 1·2%-ban találtam az 563 tanuló között és ezek mind orvosi kezelés, illetve felügyelet alatt állottak.

Természetesen itt is csak azokat küldhették orvoshoz, kiken a betegség meglátszott; de miután a trachoma már akkor

is fennállhat és fertőzhet, midőn még alig tűnik fel külsőleg, szükséges a tanulók szemeit időnként megvizsgálni, még pedig két okból: egyrészt, hogy a tényleg fertőző szembetegek az iskolából kitiltassanak, másrészt azonban, hogy a nem fertőző bajban szenvedő szembetegek — ha különben szabad iskolába járnók — ne zavartassanak ok nélkül tanulásukban és az iskola látogatásában.

Vizsgálataimat a tanulók látóélességére is kiterjesztvén, találtam, hogy az összes tanulóknak csak 60·3%-a volt teljes látóképesség birtokában; már 25%-a a tanulóknak nem rendelkeztett ennyivel, bár még mindig elegendő látóképességük bármely munka vagy foglalkozás részére.

A tanulók 15%-a azonban ennél sokkal kevesebb látóélességgel bírt és pedig mintegy 13%-a a rendes látóélességnek felével, illetve $\frac{1}{3}$ -ával kénytelen beérni, míg 2%-nak még ennél is kevesebb volt a látása; ezeknek a rendes látóélességnek $\frac{1}{4}$ -e, sőt egy tizede volt csak meg. Pedig ezen összeállításban mindazokat, kiknek két szemén különféle látóélességük volt, a jobbik szemük szerint osztályoztam, mert különben még kedvezőtlenebb arány mutatkozott volna.

T. szakosztály! Előadásom bevezetésében kiemelttem az iskola ama feladatát, hogy a reá bízott értékes anyagot ne elgyengülve, hanem úgy szellemileg, mint testileg megerősödve bocsássa ki az életbe; előadásom folyamán törekedtem rámutatni, ama veszélyek egy részére, melyek a gyermekek szemeit fenyegetik és melyek elhárítására óvintézkedések okvetlen szükségesek, most pedig elértem előadásom második tárgyához, szíves figyelmüket ama jótékony befolyásra felhívni, melyet az iskola egy nagy socialis kérdésben: a *pályaválasztás* kérdésében gyakorolhat.

A pályaválasztás ugyan sok minden körülménytől függ, melyek között egyéni hajlamnak, családi és társadalmi összeköttetéseknek és igen gyakran a véletlen sorsnak rendkívül nagy a befolyása, mindazonáltal hálával és örömmel fogadnák a tanulók hozzátartozói azt az útmutatást, melyet az iskola adna, megjelölve, hogy látóélességüknél fogva mely pályára volnának képesek és melyekre nem az iskolát elvégzettek.

Mert míg az általam talált 85%, illetve 60·3% és 25% szeműek bármely pályára alkalmasak, nyilvánvaló, hogy a másik 15% már nem igen boldogulhatna oly pályán, mely a látóélességtől többet követel. De ha az említett második csoport, a mely a tanulók 13%-át teszi ki, nem is válhatnék jó graveur, lithograph, órás, mérnök, himző stb., még igen jól megállja a helyét mint szabó, betűszedő, könyvkötő, orvos, tanár stb., míg ellenben a legrosszabbul látó 2% számára inkább oly foglalkozás való mint: fűszeres, sütő, gazdász, kertész, vendéglős, szakácsnő, házvezetőnő stb.

Másrésztől meg olyanoknak, kiknek csak egy szemük lát jól, miután erre jobban kell vigyázniok, nem tanácsos a szemet sérüléssel veszélyeztető munkával foglalkozniok, mint kovács, vasesztergályos, kőfaragó, géplakatos stb. stb.

Ha az iskola ily útmutatással megakadályozná, hogy valaki oly életpályát válasszon, melyen nem megfelelő látásánál fogva nem állhatja ki a versenyt a természettől jobban megáldott társaival szemben, hanem oly pályára tereli, a melyen már teljesen megállhajtja helyét: magasztos hivatása áldásthozóvá lesz az egész társadalomra.

Ajánlom határozati javaslataim elfogadását:

Határozati javaslat.

1. Az iskolás gyermekek szemei minden év elején megvizsgálandók fénytörésük (rövidlátás, túllátás stb.) és látóélességükre nézve.

A szem látóélessége ugyanis veleszületett vagy szerzett betegségek következtében a szem rendes fénytörése mellett is oly rossz lehet, hogy ugyanazon elbírálás alá esik, mint a rövidlátás, ugyanolyan tekintetbevétel igényel arra nézve, melyik padban üljön a gyermek, esetleg mely tantárgyak (rajz, kézimunka stb.) alól mentendők fel.

2. Az iskolás gyermekek szemeinek megvizsgálása látóélességükre nézve szükséges továbbá minden iskolaév végén vagy legalább a legfelsőbb osztálynak elvégzése után.

Tekintve ugyanis azon tudvalevő tény, hogy a különféle életpályák különböző látóélességet igényelnek (mérnök, betűszedő, géplakatos stb. csak jobb és teljesebb látóképesség mellett boldogulnak, mint pl. kereskedő, földműves), a tanulóknál talált vizsgálati eredmények fontos és biztos útbaigazításul szolgálhatnak a választandó életpályára nézve.

3. A gyermek látóképessége, továbbá nagyjában azon életpályák, melyekre ennél fogva alkalmasabb vagy a bizonyítványban magában vagy egy ahhoz mellékelte külön iratban adandó a szülők tudtára, különösen az elemi és közép polgári iskolák legfelső osztálya végén.

4. Ezen vizsgálatokat végezze és útmutatásokat adjon egy ezzel állandóan megbízott szemorvos.

Úti levél.

Épen nyolcz éve, hogy e folyóirat hasábjain külföldi utamon szerzett tapasztalataimról beszámoltam. Azóta a szemorvoslás tudományában nem történt ugyan sem korszakot alkotó felfedezés, az oktatásügy terén sem változtak lényegében a viszonyok, mégis szükségét éreztem annak, hogyha nem is hosszabb időre mint akkor, hanem legalább pár hétre külföldre utazzam. Más államok tudományos fejlődésének ismerete nemcsak megóv az elmaradástól, hanem az önálló munkálkodásra önbizalmunkat is növeli.

E kettős eredményen kívül nem jelentéktelen ama szolgálat sem, melyet hazánknak a külföld tudományos embereivel való személyes érintkezés által tehetünk. Sajnos úgy politikai, mint társadalmi, valamint tudományos életünkről még mindig teljesen ferde nézetek uralkodnak. A nyelvi különbség, vagy a külföldre gyakrabban utazó honfitársak mulasztásai vagy a nemzetiségek ferdítései okozzák-e azt, hogy a szellemi aristokratia legkiválóbb képviselői sinesenek viszonyaink felől tájékozva? Pedig nyugodt lelkiismerettel mondhatom, hogy a hol csak jártam, mindenütt meleg érdeklődést, őszinte rokonszenvet találtam. Az észak németek osztrák ellenes érzelmei csak növelik irántunk érzett rokonszenvüket, s midőn nem csekély kárörömmel nézik az egykor hatalmas bécsi orvosi iskola hanyatlását, örömmel hallanak a budapesti egyetem fejlődéséről.

Ama rövid idő alatt, mely rendelkezésemre állott, természetesen kizárólagosan saját szakomnak, a szemészetnek gyakorlása és tanítása érdekelhetett.

Németországban ma már misem árulja el a küzdelmet, melyet a szemorvoslás tudománya függetlenségeért s önálló tanárszékért majdnem egy évszázadon át folytatott. Ha az ember a tanítás és tanulás intenzitását látja, el sem hiszi, hogy a nagy Graefe nem kaphatott rendes tanszéket, s hogy szűkebb hazájában, Poroszországban csak 1873-ban nevezték ki a königsbergi egyetemre az első rendes szemészettanárt. Az utolsó negyedszázad alatt majdnem mind a 20 német egyetemen 40—60 ágyas új szemklinika épült; tantermeket, laboratóriumokat, járó betegek számára szolgáló helyiségeket rendeztek be, s a szemészetet az államvizsgálat kötelező tárgyává tették. Így azután a hallgatóság is megszokta, hogy a szemorvoslás tudományát ne tekintse többé specialitásnak, hanem a többi klinikai tárgy egyenrangú tárának.

A tanszabadság a tanítási módokban a legnagyobb eltéréseket is megengedi, mégis a 2 főirány: az elméleti és gyakorlati képzésre helyezett főszűly szerint szembeszökő.

Előbbi irányzat feje: *Leber*, utóbbi — már koránál s multjánál fogva is — *Schweigger*. Az oktatás szolgálatában a rendes tanárokon kívül a rendkívüli tanárok és magántanárok egész serege áll. Ennek következtében a lefolyt nyári félévben a 20 egyetemen 40 tanerő 103 collegiumot hirdetett. Magában Berlinben, hol az orvostanhallgatók összes száma 1118 volt, 1 rendes, 4 rk. és 4 magántanár 14 collegiumot adott elő.

A szemészetet majdnem mindenütt mint féléves tárgyat adják elő, de a hallgatóság az úgynevezett klinikai előadások látogatása előtt a vizsgáló módszerekben és pedig épen úgy a látásvizsgálatokban, mint a szemtűkrözésben külön collegiumokban jelentékeny jártasságot szerez.

A szemoperálásokat azonban csak facultative hallgatják,

mivel nem képez vizsgálati tárgyat. Csak kevés helyen tartanak rendszeres előadásokat, s inkább csak esetek kapcsán fejtegetik a betegségeket. Mondanom sem kell, hogy a rendszeres előadásoknak, ha a megfelelő esetek bemutatása nyomon követheti nagy előnyük van, de készségesen elismerem, hogy ehhez nagy anyag szükséges. Németországban igen nagy súlyt helyeznek az úgynevezett „practizálásra”: a felhívott tanuló az egész hallgatóság előtt megvizsgálja a beteget s véleményét mond. Hogy e rendszer nagy előnyei csak kisebb hallgatóság mellett érvényesülhetnek, s hogy így is nagyon nehéz az összes jelenlevők figyelmét ébren tartani, az nem szorul bizonyításra.

A tanárnak nemcsak egész tudását, hanem szellemességét is latba kell vetnie, hogy az eljárás a többség számára unalmasá s így eredménytelenné ne legyen.

A német klinikai oktatás közvetlen kiegészítője a *laboratoriumi munka*. Egész Németországban belátták, hogy a klinikai laboratóriumok nem pótolhatók az által, hogy a vizsgálatok megéjtésére a kórboneczteni, kórszövetteni, bacteriologiai stb. intézetekben helyet adnak, (ha ugyan van hely); a physikai, chemiai s bacteriologiai vizsgálatoknak csak úgy lesz a betegségek gyógyítására, a hallgatóság kiképzésére s a tudomány fejlesztésére üdvös hatásuk, ha e módszereket nem szakítják el a betegágytól. A mint az egyetemi könyvtár nem pótolhatja a klinikai könyvtárt, még kevésbé helyettesíti az úgynevezett theoretikus tanszék laboratóriuma a klinikait. *Mindkettőre egyaránt szükségünk van.* Ott kell szereznünk s nyújtanunk az általános képzettséget, a széles látókört, ott kell fejleszteni az ítélőképességet; a klinikai laboratórium pedig a specialis képzés, az alkalmazás műhelye legyen.

Sajnos ez alapiában helyes rendszernek is vannak kinövései. Az irodalmi túlproductio, a közlési sietség, a hosszú, de üres cikkek igen gyakran a laboratóriumokban születnek, de az üdvös reactio máris észrevehető. *Leber* Graefe Archivumában már a mult évben felemelte tiltakozó szavát (sajnos saját tanítványai sem hallották meg), *Förster* pedig a német szemorvosok nesztora, maró gúnnyal ostromozza a tudákoságot.

A németországi szemorvosok egyik leghírnevesebbje: *Sattler* tanár, titkos tanácsos. Kitünő operateur, fáradhatatlan bűvár s szigorú önbíráló. Sokat dolgozik s keveset publicál: manapság ritka erény. A szürke hályogot iridectomiával operálja, a kimetszést kicsinyre szabja, s mint mondják, ennek ellenére sem fordul elő iridencleisis. (Tanulságos, hogy a kerek pupillás methodus hívei is lassanként visszatérnek a combinált eljáráshoz.)

A betegeket műteti szobában operálja s azután 2 szolgáló hordágyon viszi át őket a kórterembe. Kötésül kis aluminium kagylót helyez a kötszer fölé s ezt ragasztó csikokkal erősíti oda. Az asepsisre nagy súlyt helyez, de nem túloz, mint azok, kik egy szemoperálás előtt sterilizált csizmát húznak a lábukra. A kötőhártyát nem sanyargatja antisepticumokkal s ennek tulajdonítható, hogy *Lipcsében* az operált szemek alig mutatnak izgalmat. A mi a járó betegeket illeti, úgy az ő klinikáján, mint egész Németországban a fénytörés rendellenességeire fektetik a főszűlyt. A látásvizsgálatok valóban mintaszerűek, de a gyuladásos betegek ellátása sok kívánni valót hagy hátra. A betegeknek nyomtatott utasítást s egy üveg orvosságot nyomnak a kezükbe s csuda, ha a sublimat oldatot ki nem isszák! A sárga kenőcs is túlságos nagy szerepet játszik s a kevés trachomást a többi között kezelik. Mindez persze nem a legkellemesebb benyomást teszi.

Maga a lipcsei klinika 1883-ban épült. Homlokzatán az első alapítás évét (1820) viseli, minthogy ez a legrégebb német szemkórház. (A budapesti egyetemi szemklinika alapítási éve: 1801.) Az épület közepén 2 emeletes, oldalán 1 emeletes.

A földszinten van a tanterem, a laboratórium, a járó betegek számára szolgáló helyiség, első emeletén az operálási terem, a kórszobák, a másodikon a privat osztály. Kitünő berendezés, hogy a hálótermeken kívül a betegek számára *nappali helyiségek* is rendelkezésre állanak.

Az orvosi személyzet nagy.

Az első tanársegéd rendkívüli tanár (Hess), a második magántanár (Krückmann), ezenkívül még 2 assistens és körülbelül 8 orvos teljesíti a szolgálatot.

Az administratiót külön orvos végezi.

Lipcsétől alig félóra: *Halleban* Németország másik hírneves szemorvosa: *Hippel* működik. Klinikája egyike a legszebbeknek, operálási terme mintaszerű berendezésű, villanyvilágítású (szemtükrözési helyisége is, s ugyancsak ez áramot használhatja a delejes műtetre s cauterizálásra), asepsise biztos, de egyszerű. Az operálás alkalmával nem a gyorsaságra, hanem az exactságra fekteti a főszűlyt. A betegek az operálási asztalról felkelnek s gyalog mennek kórtermeikbe. A chloroformmal kissé pazarul bántják, a mint a beteg rosszul tart, azonnal alkalmaztatja.

Maga a klinika beosztása igen czélszerű. A földszinten van a magas világos előadási terem, a laboratórium s a járó betegek számára szolgáló helyiség; az első emeleten a kórtermek legnagyobb része, az operáló terem, könyvtár s a tanársegédi lakás. Privat betegek számára nincs helyiség.

Tényleg az a helyes alapelv, hogy minden a klinikán tartózkodó beteg tanítási célra szolgáljon. Németországban egy ideig az az áramlat volt uralkodó, hogy a privat betegek klinikára való felvétele gazdasági okokból, de meg azért is, hogy az igazgató-tanár idejét ne forgácsolja el s mennél többet legyen a klinikán, szükséges; legutóbb azonban, az ellenkező nézet jut érvényre.

A munkabeosztás azonos a többi német klinikáéval: reggel beteglátogatás, azután operálás, a járó betegeknek rendelés s délelőtti előadás.

A délután a laboratóriumi munkáé s cursusok és gyakorlatoké. Az orvosi személyzet képzett, előzékeny, jó modorú. A klinikán tisztaság s rend uralkodik.

Sokkal kedvezőtlenebb benyomást nyer az ember *Berlinben*. Németország leglátogatottabb egyetemén I. rendes tanár (*Schweigger*) van s tanterme alig 40 hallgató számára való. Az épület új, de a fülklinikával összeépítve szerencsétlen beosztású. Helyiségei elégtelenek, külön operáló terme nincs, s a mi a legnagyobb baj, az egész klinika nélkülözi az első kelléket: a tisztaságot. Az ápolók hatásköre meglepően nagy, jegyzőkönyvet vezetnek, kötet, orvosságot alkalmaznak, véleményt mondanak, basáskodnak. Maga *Schweigger* ma is a régi gárda előkelő képviselője, rendkívül ügyes kezű operateur, első assistense: *Silex* magántanár s laboratóriumi segédje: *Greiff* magántanár, kiváló képzettségű, jól ismert szakemberek, de úgy látszik, a hiányokon nem képesek segíteni. Az operálásokat a poros teremben, egy hirtelenében odatolt bőrágynon nagyon is hiányos tisztaság mellett majdnem kivétel nélkül maga *Schweigger* végezi. A forró vízbe csak pillanatra bemártott eszközöket az odatarított papír tálcáról tisztogatás nélkül is visszaveszi, de mindez nem egyszer meg is látszik a szemeken: izgatottak s nem egyszer gyuladtak.

Hirschberg ma is az, a ki régen volt: éles eszű, nagy műveltségű s szellemű tudós, előadásait az óriás betegforgalmú magán-klinikáján tartja. Épen így a másik rendkívüli tanár: *Schöler* is, míg *Burghart*nak a *Charitéban* van osztálya.

Örömmre szolgált, hogy *Förstert* még működésében találhattam.

Visszavonulása előtt való utolsó félévének utolsó hónapjában 71 éves kora ellenére fiatalos kedvvel, páratlan lelkiismerettel s fáradhatatlan buzgósággal működik. Szigorú, de igazságos ítéletével, széles látókörével tiszteletreméltó alak, de boroszlói klinikája, mely 1876-ban épült rozoga, piszkos épület. (Ez évben kezdik el az új klinika építését.) A kézmosás ritka dolog, kötéssel piszkos zöld posztó pólyát használnak, az ápolónők parancsolgatnak, szóval az átalakulás ugyancsak sürgetős. A betegek vizsgálatát s a klinikus észlelést *Groenow* magántanár (első assistens) és *Krieness* törzsorvos, *Meyer* assistens nagy lelkiismerettel és pontossággal eszközlik.

Végül még néhány szót *Bécsről*. Az egyetemi szemklinika most is az „Allgemeines Krankenhaus“-ban nyomorog.

Úgy hírlik, hogy az új klinikai telep költségvetése (11 millió forint) már elkészült, de valóban ideje is. Ha, a mint tervelik a régi kórház az új klinikákkal összeköttetésben marad e határozott és czélszerű lépéssel a bécsi orvosi iskola sok év mulasztását helyre pótolhatja.

A mit ember tehet, azt *Fuchs* megtette szemklinikája érdekében: operáló terme modern berendezésű, vizsgáló terme tágas, a szemtükrözésben villanyos világítás van, kórtermei tiszták.

Hogy *Fuchs* kitünő operateur s tanár, hogy tankönyve egyike a legjobbaknak az összes orvosi tudományok terén, az ismert dolog. Antisepsise kissé túlhajtott, különösen a kötőhártya zsákot ok nélkül is dörzsöli, mossa s locsolja, de utóvégre a kellőnél valamivel több még nem baj. Személyzete azonban korántsem áll azon a niveauon, melyen egy ilyen klinikán kellene. De jobb erről hallgatni. *Schnabel* klinikája úgy látszik mostoha gyermek. *Fuchs* hírneve az övét elhomályosítja, aránylag kevés az anyaga, s kezdetlegesek eszközei.

Személyzete azonban már sokkal törekvőbb s több idealismust árul el. Ez pedig ma nagyon kívánatos. A bécsi iskolának úgy is az híre, hogy pénzgyárrá süllyedt. Nincs alkalmam ennek megítélésére, de azt minden igazságos ítélőnek be kell ismernie, hogy a németországi egyetemeken ma sokkal intenzívebb tudományos élet uralkodik mint Bécsben.

Nem volna helyes, ha mint activ egyetemi szolgálatban álló a mondottak után a mi klinikánk viszonyait a külföldiekkel összehasonlítanám, de úgy hiszem annyit mondhatok, hogy nincs okunk ez összehasonlítástól félnünk.

A külföldi orvosok rendszeren csak Bécsből rándulnak le hozzánk s akkor is csak pár órára. Itt az ideje, hogy hosszabb időre is jöjjenek. Nemcsak jogosult hazafiúi büszkeségből óhajtjuk ezt, hanem azért is, mert a személyes érintkezés a tudomány szolgálatában állók között mindegyik félre üdvös, sőt meg kell vallanunk, az a remény is vezet, hogy a nemzetiségek külföldön tanuló fiai is haza kerülnek, ha tudományos és oktató intézményeinkről igazabb bírálatot hallanak. Az orvost gyakran vádolják azzal, hogy cosmopolita, rólunk ezt senki sem mondhatja, az operáló köntös alatt, a laboratóriumi daróc alatt is hü magyar szív ver!

Grósz Emil.

KÖNYVISMERTETÉS.

Die Einäugigkeit in ihren Beziehungen zur Erwerbsfähigkeit. Von Dr. Hugo Magnus. Breslau, 1895.

Könyvében a szerző a félszeműség és a munkaképesség között levő viszonyt tisztán gyakorlati tapasztalatok alapján vizsgálja. S míg eddig az egyik szem elvesztésével a munkaképesség csökkenését $33\frac{1}{3}\%$ és 50% közé tették, szerző gyakorlati vizsgálatai után 18% és 30% közé teszi.

A vizsgálatot egy vas- és aczelgyárban végezte kiosztott kérdőívek segítségével, melyeken a főbb kérdések voltak: A félszemű munkás mikor vesztette el egyik szemét? Foglalkozása közben történt-e a szerencsétlenség vagy más okból? Változtatott-e foglalkozást a szem elvesztése után? S végül mennyi a keresete? A beérkezett adatokat Magnus összehasonlításban dolgozta fel ugyanannyi ép munkás megfelelő adataival.

Érdekes a kérdőíveken bejött adatok csoportosításából összeállított eredmény. Így például megtudjuk belőle, hogy az összes félszeműek között 1-től 20 éves kor között 60% , 20-tól 30 év között $17\cdot60\%$, 30—40 év között 9% vesztette el egyik szemét. Megdöbbentő az az eredmény is, hogy a 15 éves koron alul — tehát még a foglalkozás megkezdése előtt — minő nagy az egyik szem elvesztésének eshetősége, mert az összes félszeműek között 50% 15 éven alul levő korban vesztette el szemét. S e nagy számban a szerencsétlenség okozója két harmadrészben a gyermekkorban előforduló sérülések, egy harmadrészben pedig a blennorrhoea neonatorum.

Egyébként Magnus vizsgálataiban a következő eredményekre jut:

Foglalkozásuk közben 30-tól 40 éves koruk között veszít el legtöbben szemüket. A munkásosztályban különösen sok a félszemű, vagy egyik szemén rosszlátású gyermek. A gyermekkorban bekövetkezett félszeműség csak csekély befolyással van a mesterség választására. S az ilyen félszeműek ép úgy megfelelnek munkájuknak, mint az ép munkások, mert a félszeműség optikai hiányát pótolni tudják. A 20-tól 35 éves korban félszeművé váltak még igyekezet és jóakarattal mellett csak nem egészen ki tudják egyenlíteni optikai következményeit félszeműségüknek, s így csak kis fokban maradnak az ép munkások mögött,

de a 35 éves koron túl félszeműekké váltak már nagyon elmaradnak. A félszemű munkásnak még mindig egy harmaddal kevesebb kilátása van arra, hogy munkát kapjon. A félszemű munkások alkalmazásában és felvételében a munkaadónak principiell eljárási egyáltalában nem helyes, mert a kiskorban félszeművé vált teljesen olyan munkaképes, mint az ép munkás; a felnőtt korban félszeművé váltaknál a munkaképesség tekintetében a kor határoz, melyben szemüket elvesztették. A felnőtt korban félszeművé váltak foglalkozásukat ne változtassák, mert keresetképességük sokkal nagyobb csökken az új mesterségben, mint a mennyt csökkent volna a régieben. A foglalkozásában egyik szemét vesztett munkás csökkent keresetképessége idővel emelkedik, épen azért a szerencsétlenség után legalább egy évvel újra megvizsgálandó, s ne pusztán az orvosi vizsgálat, hanem a munkafelügyelő tapasztalata is döntőn a félszemű munkaképességében, mert nem annyira a látás élességétől, mint inkább a félszeműség optikai hiányosságának megszokás által való legyőzésétől függ a munkaképesség.

Magnus a félszeműség és munkaképesség közt levő viszonynak ilyenmő gyakorlati felderítése által nagy szolgálatot tett az orvosoknak, s az ő közvetítésükkel a félszeművé vált munkásnak és munkaadójának. Mert az orvos útmutatást nyer adott esetben a félszemű munkás munkaképességének megítéléséhez, s hozzájárulhat a munkaadók részéről a félszemű munkások iránt táplált előítélet csökkentéséhez, s tanácsával a félszemű munkást megterharhatja keresetképessége legmagasabb fokán.

Ebben van Magnus ezen munkájának — illetve vizsgálódásának — tudományos és humanistikus jelentősége.

Hasonló tárggyal foglalkozik Magnusnak egy évvel előbb megjelent könyve: „Leitfaden für Begutachtung und Berechnung von Unfallsbeschädigungen der Augen.“ Breslau. 1894. Ebben elméleti számításokkal ad útmutatást a szemorvosnak, hogy miként határozza meg a szemnek sérülések után támadt hibáiból a keresetképesség csökkenését? Fontos ez a kérdés nálunk is, annyival inkább Németországban nagy fejlettségű ipara miatt, hol a „baleset ellen biztosító törvény“ az ipari munkások sorsát hathatós pártfogásába veszi a munkaadókkal szemben. Magnus számokban nyújt alapot a szemnek támadt hibák megítélésére a keresetképesség szempontjából, s eloszlatja az eddigi — inkább hozzávetésen alapuló — megbírálosokban a bizonytalanságot.

Számításainak menetét a könyv általános részében fejti ki, s itt találjuk meg az általa felállított számtani képletet, melyből az adatok helyettesítésével a keresetképesség fokát megkapjuk. A keresetképesség (E) e három tényező: a testi épség (K), a szakismeret (V) és a versenyképesség (K) viszonyainak produc-

tuma lévén, így állítja fel annak képletét: $E = F \cdot V \cdot \sqrt{K}$. A testi épség (F) szemészeti szempontból vonatkozik a centralis látásra, a peripheriás látásra és a szemizmok működésére. Ezeknek értéke teendő tehát a számításnál az F helyett a képletbe. A látásnak teljes ép mértékét tudományosan 1-nek véve, az ipari foglalkozások finomabb részéhez elégséges ennek a mértéknek $\frac{3}{4}$ -e is, sőt a durvább részéhez ennek $\frac{1}{2}$ -e is; s ez a rész is a megfelelő foglalkozásra nézve elégséges lévén, 1-nek tekinthető, s csak ha ezen relative vett 1-nél kevesebb a kérdéses egyén szeméinek egyik vagy másik irányú működése, akkor vesszük testi épségét csökkentnek.

A centralis látás vizsgálatához Magnus olvasási próbákat mellékel a könyvhöz, melyek fölött a tudományosan vett distantiális szám mellett balról a kevesebb látást ($\frac{1}{2}$), a jobbról a finomabb látást ($\frac{3}{4}$) igénylő foglalkozásokhoz vett relativ számértékek vannak írva az átszámítástól való megkimélés végett.

A peripheriás látás mértékéül beosztja a binocularis látóteret a fix ponttól jobbra is, balra is 30 fokos szakaszokra, tehát összesen 6 szakaszra, s ha például valamelyik oldalon 30° hiányzik a látótérből, akkor $\frac{1}{6}$ -dal csökkent, ha pedig a két külső 30° hiányzik, akkor $\frac{2}{6}$ -dal csökkent a peripheriás látás. Ha egyik vagy mindkét szem látóterének nasalis fele hiányzik is, a peripheriás látás számtani értéke azért: 1. A könyv végén mellékelte színezett látótérablak magyarázzák ezen viszonyokat.

A szemtekét mozgató izmok baja a keresetképesség tekintetében a foglalkozás szerint ítélendő meg; a bányásznak a m.

rectus superior a fontos, míg a közeli munkával foglalkozónak a m. rect. internus.

A keresetképesség másik tényezője a szakismeret (V) reánk nézve nem bir fontossággal, s mindig teljesnek azaz: 1-nek vesszük számításunkban; fontosabb a harmadik tényező a versenyképesség (K). Ez — szemézi tekintetben — legfőként a munkás szeméinek épségétől függ, továbbá attól, hogy a munkaadó a szem hibái iránt minő felfogást tanúsít. K helyett tehát a centralis, a peripheriás látásnak és a szemizmok működésének számértéke teendő, azonban K -t mint gyökértéket kell tekintenünk, melynek exponense (x) a szem sérülésének nagysága szerint változik, kisebb sérülésnél nagyobb (10), nagyobb sérülésnél pedig kisebb (5 vagy 7).

A könyv specialis részében Magnus magyarázza a keresetképesség csökkenésének kiszámítását a különböző előfordulható esetekben. Így az egyik szem elvesztése vagy rosszlátóvá válása, vagy mindkét szem megromlása mellett miként számítható ki a keresetképesség? Sőt táblázatos összeállításában egész könnyűvé teszi az adott esetekben annak kikeresését.

E könyv hasznos szolgálatot tesz a szemorvosnak, midőn véleményét kell mondania szem megromlásából támadt keresetképesség csökkenéséről, de mint Magnus is mondja, ne szorosan schematikusan járjon el, hanem az illető individualis viszonyait is vegye tekintetbe ítélete kimondásakor.

Kocsis Elemér dr.

IRODALMI SZEMLE.

Pterygium fejből kiinduló cancridot ismertet dr. Steiner L. jávai orvos. A daganat egy közepes nagyságú, belső oldali pterygium csücsával összefüggő, haránt ovoid alakú, porcztapintatú, szürkés, szürkés-vörös képlet, melynek haránt átmérője 5 mm., magassága 3 mm., s a különben egészen tiszta cornea felszínén 1 mm.-rel emelkedik túl; centralis helyzetű. E daganat a beteg állítása szerint néhány hó alatt fejlődött, míg a pterygium több év óta lssankint keletkezett.

Műtétnél kiderült, hogy az álképlet szoros összefüggésben van a pterygiummal; leválasztása a corneáról könnyen sikerült, s az átlátszó, sima alapú sebfelület pár nap alatt homály hátrahagyásával gyógyult. Recidiva 1 hónap múlva nem észlelhető.

Szövegetileg a daganat sűrűn egymás mellé sorakozott lapos hámsejtekből áll, melyek között itt-ott cancridot gyöngyök találhatók. A corneával határos felszínén gömbsejtek tolnak az epithelsejtek közé. A Bowmann-féle hártya majdnem mindenütt elpusztult. A daganat a pterygiummal rövid, rostos kötőszövet útján függ össze s ez utóbbi is ily kevés gömbsejtet tartalmazó kötőszövetből áll, melynek fedő hámja a daganatra folytatódik.

A pterygium jelenléte azon felvételre utal, hogy a daganat nem a corneán támadt elsődlegesen, hanem az eredetileg a limbusban volt s a pterygium által a corneára vonzott sejtek szolgáltatották az alapot a daganat képzésére. (Centralbl. f. Aughk. 1896. III.)

Leitner Vilmos dr.

A szem hátsó részébe hatolt fémdarabok eltávolítása mágnesvassal. E czímen Rohmer a mágnes műtétek történetének egy kimerítő ismertetését adja s bőven tárgyalja az egyes szemészek eljárásait. Az idegen test helyének meghatározására Berlin a projectio szűkülését használja fel; eseteiben a látótér rendszerint felül volt szűkebb: a szűkülést a szemteke alsó részében levő üvegtesti vérzés okozta, a mely ott a fémdarab lesüllyedésekor keletkezett. A szemtükörrel való diagnostizálás többnyire csak egészen friss sérüléseknél sikerül, később a vérzések cataracta traumatica vagy genyedés a belátást rendszerint megakadályozzák. Ilyenkor Gallemarts a Gerand-féle magnetometert használja.

Mac Hardy oly esetekben, melyeknél nem biztos a fémdarabnak a szemben létele, igen erős mágnesvasat közelít a szemhez; ha van bent vas- vagy acéldarab, a helyzetváltozásakor hirtelen fellépő heves fájdalmak biztosan elárulják, ha csak az idegen test már régen be nem tokolódott, úgy hogy meg nem mozdulhat.

A mágnesmütéteket gyakorló szemorvosok általában két csoportba sorakoznak. Az egyik élén *Hirschberggel* a gyenge mágnesvasat használja oly módon, hogy a vékony hegyben végződő eszközt a szem belsejébe bevezeti s ott az idegen testet felkeresi vagy legalább is annak közelébe férközik. Mások mint *Schloesser*, *Haab*, *Schmidt-Rimpler* erős mágnest alkalmaznak, de azt nem vezetik be a szembe, hanem csak a szemteke külső falához értetik s így távolabbról, de nagy erővel igyekeznek a vasdarabot kihúzni. Az elektromos áram mindkét eljárásnál lehet állandó vagy megszakított. *Schloesser* újabban egy készüléket szerkesztett, a melyet az orvos bármely villamos ilylampa helyére feleltathat s a mütétet elvégezheti. Ily erős mágnessel a vasdarabot egészen a szemteke faláig lehet húzni a seb környékén s onnan egy gyenge, *Hirschberg-féle* eszközzel kivenni. Előnye ezen eljárásnak, hogy nem szükséges mélyen a szemtekébe behatolni s ott esetleg különböző irányban kutatva, az üvegtestet szétroncsolni; előnye továbbá az is, hogy a fémdarab nagysága az eredményre nézve nem határoz. Hátránya az, hogy kórházban nem igen alkalmazható; a beteget rendszeren valamely physikai intézetbe kell vinni, a hol ágyba nem lehet fektetni s így narkotizálni sem. E mellett óriási fájdalmakkal jár s az erőszakosan kifelé hatoló fémdarab útjában újabb vérzéseket, retinaleválást vagy egyéb bajt okozhat. *Hirschberg* gyenge mágnesével, a melyhez csak kisebb áram szükséges, sokkal kimételesen lehet eljárni; gyakorlott műtő óvatos vezetéssel a szemteke bármely részéből kihozhatja a vasrészeket. Lelkiismeretes asepsis főfeltétele a sikernek; a mütét ügyesen végrehajtva nem okoz nagyobb kárt a szemnek mint a milyen azt már a sérülés folytán érte. Hátránya ezen módszernek, hogy gyakran eserben hagy súlyosabb vagy nagyobb felületű vasdaraboknál, a mikor a közegek ellenállása is nagyobb. Az eredményeket illetőleg *Hürzeler* 313 esetéről számol be — különböző szerzőktől: 65%-ban sikerült az eltávolítás, látás maradt a szemben 22%-ban; a szemteke külső alakja ép maradt ezenkívül még 17%-ban. *Hildebrand* 322 *Hirschberg-féle* mütét eredményeit közölte: látás maradt 36%-ban, a szemteke alakja megmaradt 16%-ban, phthisis bulbi következtet be 13%-ban s később enucleatióra került 15%. (Annales d'Oculistique 1896. 3.)

Sch. K.

A vidék és népfaj befolyásáról a trachoma elterjedtségére ír *Burnett*. Ezen tárgygyal újabban *Van Millingen* foglalkozott s azon meggyőződésre jutott, hogy a trachoma elterjedtsége valamely helyen a műveltség fokával és a közegészségügy rendezettségével fordított arányban áll; hogy a vidék magassági fekvésétől teljesen független és hogy egy népfaj sem bir immunitással vele szemben. *B. Millingennek* saját adataiból mutatja ki ezen állítások helytelenségét. Hogy a trachoma elterjedtsége az általános műveltség fokával arányban nem áll, mutatja pl. az is, hogy Hollandiában a trachomások száma százalékban 10-szer annyi, mint Angliában, holott e két állam culturalis viszonyai egyenlők. Úgyszintén tagadhatlan, hogy egyes magasban fekvő vidékeken, mint Helvétiaiban, Würzburg és Magdeburg környékén, vagy a Jó-Reménység fokánál a trachoma ismeretlen. Legkevésbé helyesek *Millingen* nézetei a népfajokra vonatkozólag. Így pl. kimutatták, hogy az amsterdami zsidók közt a trachoma az összes szembetegségek 35%-át teszi ki, míg a többi lakosság közt csak 2.6%-ot. Ugyanígy a lengyel és olasz zsidók között a többi lakossághoz képest aránytalanul el van terjedve a trachoma. A trachomára erősen disponálni látszanak még az irlandiak, s szerző azt állítja, hogy az amerikai trachomát Irlandból hurezolták be. Az amerikai négeknek csaknem teljesen immunok a trachomával szemben, úgy hogy *B.* 19 évi gyakorlata alatt Washingtonban mindössze 2—3 trachomást talált a mulattok között, a tiszta négek között egyetlen egyet sem, holott a velük egy vidéken élő fehér lakosság között a trachoma egyes helyeken valósággal dühöng; bár utóbbiaknak vagyoni és lakásviszonyaik lényegesen jobbakk, mint a négekéi; tanúsítja ezt az is, hogy a scrophulás keratitisek viszont a négek között igen nagy számban lépnek fel. Más példa a kentuckyi vakok intézete, a melynek nem néger ápolójai közül 12% trachomában vakult meg, míg a négek közül egy sem. A Konstantinápolyban élő négeknek a trachoma csak oly gyakori, mint más népeknek; ezek azonban az amerikaiaktól lényegesen különböző race-ból valók. A szerző arra a következ-

tetésre jut, hogy külső viszonyok, mint tisztaság, lakásviszonyok stb. csakis trachomára különben is disponált egyéneknek jöhetnek tekintetbe s ott is csak annyira mint bármely más fertőző bajnál. (Annales d'Oculistique 1896. 3.)

Sch. K.

A párisi szemészeti egyesületben *Kalt* a blepharoraphia alkalmazását ajánlotta a cornea fekélyes bántalmainál. A hosszabb ideig tartó kötözést a szem csak rövid ideig tűri, azontúl a kötés már izgalmat okoz, míg a bevarrott szemhéjak alatt izgalom nem képződik s a cornea szépen gyógyul. Különösen észszerű ezen eljárás akkor, ha a cornea egyszemesmind érzéketlen is, vagy ha a szemhéjak kóros állapota pl. ektropium miatt a szemre nem zárul. Ezen eljárás jó hatását *Parent*, *Despagnet* és *Antonelli* is tapasztalták.

Darier egy a Röntgen-sugarakkal végzett kísérlet sorozatáról számol be, a melyben a szem fénytörő közegeinek az x-sugarak számára való átjárhatóságát vizsgálta. Kísérletei megerősítik azon tapasztalatot, hogy a sugarak átlátszó testeken nehezebben hatolnak át mint átlátszatlanokon. *D.* azt véli, hogy ezen körülmény talán magában véve vagy legalább is részben oka a Röntgen-sugarak láthatlanságának is: nem látjuk őket, mert vagy egyáltalán nem, vagy csak hiányosan jutnak el a retináig.

Abadie blennorrhoea neonatorum kezeléséről értekezik s felhívja az orvosok figyelmét a sublimat-oldattal való mosogatások káros voltára. Igen gyakori eset, hogy a sublimattal kezelt szem corneája egész vastagságában s nagy kiterjedésben szürkén beszűrődik, elődomborul, majd kifekélyesedik és perforál. A sublimatkezelésnek abbanhagyásával ezen folyamat igen gyakran megállapodik s kellő atropinózásra meg is szűnik. A blennorrhoea által okozott cornea fekélyedés ily nagy mérvben csak rendkívül elhanyagolt eseteknél szokott fellépni s ilyenkor is a cornea nem infiltrálódik nagy felületen, hanem egy kis területű sárga körülírt anyagihiányból terjed szét a fekélyedés.

A a Credé-féle prophylactikus eljárást sem tartja veszélytelennek, a mennyiben a pokolkő-oldat gyakran okoz köthártyalobot, a melyet azután az orvos bennorrhoeás eredetűnek véelve, az ellene foganatosított esetelés, mosogatás stb. által a gyuladást fokozza. *A.* szerint legcélszerűbb prophylaxis a vaginának lehető pontos desinfectiója szülés előtt s a szemek kiöblítése közvetlenül a szülés után valamely nem izgató aseptikus folyadékkal pl. bór-sav-oldattal vagy forralt vízzel; csak, ha a vaginalis váladék fölötté gyanus, ajánlja a Credé-eljárást vagy kevés jodoform pornak behintését a szembe. *A.* nézetét a sublimat káros hatását illetőleg *Vignes*, *Despagnet*, *Jocqs* és *Valude* is helyeslik s számos esetet emlitenek, a melyekben enyhe lefolyású blennorrhoeák a cornea elpusztulására vezettek sublimat kezelés mellett. *Despagnet* szerint biztosságot a Credé-féle eljárás sem nyújt, pártolja a bór vízzel való bő kimosásokat. *Valude Ohlshausen* statistikájára támaszkodva azt tartja, hogy a kimosások kettős értékkel bírnak, ha közvetlenül a születés után, még a köldökzsinór leköttése előtt végeztetnek; sajnos, hogy kivételük ilyenkor nehézségekbe ütköznek.

Terson és *Gorecki* oly eseteket észleltek, a melyeknél egy közbejött orbáncz a már jelenvolt szembántalom lefolyására kedvező hatást gyakorolt. *T.* ezen a bőrgyógyászok és sebészek előtt régen ismeretes tény a conjunctiva leprájánál, trachománál, iridocyclitistnél és orbitalis tumoroknál észlelte. Mások trachomának és orbitalis lymphadenomáknak visszafejlődését látták cholera és pneumonia után. (Recueil d'Ophth. 1896. 4. 5.)

A staphylokok kezelésére electrolysist használt szép sikerrel *Bourgeois*. A positiv sarkot képező platin-iridium tűt 2—3 mm.-nyire beszúrja a staphylokokba s a negativ sarkot a halántékra illesztve megindítja az 5 milliampere erősségű áramot. Egy percig tartó behatás után a szemet beköti. Az ülések 8 naponként ismételtetők, ezen kezeléssel igen gyakran sikerült a staphylokokat lelapítani s bár az eljárás még további vizsgálatokra szorul, az eddigi észlelések szerint főleg olyankor indicált, ha különben excisiót kellene végezni. (Recueil d'Ophth. 1896. 5.)

A resorcin alkalmazását a szemészetben ajánlja *Carillo*. 1%-os oldata mint antiseptikus folyadék mosásokra alkalmas. 0.25:10.0 arányú kenőcsé bármely cornealis fekélyre sikerrel használható. A resorcinból készült pászlikák trachomagöbök égetésére jók. (Recueil d'Ophth. 1896. 5.)

Rövidlátó szemek fénytörése aphakiás állapotukban cím-mel értekezést közöl *Schoen*. Számításokkal kimutatja, hogy minél hosszabb valamely szem, annál többet veszít fénytörési erejéből, ha aphakiássá lesz; tehát a rövidlátó szemeknél a lencse eltávolítása nagyobb különbséget okoz a fénytörésben, mint emmetropszemnél. Így egy emmetropszem, ha aphakiássá lesz, 15'4 D.-át veszít fénytörési erejéből, míg pl. egy 12'8 D. myopiájú szem 17'6 D.-át veszít. A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy a különbség még nem oly nagy, mint azt a számításból következtetni lehetne. Ennek oka abban rejlik, hogy myopiás szemnél a lencse hátrább helyezett, mint emmetrop szemnél; a lencsének 1 mm.-rel való hátrább helyeződése a myopiát 1'66 D.-val kisebbnek tünteti fel, mint a milyen a szemtengelynek meghosszabbodása szerint várható volna. Eltávolítva a lencsét, a fénytörésnek ezen csökkentő tényezője megszűnik s így az aphakia okozta fénytörési gyengülést nem a vizsgálat útján megállapított myopiához kellene viszonyítani, hanem a szem tengelyhosszának megfelelő myopiához. Ily módon magyarázza *Sch.* a számítás és tapasztalat eredményei közötti látszólagos ellentmondást. (*Archives d'Ophth.* 1896. 6.)

A váltólázzal járó retinalis vérzéseket tanulmányozta *Bassères*, algiri katonasorvos. Számos észleleteiből azt következteti, hogy a váltólázban amblyopiák jó része retinalis vérzésekből származik s hogy ezek gyakoribbak, mintsem eddig gondolták. Igen gyakran más vérzésekkel pl. orrvérzéssel együtt lépnek fel s rendszerint az anaemiás és cachexiás stadiumban többnyire hirtelen támadnak még pedig az esetek nagy számában a papilla mellett vagy körülötte, elég gyakran a macula lutea táján is, míg a peripherián ritkábbak s kisebb térfogatúak. A vérzések csaknem mindig felületesek voltak s csak az idegrostrégre szorítottak. Többnyire mindkét szemem lépnek fel. A kiömlött vér felszívódása aránylag gyorsan következik be; a felületesek átlag 45 nap, a mélyebbek 3—4 hónap alatt szívódtak fel, nyomok hátrahagyása nélkül. Szerző szerint a lázrohamok alatt fellépő vérzések okai talán bacillaris emboliák, míg az anaemiás szakban támadó vérzések okául talán az elváltozott véralkatot kell felvenni. (*Archives d'Ophth.* 1896. 6.) *Sch. K.*

A keratitis parenchymatosáról írva *Hippel*, 87 klinice megfigyelt eset kapcsán valószínűnek tartja, hogy a betegség az uvealis tractusban elterjedt kór következménye vagy részjelensége, s nem a corneának primaer és kizárólag reá szorítókozó baja. Feltűnő, hogy mily gyakran szerepel aetiologice a veleszületett lues, minthogy azonban az esetek körülbelül 50%-ában lues kimutatni egyáltalán nem sikerül, kell, hogy más ok is létezzék; hiszen észlelhetjük a keratitis parenchymatosát a lues ellenisoknak ismert állapotoknál, pl. a lovaknál is, látjuk öreg embereknek is támadni, kik soha sem szereztek syphilit, s tudjuk végre, hogy az uvea betegségei magok is több okból származhatnak.

Vannak tünetek, melyeket a lues hereditáriára bizonyítóknak szoktuk tekinteni, az ú. n. Hutchinson-féle trias: Hutchinson-fogak, nehéz hallás, illetve siketség és a keratitis parenchymatososa. Ha mindhármát együtt találjuk, a veleszületett lues igen valószínű, de egymagában egyik sem döntő értékű; a fogaknak Hutchinson által ismertett elváltozása (a szélek kicsorbulása) minden anyagesere zavarnál előfordulhat, mely a mézlerakódást akadályozza, tehát nem csupán a lues congenitanál, s a nehéz-hallás is csak akkor szól öröklött syphilis mellett, ha a rossz hallás hirtelen jelentkezett otoskopikus lelet nélkül, subjectiv hangbenyomásokkal, vagy ez utóbbi nélkül is, mint azt többnyire gyermekeknél találhatjuk.

A keratitis parenchymatosával összeeső izületi megbetegedések (genyes vagy többnyire hydropikus gyülemek a térdben, könyökben, ritkán más izületben) is lehetnek luetikus természetűek; ilyenek azonban csak akkor tekinthetjük, ha egyéb, kétségen felül veleszületett luesre mutató tünetek vannak jelen, mert keratitis parenchym. mellett oly egyén izületi is megbetegedhetnek, a ki nem veleszületett syphilisben, hanem öröklött, vagy szerzett tuberculosisban szenved.

A hol a veleszületett lues minden tünete hiányzik, ellenben gümőkóros terheltség, vagy egyes szervek tuberculosis mutatható ki, ott a keratitis parenchym. sem fejlődött syphilitikus, hanem

tuberculosisos alapon. Szerzőt 3 eset kórbonczani vizsgálata arra a feltevésre vezette, hogy a keratitis parenchym. a szem endogen tuberculotikus fertőzésének eredménye is lehet.

Nem fogadható el *Hutchinson* ama tétele tehát, mely szerint „a tipikus keratitis parenchymatososa mindig syphilis következménye”, mert épen nem rendelkezünk oly tünetekkel, a melyek alapján a tipikus keratitis parenchymatosát a nem tipikustól megkülönböztethetjük. Praecipitatumok, hátsó synechiák, a cornea diffúz elhomályosodása, a betegség lezajlása után visszamaradó mély erek, s az aequator táján található chorioretinitises elváltozások ép úgy lehetnek jelen a valószínűleg luetikus, mint tuberculosisos formáknál. Viszont nem állíthatjuk fel biztos megkülönböztető jel gyanánt ama csomócskákat sem, melyek az irisben, a csarnok zugában vagy a corneában képződnek a keratitis parench. fennállása alatt, mert bár gyakoribb jelenségei a tuberculosisosnak, mégis előfordulhatnak veleszületett syphilissel is. Természetesen az sincs kizárva, hogy lues congenitában szenvedő egyén szeméi gümőkórban betegejenek meg.

A therapia tekintetében meglehetősen tehetetlenül állunk a keratitis parenchymatosával szemben. Az ajánlott és alkalmazásba hozott szerek és eljárások nagy száma már azt jelenti, hogy egyik sem megbízható; értéküket különben nehéz megítélni, mert a concret esetek súlyosságukat illetőleg igen eltérők egymástól, s azonfelül a legtöbb minden kezelés nélkül is meggyógyul. (*Graefe*.) Az antiluetikus kezelés azonban észszerű minden bizonyosan luetikus esetenél, mert maga a keratitis parenchym. megjelenése elég bizonyíték, hogy a syphilitikus vírus a szervezetben működik, s ha a kúra által a keratitis nem is igen befolyásoljuk, de legalább a syphilis egyéb jelenségeit igyekezzünk elhárítani.

Az újabban alkalmazásba jött subconjunctivalis sublimát injectióról szerzőnek saját tapasztalatai nincsenek, de úgy véli, hogy az csak mint támogató szer jöhet szóba az általános higany és jodkali kezelés mellett.

Nem luetikus eseteknél olykor jó eredményt lehet elérni a natrium salicylicummal. Némelyek kedvező lefolyást észleltek az elülső csarnok paracentesise után; az ez irányú kísérletek azonban oly csekély számúak, hogy belőlük következtetést vonni alig lehet. Mások ez iridectomiától vélték hasznot látni, a közlések azonban oda mutatnak, hogy e műtét magára a cornealis folyamatra kevés hatással van, s inkább más, a keratitis parenchym. mellett felmerülő indiciók alapján végezendő. Ritka kivételes esetekben, midőn tudniillik a betegség még csak a cornea egy kis széli részére szorítkozik, gyors javulást észleltek ezen gócz kimetszése után.

Oly eljárás pedig, melylyel a második, addig ép szem hasonló megbetegedését feltartóztathatnók, egyáltalán nem áll rendelkezésünkre.

Recidiva a keratitis parenchymatosánál elég gyakori; szerző esetei között 17%-ban látta. (*Arch. f. Ophthalmol.* XLII.)

Leitner Vilmos dr.

VEG-YESEK.

Uj tanárok. A kopenhágai egyetemre *Hansen Grut* helyére *Bjerrum*-ot, a greifswaldira *Schirmer Frigyes Rudolf* helyére *Schirmer Ottó*-t, a belfasti Queen's College-re lektorra *Mc Keown*-t nevezték ki.

Meghaltak: *Bermi*, a milánói szemkórház alapítója, *Parker*, az *Annales of ophthalmology and otology* kiadója.

A berlini kiállításon *Sydow Emil* optikus a régi és új szemtükörök nagyérdékű gyűjteményét, összesen 60 mintát, állította ki. *Helmholtz* eredeti modelljétől kezdve, *Coccius*, *Ruete*, *Zehender* kezdetleges tükre; a legkülönbözőbb fénytörés meghatározására szolgáló szemtükörök; villanyos tükörök, stb. a legnagyobb választékban láthatók. Ez összeállításnak nem csak történeti értéke és érdekessége van, hanem arra is tanulságul szolgál, hogy nem minden újítás haladás s hogy a nagy szellemek alkotásai maradók.

Uj könyvek. *Fukala* Heilung höchstgradiger Myopie. Deuticke 1896.

Elschnig. Die Functionsprüfung des Auges. Deuticke 1896.

Adams Frost. The fundus oculi with an ophthalmoscopic Atlas. London. Yonug Pentland 1896.

Gallemaertes. Precis d'ophtalmoscopie. Bruxelles 1896.

Truc et Valude. Nouveaux éléments d'ophtalmologie. Paris 1896.

Bourgon. Nouvelles formules d'oculistique. Paris 1896.