

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.

1896-ban serumtherapiával elért eredményeim diphtheritisnél.¹

Irta Gerlóczy Zsigmond dr., a szt. László-kórház főorvosa.

1896. márczius hó 11-én, tehát épen egy esztendeje szerencsém volt e helyen 500 diphtheria-esetnek pontos észlelése alapján véleményt mondanom a serumtherapia értékéről, s így ez alkalommal csak rövid körvonalakban igyekszem hű képét adni a serumtherapiával 1896-ban osztályomon elért eredményeimnek.

1896-ban összesen 354 diphtheriás beteget kezeltünk serummal, tehát eseteink száma 47-tel volt kevesebb mint 1895-ben.

A 354 eset közül 227 volt csupán torok- illetve orrdiphtheriás; 49-nél tisztán croup laryngis volt jelen, 78-nál pedig a torok- illetve orrdiphtheria mellett gégeszűkület tünetei is mutatkoztak.

A 354 diphtheriás esetet a most említett három főcsoport figyelembe vételével részletes korszerinti táblázatba osztottam, (1. 2. sz. tabella) s az 1895-diki év serummal kezelt diphtheriás eseteivel párhuzamba állítottam, s könnyebb áttekintés czéljából százalékos számításokat tettem.

A beteganyag mineműségét illetőleg a lefolyt esztendőben csekély eltéréssel csaknem ugyanaz volt, mint az előző években.

Igy az összes diphtheriás esetek közül tisztán torok- illetve orrdiphtheritis volt:

1893-ban 65·7%	1895-ben 66·8%
1894-ben 62·1%	1896-ban 64·2%

Tisztán croup laryngis volt:

1893-ban 14·6%	1895-ben 12·7%
1894-ben 14·1%	1896-ban 13·8%

¹Előadta a közkórházi orvostársulat 1897. márczius hó 10-diki szakülésén.

Diphtheriás croup volt:

1893-ban 19·7%	1895-ben 20·5%
1894-ben 23·8%	1896-ban 22·0%

Az eseteket súlyosságuk szerint osztályozva torokdiphtheriánál 73 (32·1%) volt enyhe, 92 (40·5%) középsúlyos és 62 (27·4%) súlyos.

A tisztán larynx-croupban szenvedő 49 eset közül 6 volt enyhe, (12·2%) 7 középsúlyos (14·2%) és 36 súlyos (73·6%). A 78 diphtheriás croup eset közül 29 középsúlyos volt (37·2%) és 49 súlyos (62·8%).

1896-ban a tisztán torokdiphtheriás eseteknek 86·3%-a gyógyult és 13·7%-a halt meg. A tisztán croup laryngis esetek közül 53% gyógyult és 47% halt meg; a diphtheriás croup esetek közül 55·2% gyógyult és 44·8% halt meg.

Végeredményképen a 354 eset közül gyógyult 74·8% és meghalt 25·2%.

Ha ez adatokat összehasonlítjuk az 1895. év hasonló adataival, úgy azt találjuk, hogy az 1896. esztendő gyógyulási arányszámái az 1895-iki évhez viszonyítva kedvezőlenebbek voltak.

1895-ben ugyanis a tisztán torokdiphtheriás eseteknek 88·9%-a gyógyult és 11·1%-a halt meg; a tisztán croup laryngis betegeknek 56·9%-a gyógyult és 43·1%-a halt meg. A diphtheriás croup esetek közül 65·9% gyógyult és 34·1% halt meg, vagyis 1895-ben az összes eseteknek 80·1%-a gyógyult és 19·9%-a halt meg, a mi 1896-ra vonatkozólag 5·3% rosszabbodást jelent.

Ez a rosszabbodás részben indokolható azzal, hogy a lefolyt évben viszonylagosan több volt úgy a tisztán larynx-croup mint a diphtheriás croup esetek száma; különösebben pedig abból magyarázható, hogy a lefolyt évben a 89 elhalt beteg közül 34 volt olyan, ki kórházban való tartózkodásának első napján, 24 órán belül halt meg. Ezek közül 18 croupdiphtheriában, 9 larynx-croupban és 7 tisztán torokdiphtheriában szenvedett, vagyis az elhaltak 38·7%-a alig 24 órát töltött kórházban, mely szám az összes 354 betegnek 9·6%-át teszi ki, míg 1895-ben az összes eseteknek csak 5·9%-a volt olyan, ki a kórházban való tartózkodásának első napján, 24 órán belül halt meg.

1. sz. tabella.

Serumot kapott betegsége

	1. napján			2. napján			3. napján			4. napján			5. napján			6. napján túl														
	Összesen	Gyógyult	Meghalt	Összesen	Gyógyult	Meghalt	Összesen	Gyógyult	Meghalt	Összesen	Gyógyult	Meghalt	Összesen	Gyógyult	Meghalt	Összesen	Gyógyult	Meghalt												
Diphtheritis faucium (et narium)	1	1	100	—	0·0	21	20	95·2	1	4·8	32	30	93·8	2	6·2	37	34	91·9	3	8·1	18	15	83·3	3	16·7	36	27	75·0	9	25·0
Croup laryngis	1	1	100	—	0·0	6	4	66·6	2	33·4	10	6	60·0	4	40·0	4	3	75·0	1	25·0	2	1	50·0	1	50·0	7	4	57·1	3	42·9
Diphtheritis fauc. et croup laryngis	—	—	—	—	—	7	6	85·7	1	14·3	14	10	71·4	4	28·6	8	5	62·5	3	37·5	6	3	50·0	3	50·0	11	4	36·3	7	63·7
Összesen ...	2	2	100	—	0·0	34	30	88·2	4	11·8	56	46	82·1	10	17·9	49	42	85·7	7	14·3	26	19	72·0	7	28·0	54	35	64·8	19	35·2

3. sz. táblázat.

Hó	Év	Diphtheritis faucium et narium			Croup laryngis			Croup laryngis et diphtheritis faucium (narium)			Összesen										
		Gyógyult	Meghalt	Összesen	Gyógyult	Meghalt	Összesen	Gyógyult	Meghalt	Összesen	Gyógyult	Meghalt	Összesen								
Január	1895.	11	84.7	2	15.3	13	1	100.0	0	0.0	1	1	33.3	2	66.7	3	13	76.5	4	23.5	17
	1896.	14	82.3	3	17.7	17	3	50.0	3	50.0	6	5	50.0	5	50.0	10	22	66.6	11	33.4	33
Február	1895.	11	84.7	2	15.3	13	3	60.0	2	40.0	5	2	33.3	4	66.7	6	16	66.7	8	33.3	24
	1896.	18	85.7	3	14.3	21	3	60.0	2	40.0	5	4	40.0	6	60.0	10	25	69.5	11	30.5	36
Márczius	1895.	16	80.0	4	20.0	20	—	0.0	6	100.0	6	5	100.0	—	0.0	5	21	67.8	10	32.2	31
	1896.	27	81.8	6	18.2	33	7	100.0	—	—	7	4	50.0	4	50.0	8	38	79.2	16	20.8	48
Április	1895.	23	88.5	3	11.5	26	5	100.0	—	0.0	5	7	67.8	2	32.2	9	35	87.5	5	12.5	40
	1896.	19	90.5	2	9.5	21	1	16.7	5	83.3	6	6	60.0	4	40.0	10	26	70.2	11	29.8	37
Május	1895.	21	95.5	1	4.5	22	1	100.0	—	0.0	1	2	50.0	2	50.0	4	24	88.9	3	11.1	27
	1896.	17	100.0	—	—	17	6	75.0	2	25.0	8	3	60.0	2	40.0	5	26	86.7	4	13.3	30
Junius	1895.	16	84.3	3	15.7	19	3	75.0	1	25.0	4	—	0.0	—	0.0	—	19	82.7	4	17.3	23
	1896.	15	88.2	2	11.8	17	1	100.0	—	—	1	2	50.0	2	50.0	4	18	81.9	4	18.1	22
Julius	1895.	26	85.6	3	13.4	29	2	100.0	—	0.0	2	1	100.0	—	0.0	1	29	90.7	3	9.3	32
	1896.	21	87.5	3	12.5	24	—	—	—	—	—	3	60.0	2	40.0	5	24	82.7	5	17.3	29
Augusztus	1895.	11	91.7	1	8.3	12	1	50.0	1	50.0	2	9	90.0	1	10.0	10	21	87.5	3	12.5	24
	1896.	13	76.5	4	23.5	17	1	50.0	1	50.0	2	5	71.5	2	28.5	7	19	73.1	7	16.9	26
Szeptember	1895.	30	88.3	4	11.7	34	3	37.5	5	62.5	8	5	71.5	2	28.5	7	38	77.6	11	22.4	49
	1896.	15	78.9	4	20.1	19	2	33.3	4	66.7	6	5	83.3	1	16.7	6	22	71.0	9	29.0	31
Október	1895.	31	96.9	1	3.1	32	4	66.7	2	33.3	6	7	58.4	5	41.6	12	42	84.0	8	16.0	50
	1896.	13	92.8	1	7.2	14	—	—	2	100.0	2	2	50.0	2	50.0	4	15	75.0	5	25.0	20
November	1895.	25	80.7	6	19.3	31	4	57.2	3	42.8	7	8	72.8	3	27.2	11	37	75.6	12	24.4	49
	1896.	14	82.3	3	17.7	17	1	33.3	2	66.7	3	4	44.4	5	55.6	9	19	65.6	10	34.4	29
Deczember	1895.	17	100.0	—	0.0	17	2	50.0	2	50.0	4	7	50.0	7	50.0	14	26	74.2	9	25.8	35
	1896.	10	100.0	—	—	10	1	33.3	2	66.7	3	—	—	—	—	—	11	84.7	2	15.3	13
Összesen	1895.	238	88.9	30	11.1	268	29	56.9	22	43.1	51	54	65.9	28	34.1	82	321	80.1	80	19.9	401
	1896.	196	86.3	31	13.7	227	26	53.0	23	47.0	49	43	55.2	35	44.8	78	265	74.8	89	25.2	354
Összesen 1895- és 96-ban		434	87.6	61	12.4	495	55	55.0	45	45.0	100	97	60.6	63	39.4	160	586	77.6	169	22.4	755

Az operált esetek száma 1896-ban kevesebb volt mint az előző esztendőben, nevezetesen 49 larynx-croup eset közül intubáltak 30 (61.2%), ebből gyógyult 10, azaz az intubáltak 33.3%-a, meghalt 20 vagyis 66.7%. A diphtheriás croup 78 esete közül intubáltak 47 (60.2%). Ebből gyógyult 23 vagyis az intubáltak 48.9%-a; meghalt 24, vagyis 51.1%.

Ez adatok az előző évi hasonló adatokhoz viszonyítva egyrészt azt mutatják, hogy a tiszta croup és diphtheriás croup esetekben ritkábban ért el a stenosis oly fokot, melynél operatív beavatkozás vált volna szükségessé, másrészt azonban ott, hol operative kellett beavatkozni, az eredmény nem volt oly kedvező, mint 1895-ben.

Az osztályomra felvett 354 diphtheriás betegnél végzett bakteriologikus vizsgálat eredményeképpen 248 esetben Loeffler-bacillus kimutatható volt és pedig 157 torokdiphtheria, 31 croup és 60 croupdiphtheria esetében.

Loeffler-féle bacillus, noha a klinikai kórkép és lefolyás pozitív volt, nem találtatótt 83 esetben, és pedig 57 torokdiphtheria, 12 croup és 14 croupdiphtheria esetében. 23 betegünkél bakteriologikus vizsgálat a gyorsan bekövetkezett halál miatt nem volt eszközölhető. Az osztályomra felvett azon diphtheriára gyanus esetek, melyeknél úgy a kórkép mint a bakteriologikus vizsgálat negatív leletet adott, mint egyszerű tonsillitis revocáltak, s e csoportban helyet nem foglal.

A lefolyt évben is különféle gyártmányú serumot használtunk és túlnyomólag Roux-féle serumot alkalmaztunk, ezenkívül néhány esetben Behring-féle serummal dolgoztunk, továbbá a Preisz tanár felügyelete alatt gyártott állami serummal és

a Nékám dr. felügyelete alatt immunizált ló serumával oltottunk. A különféle gyártmányú serumokkal elért eredményeket következő táblázat tünteti fel:

Serum		Diphtheritis faucium et narium	Croup-laryngis	Croup-diphtheria	Összesen
		Gyógyult	119	19	29	167
Meghalt	14	15	23	52	
Összesen	133	34	52	219	
Behring	Gyógyult	12	1	4	17
	Meghalt	2	2	1	5
	Összesen	14	3	5	22
Preisz	Gyógyult	11	2	1	14
	Meghalt	1	—	—	1
	Összesen	12	2	1	15
Nékám	Gyógyult	54	4	9	67
	Meghalt	14	6	11	31
	Összesen	68	10	20	98

E táblázat kizárólag statisztikai, s belőle a különféle serumok gyógyító hatására nézve semminemű következtetést le nem vonok.

A serum-befecskendezések után 17 esetben mutatkozott tályogképződés. Legritkábban képződött tályog a Roux-féle serummal oltottaknál (3.2%), azután a Nékám-féle serummal

kezelteknél (5·5%). A Behring-féle serummal kezelteknél a tályogképződés arányszáma 13·6%, a Preisz-félével kezelteknél 13·3%.

Serum okozta különféle erythemákat 100 esetben észleltünk (28·2%). Leggyakrabban a Preisz-féle serum után észleltünk kiütéseket (46·6%). Legritkábban a Behring-féle serum után (13·6%). A Roux-féle serummal kezeltek 24·6%-ában mutatkozott kiütés, Nékám-féle serummal kezelteknél pedig 36·7%-ban.

Valamennyi diphtheriás betegnél naponta pontos vizeletvizsgálatokat eszközölve, albuminuriát 107 esetben találtunk és pedig 67 torokdiphtheria, 16 croup és 24 diphtheriás croup esetben.

Postdiphtheriás garathüdések a tiszta diphtheriás esetek közül 15-nél észleltettek (10 gy., 5 megh.). Croupos betegeknek 2 esetben (1 gy., 1 megh.). Croupdiphtheriás eseteim közül 3-nál (mind a 3 meggyógyult).

Az előadottak alapján, bár a lefolyt 1896. évben osztályomon a gyógyulás arányszáma 5·3%-kal kedvezőtlenebb volt mint 1895-ben, a serumtherápia kétségtelen jó hatása diphtheriánál újból igazolva van; egyszersmind pontos adatokkal beigazolt tény az, hogy minél gyorsabban adunk serumot diphtheriás betegeknek, annál nagyobb reményünk lehet a gyógyulásra.

Ez adatokból kifolyólag ismételve felhívom a t. kartárs urak figyelmét arra, hogy diphtheriánál, ha az még oly enyhének látszanék is, ne mulasztják el a serumot azonnal igénybe venni s ne várjanak arra, mikor már a folyamat kiterjedtebbé válik; kórházba való eseteknél pedig hassanak oda, hogy azok rövid úton minél előbb kórházba jussanak, akkor remélhető lesz, hogy minél kevesebb elhanyagolt eset kerülvén kórházba, a gyógyulási százaléketemesen emelkedni fog.

Újabb gyógyszerek a dermatologiai gyakorlatban.

Irta Nékám Lajos dr.

(Folytatás.)

A sebek kezelésében a gyakorlat igen jelentékenyen haladt némely organikus készítmény ily irányú alkalmazása óta.

Az anilinfestékek¹ közül főleg három, a *methylviola* 5 B. (pyoktanin), a *picrin* és a *methylenkék* örvendenek sürűbb használatnak. Az első erős antisepticum és a fehér véresejtekre visszavető (negatív chemotaktikus) hatással van. Az élő sejtet is megfesti, s a míg egyrészt a protoplasma szétesést megakadályozza, másrészt pl. álképletek felületén a pathol. folyamatokat általában mérsékeli, s így pl. 2% pyoktaninnal esetelt epithelioma excindált sejtjeiben rendszerint kevés mitosist, kevés degeneratiót látni, a hám mértéktelen burjánzása is megszűnik. Az epitheliomáknak pyoktaninnal való kezelése Párisban rendkívül elterjedt és kiszorította az E. Vidal-féle eljárást, mely energikus kaparásból és kal. chloric. jegecek behintéséből állott. Czélszerűbb vizes oldatokkal dolgozni, mert ezek nem alvasztják meg a fehérjéket s nem képeznek pörkött. A foltokat a kézzől 25% spir. sapon. kal., vagy 5% HCl. alcoh. lehet lemosni. A már generalizált álképleteknél is sok előnnyel lehet alkalmazni, ha nem is a folyamat félbeszakítása, de a beteg közérületének emelése czéljából.

Egy 37 éves férfi 6. és 7. hátesigolyája felett féltényéri, üszkös kifeléyesedett melanosarcomával birt, mely egy kétszer kiirtott primaer gócz nyomán keletkezett, csakhamar infiltrálta az egész környezetet s az összes szomszédos nyirk-

mirigyeket. Rendkívüli fájdalmak, bűzös geny a fekélyből, esti lázak, étvágytalanság, folytonos nausea, erős lesóványodás és fejlődő májtumor mutatkoztak nála felvételkor. Beteg már hetek óta nem aludt fájdalmai miatt. Az esetet akkoriban különös rossz indulata miatt bemutattam az orvosegyesületben. Arsen injectiók hatástalanoknak bizonyulván, az exulcerálódo tömeg 2% methylviola vizes oldatával eseteltetett naponkint, a környező bőrbe pedig 1—1 kem. fecskendeztetett be ugyanabból. Egy hét múlva az üszkös sebváladék megszűnt; a fekély száraz, pörkkel vonódik be; étvágy, éjjeli nyugalom visszatér, testsúly 4 kgm. mal növekszik, beteg nyugodt, reménykedik, dicséri a szert és a halál 2½ hónap múlva a legteljesebb euphoria közben metastasisok miatt áll be.

A *picrint* Thiery ajánlotta égési sebek gyógyítására; eljárása hamar elterjedt a francia klinikákon. A megégett testrészt koncentrált (1·2%)¹ vizes oldatban megfürösztjük 5—10 perczig, mérgezéstől nincs mit tartani. A szer rendkívül csillapítja a fájdalmakat, megszünteti a genyedést, kitűnően elősegíti a hámosodás terjedését. Rendszerint 2—4 naponkint alkalmazzuk a fürdőt, közben czélszerű bismuth-behintéseket és 2—10%-os picrin-gazekötést alkalmazni.

Az eljárás, melyet Párisban többször láttam alkalmazni, felette egyszerű és tiszta. Hasonlíthatatlanul többet ér a régi mészvíz olajos linimentumnál, mely nem csillapít és nem desinficiál, a hámosodásra pedig a legesekélyebb befolyást sem gyakorolja. Az oldatot nem szabad alcoholos törzsoldat kellő felhígítása által csinálni, noha ez kényelmesebb, de fájdalmas és erősen izgató.

A picrinnek meleg, tömény oldata (1·5—2%, Morau) epitheliomáknál is jól hat, különösen érdemes azonban kísérletre a lupus kezelése picrinnel in subst., miként azt *Spanocchi* ajánlotta. A területet meg kell tisztítani, esetleg kaparni, behinteni a jegecekkel és száraz kötést adni rá. Ha pörk képződnek, ezt legezészerűbb leáztatni s azontúl 5—10% picrin-vaselinkenősesel dolgozni.

Ezt az eljárást csak rövid ideig alkalmazhattam ugyan, mert mint ismeretes, a picrinnek oly intensiv kanári sárga színe van, hogy a beteg a kezelés tartamára ki van e miatt rekesztve a társadalomból; azonban tetemes javulást láttam és szándékomban áll ezt a fájdalom nélküli tiszta és kényelmes eljárást újra kipróbálni. Az operáló kezeinek védelmére kénytelen kaucukkecstyűt viselni vagy igen hosszú Péan-féle csipőkkel dolgozni, mert a picrinnek affinitása a *stratum corneumhoz* rendkívüli nagy és másrészt sói mind sárgák lévén, a kézzől alig lehet eltávolítani. Másik kellemetlen tulajdonsága intensiv keserősége, a melylyel mindenki akaratlanul is megismerkedik, a ki csak némileg is érintkezésbe jutott ez anyaggal.

A methylenkék alkalmazása valamennyi anilin derivatum között talán a legrégebb és a legelterjedtebb. Ismeretesek azon kísérletek, melyeket malaria (Kéti), chorea, typhus stb. esetekben végeztek. Kankós folyamatoknál is több propagatorra talált e veszélytelen és a mikroorganizmusok iránt oly nagy affinitással bíró szer. Vaginitis blen. eseteiben *d'Aulnay* 1% sublimáttal mos, azután a vagina hátsó részét tamponálja a következő oldattal: Rp: Methylenkék 200; Alcohol 150; Kal. caust. 0·2; Aquae 2000; míg a mellső részt kis wattával tömi ki a ruhák kimélése czéljából. Két nap múlva glycerines tampon, azután, ha szükséges, ismétlések. Az eljárást mint indifferenst, könnyűt, fájdalom nélkülit említik, s noha magam nem láttam alkalmazni, plausibilisnek tartom a hozzá fűzött reményeket, hiszen *Boinet* és *Trintignan* vizsgálatai óta tudjuk, hogy a methylenkék mint olyan circulálhat az egész szervezetben és választatik ki a vesék által.

Álképleteknél szintén többen alkalmazták a methylenkék s így legutóbb Schwimmer mutatott be epithelioma esetet, mely felületes, szép, sima heggel gyógyult; az álképlet legtöbb helyén behamosodott és lelapult a többin.

¹ Vagy kissé hígított.

¹ Tiszta anilinfestékeket legezészerűbben Dr. G. Grübler und Co. czégnél lehet beszerezni. (Leipzig, Bayerische-Str. 63.) Ugyanott kapni Holzint is.

A sebek és fekélyek kezelésére ajánlott *hintőporok* száma óriási.¹ Legnagyobb részük vagy jod lecsapás útján antiseptikus vagy egyszerűen szárító hatású, a mikor többnyire bismuth szerepel a vegyületben. Egy újabb csoport az, melyben a hatás principiuma formalin felszabadulásban áll.

Mint hogy a priori valószínűtlen, hogy valaha is sikerülni fog a jodoformnál koncentráltabb jodos hintőport előállítani, (Jodoform 96·7%, Losophan 80·0%, Sanofom 62·9, Europhen 28·1, Airol 24·4 jodtartalommal), a chemikusok tehát oda törekedtek, hogy a jod lehetőleg labilis helyzetben legyen, lehetőleg activ szereppel bírjon a vegyületben és a sebváladék pusztá érintkezése által már lecsapassék.

A jodoformnak ugyanis négy tagadhatlan hátránya van a praxisban: hogy mérges és könnyen okoz igen intensiv bőrlobokat, hogy kellemetlen szaga miatt sokszor nem alkalmazható, hogy a közönséges vehikulumokban oldhatlan, s így pl. üregekbe fecskendezett emulsiókban egyszerűen az üreg fenekére száll, a helyett, hogy a falzatra gyakorolna behatást, végre, hogy nehéz és igen drága s kiterjedtebb alkalmazása sokszor tetemes költséggel jár.

Óriási azon jodvegyületek száma, melyeket a jodoform említett sajátosságainak elkerülésére, a jodoform pótló szereként ajánlottak (Jodol, Jodoformin, Jodoformal, Jodanisol, Jodamylum, Aristol, Europhen, Loretin, Airol, Nosophen, Antinosin, Losophan, Soziodolsók, Sanofom stb.)

Személyes tapasztalataim alapján (melyek nem terjednek ki az öt első anyagra) e szerek egyikét sem tartom kiváló nyereségnek, olyannak, mely egyszer s mindenkorra biztosítaná helyét a dermatologiai thezaurusban. Fekélyeknél mindannyinál hatásosabb szerek a mindjárt említendő formaldehyd és az ósrégi higanykészítmények. Ulcus chr. crurisnál a nyugalomba helyezést és a sebészi kezelést ezen szerek alkalmazása mellett se nélkülözhetjük. Nedvező ezemáknál a szárító pasták mutatkoznak előnyösebbeknek; égési sebeknél a már említett pierin hármás hatásánál fogva ezélszerűbb, epitheliomáknál, lupusnál, a hol erélyesebben hatni nem akarunk, a Hardy-féle oldattól (Rp. jodi 3—4·0; kal. jodat. 8·0; aqu. d. 30·0) jóval többet lehet várni, vagy pedig a már említett anilin-festékeket megkísérelni. Parasitaer hajzatbetegségeket, pl. favust, trichophytont az epilatio után jodtr.-dal vagy formalinnal vagy jégeczettal kell kétnaponként bekenni; a sokat dícsért nosophen-oldattól semmi hatást sem láttam. Syphilitikus újképlődéseknél, pl. condylomáknál a higanyos poroknak nincs párjuk, az europhen vagy aristol behintések elmaradnak hatásosság tekintetében a calomel, praecipitát, higanyoxyd, cinober stb. készítmények mögött.

Ozaenánál, stomatitiseknél, torokbeli folyamatoknál, továbbá hyperidrosis és bromidrosisnál egyszerűbbnek gondolom a zincum soziodolieum, a loretin az antinosin öblítések helyett, melyeket sokan praecozizálnak, a régi 0·01—0·1%-os kalium hypermanganicum oldatnak használatát.

Mindezek dacára némely esetben mégis tagadhatatlan előnnyel lehet e szerek némelyikét alkalmazni. Genyedő üregekben az airol s az europhen, venerikus fekélyeknél a nosophen hintőpor, irrigáló folyadékként hólyag mosások számára az antinosin 0·1—0·2%-ban, granuláló felületeken az aristol és a mindjárt említendő bismuth porok elég jól szoktak hatni.

A soziodol készítmények különös figyelmet érdemelnek határozottan kiváló antiseptikus hatásuk miatt, melyre már Schwarz, Schwimmer, Roth stb. felhívták a figyelmet. Ulc. phagaedenikus penis egy esetében, midőn már-már a paquelinhez nyultam volna, utolsó kísérletként 4% kal. soziodol. boroga-

tásokat alkalmaztam. Az extensio egy hét alatt megállt, s egy utólagos amyloform kezelésre a fekély lassankint teljesen meggyógyult. Hátránya e szernek fájdalmassága, mely alkalmazását kellemetlenné teszi.

A bismuth hintőporok (xeroform, eudoxin, loretinsavas bismuth, dermatol, tribromphenyl-bismuth, bismal stb.) igen megbízható és jól ható szerek, mihelyst nem kívánunk tőlük többet, mint a mit azok nyújtani képesek. Inficiált területeken alkalmazni őket, egészen ezéltalannak tartom. Antiseptikus hatásuk vajmi csekély; bőven genyedő, fertőzött felületekre hintve, üdvös hatást nem fejtenek ki. Azonban már megtisztított, kevésbé secretáló, főleg behámosodásra tendenciával nem bíró sarjadzó területeken néha kiváló eredményeket lehet látni: a secretio egy-két nap alatt megszűnik, a felület száraz, rózsaszínű lesz, a szélek applanálódnak, a hámképződés gyorsan megindul, s a renyhe fekély friss, gyógyuló sebnek képét kapja. Különösen akkor teljes a behatás, ha a testrészt kellő táplálkozási viszonyok közé hozzuk: pl. a varicosus fekélyeket a vizértágulatok megszüntetésére energikusan körül metszjük, hogy a vérkeringés egyedül a mélyebb és kevésbé elváltozott vizerek útján haladjon; a területet előzetesen permanganáttal, bórsav-beporozással, ferr. sesquichlor.-mal (Schwimmer) aseptikussá tesszük és a bismuthnak rövid ideig tartó használata után, mihelyt a hámosodás határozottan megindult, s a sebszélek szájonmás jellegüket elveszítették, áttérünk a Schleich-féle serumporra, mely physiologikus, száraz pörköt képez a felületen, vagy a glutolra, mely a pörk alatt még adstringens hatást is fejt ki.

(Folytatása következik.)

A gonorrhoea kórtanának mai állása.

Róna Sámuel dr. m.-tanár és közközházi rendelő orvostól.

(Folytatás.)

Az *epididymitis* tanában új az, hogy a csecsemők és kisdetek urethritis gonorrhoeicájához egy vagy kétoldali mellékherelob ép úgy társulhat, mint a felnőttekéhez. (Saját észleletem.) Kiderítésre vár, hogy a mellékhere csatornájában tényleg a gonococcus idézi-e elő a lobos folyamatot, a mint azt supponáljuk. Kiderítendő továbbá, hogy a vaginalitis fellépését nem a gonococcusnak átvándorlása a savós hártára idézi-e elő? *Guyon* és *Janet* (1889) ugyan már megvizsgálták a heveny gonorrhoeás hydrocelet ez irányban és mikroorganizmust nem találván, ptomainhatásnak tartják. Azonban tekintve azon újabb tapasztalatokat, hogy a térdizület savójában nem, ellenben a porozra rakódott izzadmányban bőven találtak gonococust, újabb vizsgálatok szükségesek. Ugyanek vizsgálat tárgyává tétetni látom szükségesnek az epididymitis kapesán fellépő láz keletkezésének idejét és okát. Ugyanis saját többszörös észleletem arra hívták fel figyelmemet, hogy a láznak fellépte nem a mellékhere beszűrődésével, hanem a vaginalitis felléptével kezdődik, a mely kettő között néha nagy időbeli köz van.

A férfi gonorrhoeához még meg kell jegyeznem, hogy a húgyesőnyilás mellett található és *parallel az urethrával haladó menetek*, és azok, melyek a fitymán észlelhetnek, a gonococcus infectio fészkei lehetnek. Mint legújabb ismeretet kell kiemelnem, hogy a *penis faggyú-mirigyei* is alkalmasnak bizonyultak a gonococcus befészkelődésére. Úgy a menetek, mint a mirigyek hosszasan genyedhetnek és a genyben a gonococcus kimutatható.

Ellenben bizonyos az ma már, hogy a *balano-posthitis* és a *papillomák* nem a gonococcus infectio, hanem chemiai vagy mechanikai, vagy egyéb okok folytán keletkező folyamatok.

A míg a *nyirokmirigyekben* kankót kísérő *bubónál* eddig senki a gonococust kimutatni nem tudta, addig *reticularis lymph-angioitis* (oedema praeputii et penis) nyirokjában *Crippa* (Wiener med. Presse, 1893. Nr. 35, 36) egy esetben, egy

¹ Airol: Hoffmann, Traub és Tsa. (Basel); Glutol: Schering (Berlin, Müllerstrasse 170); Nosophent, Antinosin, Amyloformot Rhenania (Aachen); Márvány szappant, Schleich-féle serumpot Kohlmeier (Berlin, Bellealliance Apotheke); Euphorint, Xeroformot Heyden (Radebeul bei Dresden); Dermatol, Loretint Meister Lucius & Brüning (Höchst a/M.); Tannoformot, Cocainum nitricumot, Trioxymethylent, Jodamylumot Merck (Darmstadt); Aristolt, Europhen Bayer (Elberfeld); Soziodol sokat Tromsdorff (Erfurt) gyártják és legnagyobbbrészt szívesen bocsátanak az orvosok rendelkezésére kísérletezésre való anyagot.

héttel az infectio után gonococcust talált. Jadassohn is (1895) két vizsgált esetben talált gonococcust. Lehet, hogy ezen esetekben gonococcus okozta lymphangiitis volt jelen; de megjegyzem, hogy Schäffernek (1895) 4 esetben és magamnak (1895) 3 esetben a szorgos kutatás dacára sem sikerült gonococcust találni.

Klein Gusztávnak (Gonorrhoe der weibl. Genitalien, Bibliothek der med. wissenschaft. Gessellschaft, Bécs, 1894) Sängerral egyértelmű felvétele, miszerint a női nem szőke képviselői gyakrabban betegednek meg gonorrhoeában, az eddigi gyűjtött kis statistikánk által máris meg van döntve, mert 34 gonorrhoeás nő közül barna-fekete 23 és szőke-vörös 11.

A míg régebben főleg a vaginát hitték a gonorrhoea fészkeinek, ma minden kétséget kizárólag kiderítették, hogy az a legkritikább székelye a gonorrhoeának. Schultz dr. által a folyó évben osztályomról közölt dolgozatban a vagina gonorrhoeás megbetegedése 104 női gonorrhoea között 9 esetben (8·6%) mutatott ki. Laser kimutatása szerint is a vaginának gonorrhoeás megbetegedése csak 7%-ban volt jelen. Ezzel szemben állanak Luczny (1891) és Witte (1892) vizsgálati eredményei; az előbbi 40·4%, az utóbbi 23·5%-ban találta a vagina gonorrhoeáját. Vizsgálataikat valószínűleg nem a kellő cautelákkal végezték. Csakis fiatal, keveset közöskült vagy telbes nőknél vagy kis leányoknál észleltünk valódi vaginalis gonorrhoeát. Az exquisit gonorrhoeának mondott *colpitis maculosa* et *granulosáról* (Sänger) még senki sem bizonyította be, hogy az tényleg gonorrhoeás volna és a tisztázást ez irányban a jövőtől várjuk.

A *vulvitis* sem direct gonococcusinfectio kifolyása, hanem épen olyan társuló gyuladás a női urethra kankójához, mint a balanoposthitis a férfi urethráéhoz. Még a kis leányok *vulvo-vaginitisénél* is, a mint az legújában [Kahen-Brach, (Deutsche med. Wochenschrift 1892. Nr 32 és Jahrbuch für Kinderkrankheiten 1892) 21 eset közül 20-nál biztosan, egy-nél valószínűnek találta] kiderült, hogy az *urethra* és *vagina* betegedett meg elsődlegesen gonorrhoeásan, a *vulvitis* csak kísérő tünet. Még eddig senki nem mutatta ki a vulva hámjában vagy subepithelialis kötőszövetében a gonococcusokat. Mellesleg jegyzem meg, hogy a kis leányok *vulvo-vaginitise*, akár egyes számban, akár epidemice lép fel, mai tudásunk szerint direct vagy indirect gonococcus fertőzéssel alapul. Úgy a szűzek, mint a defloráltak fertőztetéséhez elegendő a szeméremrésnek gonococcust tartalmazó, be nem száradt váladékkal való érintkezése. Figyelemre méltó ez irányban a Skutsch (1891) által ismertett *vulvo-vaginitisj*árvány, mely 236 áldozatot követelt és Posenben a városi tanács által adott közös ingyénfürdő útján közvetített, továbbá Epstein (1891) azon észlelete, hogy az újszülött már a világra hozhatja a szülőtutakat passirozása közben szerzett *vulvo-vaginitis* gonorrhoeicát.

Ellenben biztos az, hogy a *vestibulum* nyálkahártyájába beágyazott mirigyek (Sinus mucosi Graef, lacunae, folliculi mucosi vestibuli, Skene-féle mirigyek), melyek a hüvelytornáczaiban, sőt a húgyesőnyílás körül, továbbá a nyílás lebenyekék között székelnek, a gonococcus tanyái lehetnek. A megduzzadt folliculusok kölesnyi és nagyobb vörös göcsök alakjában emelkednek ki a tornácza és nyomásra gonococcusdús váladékot ürítenek ki. (Martineau (1884) és saját vizsgálataim.)

A Bartholini-mirigyek kivezető csövének kankós gyuladása nem épen ritka és rendszeren a női gonorrhoea első heteiben észlelhető. Kaestle (1891) 8—13%-ban találta a Bartholini-mirigyek megbetegedését. Osztályomon 104 beteg közül 12 esetben találtuk (11·5%). Luczny (1891) 36%-ban találta. A vezeték kankóját nem követi mindig a *mirigyj*árvány kimutatható gyuladása. Sokszor találunk bőven genyedő vezeték, a nélkül, hogy a mirigyét ki tudnók tapintani. Máskor ismét a *mirigy duzzanata* is követi a vezetéklobot, ismét máskor periadenitis, tályogképződés esatlakozik a lobhoz. Nagyobb-fokú *peradenitis abscedens* a legtöbbször társuló infectio (staphylococcus, Bumm) következményének tartatik. Azonban Bartholini-mirigytyalogot maguk a gonococcusok is okozhatnak. (Hasse (1893), Jadassohn és Herbst (1894—95) és saját

magunk észleletei.) A gonococcusok mellett esetleg még jelen levő más bacteriumok nem szólnak okvetlenül a vegyes infectio mellett.

A női gonorrhoea leggyakorabbi fészke az *urethra* és *cervix-csatorna*. Mi az *urethrában* 104 gonorrhoeás eset közül 77 esetben (74%) mutattunk ki gonococcust, Steinschneider 100%, Fábry (1888) 95%-ban, Welander (1888) 89%, Brünshcke (1891) 90%, Luczny (1891) 85%, Bumm (1891) 91%, Witte (1892) 61·8%-ban. Mi a *cervixben* 82 esetben 79%-ban találtunk gonococcust; ugyanitt Steinschneider 47%, Fábry 47%, Welander 43·7%, Brünshcke 37·5%, Luczny 72·3%, Bumm 74%, Witte 7·3% (!)-ban találta.

Tekintve, hogy a mi urethritis eseteink chronikus esetek voltak, Klein Gusztávnak (1895) azon állítása, hogy a chronikus urethr. gonorrh. nőknél ritka, legalább általunk megezőfoltatik. Klein egyébiránt nagyon bizik a női urethr. gonorrh. spontan gyógyulásában. A legtöbbször együtt járnak az *urethra* és *cervix* gonorrhoeája, úgy hogy e kettőt egy és ugyanazon egyénnél 53 esetben (53%) találtuk. Elég gyakori az *izolált urethralis* és *cervicalis* gonorrhoea, mert 21%-ban csak az *urethrában*, 26%-ban csak a *cervixben* találtunk gonococcust. Laser 31·3% találta a *cervicalis* és 31·7%-ban az *urethralis* gonorrhoeát, tehát Finger azon észlelete, hogy a gonorrhoea csak az *urethrára* localizálódott, nem tartozik a ritkaságok közé; lehet azonban, hogy ezen esetekben sem volt mindig *izolált* a gonorrhoea, hanem már más helyütt meggyógyult.

A heveny *urethritis gonorrh.* kórisméje nem nehéz és klinice felállítható. A folyamat az egész urethrát elfoglalja és ilyenkor a vizelet második fele is homályos. Az idült *urethritis* kórisméje csakis a húgyesőből vett kaparék göcsői vizsgálatával állítható fel. Hasse (Der Gonococcus Neisser, sein Vorkommen bei Urethritis und Bartholinitis, Inaugural-Dissert., Strassburg 1893) tapasztalatait mi is megerősíthetjük, hogy a míg a heveny *urethritis*nél főleg csak gonococcusok találhatók, a heveny tünetek lezajlása után más bacteriumok is találhatók bőven. Hasse heveny genyedő *urethritis*nél 100%-ban, idültnél 79%-ban mutatta ki a gonococcust.

Az *endometrium gonorrhoeájának* gyakorisága nincs annyira kitapasztalva. Osztályomon is csak 49 esetben vétett az uterusból direct váladék és csak 15 esetben (30·6%) találtott gonococcus. A 34 negativ esetben egyszeri vizsgálat 26 esetben, 2-szeri vizsgálat 5 esetben és 3-szori vizsgálat 3 esetben történt. Steinschneider 50%, Bumm 17%-ban találta az uterus gonorrhoeáját. Azonban már ezen csekély vizsgálatból is kiderülni látszik azon tény, hogy *cervicalis* gonorrhoea mellett nem mindig találunk *endometrialis* gonorrhoeát, a mennyiben a 49 vizsgált esetben megannyiban volt *cervicalis* gonorrhoea jelen. Még kevésbé van kiderítve az *endometrialis* gonorrhoea *adnex-megbetegedések* jelenlétében. Vizsgálataink ez irányban még csekély számúak, hogy ebből dönthetnénk és további vizsgálatot tartok szükségesnek.

A *cervixről* az endometriumra nézetem szerint spontan megy át a gonorrhoea a heveny stadiumban, jórészt a női genitáliák physiologiai működésének és erősebb testmozgások közbejöttével. Az instrumentalis beavatkozásnak kevesebb befolyást tulajdonítanak, mint az autorok.

A mi az *adnex* megbetegedéseket illeti, azokat a kimutatott anyag 21%-ában találtuk. Ezek közé csak olyan elváltozásokat soroltunk, a hol az uterus sarkának megvastagodása mellett a megvastagodott tubát vagy ennek daganatát lehetett tapintani. Sängér és Rosthorn szerint is a női gonorrhoeának $\frac{1}{3}$ ánál van jelen *adnex* megbetegedés. Herzfeld (Archiv f. Derm. u. Syphil. 1892, S. 1009) 18%-ban találta. Feltűnő minden esetre, hogy 37 *adnex* megbetegedés közül 10 esetben a *cervix* váladékában nem találtunk gonococcust. Az *adnexák gonorrhoeás megbetegedésének* constatalásánál mind ez ideig a pontos genitális vizsgálatokra és az anamnestikus adatokra kell támaszkodnunk, miután a biztos ismerető jel, a gonococcus kimutatása nem teljesíthető. A kürtök genyében többen kimutatták a gonococcust. Wertheimot, kinek legtöbbet köszönünk e téren, fentebb már említém.

Menge 26 pyosalpinx közül 3-szor gonococust mutatott ki mikroskopicen (1891), Zweiffel (1890) 39 eset közül 8 friss esetben microscopice gonococust mutatott ki. Witte (1892) 39 közül 7-szer gonococust, ezek közül 4-szer tiszta kultúrában, 3-szor más bacteriumokkal együtt. Schauta [Ref. Archiv f. Gynaecologie 1893, 47. B., S. 573] 192 adnex operatio közül pyosalpinxnál 144 esetben semmi genyt vagy steril genyt, 33 esetben gonococust, 15-ben strepto- vagy staphylococust talált. „A tubaris megbetegedés kezdeti stadiumában — mondja Schultz fent idézett dolgozatában —, Schauta figyelmeztet a salpingitis nodosára, mely esomószerű képződésekből áll. Ezen esomók az uterus sarkainál fejlődnek és nem egyebek, mint eltokolt kis genyzsákok, melyek egymástól homokóraszerűen vannak elválasztva. [Wertheim újabb kórbonctanilag is leírta ezen alakot. (Centralblatt f. Gynaecologie, 1894. Nr. 18.)] A betegség további fejlődésében a tubák ujnyiak vagy vastagabbak lesznek, majd daganattá alakulnak át, melynek tartalma többnyire geny szokott lenni. Nem mindig könnyű a tubaris megbetegedést, illetve annak tumorát constataálni, miután kis ovarialis tömlő, hydrosalpinx vagy myomgóc hasonló leletet adhatnak. Könnyebb a differentialis diagnózis, ha az uterus sarkából kiinduló vastagodást tapintathatunk, mely egy hengeres kanyarulatot képez át, nehezebb, ha a tubaris daganat nagyobb, talán gömbalakú tömlőt képez.

Vannak azonban a vizsgálati leletnek egyes sajátosságai, melyek útbaigazítást adhatnak. Így tapasztaltuk mi is eseteinkben, hogy a gonorrhoeán alapuló adnex megbetegedések az uterus helyzetét nem befolyásolják úgy, mint más daganatok. A méh ugyanis, akár anteflexióban, akár retrodeviációban van, rendszeren megmarad a középvonalban, míg más természetű daganatoknál oldalra tér ki. A gonorrhoeás pyosalpinx mellett a menstruatio Zweiffel szerint gyakoribb, mint a hydrosalpinx és streptococcus salpinxnál. Végül a gonorrhoeás pyosalpinxnál rendszeren nincsen hőemelkedés és ha van, rendszeren mechanikus insultus után lép ez fel és ekkor is csak néhány napig tart és általában az egész folyamat csak lassan elhúzódva fejlődik. Eddig Schultz nézete. Azonban a különböző fajú salpingitisek makroszkopiai és operatio előtti diagnózisára vonatkozólag még nagyon eltérők a nézetek. Schauta maga sem hiszi, hogy a *láz viselkedéséből* a differentialis diagnózis biztosítva volna és azt hiszi, hogy operatio előtt a geny mineműsége biztossággal fel nem ismerhető. Klein Gusztáv is a *lázra* vonatkozólag (Gonorrhoe der weiblichen Genitalien 1894) a következőket mondja: „Általános tünetek súlyos infectionál ijesztő hevességgel léphetnek fel, és nemcsak metritis és endometritisnél, hanem peri- és parametritis és salpyngitis gonorrhoeicánál, tehát a hashártya részvételenél. Heveny stadiumban a súlyos infectionnak minden tünete jelen lehet, magas láz, sőt rázó hidegek, étvágytalanság, fejfájás, gyengeség. Menge is állítja, hogy tiszta gonorrhoeás pyosalpinxnál állandó és magas láz előfordulhat.

A *petefészek albuginájára* (perioophoritis), a *méh széles szalagaira* (ligamenta lata) leginkább kisebb-nagyobb trauma után terjed át a folyamat az által, hogy a tubákból kankós geny jut a hashártya felületre, a hol azután legtöbbször heves, *részesleges pelviperitonitis* keletkezik. A pelviperitonitis izzadmányában Ceppi (1887) és Wertheim mutatta ki a gonococust. A gonorrhoeás pelviperitonitis csaknem mindig *circumscrip*t és *összenövés*ekhez, *összetapadás*okhoz vezet, de halálhoz is vezethet. (Penrose 1890, Morrisson 1890.) A *szűzek és kis leányok* heveny kankójához is társulhat a méh és függelékeinek megbetegedése. Sängér (1890) relative gyakran észlelt salpingitist, pelviperitonitist. Martin (1892) is feltűnő gyakran találta az endometritist. Welander *általános peritonitist* is észlelt 5 éves leányka gonorrhoeája kapcsán, sőt ez peritonitis útján halálhoz is vezethet, a mint azt 5—7 éves leánykánál Lovén (1886), Huber (1889) észlelték.

Kaltenbach (Volkmann's Sammlung Nr. 295) és Sängér (Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynaecologie, München 1896) klinikai tapasztalataik alapján következtettek *gonorrhoeás gyermekági infectióra*. Kaltenbach sok anyánál, a kiknek gyermekei ophthalmoblenorrhoeát kaptak, később

láz keletkezését észlelte és kiemelte már a késői infectiót is. Krönig (Centralblatt f. Gynaecologie 1894, Nr. 1) bacteriologiai vizsgálatok alapján is bebizonyította a kankós puerperalis infectiót. K. direct az uterusból vett váladékban 9 gyermekágyasnál tenyésztés útján mutatta ki a gonococust teljesen tiszta kultúrában. Ezen 9 eset közül csak 1 maradt láztalan, a többi lázas volt, négy 38.5°-ig, négy 40.2°-ig. Az apyrexia orvosi beavatkozás nélkül állott be. *Vegyes infectio* nem volt kimutatható. Krönig is azt következteti, hogy a kankó relative gyakran vezet később gyermekági megbetegedéshez.

v. Franque (Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gynaecologie B. 25) 11 lázas gyermekágyas közül egynél gonococust talált az uterus secretumban. Burckhardt (Archiv f. Gynaecologie B. 45) 39 pathologicus secretummal bíró terhesség közül 19-szer gonococust mutatott ki, tehát 59.38%-ot. A 32 eset közül 50% megbetegedett gyermekágyban. Klinikai tapasztalatok alapján újabb még v. Steinbüchel (Klinische Wochenschrift 1892 Nr. 21—22) csatlakozik azokhoz, a kik a gonorrhoeának befolyást tulajdonítanak gyermekági infectióra. Veit (l. e.) az infectiónak a tubákra, a hasfalra áttérjedését, főleg a friss infectiónak röviddel a szülés előtt vagy után keletkezésére viszi vissza. Heveny peritonitist látott ez által a késői gyermekágyban keletkezni; ez rendszeren exsudatumba vagy pusalpinxba megy át. Fritsch (l. e.) ellenben tagadja a kankó és a puerperalis láz közötti összefüggést, különösen lehetetlennek tartja a gonorrhoeás puerperalis peritonitist.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XIII. rendes ülés 1897. április 24-dikén.)

Elnök: Székács Béla; jegyző: Lévai József.

A venereás megbetegedések statistikája zárt körökben és azok prophylaxisa.

Friedrich Vilmos és Török Lajos dr.-ok. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük).

Tihanyi Mór: A statistikai adatok ilyen formájú összeállításának nem sok hitelt lehet tulajdonítani; nem akarja szóló most ismételné azon érveket, a melyek annak idején a statistikák értékéről elmondattak, csak constataálni óhajtja, hogy az előadó statistikája szerint, valamint szülő nézete szerint is a syphilis Budapesten nem terjed, hanem apad, *Marschalkó* pedig statistikájával 1 1/2 év előtt épen az ellenkezőt vélte kimutathatni; természetes, hogy az egyik statistika nem mond igazat. Előadó statistikai táblázatában egy felülről tévedés van, az t. i., hogy a megbetegedett nők száma a statistikában elenyésző csekély a férfiakéhoz képest: ennek oka csak az lehet, hogy a megbetegedett nők a rendelésen nem jelentkeznek; mert épen a munkás nők között sokan vannak, a kik a prostitutiót alkalmasszerűen űzik, a kik házasságon kívül coitusra adják magukat és épen a rendőrorvosi praxis mutatja, hogy ha ilyenek a rendőrség elé kerülnek — mert ilyenkor orvosilag megvizsgálatnak — aránytalanul sok közöttük a venereás beteg. Az előadó azt a kérdést is érintette, hogy vajjon a rendőrorvosi ellenőrzés egyáltalán hasznos-e. Már a kiindulási pont téves, ha azt hiszik, hogy a rendőrorvosi intézménnyel nagyon befolyásolni lehet a venereás megbetegedések általános elterjedését, mert olyan kevés a bejegyzett és rendőrorvosi ellenőrzés alatt álló kéjnök száma, hogy csak ezek egyedül nem befolyásolhatják venereás megbetegedések tekintetében a világvárosok lakosságának egészségügyi viszonyait; Budapesten jelenleg 1400 bejegyzett kéjnök van, de a mesterségét tényleg űző soha sem volt ezernél több, a többi vagy a kórházban van, vagy lakás hiánya, elutazás, vagy más okból bárczáját ideiglenesen beadja. Az 1400 bejegyzett kéjnökkel szemben legalább 5000 olyan nő van, a kik titokban ugyan, de keresetképpen űzik a prostitutiót; így a facээр cselédek, munkásnők, énekesnők, tánczosnők stb. és ezekhez jönnek még azok, a kik alkalmasszerűen űzik azt. Ily nagy számú, rendőri ellenőrzés alatt nem álló nőekkel szemben az ellenőrzés alatt állók száma elenyészően csekély, s így a legpontosabb rendőrorvosi ellenőrzéstől sem lehet várni a venereás betegségek elterjedésének teljes megállítását, de ezeknek jelentékeny korlátozását igenis eszközözi. Az előadó felhozta, hogy a munkások legnagyobb része bejegyzett kéjnöktől szerzte volna baját, de az ilyen bemozdásoknak igen sok okból hitelt adni nem lehet; a katonaságnál a megbetegedett katonát kivallatják, hogy kitől szerezte a baját, az megmondja, a katonai hatóság átír a rendőrséghez, ez vizsgálatot indít s csak ritkán fordul elő, hogy az illető katona állítása igaznak bizonyul; ugyanezt tapasztalják a rendőr-legénységénél is. Rendszeren úgy van a

dolog, hogy bárkitől kapják a betegséget, kéjőre fogják rá, mert ez a legkényelmesebb, s ezt tartják a legkevésbé compromittálónak. Nem szabad még figyelmen kívül hagyni, hogy a betegek a legtöbb esetben nem is tudják megmondani, hogy kitől kapták bajukat; mert pl. a kankó és lágy fekély incubációs ideje 8 napig terjed, a kemény fekélyé 3—4 héttig, s a ki gyakrabban közösül, nem is tudhatja, hogy ki inficiálta. Hogy a rendőrorvosi vizsgálat milyen eredménnyel jár, bizonyítja ezt az, hogy 1000 vizsgált kéjő közül 1896-ban 1400 küldetett kórházba, vagyis átlag minden leány kórházba került, sőt volt olyan is, ki ismételten részesült kórházi kezelésben.

Előadó érintette, de nem részletezte azt a kérdést, vajjon czélszerű-e a lakáson való vizsgálás, vagy sem és elítélte az ú. n. futó-bárczák kiadásában álló újítást. A mi a futó-bárczákat illeti, a rendőrség ennek életfelpöttesénél arra a helyes álláspontra helyezkedett, hogy a kéjőket ellenőrzésénél a főszűly nem a közérkölesiségi, hanem a közegészségügyi szempontokra helyezendő. A titkos kéjőnek nagy részétől nem lehet várni, hogy nyíltan bejegyeztessék magukat a kéjőnek közé, mert nem főfoglalkozásuként, hanem mellékesen őrizzik a prostituáltot, ezekre nézve elegendőnek tartja a rendőrség, ha futó-bárczát váltva, a közszemérmert nem sértik és hetenként kétszer rendőrorvosnál megvizsgáltatják magukat. A futó-bárczák kiadásának még egy másik oka is van: a mint valaki bejegyzett kéjő, a fővárosi lakbér-szabályzat értelmében csak akkor lakhatik, ha nemcsak a házi úr, de az összes lakók is ehhez beleegyezésüket adják, ezt az engedélyt pedig a lakók ellenszolgálat nélkül nem adják meg, s így a bejegyzett kéjőnek lakása nagyon drága, úgy hogy csak az fizetheti meg, a ki üzletszerűen őrizz a prostituáltot, míg a prostituáltot csak alkalomszerűen őrizz az megfizetni nem képesek; ha pedig futó-bárczájuk van, a fent említett szabály rájuk nem alkalmazható, mert kéjőnek voltuk csak a rendőrség tudja, s így olcsóbban lakhatnak, és mégis ellenőrzés alatt állanak. Előadó azon kérdést is érintette, vajjon czélszerű-e a bordély-rendszer, vagy sem. Sok ok szól a bordély mellett és sok szól ellene; de szolgáló nézete szerint a facultativ bordély úgy rendészeti, mint egészségügyi szempontból határozottan fenntartandó. A bordélyrendszernek főhátányaként említik azt, hogy a bordélyok a leánykereskedésnek képezik főgócponjtját és ártatlan leányok csábítanak oda, a kik ott rabszolgaéletet élnek; továbbá, hogy a leányok a bordélyokban gyakrabban betegednek meg, mint a magánkéjőnek.

Ezen ellenérvek csak látszólagosak; mert a leánykereskedést czélszerű rendőri intézkedésekkel meg lehet gátolni és hogy a leányok a bordélyokban rabszolgaéletet élnek, nem felel meg a valóságnak, mert eltekintve a hetenként kétszer megjelenő rendőrorvostól, a bordélyokat detectívek is ellenőrzik, úgy hogy erőszakkal nem lehet a leányokat visszatartani, sőt a rendőrhatalóság annyira védelmezi őket, hogy ingóságait sem szabad adósság ezimén visszatartani és felügyel arra, hogy rendszeres írásbeli szerződés köttessék a bordélytulajdonos és leányok között és hogy a leányok keresetükből arányos és méltányos részt kapjanak. Hogy a bordélyokban több leány betegszik meg, az onnan ered, hogy a bordélyokban többnyire a fiatal, kezdő kéjőnek vannak, s csak mikor eléggé kitanultak, lesznek magánbárczások, ilyenkor egyrészt már jobban védekeznek az infectio ellen és másrészt addig a különböző vénereás bajokon már átesettek és így természetes, hogy ritkábban betegednek meg. Előadó megjegyezte, hogy a leányokat ki kell oktatni, hogy vizsgálják meg, egészséges-e a velük közösülni akaró férfi; erre nézve szóló kijelenti, hogy a rendőrorvosok részéről ez évek óta megtörténik. Előadó felvetette azt a kérdést is, hogy czélszerű-e a kéjőket lakásukon vizsgálni. Erre nézve megjegyzi szóló, hogy ez nemcsak czélszerű, de rendkívül kívánatos is; külföldi statistikákból tudja, hogy a kéjőket gyakran elmulasztják a vizsgálatokat, mert kellemtelen nekik, hogy megvizsgálattás végett az illető hivatalba (dispensaire) menjenek. A mi pedig a vizsgálatokhoz kell, t. i. viláosság, víz, mosdó, tal, szappan, olaj, ez minden kéjő lakásán meg van; a legtöbb tükörrel is bír, de tükröt a rendőrorvos mindig magával is visz, azon kéjőnek pedig, kiknek nincs eléggé világos szobájuk, a hivatalban vizsgáltatnak. A mikor a rendőrorvos a kéjőkhöz jön, ezeket vagy ágyban, vagy hiányos toilettben találja, úgy hogy egy pillanat alatt az egész köztakarójukat láthatja, s a vizsgálatot is gyorsan, rövid idő alatt végezhet. A mi a gonococcusra való góresői vizsgálatot illeti, az egyáltalában nem szükséges; a kéjőknél gonococcus majdnem mindig található, de midőn a nőgyógyászok azon vitatkoznak, hogy a női gonorrhoea gyógyítható-e általában és a kankós nők kezelése hónapokig eltart, mind az ezer kéjő úgy sem lehet kórházba küldeni és hónapokig bentartani, a míg csak gonococcus található náluk; a hevenyét pedig góresői vizsgálat nélkül, klinikailag biztosan felismerjük. A bordélyügyi szabályrendeletet sokan támadták; lehet, hogy vannak hibás pontjai, fődolog, hogy jellemes, hozzáértő emberek végezzék a vizsgálatokat, nem pedig az, hogy hol, mikor és mily díjazásért.

Havas Adolf: A mi a közvetítő fertőzést illeti, tény az, hogy előfordul különösen olyanoknál, kik gyorsabban (gyakrabban) gyakorolnak coitust és nem tisztítják magukat, s kiknél valamely virulens anyag a vaginában marad és átvitetik másra a nélkül, hogy az illető már akkor szenvedett volna abban a bajban; de ez ritka, kivételes eset. Örömmel vesz róla tudomást, hogy az általa ajánlott futó-bárczákat behozták, a mi a titkos prostitutio csökkenésével jár. A másik haladás az, hogy a leány és bordélytulajdonos között szerződés kötetik.

Hogy a bordélyházakban többen betegednek meg, az kétségtelen, de ennek az az oka, mert ott fiatal leányok vannak, a kik azért betegednek meg előbb és gyakrabban, mert többet vétetnek igénybe; be van bizonyítva, hogy egy leány egy éjjel 32 férfival is coital.

A háznál való vizsgálás nagy előnyökkel jár, különösen a hol jó világos szoba áll rendelkezésre.

Előadó statistikai adatai majdnem teljesen congruálnak szóló adataival, a kettő közt csak csekély a különbség: 0,2—0,5%. Physikai lehetlenség 70 leányt 3—4 óra alatt megvizsgálni, Kasper 10 percet tart szükségesnek egy vizsgálatához, szóló 5 perc alatt végez egy vizsgálatot. Szükségesnek tartja, hogy a rendőrorvos tiltassék el minden más functiótól, administratív teendőktől, privat praxistól és az állam fizesse az orvost, ne a leányt.

Kosztka Emil: Külföldön ott, a hol központi vizsgáló intézetek vannak, kevesebb a fertőzés; nem osztja azon véleményt, hogy 10 percnél rövidebb idő alatt meg lehessen vizsgálni egy kéjőhölgyet, a mint hogy nem vezet czélhoz a bordélyházi vizsgálás, mert a leány várja az orvost s praeparálja magát, ellenben míg a központra ér, a váladék meggyűlik és góresőileg — mert ez szükséges — vizsgálható.

Rákosi Béla: Kosztka megjegyzését illetőleg, hogy a leányok kintisztított vaginával várják a rendőrorvost, kérde, hogy vajjon az a nő, a ki a központi vizsgáló intézetbe megy, nem tisztítja-e ki magát, vagy pedig látja-e el szivacsosal magát, melyen fonál lóg és ott húzza ki, mialatt vetkőzik. A góresői vizsgálatot illetőleg, a nőgyógyászok azon tanakodnak, hogy kell-e az a diagnosishoz vagy sem, tekintélyesek azt mondják, hogy jó, de nem okvetlenül szükséges.

Marschalkó statistikájában annak idején a kankó és lágy fekély apadásá és a syphilis növekedése volt jelezve s ezt *Marschalkó* már eleve a prostitutio rossz rendszerével hozta kapcsolatba; de syphilit, lágy fekélyt a fertőző szakban nehezebb felismerni, mint a gonorrhoeát és mégis a syphilis apad, tehát ez mégis a vizsgálat helyes volta mellett szól.

A bárczas- és bordélyrendszer jobb volta felett még sokat fog-nak vitatkozni és itt a közegészségügyi és közérkölesi tekintetek szemben állanak egymással. A bordélyrendszerrel több a megbetegedés, de mégis jobban ellenőrizhető; most az az usus, hogy a magánbárczásoknak inkább adnak előnyt, Bécsben pedig a bordélyrendszert iparkodnak behozni. A kihasználáson kívül (melyet azonban *Havas* túloz, mert szóló tudtával 20—22 volt a maximum), a melynek elejét lehet venni, még az is van a bordélyban, hogy a leányok könnyelműbbek, a tisztasággal sem törődnek úgy, mert ha kórházba is mennek, ott a bordélyos küld nekik ennivalót és ha a kórházból kijönnek, meg van a lakásuk, kenyertük, míg a magánbárczas leány elveszti keresetét, ezért fél a kórházról, vigyázóbb, így 8 év óta észlel egy leányt, a kin még nem sikerült betegséget constatalni; az ilyen leányok ügyesen tudják a férfiakat megvizsgálni, erre saját methodusuk van.

A továbbiakban azután kimutatni igyekszik, hogy a rendőrorvos-nak van ideje arra, hogy a kéjőket kellőkép megvizsgálhassa. A mi pedig azt illeti, hogy a kéjőket vizsgálásának költségeit az állam viselje, nem hiszi, hogy az állam erre hajlandó volna; de meg ha valaki olyan mesterséget folytat, mely a mások egészségének veszélyeztetésével jár, annak elhárításáról kötelessége magának gondoskodni.

Tihanyi Mór: Hogy 70 nőt 3 óra alatt nem lehet megvizsgálni, elismeri, de a dolog nem így áll, mert tavaly óta a rendőrorvosok számát tetemesen növelték, úgy hogy a maximális 70 szám csak kevésnek jut már és a vizsgálatokat nem kell 3 óra alatt elvégezniük, hanem 6—7 óra alatt, sőt másnapra is hagyhatják a vizsgálatok egy részét; egy-egy rendőrorvos kéjőit nem is laknak távol egymástól és többnyire 2—3 lakik egy házban. Maximuma a végzendő vizsgálatoknak 104 egy hét alatt; egy vizsgálatra *Blaschkó* szerint 3 perc elegendő.

A kéjőket a vizsgálatra mosdás és vizeléssel akkor is előkészülnék, ha a vizsgálat nem a lakásukon történik.

A vizsgálat díjának kérdését illetőleg kijelenti, hogy a rendőrorvosok szívesen vennék, ha az állam fizetné őket, de ha az orpheumok, chantastok, táncztermek tulajdonosai, gőzkazánbirtokosok maguk kénytelenek a rendőrségi vizsgálati díjakat fizetni, a kéjőkkel sem lehet kivételt tenni. Hogy pedig a hatóság hajtsa be a vizsgálati díjakat, az kivihetetlen. Felemlíti még, hogy a legtöbb bordélynak van saját bizalmi orvosa, a ki kitanítja a kéjőket, miként kell megcsalni a rendőrorvost.

Jurkiny Emil: Azt tartja, hogy a nem bárczas, titkos prostituáltak terjesztik a vénereás megbetegedéseket. Budapestén két oka van a syphilis terjedésének: 1. a titkos prostitutio, 2. a bejegyzett kéjőnek csekély száma; Szegeden 60,000 lakosra 400 a bárczas kéjő, Budapestén tízszer annyi lakosra csak 1400.

Friedrich Vilmos: Nagyön köszöni a felszólalásokat, de sajnálja, hogy a hozzászólók nem arra fektették a főszűlyt, a mire az előadás, mert ez tudományos dolgozat s épen arra a részre nem tértek ki, hogy ez statistikai új irány, az egyénekenkénti statistika; csak az érintett pontokhoz szóltak s rendőrorvosi vitát csináltak belőle.

A bevallott adatok kifogásolt megbízhatóságát illetőleg megjegyzi, hogy az adatokat nem inquisitori módon vették ki, hanem beszélgetés folyamán, az illetők tehát nem akarhattak, mint a katonaságnál, szándékosan hamis adatot bemonadni. De, ha még 20%-ot tévedésre is ír, még akkor is marad 60% bárczas nő, a ki közvetíti az infectiót, miután a szerető, cassiernő, bárczasnő, valamint a feltűnő nagy feleség-rovatban sok a hibás bemonadás, a monnyiben ezek tényleg nyilvános házban kapták a fertőzést, de restelték bevallani.

A futó-bárczások intézményét elítéli közmoral szempontjából, mert ezt a titkos prostituáltot most már olyanok őrizzik, kik azelőtt nyíltan prostituáltak, mert így existenciájuk olcsóbb és most becspadják a publicumot; de meg a rendőrség ezeket nem tarthatja kellőkép videntiában.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A tuberculosis gyógyítása és a sanatoriumok. Irta *Maszák Elemér* dr. Füüdőirodalmi Könyvtár 62. sz. 64 oldal. Ára 60 kr.

A Preysz Kornél szerkesztésében megjelenő „Füüdőirodalmi Könyvtár“ újabb, derék munkával szaporodott, mely laikusnak és orvosnak egyaránt érthető, rövid és mégis kimerítő alakban számol be a tuberculosis gyógyításának, különösen pedig a szegénysorsú tuberculosusok specialis, intézeti kezelésének mai állásáról.

A tuberculosis pusztításainak számadatokkal való feltüntetése, az ellene való védekezés eddig tapasztalt silánysága után érdekesen ismerteti a szerző azon fejlődést, melyen e betegség aetiologiája átment. Az öröklést és contagiositást vallók vitáinak eredménye után az éghajlat, időjárás, közegészségi és társadalmi viszonyok, a lakások, táplálkozás, életkor stb. befolyását méltatja a bántalom terjedése szempontjából. Majd a tuberculosis elleni védekezésnél a köpettel, a gyöngykóros állatok teje és húsával való okszerű eljárást, s a dispositio csökkentését előidéző tényezőket ismerteti. Kétségtelenül legérdekesebb és legbecesebb része azonban a munkának az, melyben a bántalom gyógyításával foglalkozik a szerző. Elmondja a tuberculosis gyógyíthatóságáról uralkodó nézeteket, melyekből kétségtelenül kiviláglik a specialis gyógyintézetekben való kezelés relatív és absolut haszna, s a kórházi ápolás eredménytelensége. Tanulságosan ismerteti a többi államok eddigi működését a vagyontalan tuberculosusok gyógyítása körül. Sajnos, hogy hazánkról eddigelé kevés jót mondhat, bár örömmel constatálja a buzgólkodást, melyet Korányi, Papp, Teleki Géza gróf, különösen pedig mai belügyministerünk e téren kifejtének, a mely rövid idő alatt mintaszerű intézeteket fog adni a vagyontalan tüdővészéseknek, a melyekben a megmenthetők meg fogják találni mindazt, a mi a gyógyuláshoz szükséges. A munka végét az ilyen intézet építésének, berendezésének szakavatott leírása képezi.

A mint hogy őszinte örömmel kell mindent üdvözölnünk, a mi a tuberculosusok, kivált a szegénysorsúak gyógyítását megkönnyíti s a laikusok és orvosok ismereteit ez irányban bővíti, gyarapítja, azért Maszák dr. munkáját is örömmel forgathatja mindenki, mert a hasznosat, a tudni- és megszívlelni valót nemcsak érthetően, de élvezetesen is adja elének. *Rigler* dr.

II. Lapszemle.

Gyógyszertan.

Az airolról. *Pick* tanár prágai klinikáján *Löblovitz* dr. számos kísérleteket tett nevezett szerrel bőr- és venerikus betegségeknek, melyekről a következőkben referál (Archiv f. Dermat. u. Syphilis 1897. XXIV I. f.)

Az *initialisclerosis* airol és szürke tapasz alatt ép oly gyorsan gyógyul, mint jodoformmal. *Papulák* és *gummosus fekélyek* airol és szürke tapasz alkalmazására és általános kezelés mellett rövid idő alatt granulatio mellett feltűnő kedvező lefolyást vettek.

Specifikus fekélyek sublimat és aetherrel történt lemosás után airollal hintettek be s rendszeren két nap alatt tisztultak, úgy hogy utólag csak ritkán kellett caustikus szert is alkalmazni.

A legnagyobb sikert mutatta az airol a mütett *bubók* utókezelésénél. A megnyitás után az éles kanállal kikapart sebfelületre airol hintették s airolgaze-zel tamponáltatták. Az első kötészváltatásánál — 5-dik napon — a seb tisztának és száraznak mutatkozott s erős granulatio mellett gyorsan behegedt. A gyakorta hetekig tartó airolkezelés mellett az az ép bőrre soha izgató hatással nem volt. Három esetben belsőleg is adagoltatták minden kellemetlen jelenség nélkül.

Ép oly kitűnő hatása volt az airolnak *égetett sebeknél* és *alszürfefekélyeknél*, valamint *lupusnál*. Paquelin-edzés után *Pick* tanár is kiemeli az airol szagtalanóságát, mint oly előnyt, melynél fogva a jodoformot egészen kiszorítani ugyan nem fogja, de a gyógyszerntan helyét állandóan fentartani képes lesz.

Ép oly kedvezően nyilatkozik az airolról *Casali* V. dr. Bolognában, ki azt chronikus izzaggal complicált varicosus

fekélyeknél kitűnő eredményrel használta s azzal minden izgatás nélkül gyorsan granulatiót és behegedést ért el, ezért az airol keratoplastikus hatása miatt atonikus és torpid fekélyeknél a legalkalmasabb szernek mondja. Sikeresen alkalmazta azt makacs *scrophuloderma* esetekben és *bordacariesből* kiinduló sokszoros fekélyek és fistuláknál, valamint kitűnő hatással lágy fekélyek (*ulcera molli*) kezelésénél.

Bőr- és bujakórtan.

Adatok a csecsemők veleszületett máj-syphilisének ismeretéhez. *Hochsinger*. (Wiener med. Woch. 1896. Nr. 9—14.) 14 év lefolyása alatt 148 veleszületett syphilisben szenvedő csecsemőt észlelt, kiknek 46-jánál tetemes májnagyobbodás volt klinice constatálható. Ezen 46 congenitalis syphilisben szenvedő csecsemő közül 30 gyógyult, 16 pedig meghalt. Valamennyi esetben, 2 kivételével, a lép is tetemes nagyobbodást mutatott. Szerző csak azon eseteket sorolta be ezen kategóriába, melyeknél a máj legalább is néhány centimeterrel túlhaladta a bordaívét, sőt néhány esetben még a köldökön túl is érte el határát, mely utóbbiak a legsúlyosabbak és löbnyire halálos kimenetelűek. A májnak felülete valamennyi esetben sima tapintatú és az esetek nagyobb számában feltűnő kemény összeállású, göbök vagy lebenyek sohasem voltak kitapinthatók. Egy esetben sem volt ascites vagy icterus észlelhető.

Általános tapasztalata az, hogy azon congenitalis syphilitikus csecsemőknél súlyos az általános érzet, kiknél korán fejlődik a májduzzanat, úgy hogy a prognosist illetőleg ez annál kedvezőbb, mennél távolabb esik a csecsemő kora a 2. hónaptól. Jellemzi továbbá az eseteket az, hogy egy eset kivételével, a többi florid syphilitikus kútegekkel volt kapcsolatban, továbbá hogy az esetek tetemes számában veleszületett syphilitikus esontbántalmak voltak jelen. Nagy szerepet játszik itt az orr megbetegedése, még sohasem volt alkalma congenitalis syphilisben szenvedő csecsemőt észlelni, melynek orra egészséges lett volna, a leggyakoribb bántalom a tipikus ozaena syphilitica.

A mi a therapiát illeti, azt tapasztalta, hogy a higanyadagolás igen gyorsan hat a májduzzanat visszafejlesztésére, hydrarg. protojoduret. (0.025 gm. naponta) adagolásra a legtöbb esetben a máj 2 hét alatt visszafejlődésnek indult, azon esetekben pedig, a hol a máj daczára a ezéltudatos higanykezelésnek állandó nagy maradt, ott más boneztani complicatiók is fennforogtak. A legrövidebb időtartam 6—8 hét, míg a máj rendes nagyságát eléri.

A mi a diagnosist illeti, ez a legtöbb esetben könnyű lesz, mintán a legtöbb csecsemőn egyszersmind a syphilis más tünetei is észlelhetők és a hol ezek hiányoznak, ritka eset az, hogy az orron az előbb említett charakteristikus elváltozások elő nem fordulnának. Nagyon kiemelendő, hogy eseteiben az icterus és ascites mindig hiányzottak, a hol pedig icterus fennállott, a syphilisnek biztos tünetei is mindig hiányzottak; ezen icterus oka pontos megfigyelés útján másutt keresendő.

A 16 májnagyobbodással bíró elhalt csecsemő közül 5 bonezolás alá került, a melyek közül az egyik igen érdekes leletet mutatott, a mennyiben gümös elsajtosodott góczok is voltak láthatók, tehát a syphilisnek és gümőkórnak kevert infectiója. A mi pedig a többi eset boneztani leletét illeti, ez a gyakoriság szerint felsorolva a következő: 1. diffus kereksejtes beszűrődés, 2. kötészöveti hyperplasia, 3. miliaris gummák, 4. a mi igen ritkán fordul elő, az igazi göbös gümma. Az első három alak természetesen a legtöbb esetben combinálva fordul elő.

Aschner Arthur dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. A tejelválasztás megszüntetésére *Hergott* a camphort ajánlja, melyből 3 napon át adandó 0.6 gramm. (Wiener mediz. Presse, 1897. 15. sz.).

2. Icterikusok viszketése ellen *Bozzolo* és *Mangianti* porlasztásokat ajánlanak a viszketető helyekre következő szerrel: Rp. Mentholi 2.0; Spir. vini rectific., Aether. aa 20.0. (Sem. méd. 1897. 11. sz.).

TÁR C Z A.

A harmadik nemzetközi dermatologiai congressus.

(London, 1896. augusztus 4—8-dikáig.)

(Folytatás.)

Az osztályozásra és elnevezésre térve át, mindkettő oly kényes és annyira tele van tövisekkel, hogy érzem, mikép megbocsáthatlan volna, ha valamennyit el tudnám kerülni. A legnagyobb szolgálatot tehetné a dermatologia az orvostudományoknak, ha a betegségek természetes osztályozásának tervét meg tudná teremteni. A mi tudományunkban könnyebben lehetne ezt megtenni, mint valamely más ágban és ámbár bizonyos specialis vonásai volnának is a tervnek, mégis fővonalai az általános tünet- és kór-oktanra alkalmazhatók lennének. Ámbátor igazuk van azoknak a tudós férfiaknak, a kik nem tartják tudományunkat mai nap annyira haladottnak, hogy a jelenleg többé-kevésbé önkényes tervek helyébe egy teljesen természetes classificatiót lehetne állítani: mégis néha úgy tűnik fel nekem, mintha sokat hasznosabban lehetne végezni, ha a felismert tényeket helyesebben rendeznők el. S bár nem képezem, hogy véglegesen tudom elhelyezni mindazokat a különböző kóralakokat, a melyeket ismerünk, mégis egyelőre alkalmas helyet készíthetnénk jövő fogadásukra. Legyen szabad megmagyaráznom, hogy miként gondolom ezt. Véglegesnek és határozottnak tekinthetjük azt a felosztást a kóros folyamatoknak, a mely őket két részre osztja: olyanokra, a melyek eredetükben s lefolyásukban helyi és külső folyamatok, és olyanokra, a melyek valamely belső megbetegedésnek köszönik létüket. E megkülönböztetés oly maradandó, mint a milyent a zoologusok a gerinces és gerinctelen állatok között állapítanak meg. Az egyik osztályba természetesen belehelyezzük az olyanemű betegségeket mint a scabies, tinea, molluscum, porrigo és hasonlók. Azonban sok másra nézve még némi kétség foroghat fenn, az ilyeneknek várniok kell, csak akkor kaphatnak helyet, ha tudományunk tovább halad. Kétségtelen dolog, hogy sok helyi megbetegedés az általános egészség megzavarását képes előidézni, azonban ha ez így van, nem lesz nehézség abban, hogy megkülönböztessük az elsődleges megbetegedést a complicatiótól és hogy mindegyiknek megadjuk a maga helyét. A felosztásnak ezen elsődleges törvényei egyszerűen elítélik a gyakorlatot, a mely ugyanazon név alatt eredetre nézve szembeszökően különböző betegségeket sorol fel, mint pl. az infantilis pemphigus szót használja egy oly kitérés (porrigo) számára, a mely teljességében külső természetű. A természetes osztályozásnak minden terve az okok felismerésén alapuljon és ne a külső megjelenés hasonlóságán vagy szövettani elváltozásokon. Szemhatárunkat a betegség egész klinikai lefolyására kell kiterjesztenünk s mindenekelőtt igyekeznünk kell valami fogalmat nyerni természetének lényegére nézve. A ki ezeket szem előtt tartja, az semmi nehézségre sem fog akadni a természetes csoportok egy hosszú sorának felállításában, a mely a felosztásra kerülő anyag legnagyobb részét foglalja magában. Azonban még a legtöbbet tudónak kezeiben is marad majd a tényeknek egy bizonyos residuuma, a melyeket sehova sem tud elhelyezni; ezeknek várniok kell.

Nem tudjuk biztosan, hogy kinek köszönhetjük az első gondolatát annak, hogy a herpes zoster az ideglobnak egy alakját képezi, nem pedig egy elsődleges bőrbetegséget. De akárki tette ezt a megfigyelést, az orvosi tudomány nagy köszönettel tartozik neki érte. Az ő kezdeményezéséből a betegségeknek új családja származott, a melynek terjedelmét mai nap még tisztán nem is látjuk. Azok közé a betegségek közé, a melyeknek a zoster typusa gyanánt tekinthető, ámbátor külsőleg nagyon eltérnek tőle, jelenleg a sclerodermiának azon helyi alakjait is számítjuk, a melyeket Thirial és Addison figyeltek meg először. Ezeknek közelebbi megismertetéséhez Erasmus Wilson s többen mások becses adatokkal járultak s mai nap tudjuk, hogy a kétoldali elosztásnak hiánya és más klinikai vonások, a melyeket közösen bírnak a zosterrel, azt bizonyítják, hogy tényleg a bőridegek játszanak szerepet létrehozásukban. Más, nem symmetrikus betegségekről, mint a milyenek a vonalszerű naevusok, ámbátor nincs bebizonyítva

a zosterhez hasonló eredetű, mégis sokkal jobb fogalmakat alkotunk erről szóló tudásunk világában. Itt kell, hogy dr. Stephen Mackenzie nevét említsem. Úgy hiszem, jelenleg elfogadták tény gyanánt, hogy az arsenicum herpes-zostert idézhet elő, ebből pedig azt a következtetést vonhatjuk, hogy a keringésbe kerülő gyógyszerek localis ideglobokat képesek előidézni. Typikus herpes zoster s herpes labialis között, bár elismerjük a különbségeket, mégis számos összekötő kapcsolatot találunk és élünk az alkalommal, hogy a mindkettőre vonatkozó tényeket felhasználjuk azokra a kísérletekre nézve, a melyeket a Duhring-féle dermatitis herpetiformis magyarázatára teszünk. A herpes természetére nézve azok, a kik syphilitikusokat gyógykezelnék, jelentékeny tanúságot tehetnek. Megmondhatják nekünk, hogy a hajlandóság a gyakori kiújulásra valamely helyi lobosodásból származik egy indurált vagy nem fertőző fekélyből, vagy pedig csupán csak egy gonorrhoeából; megmondhatják továbbá, hogy a syphilis kétségtelenül praedisponál herpes kitérésre és hogy a nyákhártyáknak herpes bántalmi igen gyakoriak. Ezen tényekhez még csak hozzá kell adnunk, hogy izombüdéseket néha egy herpetikus neuritis idézhet elő. És ezzel úgy gondolom be van bizonyítva, hogy a helyi ideg megbetegedésből származó bőrbajok egy igen nagy fontosságú természetes csoportot képeznek. A ki a betegségeket kórokozójuk azonossága szerint természetes csoportokba akarja osztani, annak figyelmét bizonyára nagyon megragadják azok a tények, a melyek arra vallanak, hogy a szövetek veleszületett különösségei praedisponáló mozzanatként szerepelnek. Itt megint elmondhatjuk, hogy a dermatologia segíti az orvostudományt. Demonstráltuk a legszigorubb következetességgel és a szemészek a retinitis pigmentosára nézve megerősítették megfigyeléseinket, hogy vannak családok, a melyekben több egyén a bőrszerkezet különösségével vagy eltéréssel születik meg, a mely a születéskor nem jelentkezik tünetek által, a mely azonban nyilvánvalóvá lesz akkor, ha a bőr a rendes életviszonyok között van kitéve. Ezek az egyének valóban rossz bőrben születtek. Számos példát sorolhatunk fel bizonyíték gyanánt, de a legtanulságosabb az a betegség, mely nevével örökíti meg azokat a nagy érdemeket, a melyeket elnöki elődömnök köszönhet a dermatologia. Természetesen a xeroderma pigmentosum vagy Kaposi-féle betegségre gondolok. Erről a különös betegségről szóló fejezet tele van érdekességgel. A bőrnek veleszületett érzékenysége fény ellenében, a mely első sorban szeplőket, azután fekélyedéseket, utóbb hegeket és végre hegcarcinómákat idéz elő. Ez a dolgok sorrendje a legsúlyosabb jól kifejezett esetekben. Ha több gyermek van a családban, úgy majdnem bizonyos, hogy nem csak egy szenved a bajban. Ha következtetünk abból, a mi itten oly feltűnően nyilvánul, úgy kimondhatjuk, hogy a bőrnek veleszületett rendellenességében találja eredetét sok homályos megbetegedés, s hogy ezek gyakran nem nyilvánulnak mindjárt a születés alkalmával, hanem megvárják az alkalmas kiváltó okokat. A bizonyíték erre nézve az, hogy vajjon ugyanazon család több tagjainál jelentkeznek-e, mert minden örökölt tulajdonságnak, többé vagy kevésbé, ha néha nagyon egyenetlenül is, meg kell oszolnia ugyanazon pár gyermekei között. Ezen általános törvény körültekintő alkalmazása segítségünkre leszen a classificatio sok nehézségének legyőzésében.

A most elmondottakhoz szorosan csatlakozik egy másik nagy és jól körülhatárolt csoport, a melyben a bőr veleszületett rendellenessége alkalmassá teszi ezt különös functionalis zavarokra. A functionalis idiosyncrasia segítségével a bőrbetegségek számos és súlyos alakját sikerül megmagyarázni, a melyeken a kiváltó ok nyilvánvalólag igen jelentéktelen. Dr. Prince Morrow a gyógyszeres kitéréséről szóló kézikönyvében igen jó áttekintést ad erről a themáról. Számos hasonló tény közül egyet említ: néhány egm. jodkalium egy frambosoides eruptiót idéz elő, egy-egy egyénen, míg a másik sok grammot szedhet büntetlenül. A mi a jodra nézve áll, az többé kevésbé áll a többi gyógyszerre nézve is, úgyszintén némely élelmiszerekre, bizonyos fűszereket illetőleg is. Különösen ilyen befolyásokra fogunk gondolni, ha olyan betegségekkel találkozunk, a melyek ismétlődnek, gyorsan fejlődnek ki, hamaros elmúlásra hajlamosak és látszólag ok nélkül jelentkeznek. Egynéhány növényi levél, mely rendszerint olyan

ártatlan, mint a petrezselyem, idiosyncrasia eseteiben nagy terjedelmű urticariát okozhat.

Akárki kísérli meg természetes alapokon osztályozni a betegségeket, azonnal beleütközik abba a nehézségbe, hogy a kórokok igen gyakran nem egyesével működnek; fel fogja ismerni, hogy semmi sem áll útjában annak, hogy az az egyén, a ki a tuberculosis bacillust viseli magában, a syphilis vírusával is fertőztessék s mindjárt fel fog merülni előtte a kérdés, hogy mily módon s mennyire befolyásolja egymást ez a két kórtani folyamat. Így hasonlóképen veleszületett idiosyncrasiával bíró egyén a többi kórokozó mozzanatok valamelyikének is eshetik áldozatául. Számtalan és sokféle itt a lehető csoportosulás s ez alkalommal csak utalni merek, hogy a kórokozók társulásának törvényei segítségével kell keresni a magyarázatot a bonyodalmás tünetek egy nagy csoportja számára, a melyeket megfigyelhetünk. Mert valósággal kevés betegségnek oka egyszerű és nem complicálódott s innen következik, hogy kevés betegségnek egyszerű a természete vagy egyforma a kifejlődése. Az ilyen kifejezéseket, mint sui generis, ens morbi, meg hasonlókat, nem igen fogja alkalmazni az a kutató, a ki az okokat lelkiismeretesen tanulmányozza. Igaz ugyan, hogy létezik a ható anyagoknak egy bizonyos száma, a melynek hatása teljesen egy sorba állítható az egyszerű vegyi anyagokéval, azonban még ezeknél is azt látjuk, hogy az eleven szövetekre való hatásuk alkalmával más hatányok kombinálódnak velük, s bizonyos terjedelemben ellenhatást is gyakorolnak velük szemben.

A név jó szolga, de rossz mester. Semminek se veszszük több hasznát, mint egy jellegzetes elnevezésnek, a mely egy vagy két szóba jegezesíti ki azt a sőt, a mely hosszadalmas leírásban volt feloldva. Tisztelet adassék azoknak, a kik ilyent feltalálnak. Gondolkodásunkat megtisztították, segítették emlékező tehetségünket és megkönnyítették a vélemények kölcsönös kicserélését. Ha azonban megengedjük, hogy az elnevezések hamis positiót foglaljanak el, hogy képzelt valóságot fejezzenek ki, a melyeket egyáltalában nem képesek meghatározni, azonnal mestereinkké és zsarnokainkká válnak, a melyek nagyon akadályozzák munkánkat. Bizonyára valamennyiünkkel megesezt, hogy ennyi veszedelemnek láttára megátkoztuk valamelyik barátunkat, a ki egy új nevet terjesztett. Azonban a mieinkhez hasonló haladásban levő tudományban elkerülhetlenek az új elnevezések új megfigyelések eredményeinek jelzése gyanánt. Ne menjünk tovább s állapítsuk meg, hogy szükségesek, s hogy ha szenvedett is tudományunk valamelyest az elnevezések okadatolatlan megszorodása folytán, sokkal több kárt okozott neki az a vonakodás, az a félelem, hogy egy új elnevezés miatt kifogás alá esünk. Használjuk elnevezéseinket könnyedén s nem fognak bajt okozni. Kivánatosnak tartom, hogy az ismert tényeket részletesebben osszuk fel és hogy ezt elérhessük, sok új nevet kell megállapítanunk. A túlságosan megszorított nomenclatura szükségszerű következménye volt, hogy sok össze nem tartozó dolgot hoztak egy kalap alá. Abban, a mit most mondok, semmi sincs, a mi valamiképen is ellenkezőnek azzal, a miket előbb a mesterkélt felosztáshoz való makaes ragaszkodás ellenében említettem. Mindkét irányban meg van a tévedés lehetősége. Feladatunk megköveteli, hogy állandóan mindkettőt kísérleljük meg, az analysisist meg a synthesisist és sohasem szabad elfáradsunk az elválasztás meg újra összekapcsolás, a megkülönböztetés és a csoportosítás örökké visszatérő munkájában.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

A Somogy vármegyei orvosok nyilatkozata az orvosi kamarák és országos orvosi szövetség tervezetei tárgyában. Igen tisztelt kars-társ úr! Mi Somogy vármegyei orvosok, folyó hó 10-dikén tartott gyűlésünkön, tárgyalás alá vettük az orvosi kamarákról szerkesztett kamarai törvényjavaslatot, nemkülönben az országos orvosi szövetség alapszabály tervezetét is. Beható tanácskozás után azon egyhangú megállapodásra jutottunk, hogy:

1. Az orvosi kamarákról kiadott törvényjavaslatot és egyáltalán a kamara-rendszer szerint való szervezkedést célravezetőnek nem tartjuk; ellenben

2. pártoljuk az önkéntes belépés alapján tervezett országos orvosi szövetség eszméjét, annak létrejöttét óhajtjuk és hozzájárulásunk által

előmozdítani készek vagyunk. De éppen ez okból, hogy ez sikerüljön, kívánatosnak, sőt elengedhetetlennek tartjuk a következő feltételek teljesítését:

a) készítsen a szervezéssel megbízott 30-as bizottság az alapszabály-tervezet mellé részletes tervezetet az orvosi segély- és nyugdíj-ügyről,

b) készítse el az orvosi rendtartás codexét és végül

c) készítsen részletes orvosi díjszabályzatot.

Mindezen munkálatokat együttesen terjeszse az 1897. szeptember hó 10-dikén megtartandó országos orvosi congressus elé, tárgyalás, elfogadás és elintézés céljából.

Indokok:

Nem fogadhattuk el a kamarai törvényjavaslat tervezetét, mert: az orvosi kamarákról szóló törvényjavaslat első sorban az államhatalom részére kíván szervezni egy új közigazgatási apparátust, melynek keretében az orvosi karnak ez ideig független elemei is bevonatnának a kényszerbelépés által. Ez által az ország összes orvosai közvetlen függő viszonyba jutnának a belügyi kormányzattól és csak másodsorban cecédálja az orvosi kamaráknak azon jogot, hogy a kar közös érdekeinek, tekintélyének és az egyes orvosok jogos érdekeinek kérdésével is foglalkozhassék; azon módokról és eszközökről, melyeknek segítségével a magyar orvosok kedvezőtlen anyagi és socialis helyzetükön segíthetnének, egy szóval sem emlékszik meg.

De nem fogadhatók el azért sem, mert: a helyett, hogy éveken át hangoztatott panaszaink és sérelmeink orvosoltattak volna, kaptuk ezt a törvénytervezetet, a mely nem tartalmaz egyebet, mint díjtalanul teljesítendő munkáknak s újabb megrendszabályozásoknak hosszú sorát.

Kértük az orvosi biztosítás, segély s nyugdíjügy országos szervezését, kértük orvosi rendtartást; kértük a betegsegélyező pénztárakról intézkedő törvény módosítását;

kértük orvosi díjszabályzatot;

kértük a betegsegélyező egyesületek által üzött visszaélések megszüntetését;

kértük a közegészségügyi szolgálat államosítását és mindezek helyett kaptunk a tervezetben fegyelmi tanácsot.

Nem az orvosok helyzetének javítását célozza ezen törvényjavaslat, hanem szájkosarat akar alkalmazni, hogy véget vessen a folytonos panaszoknak.

Méltán lehet kérdezni, vajjon mivel szolgált reá a multban az országnak orvosi rendje, azon orvosi rend, mely a közegészségügyi közigazgatás által amúgy is úgy meg van terhelve, mint semmi más országnak orvosi rendje, mivel szolgált reá ezen a hatóságok iránt mindig előzékeny tisztelettel viseltető, szófogadó, engedelmes orvosi rend, mely a közérdek és humanismus nevében mindig kész volt sok díjtalan munkát teljesíteni, gyakran anyagi érdekeinek rovására és hátrányára is, kérjük, mivel szolgált reá, hogy még meglevő csekély önállóságától is meg akarják fosztani, rendőri felügyelet alá akarják helyezni, midőn oly kötelező szervezetbe akarják bele kényszeríteni, mely legkevésbé sem alkalmas a rend erkölcsi tekintélyét emelni, társadalmi súlyát öregbíteni; oly szervezetbe akarják erőszakolni, melynek szabványai egyenesen kizárnak, lehetetlenné tesznek minden az anyagi helyzet javítására irányuló törekvést.

Nálunk az orvosi gyakorlat üzése a kiváltság alapján állván, az önvédelem nem teszi szükségessé a kamarák behozatalát. De mint tanácsadó közegre közigazgatási orvosi kérdésekben sincsen szükség minálunk a kamarákra, mert ezen irányban rendelkezésre állanak a törvényhatósági egészségügyi bizottságok és az országos közegészségügyi tanács.

De nem fogadhattuk el végül a kamarai törvényjavaslat tervezetét azért sem, mert: annak szelleme, irányzata, valamint egyes rendelkezései nem alkalmasak a magyar orvosi rend erkölcsi és anyagi javát előmozdítani, nem alkalmasak a fennálló kedvezőtlen állapotukat sanálni; nem ad jogokat, ellenben a még meglevő csekély önállóságot is confiskálni akarja, fegyelmi szabványai által kaput nyit az árulkodásnak, torzsalkodásnak és bosszú állásnak és nem nyújt védelmet sem a közönség, sem a hatóságok, sem az államhatalom ellen.

Ellenben pártolnunk kellett az országos orvosi szövetség eszméjét, mert:

ez perhorreskálja a kötelező belépés módját és önkéntes egyesülés alapján kívánja létrehozni a magyar orvosok országos szövetségét, az orvosi rend erkölcsi, anyagi és társadalmi érdekeinek előmozdítása céljából és programja:

a) Magyarország orvosait erkölcsi testületbe egyesíteni;

b) az orvosok egymásközi és a közönséggel szemben való viszonyára vonatkozólag rendtartást létesíteni;

c) az orvosi biztosítást, nyugdíj- és segély ügyet országosan szervezni;

d) az orvostársadalmi kérdéseket felkarolni;

e) az orvosegyesületi és társadalmi életet előmozdítani;

f) az orvosi szakképzés és a közegészségügy kérdéseivel foglalkozni.

A mely program alapján függetlenül és szabadon maga készíti a maga szabályait, s akkor módosítja azokat, a mikor tetszik és célszerűnek látszik.

Kétséget nem szenved, hogy a magyar orvosok testületté alakulása, tömörülése ezen alapon, mellözve lévén a kényszer, jobban megfelel az orvosi rend méltóságának, önállóságának és függetlenségének;

az erkölcsi tartalom emelése, az anyagi helyzet javítása szintén biztosabb elérhető ezen az alapon, mint akár a legjobb kamarai törvény keretén belül.

Midőn ezen határozatunkat igen tisztelt kartárs úrnak kartársi üdvözlőnk mellett megküldjük, egyúttal felkérjük, hogy ha ezek nagybecsű véleményével találkozunk, úgy azt törvényhatóságának orvosi (orvosegyesülete) elé terjeszteni szíveskedjék tudomás és hasonló értelemben leendő nyilatkozás végett.

Kaposvár, 1897. április 15-dikén.

A Somogy vármegyei orvosok megbízásából: Szaploneczay Manó dr., vármegyei tisztí főorvos, mint az értekezlet elnöke.

A komárommegyei és városi orvosegyelet f. hó 24-én tartott gyűlésében az orvosi kamaráról szóló javaslat-tervezet tárgyalás alá vevén, beható tanácskozás után azon megállapodásra jutott, hogy a kamararendszer szerint való szervezkedést célravezetőnek nem tartja.

Indokok:

Nem fogadhattuk el a kamarai törvényjavaslat tervezetét, mert nem látjuk a kamarai rendszerében az orvosi rend zülátságával szemben, azon hatható gyógyoszert, mely a meglévő bajok orvoslására vezet. Mellőzve a kedvezőtlen viszonyok esetelését, csak ama sérelmekre mutatunk rá, melyek a helyzet legfőbb okozói és a melyeken a törvényhozás és a magas kormány, de nem a kamarák létesítése segíthet. Ilyen első sorban a gombamódra felszaporodott betegsegélyző, egyetemek működésének kinövései, melynek következménye: az orvosi krajezaros látogatások tömege; az orvosi állásoknak minuoendo licitálás útján való betöltése a megélhetést kereső orvosoknak megkárosításával. Ide tartozik továbbá az iparos munkások betegsegélyző pénztárainak social-politikai okokból történt életbeléptetése, mely az orvosmonopoliumot megszüntető szabad orvosválasztás kérdésének rendezetlenségénél fogva, az orvosok érdekeit mélyen sérti. Ezekhez járul, hogy az orvosi segélynyújtás a vidéken és városokban egyenlőtlenül megoszlik, mert a hivatalos orvosok dotatiója a vidéken, a községekben aránytalanul szűkebbre van szabva, semhogy a megfelelő kvalifikatio megszerzésére hozott áldozatokhoz helyes arányban állva, a megélhetést biztosítaná.

Ezekben meg van jelölve az alap, mely az orvosi jóllétnek fokozódó hanyatlását maga után vonta. Mindamelllett nem ismerhetjük el, hogy az orvosi rendnek értelmisége, etikája és humanistikus működése hajótörést szenvedett volna anyagi viszonyainak decadentiájában. Sőt úgy vagyunk meggyőződve, hogy az orvosrendi élet kinövései nem mutatkoznak nagyobb mérvben, sőt olyan mérvben sem, mint egyéb hasonló készültseget igénylő pályán működők közt. Minthogy az orvosi rend nehéz körülmények közt mindenkor hivatásának magaslatán erkölcsi integritását megőrizni képes volt, ez idő szerint sincs semmi ok egy, az állami kényszer alapján álló intézmény létesítésére, melyet — mint már említve volt — a meglévő bajokon segíteni képtelennek tartunk; annyival kevésbé, mert az orvosrend, mint olyan az állam felügyelete alatt áll és a fennálló törvények alapján szervezve van.

Míg azonban az orvosi rend az állami kényszer alapján leendő szervezésre nem szorul, addig az önkéntes országos szövetezésétől várjuk a rendi élet és belügyeinek rendezését, reméljük egyszersmind érdekeinek öregbítését és előmozdítását.

A „Komárom városi és megyei orvosegyelet”.

Kelt 1897. évi április 24-dikén tartott közgyűléséből.

Gaal Zsigmond dr.,

Farkas Benő dr.,

id. egyt. titkár.

m. főorvos és id. egyleti elnök.

Makó város orvosi a betegsegélyző egyletek ellen. Következő nyilatkozat közzétételére kértük fel:

„1. Makó város területén önállóan vagy fiókként létesítendő — önkéntes belépő tagokból álló — oly egyesületet, mely tagjainak járuléka fejében ingyen orvosi segélyt nyújt, illetve ígér, a községre nézve feleslegesnek, az orvosi karra nézve károsnak és megalázónak tartunk s ily egyletnél orvosi alkalmazást el nem fogadunk.

2. E megegyezésünkhöz csatlakozásra minden jövőben Makón letelepedő kartársat felkérünk és kik ezen megegyezésünktől hozzájárulásukat megtagadná, vagy a kik ellene vétlennek, azokkal mi alulírottak minden orvosgyakorlati és társadalmi érintkezést megtagadunk.

A mennyiben pedig ily egylet mégis létesülne, ezen nyilatkozatunkat a helyi lapokban is közzéteendjük azon megtoldással, hogy a megalakult egylet tagjainál semminemű orvosi kezelést teljesíteni nem fogunk.

Vendel János dr., megyei t. főorvos, Dózsa Lajos dr., kórházi igazgató, Paku Imre dr., városi főorvos, Hoffer Lipót dr., városi kerületi orvos, Bauer Ignác dr., közp. jár. t. orvos, Molitorisz Kálmán dr., kórházi orvos, Spitz Bernát dr., ker. betegsegélyző egylet orvosa, Fried Ármán dr. fogorvos, Papp Mihály dr. sebész, városi orvos, halottkém.”

A Gömör vármegyei orvos-gyógyszerész egyesület a folyó év és hó 26-dikán tartott közgyűlésén azért, mert az orvosi kamarák törvényjavaslata sem az orvosi rendi állásunk, sem erkölcsi, sem anyagi, sem társadalmi érdekeink előmozdításának nem felel meg, mert bennünket megvédeni gyenge, nehéz fáradságos munkánkban bennünket nem támogat; erkölcsi állásunkat fejlesztési képtelen; jövőnk biztosításáról nem intézkedik; biztosítékot nem nyújt arra, hogy tudásunk kizsákmányolásától és a zaklatásoktól, de tisztességtelen elemeinktől is jobban leszünk

megkímélve mint most vagyunk: a kamarai törvényjavaslat el nem fogadását ajánlotta a nm. belügyminiszeriumnak. Ennek becses tudomására hozatalával vagyok aláztos szolgálja Löcherer Tamás dr., e. titkár.

Rimaszombat, 1897. április 27-dikén.

Figyelmeztetés a m. orvosi könyvkiadó társulat t. tagjai számára. Megjelent: *A belgyógyászat kézikönyve.* Szerkesztik: Bókay Á. dr., Kélli K. dr., Korányi Frigyes dr. *Negyedik kötet első fele. A vérkeringési szervek betegségei. Füzve.*

A belgyógyászati kézikönyv IV. kötete a m. orvosi könyvkiadó társulat 1897-diki évi illetményének részét képezvén, van szerencsénk t. tagjaink tudomására hozni, hogy annak második fele ez év június vagy július havában fog megjelenni. Az első fél füzve azonban már most is kapható, de figyelmeztetjük tagtársainkat, hogy ezt csak *füzve* küldhetjük meg; a bekötés csakis a IV-dik kötet második felének megjelenése után fog eszközöltetni és a t. tagoknak az egész kötet bekötve megküldetni. Felkértnek tehát a társulat azon tagjai, kik a IV-dik kötet füzött első felét már most birni óhajtkák, hogy azt a titkársággal mielőbb, de minden esetre f. é. május hó 9-dikéig tudatni szíveskedjenek. Egyszersmind értesítjük az illetőket, hogy a IV. kötet második felével *bekötési táblát* fogunk szétküldeni, melybe az egész kötetet *saját költségükön* bekötthetik. Az alapszabályok értelmében ezen mű, valamint a többi kiadvány is, csakis a f. é. tagdíj beküldése után küldhető meg. Budapest 1897. április 27-dikén.

Koller Gyula dr. első titkár.

Vegyesek.

Budapest, 1897. április 30-dikán. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. április 11-től 1897. április 17-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 406 gyermek, elhalt 266 személy, a születések tehát 140 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 2, ronesoló toroklob 1, hűkhorut 4, kanyaró 4, vörheny 1, himló —, typhus abdominalis 3, gyermekági láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 18, agyverőmlyen 6, rángások 9, szervi szívbad 16, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghorut 45, tüdőgümő és sorvadás 61, bélhorut és bélob 13, carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák 5, Bright-kór és veselob 7, angolkór 2, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 20, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 12, erőszakos haláleset 9. — A fővárosi közkórházban ápolatott e hét elején 2344 beteg, szaporodás 600, csökkenés 776, maradt e hét végén ápolás alatt 2168. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1897. április 16-tól április 23-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymában 10 (meghalt 3), himlőben —, álhimlőben 2, bárányhimlőben 16 (meghalt —), vörhenyben 34 (meghalt 3), kanyaróban 207 (meghalt 2), ronesoló toroklobban és torokgyíkban 15 (meghalt 3), trachomában 17, vérhasban —, hűkhorutban 12 (meghalt 1), orbáczban 22 (meghalt —), gyermekági lázban — (meghalt —).

— Az országos közegészségügyi tanács tagjaivá a belügyminiszer Lechner Károly dr.-t, az elmekörtan ny. r. tanárát a kolozsvári egyetemen és Kovrád Jenő dr.-t, a nagyszabeni országos tóbolyda igazgatóját hat évi időtartamra kinevezte.

— Máramarosmegye m.-szigeti közkórházában 1896-ban 1483 beteg gyógyíttatott (813 férfi, 670 nő), a kik közül meggyógyult 916 (61.78%), javult 243 (16.38%), gyógyulatlanul távozott 97 (6.54%), meghalt 91 (6.13%), ápolás alatt maradt 136 (9.17%). A belgyógyászati esetek száma 497, a bűrbetegségek száma 63, az elmebetegeké 44, a bujakórosoké 480, a sebészeti betegeké 320, a szembetegeké 58 és a szülészeti esetek száma 21 volt. Az ápolási napok összege 48.275. A kimutatást Szilágyi István dr. és Lengyel Soma dr. állították össze.

—r. A Trencsén-Teplítzi fürdőhelyen mult ősz óta élénken építkeznek. Egészen 12 nyaraló és több udvari szárny készült el több mint 250 szobával. A nyaralók sorában Seldern gróf három és Baross Jusztin alispán épülő villáját, valamint a nagyméretű Bing-féle nyaralót említjük. A fürdőigazgatóság a parksétányban fedett sétányt (Wandelbahn) építtetett.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Városligeti fasor** 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Téli kúra rheumatikus bajok, kösvény, ischias stb. ellen **a Szt. Lukács-fürdőben** Budapest.

A szállodák és fürdők egy épülettömböt képeznek. Minden helyiség jól fűtve van. Meghűlés kizárva. Kénes iszapfürdő. Helyi bántalmak kezelése. Douche-massage és iszapborogatás által. Lift és felvonó a vízben. Olcsó és jó pensio. Prospectust küld az igazgatóság.

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 a Korányi Frigyes egyet. ny. r. tanár vezetése alatt álló egyetemi I. belkóroda laboratóriumából.

A Widal-féle serodiagnostikáról.¹

Írta: Deutsch László dr., kórodi gyakornok.

Azokat a nehézségeket, melyekkel a typhus kórisméje felállításánál küzdünk, semmi sem jellemezheti inkább, mint azon sok ajánlat, melyet a szerzők az utóbbi években a diagnostikára vonatkozólag tettek. Így ajánlotta Ehrlich az ő diazoreactióját, melynek negatív volta typhus ellen bizonyít ugyan, de tudjuk, hogy pozitív volta nem jellegese.

A vérben többen próbálták, egyrészt morphologiai sajátosságai alapján (leucocytosis hiánya²), másrészt a benne néha található specifikus Gaffky-Eberth-féle bacterium jellemző kimutatása útján a typhusnak biztos jelét fellelni; azonban tudjuk ma, hogy a typhus-bacillus, mely a roseolák vérében, úgy látszik, elég gyakori, egyéb helyekről vett vérben nem képez állandó leletet. Sokkal fontosabb még ma is a lépunctiós próba; e próba klinikai használhatóságának, bár mindaddig a kísérletezőket typhus egy biztos esetében sem hagyta cserben, a kivitellel járó veszedelmek állják útját. Haedke³ újabban a sectionál talált peritonealis vérömlenyt említ fel, mint az intra vitam ejtett diagnostikus léppunctio eredményét; Délepine⁴ is kárhóztatja, mint veszélyes beavatkozást.

A typhus-bacillust mások a test egyéb nedveiből próbálták kitenyészteni; azonban eltekintve attól, hogy már Lösenner szerint is⁵ (1894) a typhus-bacillus identitási próbái 10-et tesznek ki, melyekhez újabban (Remlinger és Schneider)⁶ még két új járult, a vizeletben nem sikerült a szerzőknek a bacillust mindig kimutatni. Magamnak is a tavalyi év folyamán a kórodán végzett ily irányú vizsgálataim alkalmával öt eset közül csak háromnak vizeletéből sikerült a typhus-bacillust kitenyésztenem.

A bélsárban Lyonnet⁷ kísérlette carbolos eljárásával a bacillus differential-diagnostikus kimutatását, de eljárása nem megbízható. Ellenben komolyabb hosszúságú tanulmányának köszöni Elsner⁸ eljárása létét, a ki a typhus és b. coli között jodkaliumos burgonyagelatinán olyan kulturalis különbségeket fedezett fel, hogy azok szerinte a biztos megkülönböztethetőségnek szolgálhatnak alapul. Szerinte ugyanis táptalaján csak a typhus- és coli-bacillus tenyészik meg és e kettő közt mind a növekedésben, mind a kulturák alakai sajátosságaiban olyan lényeges eltérés mutatkozik, hogy eljárása

szerint így a diagnosis a bélsár alapján már 36—48 óra múlva absolut biztonsággal megtehető. Azonban eltekintve attól, hogy a két bacillus mellett Elsner talaján még egy harmadik is megtenyészik (a Petruschky-féle bacillus foecalis alcaligenes)¹, a próba Lazarus,² Brieger,³ Wolf, Senator, Ewald⁴ ajánlásai dacára sem nyert általános elterjedést, a mint hogy újabban Pollak,⁵ valamint Breuer⁶ nem szól dicsérőleg a módszerről. Elsner próbája nagy lépés volt ugyan előre, de practikus fontosságúnak nem mondható.

Könnyen érthető ezek alapján az a lelkesedés, melylyel a klinikusok Widalnak a Soc. de Biologie 1896. június 26-dikán⁷ tartott feltűnést keltő előadását fogadták, melyben a typhusos beteg vérsavójának specifikus tulajdonságain alapuló olyan módszert tett közzé, melynek segítségével a typhus minden más betegségtől megkülönböztethető.

Eljárásának, mely e lap olvasói előtt ismeretes,⁸ megértése s kritikai méltatása ezéjéből, az immunitás tanára vonatkozó újabb kísérletekről és tanokról kell megemlékeznünk, valamint arról a kapcsolatról, mely a Widal-féle reactio és egyéb bacterio-diagnostikus methodusok (Gruber, Pfeiffer) között fennáll.

Régibb idő óta ismeretes, hogy a vér és vérsavó a bacteriumokat fejlődésükben gátolja; ismeretesek Metschnikoff iskolájának elvei, melyek a vér eme tulajdonságát tisztán a leucocytáknak bacteriumölő képességére vezetik vissza, míg ezzel szemben a buvárok egész sora magának a plasmának tulajdonítja a bactericid tulajdonságokat. Tudjuk, hogy az idők folyamán éles megkülönböztetést kellett vonnunk a természetes (veleszületett) és a mesterséges (oltás útján átruházott) immunitás közt; amannál a vér magát a bacteriumot öli meg bizonyos oldott anyagok hatása alatt, melyeket Buchner alexineknek nevezett el, de a bacteriumok anyagcsereje termékeit képező mérget nem befolyásolja; míg a mesterséges immunitásnál a vérsavó a bacteriumot nem öli meg, hanem a termelt mérgeket helyezi hatályon kívül, inactivizálja; az itt szereplő anyagok (antitoxinok Behring) azok, a melyek a serotherapiának képezik gyógyszerreit.

A természetes immunitást Buchner az alexinokkal, Metschnikoff a phagocytákkal magyarázza; a kettőt Hahn⁹ majd Schattenfroh¹⁰ próbálta úgy kiegyeztetni, hogy szerintük az alexinek a fehér vérsajtókból erednek.

Az alexinek az antitoxinoktól biztosan különböző anyagok, mit¹¹ legjobban az bizonyít, hogy Behring legerősebb gyógy-savójában is, mely kémesóben a diphtheria-bacillus igen nagy mennyiségű mérget képes paralizálni, a Löffler-féle bacillus maga megtenyészik; nemkülönben Wassermann¹² pyocyanus ellen

¹ L. Pollak: Centralbl. f. innere Med. 1896. 794.

² Lazarus: Berl. kl. Woch. 1895. 19. sz.

³ Brieger: Deutsche med. Woch. 1895. 50. sz.

⁴ Berl. med. Gesellschaft 1896. június 10.

⁵ L. c.

⁶ Breuer: Berl. klin. Woch. 1896. 47., 48.

⁷ Sem. méd. 1896. 33. sz.

⁸ L. Purjesz és Berend cikkeit, Orv. Hetilap, 1897.

⁹ Hahn: Arch. f. Hyg. XXV.

¹⁰ Schattenfroh: Münch. m. Woch. 1897. 1.

¹¹ L. C. Fraenkel: Deutsche med. Woch. 1897. 3.

¹² Zeitschrift f. Hyg. XXII. 2.

¹ Részben előadatott a budapesti kir. orvosegyesület február 27-diki ülésében.

² V. ö. Hayem: Semaine méd. 1896. 296. l.

³ Haedke: Deutsche med. Woch. 1897. 2.

⁴ Délepine: Lancet 1897. február 20. 524. l.

⁵ Elsner: Zeitschrift f. Hyg. XXI. 1895. 26. l.

⁶ Remlinger et Schneider: Annales de l'Inst. Pasteur 1897. 55 lap és köv.

⁷ Wiener klin. Rundschau IX. 1895. 25. lap.

⁸ Elsner l. c.

immunizált kecske vérsavójával bebizonyította, hogy a különböző kísérletekben a serum antitoxikus és bactericid titreje nem haladt arányosan.

E viszonyokat amaz újabban felfedezett körülmény már complicálta, hogy úgy az alexinek mesterségesen immunizált állatoknál (*Charrin*¹ és *Roger*,² *Bchring* és *Nissen*,³ *Wassermann*⁴), mint az antitoxinok normalis, nem immunizált állatoknál is kimutathatók. *Wassermann*,⁵ majd *Abel*,⁶ *Alowski*⁷ ép emberek serumában kimutatták az antitoxikus anyagokat.

Ezzel azonban a bacteriumellenes anyagok ismerete nem volt még kimerítve. *Pfeiffer*⁸ 1895-ben kísérletileg immunizált állatok vérsavójára nézve új reactiót közölt, mely a kérdéshez új kérdő pontokat csatolt. Észlelete, melyet azóta sokan, mint *Kolle*,⁹ *Sobernheim*,¹⁰ *Dunbar*¹¹ mindig egyazon sikerrel megismételték, a következő:¹² Hogy ha cholera-culturát oly bouillonba oltunk, melyhez cholera-bacillusok fokozódó adagai által immunizált állatoknak hatékony savóját adtuk volt, úgy az immunsavó eleinte ugyan a cholera-bacteriumok kifejlődését kis ideig gátolja, később azonban már nem, úgy hogy azok nagy mennyiségben fejlődnek ki. Ha most ezt a kulturát, melyben tehát semmi nyilvános bactericid hatás nem nyilvánul, ép tengeri malacz peritonealis üregébe oltjuk, akkor azt látjuk, hogy az állat életben marad; s a 15—20 percz múlva a hasürből vett próbák gócsó alatt nem mutatnak már semmit a jellemző komma-alakból; egyetlen ép bacillust sem lehet látni, esakis gömbszerűen megduzzadt, majd szemeses detritust, melyből a cholera spirillum többé ki nem tenyészthető. E jelenség leírója után a „*Pfeiffer-féle reactio*“ nevet viseli s azóta sok vizsgálatnak szolgál kiindulási alapul.

Maga *Pfeiffer* a dolgot úgy magyarázta, hogy a serumban activ antitoxinok és alexinek mellett még egy más test (Antikörper)¹³ is van oldott állapotban, mely rendes körülmények között inactiv s activvá csakis az állat peritonealis üregében válik: ezt a testet ő „*lysidin*“-nek, majd tanítványa *Kolle* „*paralysin*“-nek nevezte el.

A reactio *Pfeiffer* szerint csakis állattestben jön létre és különbözik mind a bactericid, mind az antitoxikus hatástól; továbbá specifikus, azaz csakis azzal a bacteriumfajjal szemben jön létre, a melyre vonatkozólag az állat immunizáltatott. Szerinte¹⁴ pl. cholera ellen immunizált állat savója a typhus-bacillusra nem hatékony és fordítva. A reactio sajátossága miatt ő ezért már azonossági próbára ajánlotta azt, cholera-nál, typhusnál és egyéb bacteriumoknál. *Löffler* is¹⁵ methodusát pontos differentialis diagnosis-ra ajánlja a typhus- s colibacillus között.

Későbbi kísérletek *Pfeiffernek* azt a nézetét, hogy a jelenség csakis állattestben jöhet létre, látszólag megdöntötték. Így *Metschnikoff*¹⁶ mutatta ki elsőnek, hogy az immunserummal kezelt cholera-kultura friss peritonealis savóval keverten kémesőben is hasonló elváltozásokat mutat. Sőt *Bordet*¹⁷ tisztán vérrel s vérsavóval kísérletezett, s így mutatta ki a spirillumok alakváltozásait.

¹ Comptes rendus 1889. nov. 9 (pyocyaneus); cit. Fraenkelnél.

² Comptes rendus de la soc. de biol. 1890. 14. (serczegő üszök); cit. Fraenkelnél.

³ Zeitschrift f. Hyg. VIII. 431.

⁴ L. c.

⁵ Zeitschrift f. Hyg. XIX. 405.

⁶ D. m. Wochenschrift, 1894; 45., 50.

⁷ D. m. Woch. 1895. 401. l.

⁸ Zeitschrift f. Hyg. XVIII. 1.

⁹ Zeitschrift f. Hyg. XXI. 203.

¹⁰ Zeitschrift f. Hyg. XX. 438.

¹¹ Zeitschrift f. Hyg. XXI. 295.; D. m. Woch. 1895 Nr. 9.

¹² L. Sobernheim, 476. lap.

¹³ Zeitschrift f. Hyg. XIX. 75. s köv. l.

¹⁴ Zeitschrift f. Hyg. XX. 198. s köv. l.

¹⁵ Med. Verein zu Greifswald 1895. márczius. ref. Münch. med. Woch. 1895. 572. l.

¹⁶ Pasteur Annal. IX. Nr. 6., cit. Breuer után.

¹⁷ Pasteur Ann. 1895. november.

Az ugyan, hogy magának az immunsavónak van ugyanarra a bacteriumra morphologiailag érzékelhető hatása, az már nem volt ismeretlen. Már *Charrin* és *Rogernél*¹ találhatunk pyocyaneusra vonatkozólag ide tartozó, bár inkább mellékes észleletet, de *Issaëff* s *Iwanoff*² (1894) a kérdéses tüneményt elég szabatosan írják le; ők azt találták, hogy a vibrio *Iwanoff* ép tengeri malaczok vérsavójában megtenyészik, míg a vibrio *Iwanoff* ellen immunizált állat savójában nem, hanem csapadék alakjában leüleled. *Pfeiffer* maga is igazolta,³ hogy a cholera immunserum hatása alatt a cholera-bacillusok összesomósodnak.

A csomósodás jelenségét széles alapon, nagy készütséggel először *Gruber* írta le *Durhammal*⁴ együtt végzett vizsgálatainak alapján. Ő a *Pfeiffer-féle* reactionnak legsarkalatosabb pontjait támadta meg; szerinte az állati testnek nincs meg az annak tulajdonított oly fontos szerepe, minthogy a reactio az immunsavóval (typhus, cholera) kémesőben, sőt gócsóví készítményben is beáll. Az illető bacteriumok serum hozzáadása után mozgékonyaságukat lassanként elvesztik, csomósan egyberagadnak, mi a készítményben a látótér nagy részének, a kémesőben a folyadék oszlopnak megtisztulásához vezet, míg a bacteriumok ott csomókban csapzódnak össze, itt látható pelyhek vagy szemesék alakjában leülelednek. E hatást az immunserum agglutináló hatásának nevezte el, a folyamatot agglutinálásnak (vagy glabrificationnak), a supponált ható anyagot agglutininek nevezte. Ő már kimondta *Pfeiffer* ellenében, hogy a reactio nem tartható, sem az illető bacillusra, sem az immunsavóra nézve jellegesenek, minthogy egyrészt, bár kisebb mértékben ép (nem immun-) serumnál is látott biztos agglomeráló hatást, mit mások (*Durham*)⁵ ép kecskék, tengeri malaczok s házi nyulak vérében is kimutattak, másrészt pedig talált oly bacillust (a húsmérgezést okozó b. enteridis *Gärtneri*), melyet a typhus immunserum a typhus-bacillushoz hasonlóan befolyásolt. Ezek alapján a reactio positiv volta esetén egy irányban sem von biztos diagnosis-t; sem nem utal a positiv próba bizonyos bacteriumfajra, sem pedig ismert bacterium esetén nem a megfelelő immun serumra: mindkét irányban csak valószínűséggel nyilatkozhatunk. A próba negativ volta azonban az illető bacteriumfajt biztonsággal kizárja.

A supponált agglutininek *Gruber* szerint a *Pfeiffer-féle* reactio létrehozásában is fontos szerepet játszanak, a mennyiben a bacteriumok burkának fellazítása útján a hasüri savó alexinjének a bacteriumok testébe szabad utat engednek.

Hogy az agglutináló hatás specifikus, azt azóta újabb észleletek mind jobban megdöntötték; így az említettek kivül *Gruber*⁶ cholera immunserumnak néhány a cholera-hoz hasonló egyéb vibriónál látta agglutináló hatását, minők voltak eseteiben a *Vibrio Berolinensis*, *Vibrio Seine-Versailles Sanarelli*, *Vibrio Iwanoff*; hasonló észleleteket közölt *Vagedes*⁷ cholera-ra, *Löffler* s *Abel*⁸ a typhus- s coli-bacillusra nézve, *Petruschky*⁹ szerint agglutinálja a typhus immunserum a b. foecalis alocaligenest, *Bordet*¹⁰ szerint pedig ép ló seruma is agglutinálja a cholera-, tetanus-, typhus-, coli-bacillusokat.

Ezen tapasztalatok azonban a *Pfeiffer-féle* leleteket a peritonealis ürre vonatkozólag nem döntötték meg; *Pfeiffer* iskolája (*Pfeiffer* és *Kolle*,¹¹ *Pfeiffer-Vagedes*,¹² *Sobernheim*¹³) a hasüri reactióra nézve szigorú specificitás tanát hirdeti ma is s azt vitatja, hogy az agglutininek nem lehetnek azonosak sem az alexinokkal, sem az antitoxinokkal, sem pedig a lysidinekkel.

¹ L. c.

² Zeitschrift f. Hyg. XVII. 122. l.

³ Deutsche med. Woch. 1896. 7. és 8. sz.

⁴ Münch. m. Woch. 1896. 9. és 13. sz. Wiener kl. Woch. 1896. 11. és 12. sz.

⁵ Journal of pathol. IV. 23. l., cit. Fraenkel ut.

⁶ Congress zu Weisbaden, 207. l., cit. Jež után.

⁷ Centralbl. f. Bact. XX. 136.

⁸ Centralbl. f. Bact. XIX. 64.

⁹ Centralbl. f. Bact. 1896. február, cit. Remlinger után.

¹⁰ Pasteur Annal, 1896. július.

¹¹ Deutsche m. Woch. 1896. 12.

¹² Centralbl. f. Bact. XIX. 11. sz.

¹³ Zeitschr. f. Hyg. XX. 405. l.

Így *Kolle*¹ legújában a cholera ellen *Haffkine* módszere szerint immunizált emberek vérsavóján a *Pfeiffer*-reactiójának teljes érvényét mutatta ki; *Pfeiffer és Kolle*² pedig *Gruber* leleteit *Pfeiffer*-éival összhangba igyekeznek hozni. Mert igaznak vallják ugyan, a mi felől már *Sobernheim*³ vizsgálatai kétséget nem hagynak, hogy cholera ellen immunizált állat más pathogen csirokkal szemben is tanusít, bár mulékony (14 nap) ellenállást és azt is bevallják, hogy ennek megfelel az immunserum nem specifikusan hatékony morphologiai hatása, azonban ezt a *Pfeiffer*-reactiótól teljesen különálló tüneménynek tartják. Szerintük a csomósodás általános gátlásnak a jele, mely sem egyes bacillusra, sem bizonyos immun serumra nézve nem specifikus, míg a hasúri reactio jelleges s csak bizonyos bacteriumra s a megfelelő immun serumra nézve mutatható ki. Érveik közül e helyen csak azt emlitjük meg, hogy sikerült az immunserumból alcoholal oly anyagot kicsapniok, mely a kémcsőben erősen agglutinált, míg a peritonealis ürre vonatkozólag hatástalan volt.

(Folytatása következik.)

Újabb gyógyszerek a dermatologiai gyakorlatban.

Irta *Nélcám Lajos* dr.

(Vége.)

Egy kiváló lépés volt a dermatoterapiában a formaldehyd készítmények behozatala. Légió számra vannak ily szerek, főleg hintőporok, melyek többé-kevésbé mind úgy hatnak, hogy a porosus anyagok (amylum, casein, gelatina por, tannin) által megkötött formaldehyd a sebváladékokkal való érintkezés közben felszabadul és egy permanens desinfectiót fejt ki. Minthogy ezen kívül e hintőporok sajátja, hogy erős, igen tapadó pörk képződést indítanak meg, a sebfelület egészen elzáratik a teljes gyógyulásig egy steril takaró alá.

A jelenleg használatos készítmények fontosabbjai a következők: A formalin = 30—40% vizes formaldehyd oldat. Töményen véve fájdalmas maró szer; condylomák, verrucák-nál használták, különösebb előnyök nélkül. 1—2% oldatát *Orlow* ajánlotta kankó ellen, de eljárásával magára maradt és már *Noquès* óva int tőle. Ennek ellenében elég jól hat a formalin 1—2% oldatban lábizzadás ellen, noha itt sokkal inkább ajánlhatom a *Liquor antihydrorrhoeicus* dr. *Brandau*-t, egy complicált zsírsavakat tartalmazó, kissé bűzös, sárgás oldatot, körülbelül 1½ l-es adagokban, a melylyel a beteg naponkint lábfürdőt vesz (visszafiltrálva használat után az oldatot), s a mely biztos, zavaró mellékhatásoktól ment módon szünteti meg úgy a bromidrosist, mint a sokszor velejáró keratosis plantarist.

Az eszközök és catheterek sterilizálására már nagyon sokan ajánlották és *Trillat* és mások többé-kevésbé használható készülékeket is konstruáltak e célból. A vizes formalin azonban elpárolgása közben igen könnyen polymerizálódik egy fehér, száraz tömeggé, a trioxymethylenné (paraformaldehyd) mely a lakkos cathetereket kevésbé támadja ugyan, de sokkal kisebb desinfectáló értékkel is bír, következőképpen a *Merget* által először ajánlott, s *Frank* által fellevenített üveghengerek alkalmazásánál (50 cm. hosszú cső, fenekén watta formalinnal; a formalin gőzökkel telített ürében tartjuk állandóan a cathetereket) legtöbbet kell venni a paraformaldehydből, kevesebbet a vizes formalinból és még kevesebbet egy methylalkoholos-mentholos oldatból, a *Holzinn*ből, mely párolgásnál nem polymerizálódik, melynek kellemes szaga van, a nyákhártyát belégzésnél nem izgatja, dacára, hogy 60% formaldehydot tartalmaz, azonban m.alkohol tartalma miatt a lakkos catheterek könnyen szenvednek benne.

Ez különben a készítménytől is függ; a *Vergne*, *Porges* és *La Motte*-féle bougiek bevonata tapasztalásom szerint eléggé ellenálló, míg a német gyártmányoké jóval kevésbé.

A formális hintőporok közös tulajdonságai, hogy tisztán alkalmazva sokszor fájdalmasak; igen tapadó pörköt képeznek, s üszkös, eves felületeket nem képesek ugyan megtisztítani, de az aseptikus sebeket mindvégig sterilen tartják már 1—2 behintés után. Ilyen viszonyok között pl. amyloform porral kezelve egy genyedő, venerikus fekélyt, fájdalmas pörköt idéznének elő, a mely alatt a szövet erősen feszül, s a pörknek eltávolítása után a fekély az eredetnél jóval nagyobb lehet. Ha a port kenőccsel keverjük, úgy a pörk nem jön létre, s az eredmény tetemesen jobb lesz; ha pedig a fekélyt 2—3 napig előzetesen ac. carbolicum liquefact. mal étetjük, s azután hintjük be a porral, úgy néha 7—8 nap alatt begyógyulnak elég kiterjedt venerikus fekélyek.

Tiszta sebek, erosiók gyógyulásának támogatására nagyon jó a formalin által megkeményített gelatina reszeléke (glutol). Szövetani célból végzett kis excisióknál pl. a tele hintett seb összeragad, mintha varrva lenne, s a pörk leesése után alig látni heget a nyomában.

A *tanniform* szürkés barna por, mely a hypersecretiók csökkentésére szolgáló legjobb szerek közé tartozik. *Hyperidrosis palmaris* ellen ajánlatos éjjel tanniformmal behintett keztyűkkel aludni; a hónalji izzadás ellen egyszerű beszórások elegendők; a lábizzadást pár perc alatt eszékenti a copiosus behintés és bedörzsölés, s a verejték szagát elveszi. Sajnos, hogy hatása épen ilyen gyorsan el is mulik s néhány napi kihagyás után a bromidrosis visszatér.

A *Holzinn*-nal (60% methylalkoholos formaldehyd menthollal keverve) tudomásom szerint még senki sem foglalkozott kivül dermatologiai szempontból. Én a favus és trichoph. capill. egy-egy esetében kísérletezem vele, abból indulva ki, hogy csak alcoholos oldatoktól remélhetjük némileg, hogy a hajtüsző mélyebb részeibe is eljutnak. A megborotvált fejbőrt szappannal, alcoholal, aetherrel a leggondosabban megmosva, alkalmazok holzinos bedörzsöléseket. Az eredményről eddig még nem számolhatok be; a hajnövekedés lassúsága mellett hosszú időt vesz igénybe a hatás megitélése, különösen többször epilált területeken. Az anyagot a betegek jól tűrik és nem lehetetlen, hogy e szernek e téren jövője lesz.

Még csak néhány practikus dolgot akarok felemlíteni azokból, melyeket külföldi klinikákon láttam, s itthon meghonosításra érdemesnek gondolok.

A syphilis elleni legenergikusabb és rapid gyógymód kétségtelenül az *intravenosus higany-befecskendezésekben* áll. Ezeknek azonban, úgy mint *Bacelli* ajánlotta, nagyon sok hátrányuk van és kettős veszedelmet rejtenek magukban: a sublimát megalvaszthatja a vért, a fecskendő dugattyújából pedig asbest- vagy bőr-részecskék juthatnak a visszérbe, s mindkét esetben halálos embolusok lehetősége forog fenn. Ennek elkerülésére *Abadie* immens agy- és szem-localisatiók esetében 1 egm. Hydr. oxyeyanatumot (1%-os oldatban) juttat a visszérbe, a *Luer*-féle e célra konstruált üvegfecskendővel,¹ mely a köszörlési technika valóságos remekéeként egyszerűen egy üvegcsőbe illő, légmentesen záró üvegrúd, melyben tehát a folyadékkal más nem érintkezik, mint platin iridium-tű és üvegfecskendő. A párisi ophthalm. rendeléseken most már sok ezer ilyen intravenosus befecskendést adtak ambulansoknak a nélkül, hogy bármilyen kellemetlen mellékhatást láttak volna.

Stomatitis merc. ellen kal. chloric. szappant használnak *Besnier* betegei,² nagyjában a következő összetétellel: Rp. Kal chloric. 25·0; Natr. bicarb., Natr. borac. aa 10·0;

¹ A *Luer*-féle fecskendőt intravenosus injectiókhoz *Wulfing*, Paris, Place de l'École de médecine készíti, s ára 18 franc.

² Ezt eredetiben *Charlard Vigier*-nél (Paris, 12. Boul. Bonne-Nouvelle 12.) kapni.

¹ D. m. Woch. 1896 1. sz.

² Centralbl. f. Bact. XX. 4. és 5. sz.

³ L. c.

Aquae 30·0; Sap. medic. 45·0. A beteg két T alakú fogkefét használjon homorú és domború sörtézettel, s nemesak a fogait, de nyelvét, szájpapáját stb. is ledörzsöli.

Az eszközöket, sondákat, kathetereket Guyonnál soha sem kenik olajjal, glycerinnel vagy plane vaselinnel. E célra szappan oldatot használnak, melyet a mi gyógyszer-anyagainkhoz adoptálandó, kissé modificálni kellett. Az eredeti praescriptio volt: Rp. Sapon. amygdal., Glycerini, Aquae aa 33·0; Resorcini gm. unum. Hosszas kísérletek után Kelecsényi úr, a szt. István-kórház egyik gyógyszerésze a következő compositiót készítette nekem, melylyel teljesen meg vagyok elégedve: Rp. Sapon. medic. 20·0; Glycerini 30·0; Aquae 50·0; Resorcini 0·5; *frigide* misce exactiss. A jól készült anyag barnás habos, sűrű, csirizes tömeg, mely jól tapad az összes eszközökhöz, nem zavar a cystoscopizálásban, aseptikus, nem irritálja a nyákhártyát, besűrűsödése esetén mindig könnyen felhígítható eredeti arányára, szóval, ha egyszer elkészült, határtalan ideig kifogástalan marad, minden újabb sterilizálás nélkül.

Hogy az *instillatiók*, általában az Arg. nitr.-mal való eljárás fájdalomtalan legyen, czélszerű az oldatot cocainnal készíteni, pl.: Rp. Argenti nitrici, Cocaini nitrici Merck aa 5·0; Aquae dest. 90·0. Ez 5%-os törzsoldat, melyből dest. vízzel készítjük a szükséges hígításokat. Az ilyen 1–5%-os instillatio nem jár említésre méltó fájdalommal.

A localis anaesthesiák előidézésére tudvalevőleg számtalan eljárás és még több anyag van forgalomban. A lekötsési, fagyasztási és infiltráló eljárások némelyike nagyon egyszerű, és pl. a következő bir tetemes előnyökkel a gyakorlatban: Alcohol 1, Aether 3, Chloroform 5 keverékkel wattát beatatva, 3–4 perczig applikálni a bőrre. Vagy sprayvel fecskendezni a következő keveréket: Rp. Menthol 2·0; Chloroform 18·0; Aether 20·0. Legegyszerűbb különben, és kis beavatkozásokhoz elegendő 5–6 üveg behűtött sodavizet 10–15 cm. távolságból egymásután rábocsátani az illető területre. Ezt mindenütt meg lehet csinálni, gyorsan és tisztán megy és előnye, hogy a gyógyulást az összes többi eljárással ellentétben nem befolyásolja kedvezőtlenül.

A kéz mosásra ezelőtt 1½ évvel ajánlottam a Schleich-féle márvány-szappant, mely indifferens viaszos szappannak márványporral való keveréke. Azóta már több helyről hallottam e készítményről dicsérőleg nyilatkozni, és mint akkor, most is melegen ajánlhatom ennek használatát.

És most már csak néhány szót a legújabb therapeutikus irányokról, az organotherapiának és serotherapiának hasznáról a dermatológiában. Előrebocsáthatom, hogy ez egyelőre vajmi problematikus.¹

Lupus vulg.-nál Hallopeau és sarcómáknál Augagneur ajánlják a strept. pyogenes toxinjainak befecskendezését. Azonban úgy ezek, mint a rhinoscleroma ellen a sclerin, a tuberc. affectiók ellen a Margliano- vagy Niemann-féle serum, Koch-féle tuberculin, Klebs-féle tuberculoecidin stb. egyelőre nem bírnak maguknak helyet szorítani a gyakorlatban.

Hasonlóan vagyunk a thyreoidea adagolással psoriasisnál. Az egész szervezet sokkal hamarabb reagál igen előnytelen alakban a szerre, semmint a bőr üdvös hatást látna; Thibierge-nél észleltem eseteket, a hol napi 2–5 gm. juh-pajzsmirigy adagolását a szívdobogás, fejfájás, szédülés miatt félbe kellett szakítani, a nélkül, hogy a psoriasisban a legeszkélyebb javulást lehetett volna látni, és legutóbb egy betegemen újra megkísérelve a thyreoidea tabloidokat, és bal testfelét egyidejűleg chrysarobinnal kezelve, ez az oldal tetemesen javult, míg a másik semmit sem változott. Kétségtelen tehát, hogy ez a praeparatum jelen alakjában a psoriasis kezelésében egyáltalán semmi értékkel sem bír.

Nem állunk sokkal jobban a mellékvese therapiával (oposuprarenalinum és gl. supraren. sicc. pulveris. Merck)

¹ Organo- és opotherapeutikus anyagokat Merck, Traub említett gyáraiban, Borroughs, Welcome & Co., London, serumokat a Société Chimique du Rhône, Lyon, Quai du Retz 8. kapni.

Addison-kórnál, az orchin és spermin kezeléssel cachexiánál és tertiaer, exhaustiv syphilisnél. A mi kevés eredmény mutatkozott a lefolyt esetekben, épp úgy tulajdonítható a rendes kórházi életnek és ápolásnak, mint a szer hatásának.

Leukaemia cutis egy esetében megkíséreltük dr. Dieballa barátommal az antidiphth. serum befecskendezéseket. Tényleg rögtön leucocyta csökkenés állott be, s pl. 800,000-ról 700,000-re, sőt még alább is szállt ezek száma. Az eredmény azonban csak pillanatnyi volt, és már másnap újra szaporodásnak indultak. Gyógyítás szempontjából tehát a kísérlet egyelőre steril maradt.

Ezen organum és bacterium productumok hatásánál tehát e pillanatban még semmi kivívott eredményről sem lehet beszélni. A kérdés még egészen formálatlan és az objectiv therapia még messze van attól, hogy belőlük hasznot húzzon. Annál örvendetesebb tehát, ha az exact chemia oly hathatósan támogatja a gyakorlatot, és oly intensive fejleszti a therapiát, mint a hogy az az utóbbi években történt.

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

A Widal-féle reactio diagnostikus értéke typhus abdominalisnál.¹

Irta: Gerlóczy Zsigmond dr., a székesfevárosi szt. László-kórház főorvosa.

A Widalról elnevezett reakciónak typhus abdominalisnál ma már egész irodalma van, s így felmentve érzem magamat az alól, hogy e helyen a reactio mibenlétét illetőleg részletesebb ismertetésekbe boesátkozzam.

Mindazonáltal mielőtt ez irányban tett vizsgálataimról beszámolnék, egész röviden felemlitem a reactio lényegét, illetőleg annak eredetét.

A reactio tulajdonképen azon vizsgálódások alapján látott napvilágot, melyeket Pfeiffer közlései után Gruber² végzett. Gruber ugyanis kimutatta, hogy a typhus-bacillusokra a typhus ellen immunisált állatok vérsavója sajátos hatással van, a mennyiben az a typhustenyészetet összeesomósítja, *agglutinálja* és pedig úgy a typhus-bouillonban, a hol a typhus ellen immunisált állat vérsavója a zavaros folyadékot néhány óra lefolyása alatt megtisztítván, a bacillus-tömegek pehelyszerű üledékkel a kémlecső fenekén gyűlnek össze, valamint mikroskop alatt függősebben nézve, a hol a bacillusok a vérsavó hatása alatt már 1–2 percz mulva sűrű csoportokba verődnek össze, egymáshoz és egymásra tapadnak, mozgásukat lassanként egészen elvesztívén.

A bacillusoknak ezt a magatartását Widal³ typhusos betegek vérsavójával vizsgálta meg, s arra az eredményre jutott, hogy typhusos betegek vérsavója épen úgy viselkedik a typhus-bacillusokkal szemben, mint a typhus ellen immunisált állatok vérsavója, vagyis röviden szólva a typhus-bacillus culturáját a typhusos beteg vérsavója is agglutinálja.

Az ez irányban tett kísérleteknek, mint szerencsém volt említeni, már nagy száma van. Így Chantemesse,⁴ Sicard,⁵ Thiercelin,⁶ C. Fraenkel,⁷ Richard Stern⁸ stb.; nálunk Purjesz,⁹ Berend,¹⁰ Minich,¹¹ Deutsch László¹² és mások közölték már kísérleteiket.

Osztályomon, a szt. László-kórházban végzett vizsgálataimról e helyen kívánok röviden beszámolni.

¹ Előadta a „Köz-kórházi orvostársulat“ 1897. április 7-diki bemutató ülésén.

² Wiener klin. Wochenschrift Nr. 11 und 12. 1896.

³ Sem. méd. 1896. P. 259.

⁴ Sem. méd. 1896. P. 303.

⁵ Sem. méd. P. 484., 497.

⁶ Sem. méd. P. 496.

⁷ Deutsche medicinische Wochenschrift 1897. Nr. 3.

⁸ Berliner klin. Wochenschrift 1897. Nr. 11.

⁹ Orvosi Hetilap 1897.

¹⁰ Orvosi Hetilap 1897.

¹¹ Orvosi Hetilap 1897.

¹² Orvosi Hetilap 1897.

Kísérleteimnél első sorban a mikroszkopikus vizsgálati methodust próbáltam ki, majd utóbb a makroszkopikust is.

A vizsgálatához szükségelt vérsavót úgy nyertem, hogy a beteg jól megtisztított ujját kihevített tüvel megszűrve, a belőle kicsöppenő vért finom hajszálesővecskékben fogtam fel. E hajszálesővecskékben szobahőmérsék mellett már 4–5 óra múlva elegendő vérsavó vált ki; utóbb azonban vizsgálataim nagyobb száma miatt Gärtner-féle centrifug-készülékkel választottam ki a savót, mely eljárás mellett pár perc alatt jóval több savó állott rendelkezésemre.

A hajszálesővecskéből kiszorított vérsavó egy esőpecskéjéhez, illetőleg egy oesével vett savóhoz 1–20 platinoesével friss (24 órá) typhus-bouillonot adtam, s most függőesebben vizsgáltam a typhus-bacillusok magatartását. A makroszkopikus vizsgálatoknál pedig úgy jártam el, hogy kicsiny kémlősövekben egy köbcentimetryi steril bouillonba oltottam typhust, s az így nyert typhus-tenyészetbe adtam egy-két csepp savót.

Függő cseppkészítményben már azonnal mutatkozott typhusosok vérsavójánál az agglutináló hatás, míg bouillonban 3–4 és több óra elteltével.

A typhus-bouillon, valamint a vér felszívásához alkalmas hajszálesővecskéket Rigler Gusztáv egyet. m. tanár úrtól, az egyetemi közegészségtani intézet tanársegédjétől kaptam naponta, kinek e szívességeért e helyen is köszönetet mondok. Vizsgálódásom tárgyát nem csupán typhus abdominalisban szenvedő betegek vérsavója képezte, hanem egyéb fertőző betegségben szenvedőké és egészséges egyéneké is.

Összesen 86 egyén vérsavóját vizsgáltam, s eredményeimet a következőkben közlöm:

37 olyan esetet vizsgáltam, a hol a typhus abdominalis jelenléte kétségtelenül diagnosztizálható volt, ezek valamennyiének vérsavója agglutinációt idézett elő és pedig 26 esetben erős, 9 esetben közepes és 2 esetben gyenge agglutinációt.

11 vizsgált egyénnél a typhus már régebben folyt le, s ezeknél is mindenütt meg volt az agglutinatio és pedig egy 2 hó előtt lefolyt typhus esetében gyengén, két 4 hó előtt lefolyt typhus esetében közepesen, hat 6 hó előtt lefolyt typhus eset közül 4-nél erősen, egynél közepesen, egynél gyengén, egy 15 hó előtt lefolytnál erősen és egy nőbetegnél, ki 8 év előtt typhus abdominalissal állott kezelésem alatt, közepesen.

Erős agglutinációt adott egy exsudatum pleuriticumban szenvedő betegem vérsavója is, kinek köpetében számos Koch-féle tuberculosis bacillust találtunk, s ki 1896. május 9-dikétől június hó 18-dikáig typhus abdominalissal feküdt osztályomon. Erre az esetre később még visszatérek.

Pneumonia crouposa 3 esete közül 2-nél nem volt agglutinatio, egynél ellenben erős agglutinációt észleltünk a krízis utáni 8-dik napon parotitis jelenlétében.

Scarlatina 3 és morbilli 2 esetét vizsgálva, azok egyike sem idézett elő agglutinációt.

Diphtheria 5 esete közül 4-nél nem volt agglutinatio, egynél gyenge agglutinatio mutatkozott.

Variolából gyógyult 3 egyének vérsavóját vizsgálva, 2-nél erős, 1-nél közepes agglutinációt láttunk.

Négy varicellás egyént vizsgálva, 3-nál erős agglutinációt találtunk, egynél pedig a varicellás hólyagesa tiszta bennéből adva a typhus tenyészetbe, agglutinációt nem észleltünk. Hat pertussis esetet vizsgálva, mind a hatnál elég erős agglutinációt észleltünk 5–10 perc múlva, de 24 óra múlva ötnél már semmi agglutinatio nem volt, egynél azonban még 48 óra múlva is fennállott. Ezen nem typhusos esetek valamennyiénél a bacillusok nagy része igen élénken mozgott, s ott, hol a mozgás eleintén megszüntnek látszott, csakhamar visszatért.

Hat egészséges egyén vérsavóját vizsgálva, egynél sem mutatkozott agglutinatio.

Egy esetünkben a klinikai diagnosis typhus abdominalis és meningitis közt ingadozott. Ennél volt ugyan agglutinatio, de a bacillusok közül sokan élénk mozgásukból mitsem veszítettek, sőt 48 óra múlva is ép oly élénken mozogtak. A sectio itt meningitist derített ki.

Egy nőbetegnél, kit a szt. Rókus-kórházból typhus diagnosisival küldtek ki a szt. László-kórházba, az első alkalommal

higitás nélkül vizsgált vérsavó közepes Widal-reactiót mutatott; majd később 10-szeres higitással vizsgálva agglutinatio nem mutatkozott, a bouillon pedig szintén nem mutatott változást. A beteg, mint a kórlefyásból kiderült, nem is szenvedett typhusban, hanem para- és perimetritisben.

Van szerencsém a tisztelt szakülésnek három mikroskop alatt különféle készítményt bemutatni. Az egyikben kifejezett typhus abdominalisban szenvedő betegől származó készítményt méltóztatnak látni, mely 100-szoros higitással készült, s az erős agglutinatio mellett a bacillusok mozgása teljesen megszűnt; a másik készítmény pertussisban szenvedő betegől származik, hol az erős agglutinatio mellett a bacillusok nagy száma még mindig élénken mozog, noha a készítmény már három napos. A harmadik mikroskop alatt vérsavó nélküli készítmény áll, hol függő esepben látható a 24 órás typhus-tenyészetben a typhus-bacillusok eleven mozgása.

Néhány kis kémlősövet is van szerencsém bemutatni. Méltóztatnak látni a typhusosak vérsavójától miként tisztult fel a zavaros bouillon, s mint ülepedtek le pehelyszerű tömegekben a kémlőső fenekére a bacillusok; megkülönböztetésül a nem typhusosak vérsavójával kevert bouillonoktól, melyek feltisztulást nem mutatnak. Hasonlóképen demonstrálom a bact. coli tenyészet változatlan voltát typhusosak vérsavójának hozzáadása után.

Ha a most elmondottakból a Widal-féle reactio gyakorlati értékére nézve véleményt akarok mondani, úgy azt a következőkben foglalhatom össze:

1. A reactio typhus abdominalisnak a klinikai tünetek alapján kétségtelenül megállapítható eseteiben, úgy a hogy azt Widal találta, tényleg meg van. Ez a körülmény tehát typhus abdominalisnak *egyéb* tünetekből már diagnosztizált eseteiben a symptomatológiát egy megbízható tényezővel gazdagítja. Hangsúlyozom azonban, hogy a reactio jelenléte, ha a typhus abdominalis diagnosis nem áll minden kételyen felül, egymaga még nem jogosít typhus abdominalis felvételére, mert

2. a reactio nem csupán folyamatban levő typhus abdominalisnál van meg, hanem typhusból üdülőknél, sőt gyógyultaknál is és pedig meg van a reactio régebben, hónapok, sőt évek előtt typhust kiállott egyének vérsavójánál is, mint ezt egy 2 hó előtt, két 4 hó előtt, öt 6 hó előtt, egy 15 hó előtt és egy 8 év előtt lefolyt typhus esetében tapasztaltam. A különbség régebben typhus abdominalist kiállott és friss typhus esetek közt annyiban van, hogy az agglutinatio mellett a bacillusok mozgása friss typhus eseteknél, legtöbb esetben teljesen és végképen megszűnik, míg a typhust régebben kiállott egyének vérsavójánál az agglutinatio mellett sokszor teljesen megszüntnek látszó mozgása a bacillusoknak órák múlva visszatér, a bacillusok tehát ezen eseteknél csak rövid időre veszítik el mozgási képességüket, inkább csak mintegy el-kábulnak.

Egyetlen egy régebben typhust kiállott egyénnél maradt meg az erős agglutinatio mellett a bacillusok mozgásának végleges megszűnése, ez a már fentebb is érintett exsudatum pleuriticumban szenvedő beteg, ki 9 hó előtt osztályunkon typhust állott ki, s kit a szt. Rókus-kórházból ez év február hó 14-dikén typhus abdominalis diagnosisival küldtek ki hozzánk. A betegnél, bár a láz magatartása typhus felvételét megengedhette, szokatlannak tünt fel, hogy 9 hó múlva újból typhusa van. Itt tehát nagyon is sokat várhattunk a Widal-féle reactiótól, mint a mely útba-igazítand, bár a vérvizsgálat előtt már tudtuk, hogy a beteg tuberculotikus és exsudatuma van. A savó erős agglutinációt eredményezett 10-szeres higitásban, a bacillusok mozgásának teljes megszűnésével. Több ízben is vettünk tőle vért, az eredmény mindig ugyanaz volt. A beteg sokáig feküdt osztályomon, s a kórlefyás typhus abdominalis ellen szólt. Ennél a betegnél tehát a reactio a 9 hó előtti typhus eredményeül tudható be. Időközben Stern Richard közleménye („Über Fehlerquellen der Sero-diagnostik“. Berliner klin. Wochenschrift 1897. Nr. 11.) figyelmessé tett a csekély higitás mellett előállható tévedésekre, de e betegemet akkor már elbocsátottam volt osztályomról, s így nagyobb higitásban nem vizsgálhattam vérsavójának magatartását.

Vagy ha egy 6 hó előtti typhus esetemet (Szege Gusztáv) nézem, ott is igen erős agglutinatio volt, a bacillusok mozgása-

nak teljes megszűnésével. Ha ez az eset mint lázas beteg kerülne typhus gyanúja miatt kórházba, a kétes diagnózisnál a található reactio könnyen tévedéshez vezetne, már t. i. addig, míg a diagnózis más módon is biztossággal meg nem állapítható. Ilyen eshetőségekkel tehát számolnunk kell, s a reactiót mint *positivet* kétes esetekben mindig azzal a scrupulositással kell fogadnunk, hogy gondoljunk arra is, miszerint a vizsgált egyén nem állott-e ki röviddel azelőtt typhust?

3. Egyéb fertőző betegségben szenvedők vérsavója a typhus-bacillusokkal szemben nem viselkedik egyenlően.

Igy például scarlatina, morbilli és diphtheria egyetlen esetében sem találtam agglutinációt, még hígítás nélkül sem; ellenben lefolyt variola 3 esetét vizsgálva erős agglutinációt láttam mindháromnál, varicella eseteiben szintén, nem különben a vizsgált hat pertussis esetében is.

Ezeknél az agglutinatio már 2—3 percz mulva erősen mutatkozott, a bacillusok mozgása némelyiknél teljesen szünetelt, de órák elteltével, illetőleg 24 óra mulva a bacillusok újból élénk mozgásba jöttek, s az agglutinatio lassanként megszűnt.

4. Azon körülmény, hogy agglutinatio a mikroskop alatt már néhány percz mulva észlelhető nem csupán typhus abdominalisban szenvedők vérsavójánál, hanem egyéb fertőző betegségben szenvedőknél is, sőt pl. variola, pertussis és varicella némely eseteiben igen erősen, míg a bacillusok mozgásának végleges megszűnése csak typhusos betegek vérsavójánál észlelhető, arra int, hogy a mikroskopi praeparatumokat órák, illetve 24—48 óra mulva újból át kell nézni, mert míg a typhusos készítményben a bacillusok mozgásának megszűnése végleges, addig a többi fertőző betegségben szenvedőknél csak ideiglenes, s már néhány óra, de még inkább 24—48 óra mulva egészen más képet nyerünk, a mennyiben az agglutinatio csökkenése mellett a bacillusok mozgása újból élénkké válik.

5. Typhus abdominalis valamennyi esetében meg volt úgy az agglutinatio, mint a bacillusok mozgásának végleges megszűnése, ebből azt lehet következtetni, hogy az agglutinatio hiánya kizárja a typhus abdominalist, s e tünetnek leginkább lehet gyakorlati értéke; bár egészen friss esetekben talán még nem mutatkozik az agglutinatio, legalább az eddigi közlések szerint az csak a typhus 5-dik, 6-dik napján jelentkezik. Eseteim többnyire előrehaladottabbak lévén, ez iránt nem tehettem még észleleteket.

Másrészt *positiv és állandó agglutinatio nem feltétlenül biztos typhusra, mert régi typhustól is eredhet.*

Ezen, úgy látszik, egyedüli tévedésforrás a positiv diagnózisnál valószínűleg elhárítható a vérsavónak magasabb (1:10-nél 1:20-nál erősebb) hígításával. Erre vonatkozólag folytatni fogom kísérleteimet.

Méhenbelüli alszártörés esete.¹

Közli: *Kopits Jenő dr.*

A méhenbelüli alszártörés esetei nem nagy számmal találhatók az irodalomban. A közlemények legnagyobb részét egy-egy esetnek a leírását tárgyalják. Braun H.-nak² állt a legtöbb, négy eset, saját megfigyeléséből rendelkezésére, midőn tapasztalatait ez érdekes alakváltozásról, e négy eset és az addig között 23 eset kapcsán leírta. E közlemény óta egyes esetről referált Delagénierre, Temesváry, Jahnicke és Stoller.

A közlemények e kis száma az esetek ritkaságára mutat, úgy hogy a rendelkezésemre álló irodalomban összesen csak 31 eset leírását tudtam felfedezni.

A leírt esetekből, mint közös vonást, a következőket említhetem fel. Kevés kivétellel az esetek nagy számában, a csonttörésen kívül, az alszár és a láb egyes csontjainak hiánya mutatkozott, miért is Braun H. e csonthiányt a méhenbelüli alszártörés egyik tünetéül állítja fel. A kóros alszár rövidebb, mint az ép és későbbi növekedésében visszamaradást mutat. A törés által

képezett szöglet legtöbb esetben előre, majd befelé vagy a két irány közt előre és befelé tekint. A szöglet legkiállóbb pontján sokszor egy a bőrrel szabadon mozgatható vagy a csonttal összenőtt heg vagy hegszerű behúzódnás volt látható. A törés helye mindig az alszár alsó és középső harmadának határa. A törés két eset kivételével egyoldali volt.

Az okot, mi a törést okozza, még meglehetősen homály fedti. Bunvier, Honel rachitist vesznek fel okul, míg Depoul, Broca, Blasius a hiányos ossificatiót tekintik a törés okozójának, mely bántalmak következtében a magzat csontjai hajlékonyvá és törékenynyé válnak. Gurlt és Braun H. a terhes nő hasára történt ütés, lökés vagy más erőszakos behatás következményének tartják a törést, sőt a még hajlékony csontú magzatra ható méhnyomást is okozzák.

Braun H. a szárcapoc csont hiányából — miután e hiány az általa felsorolt 27 esetben 16-szor volt felemlítve — azt következteti, hogy az ilyen fejlődési anomalia következtében a végtagsontok ellentállása csökken a rájuk ható erővel szemben és azt mint egy praedisponáló momentumot veszi fel.

Sperling M.³ e nézetekkel szemben tagadja, hogy a terhes méhre ható trauma egyáltalán okozza töréseket. A leírt eseteket nem is tekinti valódi csont folytonossági megszakításoknak, melyek a méhenbelüli életben a már csontosodott magzaton jöttek létre és meggyógyultak, hanem az ébrényi életből eredt elgörbüléseknek vagy szögbetöréseknek tartja, melyeket az amnionnak az ébrényhez tapadt szálai húzás folytán mechanikusan hoznak létre.

E nézetét a már Braun által is leírt esetek tüneteiből magyarázza. Legtöbb esetben más fejlődési rendellenesség is volt látható, bizonyos csontdefectusok és torzképződések, melyek csak a terhesség első hónapjának végén vagy a második hónapban jöhettek létre és ez időben ugyanaz a momentum, mely e defectusok okozója volt, okozhatta a veleszületett alakváltozást is. Csakugyan hihetőnek látszik e következtetés azon esetek alapján, melyek csontdefectusokkal és más fejlődési anomaliákkal vannak párosulva. Ez eseteknél joggal tekinti Sperling a szögbetörést a fejlődési visszamaradás egyik melléktünetének.

Az alább leírandó eset annak köszöni épen érdekességét, hogy a méhenküli életben előforduló ferdén gyógyult eseteket utánozza és fejlődési hiánynak vagy csont megbetegedésnek semmi jelét sem mutatja.

G. M. 1897. márczius hó 6-dikán született csecsemő teljesen egészséges, csont- és izomrendszere korának megfelelően jól fejlett, bal alszárának rendellenességén kívül, testének többi részén semmi alaki eltérés nem látható. A bal alszár fejlődési visszamaradottságot nem mutat, mindkét csontja kitapintható, a lábtő és lábközépcsontok nem hiányzanak, a láb ujjai mind megvannak és jól fejlettek. Az alszár és láb bőre rendes színezetű, seb vagy heg rajta nem látható. A gyermek lábát a bokaizületben jól mozgatja, valamint ujjai is mozgékonyak. Nyugalmi helyzetben (1. ábra) a láb háta az alszár mellső felületével érintkezik, a talp egyenesen előre, a sarok leghátulsó része pedig lefelé tekint. Az alszár alsó harmadában egy csúcsával hátrafelé néző szöglet képez. A szöglet csúcsa a belső, valamint a külső boka legalsó csúcsától mérve, ezektől felfelé 2½ cm.-nyire van.

Tapintással jól érezhető, hogy a szögbetörést a két alszár-csont képezi. A szöglet consolidálva van és csúcsának megfelelően a csontok meg vannak vastagodva. E leírt szöglet nem változik akkor sem, ha a bokaizületben szabadon mozgatható lábat egészen lehajlítjuk.

A gyermek szülei egészségesek. Anyja 40 éves, zöldség-árúsnő, gyermeke 7-dik terhességből született. Többi gyermeke mind rendes időben született, torzképződés egyiknél sem fordult elő, egészségesek.

Az anya terhességének első szakában állapotát nem ismerte fel, mert hasának növekedése nem volt feltűnő, úgyszólván semmit sem változott. Hőszáma gyermeke megszületése előtt már 11 hó óta kimaradt s így az sem figyelmeztette állapotára.

¹ Közlemény *Dollinger Gyula* ny. rk. tanár testgyógyászati és sebészeti nyilvános ambulatóriumából. Bemutatás a budapesti kir. orvos-egyesület 1897. május 1-jén tartott ülésén.

² *Heinrich Braun*: Ueber die intrauterinen Fracturen der Tibia. (Archiv. f. klin. Chir. 34.)

³ Max Sperling: Ueber die Aetiologie der sogenannten intrauterinen Fracturen an den Extremitäten insbesondere der Unterschenkelknochen. (Zeitschrift f. Geburtshilfe, Bd. 24.)

Később, midőn valami növekedést mégis érzett, azt hitte, daganat nő hasában és bábához fordult, ki terhesnek mondotta. Ez körülbelül a terhesség 5—6. hónapjában történt.

Az anya nehéz munkával keresi kenyerét. Árújának összevásárlása alkalmával nehéz zsákokat czipel hátán, majd súlyos kosarakat hord hasához szorítva. Terhessége alatt sem kímélte magát, részint, mert állapotáról mitsem tudott, részint, mert a bábának sem hitt, csak midőn már a magzatmozgásokat érezte.



Arra nem emlékszik, hogy hasát megütötte volna. Egy napot említ, terhességének körülbelül hatodik hónapjából, midőn különösen megerőltető munkát végzett. Ekkor hosszú távolságra (a Dunapartról a Hanyady-térre) egy káposztával megtöltött nagy zsákot vitt a hátán. E munka alatt már fájdalmakat érzett a hasában, utána pedig oly rosszul lett, hogy le kellett feküdni. Hasa nagyon fájt és erős magzatmozgásokat érzett.

A szülés rendes időben, orvosi segítség nélkül történt. Gyermekek fejfekvésből született. Az anyának feltűnt, hogy előbbi szüléseihez képest most magzatvíz alig ömlött.

Az újszülöttön a leírt rendellenességet szülés után azonnal észrevették, akkor is ugyanazt a képet mutatta.

A leírt esetet egy olyan méhenbelüli alszártörésnek kell tartanunk, mely a méhenbelüli élet későbbi szakában, már a csontosodás után, következett be és még a méhenbelüli életben meg is gyógyult.

A törés okául traumát kell felvennünk. Fejlődési rendellenességnek semmi nyoma, mivel kapcsolatba hozhatnók: rachitis foetalisnak semmi maradványa, lues congenita nincs jelen, mert akkor a törés több végtagon következett volna be. Általában az eset ugyanazt a képet mutatja, mint egy a méhenkivüli életben bekövetkezett és helyes kezelés hiányában ferdén gyógyult csonttörés.

Igaz, az anya a hasra direct alkalmazott ütésre nem emlékszik. De a fent leírt munka is — különösen a hatodik hónapban említett, mely rosszulléttel végződött — lehetőleg olyan, mely előidézhette a törést.

A teher hátán hordásánál a test meggömbül, a hasi szervek ennek következtében összenyomatnak és ilyenkor a terhes méh is hossz tengelyében erősen összenyomatik. A magzat az így összenyomott méhben, csekély magzatvíz mellett, jöhetett oly helyzetbe, hogy alszártörésnek úgy medialis, mint distalis része rögzítve volt és a méhet összenyomó erő fokozására bekövetkezhetett a törés.

A gyógykezelésnél Dollinger tanár a törési végeknek véres mütét nélkül való szétválasztását, az alszártörés egyenesre állítását és rögzítését kísérelte meg és pedig eredménnyel. A mütét f. é. április 4-dikén történt a gyermek négy hetes korában. A csontok eltörésénél az alszárt két kézbe fogva, a két hüvelyket a szöglet

legkiemelkedőbb részére megtámasztotta, mialatt az elül fekvő ujjakkal húzást gyakorolt a hüvelyk felé. Lassan fokozódó erőre előbb a szárcapoc, majd a sipesont is eltört. Az alszárt egyenes állásba hozva, circularis gypskötést alkalmaztunk, a mely a lábakra is kiterjedt.

Jelenleg az alszárt egyenes, az ép oldalnál 1 cm.-rel rövidebb, a törés helyén jó callus érezhető.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XIV. rendes ülés 1897. május 1-én.)

Elnök: Rákosi Béla; jegyző: Lévai József.

Anaesin.

Vámosy Zoltán: Egy új helybeli érzéstelenítő szert mutat be, a mely nem egyéb, mint egy már ismert vegyületnek, az acetonsav-trichloridnak vagy egyszerű néven acetochloroformnak egy jelenleg patent alatt levő eljárással általa készített vizes oldata. A vegyületet Willgerodt chemikus fedezte fel 1881-ben; physiologiai hatását először dr. Kossa vizsgálta meg, behatóbban pedig szóló foglalkozott vele, s pharmacodynamicáját közölte is a Magy. Orvosi Archivumban. Jó hypnoticumnak bizonyult, a melyből $\frac{1}{2}$ —1 gm.-os adagok 5—6 órai álmat okoznak, mely a normalistól semmiben sem különbözik. Helybeli érzéstelenítő hatását már Kossa említette, s bemutatónak is többször volt alkalma tapasztalni azt, részint a nyelven, részint nyulak corneáján, azonban a szer oldhatlansága miatt a praxisra végre mégis el volt veszve, dacára előnyeinek. Tovább vizsgálva, végre sikerült ez év telén egy circa 1% os vizes oldatot kapnia, a mely határozott érzéstelenítő hatást tudott kifejteni, épen olyat, mint a 2—2.5% os cocain.

Ez az oldat nyúl corneájára csepegtetve, azt huzamos időre teljesen érzéstelené tudta tenni, bőr alá fecskendezve pedig még a leg-érzékenyebb kutyák sem vették észre, ha őket azon a helyen metszette, varrta. Ezenfelül még vonába fecskendéskor sem tapasztalt soha a leg-kisebb kellemetlen melléktünetet, s ha már enorm mennyiséget adott (1 nyúlra 8—10 kem.-t), akkor kezdett csak az általános medicinalis hatás, az álmoság kifejlődni. Ezen az alapon, többet már egy helybeli anaestheticummal laboratóriumban nem tevévén, jónak látta azt a gyakorlatban kipróbáltatni, s először Antal János, majd Grósz Emil, Hüttl Hümér, Isai Artur tagtárs uraknak adott át különböző téren kipróbálás végett. Eredményeik értesülése szerint általában jók. Az oldat, a mit „anaesin”-nek keresztelt el, semmi izgatató helybeli hatást, semmi általános mérgező hatást nem fejt ki, s így óriási előnye a cocain felett megbecsülhetetlen; az oldat steril, nem romlik meg.

Antal János: 60 esetben tett az anaesinnel kísérletet; egy Pratz-czal fecskendezve be a foghúsba, ez 45 esetben fájdalomtalan volt; 13 esetben csekély volt a fájdalom és 2 esetben nagyobb. A jobb érzéstelenítő szerek közül egy sincs olyan, melyre foghúzásnál feltétlenül lehetne számítani, de sok van, mely káros; az anaesinnek káros hatása nincs, sem helybeli, sem toxikus távolhatása. Ez utóbbi hatás fogászati szempontból fontos. Ajánlja az anaesint.

Grósz Emil: Vámosy tagtárs szivességéből volt alkalma néhány esetben a szert megkísérteni és mivel igazolták a laboratóriumi kísérleteket, alkalmasnak tartja a további kísérletekre. Megkísérlették egyszerű becséppentés alakjában, mint a cocaint szokták adni. Az anaesin-becséppentésre az anaesthesia bekövetkezett, de olyan anaesthesiát, mint cocainnál, nem tudtak elérni. Másodszor fűrészés alakjában kísérelték meg, a hogy Vámosy a nyulaknál csinálta, t. i. lehúzzák az alsó szemhéjat, és az így készített váluba csepepentenek cocaint. Így az anaesthesia teljes, de nagyobb szemoperálásnál, mint iridectomia, extractio, nem vált be, mert az irisre nincs semmi hatással. Tudja szóló, hogy a cocain sem érzésteleníti az irist, de alábbszállítja a fájdalomasságot és mydriasis-t is csinál, a mit szivesen látunk hályog-operálásoknál; az anaesin nem mydriaticum. Harmadszor subconjunctivaliter alkalmazták, bár erre kevés alkalmuk volt, de nem vált be, míg enucleationál a cocain-becséppentés is érzéstelenít, a mint azt 1893 óta gyakorolják. Ha a Tenon-tokba tudnók belejuttatni, hatna talán, de ezen eljárás meghosszabbítaná az enucleatiót, mely 15—30 másodperczet vesz igénybe. Negyedszer subcutan adták és igen meg voltak vele elégedve. Könnyömlő kiirtásnál alkalmazták és teljesen bevált. Plasticánál nem volt alkalmuk eléggé kipróbálni, de erre a sebész hivatott. Tehát az anaesin nem fogja kiszorítani a cocaint, mert ennek alkalmazása egyszerűbb és nagyobb mütéteknél előnyösebb. Azonban mondhatni, hogy subcutan alkalmazva sokat igér, mert veszélytelen és nem romlik, mint a cocain.

Biláskó György: Rothmann tanár poliklinikai osztályán tette kísérleteit anaesinnel. 75 esetben próbálta ki, 21 esetben az extractiónál érzéstelenítés volt, 13 esetben kis fájdalomasság. Hogy megtudja szóló, tényleg fájt-e az extractio, megkérdezte, mi volt fájdalomasság, az injectio-e vagy a foghúzás. Ha az előbbi fájdalomasság, akkor érzéstelené tette az anaesin. Privatpraxisban dentin érzékenység ellen próbálta ki szóló, de siker nem volt. Szándéka az anaesin befecskendés mellett pár száz fogat húzni és azután csak destillált víz befecskendése mellett, hogy lássa, mennyi irható az anaesin javára.

A 3 kórtörténet a következő:

I. W. F., 36 éves, O. P., menstruatio előbb rendes; utoljára 3 hó előtt. Két hó előtt hasa erősen nő, 1 hó óta folyton beteg, dolgozni képtelen, járni, mozogni alig képes, állandó nagy fájdalmakat érez hasában. Emlök mirigyek, savó választanak el, linea alba festenyzett, az alhasban egy IV—V. hónapos gravid uterus benyomását tevő képlet, felső határa 2 ujjnyira a köldök alatt.

Livid szeméremrés, felpuhult hüvely, hasonló portio közvetlenül a symphysis felső széle mögött, folytatódik a fent leírt képletbe, mely kétségkívül a gravid uterus.

A hátsó hüvelyfalat erősen ledomborítja egy gömbszerű, rendkívül fájdalmas, a medenczébe beékelte csecsemőfej nagyságú tumornak alsó segmentuma, mely az uterust magasan felemeli s alsó szakaszát mellfelé szorítja, meg nem mozgatható, tapintata nagy feszülés alatt álló folyadék bennékre valló, rugalmas.

Diagnosis: Graviditas mellett a medenczébe beszorult ovarialis tumor, esetleg kocsánytorsióval.

A fájdalmak siettetik a beavatkozást.

Hasmetszés 1896. július 4-dikén.

A gravid uterus (III—IV. hónap) magasan felhúzza, benne többogyorónyi, diónyi, részben subserosus, részint interstitialis fibromgóc; a Douglasban beszorulva, nekrobiotikus állártyák között rögzítve foglal helyet egy nagy ökolnyi, jó hüvelykujj vastag kocsányval bíró cystikus degenerált, nekrobiotikus, cervicális fibromgóc. A környező peritoneum rendkívül megvastagodott, oedemás, a rectum fala lobosan beszűrődött.

Bár a daganat külön is el volna távolítható, tekintettel azonban az uterusban levő számos fibromgócra, a Douglas-redőnek s a környező szerveknek lobos állapotára, továbbá arra, hogy ily körülmények között műtét után a terhesség fenmaradása kétes, az egész méh tipikus total-exstirpatio útján távolítható el; a hüvelyboltozatot körülölelő fonalakat a hüvelyen kivezelve, jodofórgaze-pamatnak a hüvelyboltozati nyíláson át való felvezetése s e felett a mellső peritonealis lebeny a csontokra boríttatik rá.

Teljesen zavartalan, láztalan gyógyulás; beteg a műtét utáni 18. napon elhagyja az intézetet.

II. O. A.-né, 32 éves, O. P., menstruatio előbb 5—6 napi tartammal, göresökkel; 3 hó óta menopausa, ez idő óta fájdalmak a hasban, gyakori émelygés, vizelet panaszok; állítólag többször lázas.

Halvány nőbeteg, emlőkben savó, linea alba festenyzett; hasban köldökig érő tumor, mely az alhas balfelét jobban kitölti, mint a jobbát. Szeméremrés livid, hüvely felpuhult. A beható ujj beleütközik egy, a hátsó hüvelyfalat igen erősen ledomborító, tömött, kemény, gömbszerű, csaknem az egész medenczét kitöltő tumorba, mely csak minimalisan mozgatható és a medenczéből ki nem emelhető. Portio felpuhult, közvetlenül a symphysis mögött; uterust határozottan kitapintani nem lehet; kérdéses, vajjon a medenczét kitöltő, vagy az a felett helyet foglaló képlet-e az uterus.

Diagnosis: Graviditas és tumor; nem zárható ki azonban az extrauterin graviditas sem, bár erre valló tüneteket az anamnesis nem említi.

Hasmetszés 1896. július 2-dikén. A medenczéből kiemelkedett képlet a gravid (III. hó) uterus, melynek hátsó falából interstitialisan fejlődött ki a medenczébe beszorult nagy ökolnyi fibroma; az enucleatio, habár lehető volna is, nagy vérzéssel járna s alig lehetne remélni a terhesség fenmaradását, ezért tipikus hysterotomia (Chrobak szerint). Lefolyás láztalan, azonban — valószínűleg a narcosis folytán — a jobb kar paresise lépett fel; lassan ez is javult. Beteg gyógyultan hagyta el az intézetet.

Érdekes, hogy a méh kiirtása után az izomrostok összehúzódása folytán a kiirtott méh megszülte a magzatot.

III. K. R. (magánbeteg), 20 éves, O. P. Menstruatio előbb rendes; 2 hó óta menopausa; ez időtől hasa folytonosan egyenletesen növekszik; időnkint rosszultról, hányásról, keresztáji fájdalomokról panaszkodik.

Emlök mirigyek; tágult hasban gyermekfejnyi, tömött, gömbszerű tumor, mely a köldök fölé terjed, főtömege a jobb hasfelét tölti ki, kevésbé mozgatható.

Fellazult hüvely és portio, bal és mellfelé jobbra tőle a medenczét nagyrészt kitöltő tömött tumor, az uterus baloldalon mellül conturirozható.

Diagnosis: A jobb és hátsó cervix falból kifejlődött fibroma mellett graviditas.

Ily nagy cervicális fibroma mellett 2 utat lehet követni: 1. megvágni a terhesség végét és akkor eszázszármetszéssel világra hozva a magzatot, egyidejűleg castratiót, illetve hysterotomiát végezni, vagy 2. most már végezni a különben is indicált hysterotomiát.

Mesterséges abortus ilyen elhelyezkedésű cervicális fibroma mellett alig jöhet szóba, mert ha ezzel sikerülne is a terhességet megszüntetni, a visszamaradt fibroma újabb beavatkozást provokál. A sectio caesareával complicált hysterotomia súlyos, veszélyes beavatkozás lévén, Tauffer tanár 1896. szeptember 22-dikén végzi a hysterotomiát.

Hasmetszésnél a gravid jellegű uterus magasan balra eltolva, mögötte s tőle jobbra foglal helyet a Douglasba beszorulva egy, az egész medenczét csaknem kitöltő cervicális, puha, interstitialisan fejlődött fibroma, melynek kiemelése nehezített; szükséges a hüvely felől is megemelni.

Tipikus hysterotomia.

Beteg hőmérséke a VIII. napon 38° C.-ig emelkedik, de különben láztalan; a gyógyulást zavarja a bal popliteában fellépett thrombosis, a mi valószínűleg a lejtősik alkalmazásával eszközölt felüggesztés következménye.

Beteg gyógyulóban van.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Dr. A. Högyes: Lyssa. Wien, 1897. Verlag von A. Hölder.

A Nothnagel-féle nagy gyűjtőmunka (Specielle Pathologie Therapie) részéről Högyes tanárt érte a megtisztelő megbízás a vesztettségéről szóló fejezet megírására. A munka, mely a napokban hagyta el a sajtót, a tárgyalás menetére nézve nagyjából megegyezik a Bókay-Kétli-Korányi-féle „Belgyógyászat Kézikönyve” I-ső kötetében Högyes tanár által megírt hasonló fejezetnek; a kidolgozás azonban a kiadó intencióinak megfelelőleg még részletesebb, másrészt pedig az azóta eltelt néhány év alatt mutatkozott haladást is tekintetbe kellett venni (ez utóbbi tekintetben főleg a védoltásokkal elért eredmények statistikája volt az, mely új feldolgozást igényelt) s így történt, hogy a munka terjedelmes, 240 lapra terjedő monographiává nőtte ki magát.

A betegség elnevezését, előzetes fogalom meghatározását, irodalomtörténeti megjegyzéseket, továbbá az aetiológiát és pathogenesist tartalmazó fejezetek után a lyssa pathológiájáról szóló nagy fejezet következik, mely külön alfejezetekben adja e betegség kísérletes és klinikai pathológiáját; e fejezet keretében a szövettani elváltozásokat a szöveg közé nyomott 18 jól sikerült rajz is feltüntet. A vesztettség diagnosztikáját és prognosztikáját tárgyaló fejezetek után következik a munka legerjedelmesebb, mintegy 100 lapra terjedő része, mely a therapiáról szól s a melyben a főszűly természetesen a prophylaxisra és ezzel kapcsolatban a védoltásokra van fektetve. A Högyes tanár által felfedezett és idegen nyelven részletesen e fejezet keretében először közölt védoltó módszer higitott fix virussal jelen munka elterjedésével párhuzamosan remélhetőleg tért fog hódítani a külföldön is. A munkát a modern lyssa-irodalomnak (1886—1896) terjedelmes jegyzéke zárja be.

—k—

II. Lapszemle.

Sebészet.

A malignus tumorok kezelése az Emmerich és Scholl-féle orbáncz-savóval. Jaksch tanár Prágában 4 carcinomát és egy sarkomát kezelt a nevezett savóval. Négy esetben javulás egyáltalában nem következett be; egy esetben a daganat a befecskendezés helyén zsugorodott és kisebbedett; Jaksch a zsugorodási folyamatot az 55 injectio következményének tulajdonítja. Az injectiók száma 10—55 között ingadozott; az elhasznált savó mennyisége 15—419 cm³ volt. A befecskendezéseket egy esetben erős collapsus követte, egy esetben pedig heveny veselő társult szövődésményképen. Rázóhideg, lázak, hőemelkedések (38—40° C.) rendszeren követték az injectiókat. A tumor környéke fájdalmas, duzzadt és veres volt. Hasonló értelemben nyilatkoznak Albert és mások. (Wiener klin. Wochenschrift 1897. 5. sz.).

Boross dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Neuralgia cervico-occipitalis egy súlyos esetét közli Overlach melyben euechinin használatára gyors javulás következett be. A beteg reggel és este kapott 10—10 centigramm euechinint, azonkívül nagyobb rohamok alkalmával még egy grammt. Három nap mulva már annyira javult az állapot, hogy nagyobb roham nem jelentkezett többé. (Sem. méd. 1897. 10. sz.).

2. Szamárhurut ellen Guaita phenocollum chlorhydricum, antipyrin és bromkalium elegyét ajánlja növekedő adagokban. 8 esztendő gyermek számára a rendelés következő: Rp. Phenocollum chlorhydricum, Antipyrini aa 0.50; Kali bromati 0.40; Syr. cort. aurant., Aqu. flor. aurant. aa 25.0. 24 óra alatt négyszerre elfogyasztandó. Három nap mulva a phenocollum napi adagja 1.20-ra, az antipyriné 0.80-ra, a bromkaliumé pedig 0.50-re emeltetik; újabb három nap mulva pedig a napi adag a phenocollumból 1.50, az antipyrinből 1.00, a bromkaliumból pedig 0.50 legyen. (Sem. méd. 1897. 12. sz.).

TÁR C Z A.

A harmadik nemzetközi dermatologiai congressus.

(London, 1896. augusztus 4—8-dikáig.)

(Folytatás.)

Engedjék meg, hogy az egoismus látszata nélkül megmagyarázzam véleményemet, s hogy beszédem érdekességét meg-növeljem egy vagy más kísérletemnek rövid leírásával. A hajzatos fejbőr cystikus tumorja (steatoma), ha több generatió át öröklődött, alkalmat ad sokszoros tömött daganatok keletkezésére, a melyek más tájékokon is jelentkezhetnek, mint a fejbőrön s rosszindulatú lefolyást mutathatnak. Három ilyen esetről van birtokomban kép s az összetévesztésig hasonlítanak egymáshoz. Az elsőt dr. Ansell írta le 25 évvel ezelőtt a királyi orvos-egyesület munkálataiban, jó képet és bonczleletet mellékelve hozzá. A mennyire tudom, senki más nem közölt hasonló esetet és Ansell dr. megfigyelése az elveszés veszedelmében forgott. A klinikai tény, a melyet az esetek megvilágítanak, igen nagy érdekű és ámbátor kétségtelenül igen ritkák, annyira eltérnek minden másról, hogy külön megfontolásra érdemesek. A három képet egy keretben helyeztem el s elneveztem steatoma sarcomának: Ansell-csoport. Egy más alkalommal pedig ezt a nevet használtam: senilis-lentigo-melanoides: Rollo-csoport, t. i. Rollo az álneve annak a hölgynek, a ki a betegségnek legjobb példáját szolgáltatva s a ki elég szíves volt a képhez ülni. Az eset teljes leírása megjelent nyomtatásban. A mikor nevet használtam, az volt velem a célom, hogy kifejezhessem, hogy csak teljesen hasonló vagy igen közel álló eseteket lehet ebbe a csoportba helyezni. A kép megjelent s a ki akarja, meg is szerezheti. Ez az összetett név, lentigo-melanoides pedig az által van okadatulva, hogy a kór szepőkkel kezdődik, melyek azután melanotikus foltokká növekednek, a melyek nagy terjedelmet nyerhetnek. A melanotikus foltok utolsó stadiumaihoz sarcomatosus vagy epitheliomatous új képlődés járulhat. A senilis jelzöt pedig azért használok, mert ki akarom fejezni, hogy öreg egyének lentigói hajlamosak erre a folyamatra, nem pedig ifjaké.

Egy másik csoportra Philip Holmes, a beteg nevével alkalmaztam, ebben a csoportban a fagyásnak, az acnenek, a psoriasisnak meg a lupusnak tünetei kibonyolíthatlanul vannak összeszövetkezve. Más esetben, a melyben örökölt köszvény és Raynaud betegségre való hajlandóság volt a két főök: a Mabey csoport elnevezés jobban látszott megfelelni, mint bármely más név, a mely a pathológián alapszik. Úgy Holmesnek, mint Mabeynek képeit közé tettem az összes részletekkel egyetemben és más, ezen csoportba tartozó eseteket is.

Természetes ellenvetésnek látszik, hogy ha olyan neveket használunk, a melyek véleményt nem fejeznek ki, úgy ezek csak a megfigyelőre nézve, a ki őket forgalomba hozta, lesznek hasznosak, ellenben a többieknek csak zavart fognak okozni. A feleletem erre az, hogy ezek a nevek meg az általuk jelölt tünetmennyekről szóló tudás tényleg nem mindenkinek használatára van szánva. Ezek csak a gyakoroltak számára valók, a kik a részletekbe akarnak hatolni. Ehhez a tudáshoz nem vezet ország-út, sem pedig hivatalos tanítás nem segíti emlékezetünkbe. A kik oda kíváncznak, azoknak el kell menni arra a helyre, a hol az esetet jegyzékbe vették és meg kell elégedniök, ha azt találják, hogy a leírás áttekinthető és pontos. A zoologusoknak már régen elfogyott találékonyosságuk mindig alkalmas neveket találni a rohamosan szaporodó felfedezések számára és nem régiben történt, hogy az oceán egy új lakóját felfedezésekor Golfiannak nevezték el, semmi más okból, mint hogy a golffjáték egy versenynapján találták. Habár a mi tárgyunk nem oszlik genusokra meg speciekre, mégis nincs nagyobb szüksége az entomologusnak arra, hogy külön neveket alkosson minden rovarfaj számára, mint a mennyire nekünk szükséges alkalmas módon elnevezett megfelelő csoportokra választani a bőrön jelentkező kóroknak nagy sokaságát. A beteg nevének, habár talán csak ideiglenes, alkalmazása igen helyes módszernek kínálkozik egy-egy csoport megjelölésére. Olyan mód ez, mondhatom, hogy a zoologus meg-

irigyelhetne. A nevek eme tömegében legyünk megelégedve azon törvénnyel, a mely a legéletrevalóbbnak a fenmaradását biztosítja. Itt helye lesz elmondani az ismert anekdotát a szép gigerliről, a kinek a szolgálja, miután az urát, ki estélyre készült, felöltöztette, egész halommal hozta ki annak szobájából a kissé meggyűrődött nyakkendőket s azt mondta hozzá: „Ezeket elrontottuk”. Sok ilyen elrontásra kell elkészülve lennünk, a mikor a nomenclaturát akarjuk megjavítani. Elnevezéseink némelyike nem fog megerősítésre találni, másokat majd elfelejtenek; barátaink figyelmetlenségéből újra elkeresztelnek olyan gyermekeket, a kikre magunk tartunk számot; ezt mind ne vegyük rossz néven és gondoljuk meg, hogy a csalódás csak ideiglenes, s hogy az eredmény a tudomány haladásának hasznára válik.

Mikor a beteg nevével ajánlom használatra, jól meg kell jegyezni, hogy nem mint egy kórnevet kell ezt használni, hanem mint az esetek egy különös csoportjának elnevezését. Hogy valakinek a neve után nevezünk meg egy betegséget: olyan tisztelet, melyet szakmánk jelesei számára tartunk fenn s vele azokra szorítkozzunk, a kik eltávoztak körünkől. Legyen szabad még hozzátennem, hogy új neveket nem annyira külön betegségek számára kívánunk, a milyen csak kevés van, mint inkább helyesen elkülönített csoportok számára, a milyen igen sok van.

Beszédem eddigelő előadott részének közvetlen czélja volt a dermatologia számára az öt megillető helyet megkövetelni, mint olyan tudomány számára, mely kóros folyamatok megfigyelésére és az általános kortán tanulmányozására tért nyit. De alig mondtam valamit arról a közvetlen súlyról, a melylyel tudományunk az emberi nem szenvedéseinek enyhítésére szolgáló eszköz gyanánt bír. Nem mellőzhetjük el hallgatással foglalkozásunknak ezen oldalát. Nagyon is szokásban van egyik vagy másik helyütt azt állítani, hogy a bőrbajok közönségesek vagy csekélyebb jelentőségűek, mint a belső megbetegedések vagy azok a kóralakok, a melyek ellenében a sebészek végezik fényes műteteiket. Szükségtelen mondanom, hogy az efféle megjegyzések csak a tudatlanságnak, meg a rokonszenv hiányának kifejezései.

Nem jelentőség nélkül való dolog, hogy a végső megpróbáltatás, a melyet Jóhannak el kellett viselnie, nem volt sem diabetes, sem sérv, sem rák: hanem egy undort gerjesztő bőrbetegség. Talán nem létezik kinosabb halálnem, mint a pemphigus vegetans és ha számba vesszük a társadalmi súlyedést, a melylyel jár, vajjon melyik betegség okozott több nyomorúságot, mint a lepra? Még azon betegségek közül is, a melyek nem halálosak, sok van olyan, a mely, ha nem gyógyul, elrontja az élet reményeit. A lupus nem egy szép arcznak rontotta el a szerencsését és ha idejekorán nem segít a bőrgyógyász, sok más chronikus betegség az önkéntelen coelibatusra kárhoztatna ezeket.

A lepra ébreszti fel bennem a gondolatot, hogy világra szóló problémák vannak előttünk. Nem tudom, hogy jogosan tekinthetjük-e a vaccinatiót és az exanthemákat specialitásunkhoz tartozóknak, de a lepra, a framboesia és a pellagra a mi itéletünkre vár. Ezen három közül mindegyik mondhatlan nyomorúságnak okozója. A pellagráról feltehetem, hogy a problema meg van oldva és hogy feltalálván okát romlott kukoricza élvezetében: megelőzésére is teljességgel ismeretesek az eszközök. Azonban a mi a leprát és a Yaws-t illeti, ezekre nézve még bizonytalanságban vagyunk. Megvallom, hogy a magam részéről sajnálom, hogy sem egyik, sem másik nem képezi formalis vita tárgyát ezen a congressuson. Olyan tételek ezek, a melyeket minden három évben fel kellene élesztenünk, mindaddig, a míg a megoldásukat fel nem találjuk. Meglehet, hogy elbizakodottan következtetek, de mivel azt gondolom, hogy a rosszul elkészített halétel elkerülésével meg lehetne előzni az egyiket, és hogy a higanynak helyes, modern adagolásával a jelentéktelenségig lehetne lecsökkenteni a másikat: azért nagyon vágyakozom minden alkalom után, a mely a kutatást elősegíti és a kételyeket eloszlatja. Szívesen dícsérem azokat a tudósokat, a kik idejüket finom vizsgálatokra áldozzák olyan kérdésekben, a melyek nyilvánvalóan csak kisebb jelentőségűek. Sohasem tudhatjuk, hogy hol gyűl fel világosság. Minden esetre nyerjünk olyan tizedet, a milyent lehet

az apró dolgokról, de ne feledkezzünk meg arról, hogy kellő helyre tegyük a fontosabbakat. A két megnevezett betegség napjainkban a legnagyobb joggal bír arra, hogy minden dermatologus lelkiismeretes s iparkodó figyelmét lekösse.

Most pedig, Uraim, befejezés gyanánt legyen szabad figyelmetetni önöket, hogy nem szokatlan dolog valamely tudományos congressus ülésait vallásos szertartással megnyitni. Mi nem készültünk ilyesmire, helyén sem lett volna. A kiket itt magam előtt látok, sok különféle hittel bírnak és valószínűleg közülünk sokan teljességében elfogadták azt a parancsolatot, hogy a munka: imádság. Minthogy nem rendeltünk papot, úgy engedjék meg, hogy a jelen perczen én teljesítem az ő teendőit. Önöknek és önkért annak a komoly könyörgésnek adok kifejezést, hogy vajha e congressus tárgyalásainak — elnyomva a mennyire lehetséges minden önző mozzanatot — egyetlen és áhítatos célja az igazság felderítése, a tudomány haladása és az emberi boldogságnak növekedése lenne!

Justus Jakab dr.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

A nagybecskereki orvosok kötelességei és jogai. Ily címmel jelent meg 17 nagybecskereki kartársnak aláírásával egy füzetecske, mely azon megállapodásokat tartalmazza, melyeket ők 1897. márczius 15-dikén írtak alá és azokat magukra nézve jövőre irányadóknak és kötelezőknek elismernek. A megállapodások hét pontban vannak összefoglalva.

Az I. pont az orvosi kar tisztességének fentartására célzó kötelességeket tartalmazza. Az orvos kartársaival tapintatos eljárást, a közönséggel szemben humanus és méltányos magatartást tanúsítson; hivatásával járó feladatának nagyságát és felelősségét mindig szem előtt tartsa; gyakorlatát komoly tudásra és ügyességre, ne pedig kórhajhászatra és műfogásokra alapítsa. Lealázó az orvosi karra ismételt nyilvános jelentéseket kibocsátani, körlevelek, hírlapi hirdetések stb. által a betegek figyelmét magára vonni, orvosi segínyt szegényeknek ingyen felajánlani, kórtörténeteket nemszaklapban közzétenni, magának nyilvános közönyt mondani; elhítni akarni a közönséggel, hogy bizonyos betegségekben csak ő van egy bizonyos szer birtokában stb.

A II. pont a más orvos betegeivel való érintkezés alkalmával betartandó eljárásokról szól. E tekintetben szerfelett óvatosságot és rezervált magatartást ajánl. Ne mondjon vagy tegyen az orvos semmi olyasmit, a mi közvetve vagy közvetlenül a kezelő orvosba helyezett bizalmat csökkentené. Ne rendeljen az orvos oly betegnek, ki rövid idő előtt ugyanazon bajával más orvos gyógykezelése alatt állott, haesak az illető az előbbi orvost már ki nem fizette. Nem áll e szabály oly rögtöni kényszer esetében, ha a házi orvos nem található, mely esetben azonban a további kezelés ismét a házi orvosra bízandó. Elitélőleg a más orvos rendelkezései felől ne nyilatkozzék, sőt igyekezzék a tisztesség, méltányosság és igazság határai között annak pártjára állani. Csak különös esetekben kezelhet két vagy több orvos egy családban különböző családtagot, de erről a házi orvos értesítendő.

A III. pont az orvosok egymás iránt való viszonyait állapítja meg. Minden orvos jogosítva van maga vagy családja számára más kartársának orvosi segítségét díjtalanul igénybe venni. Az orvosok készséggel helyettesítsék egymást elutazás vagy megbetegedés esetén, de ezt fel ne használják a kisegített kartársnak kizsárolására. A helyettesítés díjtalanul, ingyen állítson ki. Szem előtt tartandó az 1876: XIV t.-ezikk 46. §-a: „A gyakorlatra jogosított magánorvos a rögtöni veszélyben forgó betegeknek díjazás mellett első orvosi segínyt nyújtani tartozik.” Díjtalanul tehát az orvos a szegények gyógyítására sem kötelezhető. Községekben a szegények gyógyítása a fizetett hivatalos és kórházi vagy külön megbízott orvosok kötelessége. Ennélfogva a humanitás megsértése nélkül joga van a magánorvosnak fizetőképes betegétől működés díjat követelni. A díjazások nagyságának meghatározásánál a következő szempontok legyenek irányadók: a díjazás relatív lehet csak az illető betegek vagyoni állásához mérten, másfelől azonban lehetőleg az orvos kell, hogy azokat megszabja. Míg ez iránt állami intézkedés nem történik. Nagy-Becskerek orvosi fizetőképes betegeknél következő minimalis díjazásokban állapodnak meg, a melyeknek betartása minden kartársra nézve becsületbeli kérdést képez:

1. Házi orvosok évi díjazása kölesönös megállapodás tárgyát képezi, a mennyiben ez nem jött létre, a látogatások külön fizetendő az alábbi 2. p. alatt körülírt módon.

Az azonban a kiegyezett évi díj akkor is fizetendő teljes összegben, ha talán az év folytán kevesebb orvosi teendő volt is a családban.

2. Házi orvos nélküli házakban tett minden esetleges látogatás díja nappal legkevesebb 1 frt, éjjel legkevesebb 2 frt, mely összegek

azonnal kifizetendő, s így ezek ne vássák az orvost az év végéig, miáltal a dolognak házi orvosi jelleg adatnék.

Egy kilométernél nagyobb távolságra az orvos kocsiban viendő.

3. Két, három vagy több orvossal való orvosi tanácskozáért mindeneknek, s így a házi orvosnak is 5 frt fizetendő, még pedig a tanácskozás után azonnal, miről gondoskodni a házi orvos kötelessége, s a mi mindannyiszor ismétlődik, a hányzor több orvos működik együtt.

4. A rendelési órában nyert orvosi tanács legkisebb díja 1 korona, vagyis 50 kr., a mely díj csak a helybeliekre vonatkozik.

5. Minden műtétnél a belügyministerium felhívására a közegészségügyi tanács által kidolgozott díjszabás kötelező.

6. Orvosi bizonyítványokért díjazás követendő, kivéve az iskolai tanulók számára kiállítandó rövid értesítések és a nyilvánvaló szegénység alapján kiállított bizonyítványokért.

Ha a nálunk szokásos január 1-i díjazás ideje után négy hét elteltével sem küldetett meg az orvosi díj, úgy az orvos késedelmes betegét írásban felszólítja. Ennek eredménytelensége esetén a díjjegyzék behajtás végett az orvosok ügyvédjének adandó át.

Az orvosi kar érdeke megkívánja, hogy azon egyesek és családok neveit, kik az orvosi díjazásban hanyagok, vagy pedig ezen kötelességek teljesítése alól szándékosan ki akarnak bujni, egymással közöljék; e rovatba tartozik a fekete könyv nyilvánartása.

Az V. pont az orvosi tanácskozásokról (consilium) szól. Súlyosabb esetekben a kezelő orvos vagy maga vagy a család óhajára consiliumot hívjon össze. Tanácskozásokon elkerülendő a versengésnek vagy féltékenységeknek még a látszata is. Nyílt, becsületes és méltányos magatartás tanusítandó a kezelő orvossal szemben. A consilarius kerüljön minden olyat, melylyel azon látszatba jöhetne, hogy a kezelő orvost állásból akarja kiszorítani. A tanácskozás tárgyalásai titokban tartandók és bizalmi ügyet képeznek. Véleménykülönbség esetében csak fontos esetekben közölje a kezelő orvos a tanácskozó kartársak kívánságára az eredményt a beteg családjával. A tanácskozára meghívott orvos további látogatástól tartózkodjék. Vidékre tanácskozásra hívott városi orvos ott más betegeknek — kivéve, ha csak mint consilarius más kartárs részéről arra fel nem hivatik — ne rendeljen. Ha az illető helységben orvos nincs, e megszorítás elesik.

A VI. pont a választott bíróságokról szól. Ha az orvosi teendők gyakorlása közben egyes kartársak között véleményeltérések vagy érdekközvetítő közlések fordulnának elő és azokat az illetők egymásközött ki nem egyenlíthetik, választott bíróság élbe viheto az ügy, eldöntés végett. A választott bíróság áll az orvosi összejövetelek időszertinti elnököből és 6 orvosból, kik közül 2—2-t a vitatkozó fél nevez s 2 állandó jelleggel az összeségből választatik s ezek helyettesítésére pedig 2 póttag jelölendő ki. A választott bíróság ítélete jegyzőkönyvbe veendő és teljes indokolásával egyik orvosi összejövetelen a kartársak tudomására hozandó. Felelbezésnek helye nincsen.

A VII. pont az orvosi esték tartásáról szól. Az 1895. év óta fennálló orvosi esték képezik a nagybecskereki orvosok érintkezési és gyűlö helyét, a melyeket érdekük és tekintélyük megvédésére és egymás kölesönös tudományos buzdítására terveztek és kötelezik magukat azoknak minél szorgalmasabb látogatására.

Ugyanakkor elhatározták, hogy ezen megállapodást minden újonnan letelepedő kartársal közlik s az illetőt az ahhoz való csatlakozásra felhívják s a mennyiben az ezt meg nem tenné, úgy az úgy a választott bíróság elé viendő.

Ime egy facultatív orvosi kamarának vagy szövetségnek megfelelő szervezkedés, mely mutatis mutandis megalkotható minden olyan vidéki kisebb városban, melyben 10—20 orvos van letelepedve, mely önként — minden törvényhozási actus igénybe vétele nélkül — megadja az orvosi rend tisztességes elemeinek a módot a rend tekintélyének emelésére és érdekeiknek védelmére. Lényegileg többet törvénybe iktatott kötelező kamaraszervezzettel sem lehet elérni.

A magyar szent korona országai balneologiai egyesülete folyó hó 2-dikén tartotta évi közgyűlését. *Taufer Vilmos elnöki* megnyitott beszédében kiemeli, hogy szakemberek és laikusok egyhangúlag elismerték azon derekas munkát, melyet a balneologiai egyesület a kiállításon végzett, s melylyel a magyar balneológiának elismertetést és becsületet szereztek.

Löw Sámuel főtítkári évi jelentését azzal terjeszti elő, hogy annak nagy részét már a múlt évi szeptember hó közepén tartott közgyűlésen ismertette. Újból megemlékszik a kiállítási balneologiai pavillonról és beszámol a kiállítási kitüntetésekéről. A pavillon 78 kiállítója közül 52 részesült kitüntetésben; még pedig a milleniumi nagy érmet 11, a kiállítási érmet 22, az elismerő oklevelet 16, a közreműködők érmet 3 kapta. Maga az egyesület a legnagyobb kitüntetésekben részesült, a mennyiben a kereskedelemügyi minister az állami nagy érmet, a jurytanács pedig a milleniumi nagy érmet ítélte neki oda.

A kiállításban elhelyezett ásványvizekből és forrásterményekből három gyűjtemény állítottatott össze: egy a budapesti egyetemi gyógyszer-tani intézet, továbbá egy-egy felszólítás folytán a lissaboni földrajzi muzeum és philadelphiai kereskedelmi muzeum részére, egy negyedik, nagyobb szabású gyűjtemény a legközelebb megnyitandó budapesti kereskedelmi muzeumban fog felállítani.

Az ideai nemzetközi brüsseli kiállításon a magyar fürdőügy kiállítását a kereskedelemügyi minister úr felhívására a balneologia egyesület vállalta magára; ezen kiállítás összes költségeit az egyesület fedezi; a magyar osztály falainak díszítésére hazai fürdők tájképei fognak szolgálni.

Az igazgató-tanács az összes hazai fürdőkben figyelmeztetéseket fog kifüggeszteni, hogy az erősebb gyógyhatányok csak orvosi tanács kikérése után használtsanak; ezen intézkedés azért szükséges, mert a gyógyszerközök czélzerűl használata a curák sikerét veszélyezteti, sőt néha súlyos következményeket is von maga után.

Az egyes fürdők javallatainak megállapítása végett a fürdőorvosok a morbiditási statistika feldolgozására hivatnak fel.

Az egyesületi tagok jelenlegi létszáma: az orvostudományi osztályban 266, a gazdaságiban 83, összesen 349 rendes egyleti tag.

Jelentése végén a főtitkár az egyesület keretén kívül eső fürdő-ügyi mozgalmakról és az újabb balneologiai irodalomról emlékszik meg; mint érdekes adatot hozza fel, hogy a magyar kormány példájára az osztrák kormány is az ásványvizek töltési évének kötelező feltüntetését hatályon kívül helyezte.

A pénztáros jelentése szerint az 1896. évi maradvány 2247 frt 86 krt tesz.

Ezt követte a tisztikar megválasztása; közfelkiáltással elnök lett Tauffer Vilmos, főtitkár: Löw Sámuel; megválasztottak: az orvostudományi osztályban: elnök: Bókay Árpád, jegyző: Papp Samu. Választmányi tagok: Angyán Béla, Barbás József, Boleman István, Bruck Jakab, Chyzer Kornél, Grünwald Mór, Hochhalt Károly, Kuthy Dezső, Than Károly, Wessely József. A gazdasági osztályban: elnök: Schwimmer Ernő, jegyző: Ludik Gusztáv. Választmányi tagok: Amon Ede, Hirschler Mór, Kahn Gusztáv, Münnich Aurél, Nedeczey János, Oelhoffer Henrik, Preysz Kornél, Smialovszky Valér, Szontagh Miklós, gróf Török József.

A közgyűlés után a VII. balneologiai congressus nyitott meg. Az első ülés tárgysorozata következő volt: Vámosy Zoltán: Régi fürdőélet Magyarországon; Smialovszky Valér: A fürdővállalatok pénzügyi alapjai; Gáspár Gyula: A székely fürdők felvirágoztatásának módjairól (ez utóbbi előadáshoz hozzászóltak Smialovszky, Löw, Papp és Gámán). A második ülésen következő előadások tartottak: Vas Bernát és Gara Géza: A massage befolyása az emésztésre (hozzászóltak Cséri, Sümegi, Schwimmer); Ormai József: Az ásványvizek hatásáról, kizárólagos tekintettel az ivógyógyomlóra; Grünwald Mór: A vasas hérvíz hatásáról, különös tekintettel Szliácsra (hozzászólt Papp). A harmadik ülés előadásai voltak: Chyzer Kornél: A torjai büdöséről; Weisz Ede: Az arthritás deformans kérdéséhez; Hankó Vilmos: A magyar fürdők és ásványvizek kezelésének haladása az utolsó 10 esztendő alatt; Boleman István: A magyarországi fürdők látogatottsága 1896-ban.

Vegyesek.

Budapest, 1897. április 30-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1897. április 18-tól 1897. április 24-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 486 gyermek, elhalt 239 személy, a születek tehát 247 esettel mutáltak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: eroup 1, ronesoló toroklob 4, hőkhorut —, kanyaró 3, vörheny 1, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz —, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 2, agykéreglob 21, agyvérömleny 2, rángások 6, szervi szívhibaj 19, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 47, tüdőgümő és sorvadás 53, bélhurut és bélob 14, carcinomata et neoplasmata alia 3, méhrák 1, Bright-kór és veselob 11, angolkór 2, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 19, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 13, erőszakos haláleset 9. — A fővárosi közkórházakban ápolgatott e hét elején 2168 beteg, szaporodás 718, csökkens 728, maradt e hét végén ápolás alatt 2158. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1897. április 16-tól április 23-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázba 10 (meghalt 3), himlőben 1, áhimplőben 3, bárányhimlőben 14 (meghalt —), vörhenyben 42 (meghalt —), kanyaróban 167 (meghalt 4), ronesoló toroklobban és torokgyíkban 25 (meghalt 2), trachomában 24, vérhasban —, hőkhorutban 26 (meghalt —), orbáczban 16 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

— Bolyó Károly dr. a budapesti lipótmezei országos tébolyda főorvosának a király az elmeógyógyítás terén szerzett érdemei elismeréséül a királyi tanácsosi czimet adományozta.

△ A budapesti orvosok szövetségének alapszabályait a belügy-minister jóváhagyván, a választó közgyűlést Rákosi Béla dr. elnökle mellett f. hó 3-dikán tartották meg a városházának e czélra átengedett dísztermében. A szövetségbe eddigelé több mint 400 tag iratkozott be. A nagy számban megjelent tagok részéről megejtett választás eredménye a következő. Elnökké választották egyhangúlag Müller Kálmán dr.-t; alelnökök lettek: Adler Zsigmond, Hochhalt Károly, titkár: Pikler Gyula, másodtitkár: Glück József, Vámosy Zoltán, pénztáros: Jurkiny Emil, gazda: idősebb Glass Izor. Választmányi tagok: Csillag Zsigmond, Elischer Gyula, Flesch Nándor, Fodor József, Friedrich Vilmos, Gerlóczy Zsigmond, Havas Adolf, Hertzka Károly, Klein Fülöp, Rákosi Béla, Réczezy Imre, Temesváry Rezső, Vladár Márton és Wein Manó.

— Figyelmeztetés. Az országos orvosi szövetség alapszabályainak megvitatására a végrehajtó bizottság — mint ismeretes — f. hó 27-dikén d. e. 9 órára országos orvosi congressust hívott össze. Az ülés a fő- és székvárosi újvárosi dísztermében tartatik, melyet e czélra a főváros szíves készséggel bocsátott rendelkezésre. Tekintettel az ügy országos érdekű voltára, tisztelettel felhívjuk az összes kartársak figyelmét azon kéressel, hogy az ülésre minél számosabban megjelenni sziveskedjenek.

— A bécsi egyetem orvosi facultásán az elmúlt téli félévben 2752 hallgató (1592 rendes, 425 rendkívüli és 735 frequentans) volt

beiratkozva, vagyis 922-vel (619 rendes és 303 rendkívüli és frequentans) kevesebb, mint az előző téli félévben. A hallgatók közül magyarországi illetőségű volt 345 (201 rendes, 82 rendkívüli és 62 frequentans).

— Egyetemes orvosdoktori felavatások 1897. márczius 20-dikán: Arányi Zsigmond, Lopuszna (Galiczia), f. a. Mihalkovics tr.; Dezső Antal, Öcsöd (Békésm.), f. a. Mihalkovics tr.; Stein Bernát, Katymár (Bácsm.), f. a. Laufenauer tr.; Ajkay Zoltán, Pápa (Veszprém.), f. a. Klug tr.; Havas Ármán, Nádásd (Abaúj-Tornam.), f. a. Réczezy tr.; Kemény Lajos, Sztropkó (Zemplén), f. a. Genersich tr. — 1897. márczius 27-dikén: Morvay Lajos Árpád, Máramaros-Sziget (Máramaros), f. a. Portik tr.; Moór Emil, Pécs (Baranyam.), f. a. Korányi tr.; Steiner M. Miksa, Bánk (Veszprém.), f. a. Kovács tr.; Inselet Áron, Duna-Szt.-György (Tolnam.), f. a. Kézsmárczy tr.; Trebits Gyula, Német-Sztamora (Temesm.), f. a. Mihalkovics tr.; Radnai Samu, Budapest (Pestm.), f. a. Mihalkovics tr.; Takáts József, Fülles (Sopronm.), f. a. Schulek tr.; Konyovics Boskó, Mohol (Bácsm.), f. a. Kézsmárczy tr.; Günther József, Budapest (Pestm.), f. a. Tauffer tr.; Pintér Jenő, Pécs (Baranyam.), f. a. Plósz tr.; Egresi Lajos, Nagyvárad (Biharm.), f. a. Ajtai tr. — 1897. április 3-dikén: Hunwald Tóbiás, Szalócz (Nyitram), f. a. Mihalkovics tr.; Rosenfeld Zsigmond, Bált, (Hontm.), f. a. Högyes tr.; Grünfeld Sándor, Ungvár (Ungm.), f. a. Kétli tr. — 1897. április 10-dikén: Kassai Ráisz Sándor, Nagy-Mihály (Zemplén), f. a. Thanhoffler tr.; Hesz Gyula, Kaposvár (Somogym.), f. a. Laufenauer tr.; Langer Árpád, Budapest (Pestm.), f. a. Mihalkovics tr.; Ulrich Gyula Pál, Budapest (Pestm.), f. a. Mihalkovics tr.; Löffelmann Bódog, Csaba (Békésm.), f. a. Klug tr. — 1897. április 14-dikén: Widder Adolf, Szobráncz (Ungm.), f. a. Ajtai tr.; Pfieglér Imre, Miskolc (Borsodm.), f. a. Ajtai tr.; Halka Lajos, (Somogym.), f. a. Thanhoffler tr.; Glück Gyula, Budapest (Pestm.), f. a. Thanhoffler tr.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár újonnan épült sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospectus.

Téli kúra rheumatikus bajok, köszvény, ischias stb. ellen a Szt. Lukács-fürdőben Budapest.

A szállodák és fürdők egy épülettömböt képeznek. Minden helyiség jól fűtve van. Meghűlés kizárva. Kénes iszapfürdő. Helyi bántalmak kezelése. Douche-massage és iszaphorogtatás által. Lift és felvonó a vízben. Olcsó és jó pensio. Prospectust küld az igazgatóság.

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, aranyérel stb.
 Kitünő diaetetikus 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. 7

KELETI J. orvos - sebészeti mű- és kötszer - gyár, Budapest, IV., Koronaherceg-utca 17. sz.
 Ajánlja dúsán felszerelt raktárát orvos-sebészeti műszerek-, kötszerek-, valamint mindennemű a betegápoláshoz szükséges eszközökben, szolid kivitelben a legolcsóbb árak mellett. — **Javítások legolcsóbban számíttatnak.**
 Sebészeti műszer-gyár: IV. kerület, Rostély-utca 15. szám.
 — Nagy képes árjegyzék ingyen. —

Vizgyógyintézet Salzburg-Parsch,
 fekvés és környéke világhírű. 130 szoba. Társalgási terem, úszófürdő, 8 percz a várostól. Dr. Breyer gyógymódja és sikerei. Pensio szolgálat. Orvos és fürdők 3 frt 50 krtól fogva. Képes prospectus az intézet igazgatóságától 3

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 a lipcei királyi szász egyetem belkórodájából.

Az arterio-sclerosis és szívhypertrophia közötti viszonyról, különös tekintettel a zsigeri edények megbetegedésére.

Irta: Hasenfeld Arthur dr.

Az arterio-sclerosis egy régóta ismert megbetegedés, hisz az edények elváltozásairól már Galenus is megemlékezik; így tehát természetes, hogy nem csupán az edények kóros elváltozásai, hanem az arterio-sclerosishoz szegődő egyéb megbetegedések (szív és vese) is az idők folyamán sokszorosan tanulmányozva, igen bő és kimerítő irodalommal rendelkeznek. Azonban dacára ennek, az arterio-sclerosis összefüggésben lévő egyes kérdések még mindig nincsenek kellőképpen megvilágítva és egyértelműleg megmagyarázva.

Igy az arterio-sclerosisnál általában oly gyakorinak tartott szívhypertrophia is ezen nem kellőképpen megvilágított jelenségek közé tartozik.

Lebert, Rokitsky, Bamberger, Oppolzer és Traube azon nézetben voltak, hogy az edényelváltozások képezik az elsődleges megbetegedést és a szívtúltengést az edénymegbetegedés következményének tekintették. Nézetük szerint az edények káros elfajulásuknál a szívet a vér továbbításában kevésbé támogatják, mint egészséges viszonyok között, miért is a szív a keringési akadályok legyőzésére nagyobb erővel kénytelen dolgozni, a mi azután a bal szív túltengéséhez vezet.

Traube azonban ezen nézetét az évek folyamán megváltoztatta, mert egyrészt azon tapasztalatra jutott, hogy a szívtúltengés számos esetben az edény elváltozások dacára is hiányozhatik, másrészt, mivel oly esetek is kerültek észlelés alá, melyekben viszont szívtúltengés volt jelen, de az arterio-sclerosis hiányzott. Ezen nézetváltozásának 1872-ben következő kifejezést¹ adott: „Die Arterienkrankung ist in der Regel nicht die Ursache der neben ihr bestehenden Herzaffection, sondern beide sind vielmehr nur Coëffecte gemeinsamer Bedingungen.“

Jelen munkámban az arterio-sclerosis és a szívtúltengés egymáshoz viszonyított beható tanulmányom tárgyává óhajtom tenni, hogy azon kérdésre lehetőleg megfelelhessenek: vajjon az edényelváltozások tényleg a szívtúltengés okai gyanánt tekintendők e; avagy egymástól függetlenül egy közös harmadik tényező által okozva jönnek-e létre?

Kétségen kívül csak az esetben vagyunk feljogosítva az edényelváltozások és a szívtúltengés között oki összefüggést feltételezni, ha azon esetek, melyekben az arterio-sclerosis dacára a szívtúltengés nem constatálható, minden tekintetben kifogástalanul megmagyarázhatók. Különböző szerzők a szívtúltengések hiányát az arterio-sclerosis bizonyos eseteiben különféleképpen igyekeznek megmagyarázni; általában azonban e kérdést illetőleg két táborra oszlanak.

A bűvárok túlnyomó nagy része ma is azon nézetben van, hogy a megbetegedett edények a szív munkáját megnehezítik és így azok kétségtelenül a szívtúltengés okai gyanánt tekintendők. Szerintük a szívtúltengés az arterio-sclerosisnál csak igen kivételes esetekben hiányzik. Nézetük szerint ezen kivételes esetekben a szívtúltengés kifejlődésének vagy igen nagy mérvű általános táplálkozási zavarok vagy pedig a koszorús edények sclerotikus megbetegedése állja útját.

Kétségtelenül indokolt azonban azon bűvárok nézete, kik azt hiszik, hogy a szívtúltengés egyáltalában nem tekinthető az edényelváltozások következményeként. Tagadhatatlan ugyanis, hogy az arterio-sclerosis bizonyos eseteiben a szívtúltengés hiánya sem bizonyos általános táplálkozási zavarokból, sem a szív koszorús edényeinek állapotából kellőképpen nem magyarázható. Indokolt ezen feltétel továbbá azért is, mert a szívtúltengést akárhányszor még a szív koszorús edényeinek megbetegedésénél is létrejönni láthatjuk.

A mondottakat tekintetbe véve, nyilvánvaló, hogy a szívtúltengést az arterio-sclerosis oki viszonyban levőnek tartani mindeddig nem vagyunk kellőképpen feljogosítva, mivel a szívtúltengés hiányát minden esetben megmagyarázni nem tudjuk.

Nagy örömmel tettem azért eleget Curschmann tanár úr azon megtisztelő felszólításának, hogy az arterio-sclerosis és szívhypertrophia egymáshoz viszonyított beható vizsgálat tárgyává tegyem.

Jelen munkámban — későbbben kifejtendő okoknál fogva — különösen a zsigeri edények megbetegedésére voltam tekintettel.

Ismereteink a különböző edényterületek megbetegedéséről, a mi az arterio-sclerosis gyakoriságát és elterjedését az egyes edényterületek különböző ágaiban illeti, mindeddig nem tekinthetők befejezetteknek. E ténynek okát abban kell keresnünk, hogy a boncolásoknál nagyrészt csupán a nagyobb edényeket tekintik meg, másrészt a kisebb edények elváltozásai szabad szemmel való vizsgálatnál könnyen elkerülhetik a figyelmet.

Rokitsky¹ azon nézetben volt, hogy az edény elváltozások aránytalanul ritkábbak a kisebb zsigeri edényekben, mint a nagyobb környi edényekben. A zsigeri edények arterio-sclerotikus megbetegedéséről azonban már Rokitsky és Lebert² is említést teszen.

Általában azonban mindeddig híjával vagyunk oly statisztikai munkáknak, melyek az arterio-sclerosis gyakoriságát az egyes edényterületekben feltűntetnék.

Curci³ 116 edényrendszert vizsgált keresztül és leggyakrabban (75 esetben) az aorta ascendenst találta megbetegedettnek, míg az art. coeliacában az arterio-sclerosis csak egy esetben constatálhatta. Sotnischewsky⁴ vizsgálatai 17 vese-

¹ Ueber einige der wichtigsten Krankheiten der Arterien. Wien, 1852.

² Handb. der spec. Path. u. Ther.

³ Sull' ateromasia delle arterie in rapporto specialmente alle sue cause e ai suoi effetti. Lo Spermentale. 1876 Aprile.

⁴ Ueber das Verhalten der kl. Körperarterien bei der Granularatrophie der Niere. Arch. f. path. Anat. Bd. 82.

zsugorban elhalt egyén edényhálózatára vonatkoznak. *Sch.* 6 esetben találta a nagy edényeket elváltozva; azonkívül a megbetegedés gyakorisága szerint felsorolva még a következő edényeket látta elváltozva; a lágy agykéreg edényeit, azután a lép, vese, máj és végül legritkábban a tüdő ütér-ágait. Megemlítésre méltónak tartom *Mehnert*,¹ *Sack*² *Bregmann*³ — valamennyien *Thoma* dorpati pathologus tanítványai — munkáit is, kik ugyancsak az arterio-sclerosis gyakoriságát a különböző edényterületekben tették vizsgálatuk tárgyává. Az arterio-sclerosis diffusa szerintük leggyakrabban a környi edényekben található, míg az arterio-sclerosis nodosa legszívesebben az aortát és annak nagyobb ágait keresi fel, még pedig *M.* szerint gyakoriságát illetőleg a következő sorrendben: aorta, carotis communis, subclavia, coeliaca, mesenterica sup. et inf. és végül az a. renalis.

Thoma és említett tanítványai az arterio-sclerotikus elváltozásokat a szokottnál exactabb módon tanulmányozták.

Az arterio-sclerosist és különösen annak fokát ugyanis a kisebb edényekben csak rendkívül fáradságos és igen sok időt igénybe vevő munka árán sikerül biztosan constatalhatnunk. Joggal hangsúlyozza *Thoma* munkáiban, hogy az arterio-sclerosis fokát már szabad szemmel való vizsgálatnál is csak akkor ítélni lehet meg helyesen, ha a kérdéses edényeket lehetőleg oly mechanikus viszonyok közzé hozzuk, a mely az élő állapotban levőnek lehetőleg megfelel. Szükséges tehát, hogy az edényeket ne elernyedtt állapotban, hanem lehetőleg az élő viszonyoknak megfelelő, normalis feszülés alá hozva tanulmányozzuk. Az edények belvilágosságában tapasztalt eltérések az edényelváltozások fokának megítélésénél csak ily körülmények között értékesíthetők, valamint az edények kanyargóssága is csak akkor felel meg az élő állapotban jelentő voltaknak, ha az edényeket a normalis feszülési viszonyok közé hozva tanulmányozzuk; míg ha az edényeket elernyedtt állapotban vizsgáljuk, az említett tényezők az arterio-sclerosis fokának megítélésénél alig vehetők tekintetbe. Összehasonlító vizsgálatoknál az elváltozások fokának pontos megítélésére végül szükséges, hogy az edények behártyájának vastagságát is ismerjük. A mikrométerrel történt mérések azonban szintén csak akkor felelnek meg a tényleges viszonyoknak, ha azok ily feszült állapotban levő edényeken történnek, mert az edények elernyedtt állapotában, a falaikban támadó ránczok ezen méréseket természetesen megbízhatatlanná teszik.

A következő fejezetben az edényelváltozásokat az imént említett cautelák mellett tanulmányozva a zsigeri edények arterio-sclerosisáról fogok megemlékezni és csak azután térhetek át az edény megbetegedések és a szívtúltengés közötti kapcsolatot tárgyalására.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Korányi Frigyes egyet. ny. r. tanár vezetése alatt álló egyetemi I. belkóroda laboratoriumából.

A Widal-féle serodiagnostikáról.

Irta: *Deutsch László* dr., kórodi gyakornok.

(Folytatás.)

Mindezen vizsgálatok alatt a keresett x, az ismeretlen, a bacterium volt és a bűvárlatok végezték a microorganismusok identificálását észlelték; a vizsgálat fordított sorrendjét először *Widal* használta fel diagnostikus célból, mikor a serumot vélte x-nek ismeretlennek, s ismert bacillussal, az *Eberth*-félével dolgozott. Methodusai lényegükben *Gruber* vizsgálataiból már ismeretesek voltak; *Grubernél* megtaláljuk az agglutinatio jelenségének pontos leírását, a kémcsókísérlet pontos bírálatát, valamint az utalást arra, hogy a reactio — bár nem

specifikus — felvilágosítással két irányban szolgálhat valószínűséggel. És bár *Widalnak* igen nagy érdeme az, hogy nem immunizált egyénnél, hanem a betegségnek folyamata alatt kereste s találta meg a serumhatást: minthogy az agglutinálást, mint bactericid hatásnak morphologiai nyilvánulását *Gruber* írta le először, követnünk kell a *Münch. med. Wochenschrift*¹ ajánlatát, hogy a reactio jogosan „*Gruber-Widal*-féle reactio-nak“ nevezendő. Követnünk kell annál is inkább, minthogy a reactio theorijára nézve *Widalnak* a szigorú specificitás alapján álló nézetével szemben az újabb vizsgálatok *Gruber* nézetének szolgáltatnak igazságot; és így kettőjük közt ez a szigorú eltérés sem áll fenn.

Widalnak az a felfedezése különben, hogy a typhosus beteg egyén seruma hatékony, nem volt e nemből első észlelet. Már *Metschnikoff*² látta, hogy a hog-cholera spirillumának halálos mennyiségével fertőzött állatnak halála előtt vett seruma egy más állatot a fertőzés ellen megóv. *Botkin* és *Metschnikoff*³ szerint cholera-ban elhalt emberek vérének szintén vannak védő sajátosságai; *Widal* s *Chantemesse*⁴ a typhusra vonatkozólag közöltek idetartozó észleletet, nemkülönben *Stern*⁵ is halálos typhus eset vérserumának erős védő tulajdonságát írta be. *Widal* észleletei alapján, minthogy már olyankor találta, a mikor a betegség még csak emelkedőben van, reactióját nem immunitási, hanem infectiós reactiónak vallja; és ez a nézet az egyedüli fundamentalis különbség, a mi őt *Grubertól* elválasztja. *Widal* szerint a reactio legerősebb az acme alatt, a reconvalescentia felé egyre csökken, egészben véve a fertőzés fokával tart lépést. Ennek kritikájáról később.

A mi *Widalnak* két originalis módszerét, a göresövi és kémcsőpróbát illeti, az lapunk olvasói előtt⁶ már eléggé ismeretes, így tehát arra ki nem terjeszkedünk, csakis azt fogjuk szemügyre venni, vajjon a methodika az összes követelményeknek megfelelő-e.

A szükséges vérsavó nyerése céljából *Widal* a vért szivattyú segítségével veszi a vénából, más szerzők egyéb módszereket ajánlanak. Így meglehetősen elterjedésnek örvend a *Lichtheim*⁷ ajánlotta módszer: ő steril Pravaz-tűvel szúr a megduzzasztott vénának ürterébe és a kifolyó vércseppeket, melyeknek mennyisége igen rövid idő alatt éri el a 3—4 cm.-t, steril kémcsőbe bocsátja, s ott ferdén megalvasztja s így aránylag sok steril savót nyer. A szerzőn kívül *Breuer*,⁸ *Fraenkel*,⁹ *Du Mesnil*¹⁰ alkalmazták e módszert sikeresen.

Mások az ujjcsücsből veszik a vért, tüvel vagy éles lancettával (*Haedke*) beszúrás után, vagy a fülezimpából; a vért keskeny csőbe felszívás után itt alvasztották meg.

A vérsavónak alkalmazása a *Widal*-próbára, mint látható, elég nagy nehézségekkel jár. A vénába való beszúrás aránylag mélyreható, és bár eddig kellemetlen következményekkel nem járt, a fertőzésnek esetleges veszedelme miatt, ha csak lehetséges, kerülendő. A mi pedig az ujjcsücsből való vérvételt illeti, ha az így kapott vért keskeny csőben megalvasztjuk, a kiszoruló savót kellő mennyiségben nehezen kapjuk. Ajánlották ez okból még a folyékony vérnek centrifugálását, azonban az így el nem kerülhető megalvadás miatt az így kapott savó a mi erre vonatkozó kísérleteinkben kellően pontos eredményeket nem nyújtott.

Widalnak mikroszkopos módszerét még más okból is meg kellett változtatni. Pontos vizsgálataimból is az derült ki, a mire már *Stern*,¹⁰ *Pick*,¹¹ *Jez*,¹² *Du Mesnil*¹³ leletei alapján jogosan

¹ 1897. 103. l.

² Pasteur Annal, 1892. Nr. 5.

³ Cit. Stern után l. Zeitschr. f. Hyg. XVI. 464.

⁴ Pasteur Ann. 1892. junius.

⁵ L. c.

⁶ L. Purjesz és Berend cikkeit.

⁷ Berl. kl. Woch. Nr. 47., 48.

⁸ Münch. m. Woch. 1897. 107. l.

⁹ Münch. m. Woch. 1897. Nr. 5.

¹⁰ Centralbl. f. inn. Med. 1896. Nr. 49.

¹¹ Wien. kl. Woch. 1897. Nr. 4.

¹² Wien. med. Wochenschr. 1897. Nr. 3.

¹³ L. c.

¹ Ueber die topographische Verbreitung der Arterioscl. Dorpat 1888.

² Ueber Phleboscclerose u. ihre Beziehungen zur Arteriosclerose Dorpat 1887.

³ Ein Beitrag zur Kenntniss der Angiosclerose. Dorpat 1890.

következtettünk, hogy tudniillik az agglutináló hatás nem specifikus, minthogy az — bár kisebb hígításnál — ép egyéneknél is kimutatható.

Első, nem typhus esetem, mely a reactiót adta, 30 éves ischiában szenvedő beteg volt, a kinek vérsavóját a typhus-culturával függő cseppben különböző arányban kevertem. 1:10 hígításban még órák mulva sem láttam eltérést a tiszta controll készítményhez képest, 1:5 hígításban ugyancsak nem, 1:3 hígításban 24 óra mulva már néhány csoportot találtam, 1:2 hígításban már 12 óra mulva minden látótérben¹ egyet, az aa hígítás pedig egészen feltűnő eredményeket adott. Az így készült praeparatum mintegy 20 perc mulva már oly helyeket mutatott, hol az élénken mozgó typhus-bacillusok mellett, melyek az ismeretes, kigyózás közben előhaladó, felbukkanó s elertűnő, bukácsoló mozgást végzik, már helylyel-közzel (egy látótérben 2—3) oly csoport látszott, mely 10—20, sőt több egyedből állott. E csoportok közepét mozdulatlan, kúszáltnan egymáshoz tapadt bacillusok képezték, míg a szélük felé egy-egy bacillus még mozgott: mozgása azonban nem felelt meg az előrehaladó hullámmozgásnak, hanem inkább az ingalengésnek, ugyanis a bacillus egyik végével társaihoz, vagy az üveghez volt rögzítve, míg másik vége ide oda lengett. A további megfigyelés alatt jól láthattuk, mint vált az így már lelánczott bacterium mozgása egyre lassúbbá, míg ezalatt minden oldalról egy-egy bacillus közeledett, mely a tömegbe való ütközés után annak sphaerájából többé ki nem jutott, mintha valamely láthatatlan láncz tartotta volna vissza.

Az így mozdulatlanokká vált bacteriumok száma óráról órára szaporodott, úgy hogy 12 óra mulva a praeparatumban szabadon álló bacterium nem volt található. (Megjegyzem e helyen, hogy a praeparatumokat az agglutinálódásnak bármely stadiumában igen szépen állandósíthattam, még pedig akként, hogy az óvatosan a vaselin-rétegről leemelt fedőlemezeket szabad levegőn leszárítva a szokásos lángfixálásnak vetettem alá és rendes módon megfestettem. A beszárítás alatt az agglutinált tömegek helyzete egyrészt teljesen megfelel a natív készítménynek, másrészt a még különálló bacillusok sem verődnek össze; szóval a kép teljesen hű.) Visszatérve kísérletemre, az előbb említett készítmény 12 óra mulva már szabad szemmel nézve is ép oly képet adott, mint az 1:10 hígítású typhus-serum készítmények. Ugyanis, ha a készítményeket sötét alap fölé tartjuk, arról győződhetünk meg, hogy míg a tiszta kultura cseppje opák, addig az agglutinált tiszta, átlátszó s csakis a csepp közepe felé láthatunk pontot, kis gombostűfejnyi, fehér, átlátszatlan pettyeket. E makroszkopikus reactio rendszeren oly kifejezett, hogy a diagnosis megtételére gyakran elégséges.

Mielőtt említett — nem typhusos — esetem vizsgálata alapján a következményeket levontam volna, annak alapján, hogy *Widal* reactiója még évekkal a kiállott typhus után is positiv lehet, arról kellett meggyőződnöm, nem volt-e betegünk-nél bár évek előtt is ilyes megbetegedés. A mennyire csak tehettem, az anamnesist erre vonatkozólag kikutattam, de teljesen negativ eredményel.

A vizsgálatot azóta ugyanazon betegen többször ismételttem meg s a reactiót egyforma intensitással kaptam mindannyiszor. Majd kísérleteimet több ép egyénre kiterjesztve 1:2 hígításban 24 óra mulva elég gyakran volt alkalmam csomóképződés észlelésére; olyan kiterjedt agglutinálást azonban azóta nem észleltem. Jól megkülönböztetendő az agglutinált bacillusok által képzett csomósodás azoktól a kisebb-nagyobb csomóktól, melyek már 24 órák bouillon kulturákban is normalisan, tiszta függő cseppben elég gyakran láthatók,² a miért is tévedések elkerülése végett ajánlatos a kulturát függő cseppen előzőleg szemügyre venni; különben kellő gyakorlat után már e körülmény tévedésekre okot nem ad, mert az agglutinált bacillusok az ily normalis csomóktól alakilag elég jól megkülönböztethetők: míg azok különböző sikkokban, kúszáltnan

fektüsznek egymáson, itt inkább párhuzamosan futnak egymás mellett, azok egyenlőtlenek, ezek szabályosak. A kép tisztasága érdekében azonban ajánlatos, mint a szerzők java részese teszi, a szobahő mellett tartott 12 órás kulturák használata.

Lássuk ezek szerint, hogy ha a *Widal*-reactio csak quantitativ különbségeket mutat typhus és nem typhus között, mennyire felelnek meg *Widal* methodusai a pontosság követelményeinek.

A kémcsőpróba ellen a pontosság szempontjából kifogást nem emelhetünk; a savónak pontosan lemért mennyiségét vihetjük a bouillon kulturába át és ezért a szerzők előszeretettel alkalmazták is. Más kérdés az, elegendő-e a kémcsőpróba; mi azt valljuk, hogy nem; mert a reactio bekövetkeztének mikéntjéről felvilágosítással nem szolgál.

A górcsövi próbákra ajánlott eljárás módok pedig pontosnak nem mondhatók. Így nem tartható pontosnak az eredeti eljárás, a midőn egy platinkaesnyi serumot tíz kacs kulturával keverünk, s az így kapott keverékből teszünk egy cseppet tárgylemezre. Mert igaz ugyan, hogy a platinkaesossal vett cseppnek nagysága elég állandó, nem állandó azonban az a részlet, melyet a kacsból az üveglapra viszünk. Néhány próbálgatás meggyőzhet arról, hogy még nagy óvatossággal letett tíz csepp között is milyen nagysági különbségek jöhetnek létre. Es csakis e módszer tökéletlenségének kellett azt betudnunk, hogy ugyanazon körülmények között, egyazon hígítással ily módon készített készítményeink első erre vonatkozó kísérleteinkben mind a reactio intensitására, mind pedig beálltának gyorsaságára nézve, néha órákra menő különbségeket mutattak. Ez magyarázza meg azokat az eltérő birálatokat is, melyeket a szerzők a górcsövi módszerrel közöltek; csak ez magyarázza meg, hogy noha a mikroszkopos próba theoretice ideális bizonyosnak mondható, a gyakorlatban pl. *Breuernek*¹ pontos eredményeket nem nyújtott.

Valamint csak így érthető meg *Mesnil*² lelete, kinek egy meningitis esetében az 1:10 hígítású górcsövi készítménye positiv, ugyanoly hígítású kémcső bouillonja pedig negativ eredményt adott.

Még az a kis módosítás, mely ajánlatos, hogy t. i. a cseppeket ne egymásra, hanem egymás mellé vigyük s a serum-cseppet végezettel keverjük el az egyesített cseppekkel, bár pontosabb eredményeket nyújtott, de mathematicai pontosságúnak nem mondható.

Grünbaum az egyedüli³ az irodalomban, a ki a pontosság követelményeinek megfelelően igyekezett. Ő az agglutinatio jelenségeit *Widallal* egyidejűleg s tőle függetlenül vizsgálta *Gruber* intézetében⁴ (l. *Délepine*) és hasonló eredményekhez jutott ugyan, de egészben sceptikusabb maradt, mivel 1:10 hígításban a reactiót még biztosan nem typhusos egyének vérében is megtalálta; ezért ő csak az 1:16 hígítást fogadja el. A véreseppet beosztott U alakú vékony csőbe szívta fel s csészébe kifujva ott 15 annyi vízzel összekeverte, azután újra felszitta a csőbe, ezt centrifugálta, mire a véresejtek a cső alsó áthajló végében gyűltek össze; most a csövet a véresejttömeg felső határán eltörte s a tiszta folyadékából egy cseppet egy cseppnyi kulturával keveri, mikor is a bacillusok szerinte 1:16 hígítású serumba kerülnek.⁵

Eljárása két okból hibás: Első sorban a megalvásának veszélyét ő épen nem zárta ki s a vér a keskeny csövet könnyen elzárhatja. Másodsorban pedig ő, mint később *Pfuhl*⁶ is, ki a véreseppet vajt tárgylemez homorulatában keveri össze 10-szer annyi vízzel és a véresejtek leülepedése után a felső tiszta réteget használja fel a górcsövi készítmény elkészítésére,

¹ L. c.

² L. c.

³ *Lancet* 1896. szeptember 19. cit. *Pfuhl* után, ref. Sem. méd. 1896. október 21.

⁴ L. *Délepine*: *Lancet* 1897. február 20. 524. l.

⁵ Előadásom megtartása, illetve módszerem kidolgozása után tudtam meg, hogy *Wright* a *British Med. Journalnak* 1897. január 16. számában hasonlólag pontos mikroszkopos methodust közölt. Methodusom megváltoztatását azonban szükségesnek nem találtam.

⁶ *Centralbl. f. Bakt.* 1897. 2. sz.

¹ *Leitz ocul.* 4., obj. 7; mindig immersio s *Abbe* nélkül vizsgáltam.

² *Renon* ezeket „pseudoamas“-nak nevezi. *Soc. de biol.* 1897. január 30.

a higitás fokát helytelenül értelmezi. Ugyanis, ha egy folyadékot pl. vért, melyben a % agglutinin van, n-szeresére felhígítunk, úgy a most vett platinkaesban az agglutinin mennyisége $\frac{a}{n}$ % lesz; azonban, ha most ehhez egy platinkaesnyi kulturát teszünk, akkor a folyadékot ez által még egyszer felhígítottuk, miből az következik, hogy a supponált agglutinin mennyisége $\frac{a}{2n}$ % lesz, azaz, hogy Grünbaum 1:32 higitású, Pfuhl pedig 1:20 (nem pedig, mint ő gondolta 1:10) higitású agglutinin-oldattal dolgozott. Kétségtelen ezek szerint, hogy a higitás megejtése után is a vett cseppek nagyságának egymáshoz való viszonya az agglutinin százaléka mennyiségét rendkívül megváltoztatja; minél nagyobb a higitott vérvédnek mennyisége a beoltott bacillusok mennyiségével szemben, annál inkább felel meg a készítmény higitási hányadosa a véreseppének.

Magam kísérleteimben higitó folyadékul a vér alvadását meggátló folyadékot használtam. E célra Widal már a kalium oxalicumot alkalmazta, Achard és Bensande¹ pedig a piócák mellő harmadának vizes kivonatát, melyről Haycraft² vizsgálatai óta ismeretes, hogy a vér megalvadását tökéletesen képes megakadályozni.

Én a natrium oxalátot alkalmaztam, mely folyadék Pekár tanárségéd úr szíves szóbeli közlése szerint az élettani intézetben 1% higitásban a vér megalvadás elkerülésére használhatóknak bizonyult.

Natrium oxalicummal végzett első kísérletemben, melyre egy klinikai biztos typhus eset (léptumor, igen sok roseola, ileocoecalis korgás, typhikus hőmenet) vérért használtam, kinél már előzőleg a hólyaghúzóserum mind göcső alatt (1:10), mind pedig kémsőben (1:40) biztos reactiót adott, beosztott ívegesőben az ujjhegy megsúrása útján vett $\frac{1}{4}$ cm. vérhez 10-szer annyi oxalsavas natront szívtam fel és kevertem össze ívegesőben. Az így nyert világos-vörös áttetsző folyadék, mely rázva különös selyemfényt ad, alvadékmentes s 3–4 órai állás, vagy 2–3 percnyi centrifugálásra felső rétegében egészen megtisztul, míg a nehezebb vörös vérséjtek eső alsó végében gyűlnek össze. Hasonló eljárást követtem ép ember vérével.

Az így nyert folyadék egy cseppje tehát az agglutininnek tizszer (illetve pontosan véve tizenegyszer) kisebb mennyiségét tartalmazta, mint a vér megfelelő cseppje.

Most a készítményeket elkészítettem, még pedig, hogy az agglutininnek százalékos mennyiségét a keveréssel meg ne változtassam, a higitott savóból sokszorta (körülbelül tizszer) többet vettem, mint a bouillon kulturából.

Könnyen constatálhattam így, hogy míg a controll (ép) vérben a typhus-bacillusok órák mulva is élénken mozogtak, hogy tehát az 1% oxalsavas natrium a bacillusra nézve indifferensnek mondható, addig a typhus készítményen $\frac{1}{2}$ óra mulva az agglutinatio igen kifejezett volt, két óra mulva pedig már kis nagyítással is az a teljes reactio képét nyújtotta. A tiszta serummal készült megfelelő higitású praeparatumokhoz képest az egyedüli eltérés a sárga színképződésen kívül az volt, hogy a látótérben apró, zöldes fénybe játszó oxalsavas mézszégeczkék jelentek meg, nyilván a vér calcium tartalmából eredőleg, ezek a képet azonban nem zavarták.

(Folytatása következik.)

A gonorrhoea kórtanának mai állása.

Róna Sámuel dr. m. tanár és közkórházi readelő orvostól.

(Vége.)

A női gonorrhoeáról eddig mondottakból kiderül, hogy ragaszkodunk ma is azon álláspontunkhoz, a melyet Schultz is az osztályomon végzett dolgozatában hangsúlyozott, hogy

a női gonorrhoea jelenlétét csak a gonococcusoknak a váladékban kimutatása után mondhatjuk ki biztosan, mintán a klinikai kép elégtelen és ezzel ma is szemben állunk Sängér (Tripperansteckung beim weiblichen Geschlecht 1889), Bröse (Centralblatt f. Gynäkologie 1893, 70 o.) és Veittal (Frische Gonorrhoe bei Frauen, Dermatolog. Zeitschrift 1894), kik a gonococcus vizsgálatot legnagyobb részben még ma is feleslegesnek tartják, és Neisserrel (1896) együtt csakis az idült adnex-megbetegedésekre tennék kivételt, először, mert ezeknél a gonococcusvizsgálat klinice lehetetlen, másodsor, mert itt anamnesis és klinikai kép szolgálhat csak bírálat alapjául és harmadsor, mert az orvosi beavatkozás a legtöbbször független az aetiologikus momentumoktól (operatív beavatkozás). Ragaszkodunk kell továbbá azon nézetünkhöz is, hogy a női gonorrhoea diagnosához a gonococcus mikroszkopiai vizsgálata ma még több biztonságot nyújt, mint a gonococcusok művi tenyésztése, mert mint fönnebb a gonococustenyésztés tárgyalásánál kifejtettem, a tenyésztés művelete még nem a mindennapi gyakorlat számára való. Ezen nézetünket támogatja Neisser is legutóbbi referatumaiban. Különösen szükséges Neisser szerint a gonococcus vizsgálat már azért is, hogy kiderítsük a folyamatnak ragályos voltát, továbbá, hogy ellenőrizhessük a therapeutikus eredményeket. Egyben ki kell emelnem, hogy a latens gonorrhoea fogalma és elnevezése már kiküszöböltetett a gonorrhoea tanából. A Sängér által (1896) újból hangsúlyozott és klinikai jelekből felépített residualis gonorrhoea diagnosisa nem jelent haladást a női gonorrhoea terén. Ez alatt ő a vulvának, vaginának, Bartholini-mirigynek, cervixnek, endometriumnak, tubáknak postgonorrhoeás állapotát érti, a melyeknél a gonococcus már ki nem mutatható, ellenben az anamnesis a gonorrhoeás aetiologia felvételére utal. Érti ezek alatt azon szöveti elváltozásokat, melyek azon idült lob consequentiái, melyet a gonococcus-infectio idézett elő. Én nem akarom tagadni, sőt Neisser (1896) legújabb hangsúlyozása után még kevésbé, mint valaha, hogy többszöri negatív gonococcuslelet mellett ne lehessen egyes esetekben gonorrhoea jelen, sőt utalnom kell arra, hogy egyszeres vagy többszörös negatív gonococcus lelet mellett, az egész lefolyást még nagyobb figyelemmel kell ellenőrizni és közben újból, meg újból kell gonococcus vizsgálatokat végezni. Nagyjában azonban úgy áll a dolog, hogy ha mi száz meg száz esetben 3–5-szöri vizsgálat mellett legalább egyszer, még tünet nélkül fennálló folyamatoknál is, könnyen találunk a váladékban gonococust, hogy akkor a még ennél is többször végzett vizsgálatok negatív eredménye által ezen esetek gonorrhoeás voltának valószínűsége csökken. A residualis gonorrhoea elnevezést nem tartom szerencsésnek, mert nem létezik residualis gonorrhoea, hanem létezik acut és idült gonorrhoea még a nőknél is és mind a két esetben döntő a diagnosira nézve a gonococcus vizsgálat pozitív eredménye és csakis mint már fentebb említettem az adnex megbetegedésekre nézve, a hol ezen criterium elesik, támaszkodunk a többszörös negatív lelet után a klinikai objectiv tünetekre.

Különben is ezen nézetével Sängér Bumman és Neisserben heves oppositóra akadt. Igaza van Bummanak, hogy az a nőorvos, a ki a nőnek idült gonorrhoeáját csak az anamnesisre vagy a klinikai tünetekre alapítja, a szerint a mint ezeknek jelentőséget tulajdonít vagy sem vagy igen gyakran vagy igen ritkán fog gonorrhoeát diagnostizálni, azonban minden esetre pozitív vagy negatív irányban gyakran fog tévedni.

Az utóbbi időben éppen a gonococcus vizsgálat segélyével a végbél-gonorrhoea gyakoriságát derítették ki, de csakis nőknél. Mi 14%-ban, Herxheimer sokkal nagyobbban találta. A végbélgonorrhoea az esetek óriási többségében sem objectiv, sem subjectiv makroszkopikus tüneteket nem okoz és csakis a végbél faláról lekapart váladék vizsgálata döntő. A perirectalis tályogok és végbél-fistulák ép úgy perifolliculitisből erednek, mint azt a periurethritisnél találtuk; egy esetben a fistula váladékában csak gonococust találtunk (1896). Aetiologikus momentum a legtöbbször genylesztivárgás a genitáliák-ból és nem coitus peno-analis.

¹ Archives de méd. expér. 1896 november. 748–760. 1.

² Proc. roy. soc. 1884. 36. 1. Limbeck; Pathol. d. Blutes. 1896. Jena.

A száj gonorrhoeás megbetegedését csecsemőknél észlelték. Rosinsky (Gonorrhoeische Erscheinungen der Gonorrhoe der Mundschleimhaut bei Neugeborenen [Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkologie Band B—D 22]), Dhorn (Verhandlungen des gynäkologischen Congresses 1892 Bonn) és Leyden (Centralblatt f. Gynäkologie 1894). Megannyian a szülés alkalmával kankós anyjuk által fertőztettek. A diagnosis itt is gonococcus leleten alapult. A bántalom a nyálkahártya egyes helyeinek felhólygzásából állott, melyek a hámboríték ellökődése után erosiákká, majd fekélyekké alakultak, melyek napokig, hetekig tartottak.

Krönig betege 3 napos korában ophthalmoblenorrhoeát kapott, melyhez 10 nappal később rhinitis és ismét 5 nappal később otitis media társult a dobhártya perforációjával. Az összes váladékokban ki lehetett a gonococust mutatni.

A csecsemők ophthalmoblenorrhoeája a Credé által inaugurált prophylacticus becspegettetések, továbbá aseptikus hüvelyöblítések által folyton csökken. Megemlítem még, hogy veleszületett ophthalmoblenorrhoea igen ritka észlelet. [Krukenberg (1891) és Veit (1892)]. Mindkét esetben hosszasan tartott a szülés.

Hogy valaki a gonorrhoeából gyógyult után újból és ismételt gonorrhoeát szerezhet, az régi tapasztalat. Azonban az már újabb vizsgálat eredménye, hogy idült gonorrhoeában szenvedő egyénnél, a kinél gonococcusok még kimutathatók, de intenzívebb klinikai tüneteket nem okozhatnak és a kinél tehát, hogy úgy fejezzem ki magamat, a nyálkahártya részéről a gonococcusnak megszokása forog fenn, más egyén gonococusa, tehát egy új coitus alkalmával gonorrhoeással, friss gonorrhoea superinfectio fejlődhetik a régi tetejébe. Különösen Wertheim vizsgálatai vetnek erre világot (Zur Frage von der Recidive und Uebertragbarkeit der Gonorrhoe. Wiener klinische Wochenschrift 1894 Nr. 24). Wertheim egy 2 év óta fennálló férfihügyeső gonorrhoeából culturákat készített és ebből egyszer egészséges ember urethrájára, egyszer magára a vivőre oltott. Az egészséges ember urethrájában heveny gonorrhoea fejlődött, a vivőn magán a saját gonococcus culturája nem okozott rosszabbodást. Ez saját gonococusaival szemben fogékonytalannak látszott. Ekkor Wertheim a frissen inficiált egyén gonococcusából tenyésztett ki és ebből oltott az idült gonorrhoeában szenvedőre. Ezen kerülő úton a visszakerült gonococcusok most volt gazdájuknál is heveny gonorrhoeát idéztek elő. Ebből Wertheim azt következteti, hogy idült gonorrhoea mellett egy második friss szereshető, hogy a saját gonorrhoeájához hozzászokik a nyálkahártya, ha azonban ezen megszokott gonococcusok más individuomot passiroztak, eredeti vivőjük számára ismét fertőzők.

Ilyen módon hozzászokhatnak házastársak nyálkahártyái egymás gonococcusaihoz is, miután végül közös gonococcusokkal bírnak. Ila azonban a házastársak közé egy harmadik furakszik, menten gonorrhoeás lesz.

Másrészt egy fiatal házasságban felelevenülhet a férj idült kankója, az által, hogy a szüzi nő fertőztetvén, annak virulens gonococcusai visszafertőzik a férfit. Mind ezen körülmények azonban még tovább tanulmányozandók.

Hogy úgy a férfi, mint a nő heveny gonorrhoea, valamint az idült is, hogy ha szöveti elváltozásokhoz nem vezetett, nem képez maradandó akadályt a fogamzásra, az mindennapi tapasztalat. Ellenben mindinkább előtérbe lép a mellékhere és függelékei, valamint a méh és függelékei szöveti elváltozásokkal járó kankós megbetegedéseinek befolyása a házasság sterilitására. Lier és Ascher a női sterilitások 40%-ában a férjek előrement gonorrhoeáját derítették ki és szerintük a nőnek ilyen sterilitása rosszabb prognosist, mintha annak a nő volna az oka. 168 eset közül 10 = 6% concipiált később. Liégeois 28 kétoldali mellékherelobban szenvedett egyén közül 21-nél teljes azoospermiát talált és 83 kétoldali mellékherelob után csak 8 esetben észlelt nemzést. Kehrler 40 steril házasság közül 14 esetben talált teljes azoospermiát és a 14 eset között 8 esetben egy vagy többnyire kétoldali kankós epididymitis ment előre. Fürbringer saját tapasztalatai után megerősíti Kehrler adatait, Glünder (Beitrag zur Frage der Sterilität. Inaugural-Dissert. Berlin 1893, ref. Centralblatt

f. Gynäkologie 1894 Nr. 32) 87 házasságban, hol a nő steril volt, 24-szer előrement vagy még meglevő férfi gonorrhoeát és kiállott vagy még meglevő női gonorrhoeát constatált. 63 esetben 38-szor a női gonorrhoea tünetei voltak jelen. Tehát 87 steril házasságban 62 = 71.3% gonorrhoeát mutatott ki. Azonban mindezen adatokat nem szabad minden kritika nélkül elfogadni. Hogy ez mennyire áll, bizonyítják saját észleleteim, melyek azonban csak férfiakra vonatkoznak.

Észlelésem alá került 45 epididymitis eset és pedig:

1. Kétoldali mellékherelob, steril házasság. Teljes ondószálsa-hiány: 3 esetben.
2. Kétoldali mellékherelob. Nőtlen állapot. Ondószálsa-vizsgálat. Teljes ondószálsa-hiány: 12 eset.
3. Kétoldali többszörös mellékherelob. Kétszeres ondószálsa-vizsgálat. Teljes ondószálsa-hiány: 1 eset.
4. Kétoldali mellékherelob; egyoldali kétszer. Teljes ondószálsa-hiány: 1 eset.
5. Kétoldali mellékherelob. Sterilitás. Ondóvizsgálat nem történt: 5 eset.
6. Egyoldali mellékherelob. Strictura. Nőtlen állapot. Teljes ondószálsa-hiány: 2 eset.
7. Egyoldali mellékherelob. Sterilitás. Ondóvizsgálat nem történt: 2 eset.
8. Egyoldali mellékherelob. Egy hó mulva oligospermia (5—10 ondószálsa): 1 eset.
9. Egyoldali mellékherelob; 3 hó mulva ondóvizsgálat. Számos, mozgó ondószálsa: 1 eset.
10. Egyoldali mellékherelob. Termékeny házasság: 4 eset.
11. Egyoldali mellékherelob kétszer. Termékeny házasság: 1 eset.
12. Kétoldali mellékherelob. Ondóvizsgálat. Óriási mennyiségű ondószálsa: 6 eset.
13. Kétoldali mellékherelob jobboldalt kétszer. Élénken mozgó ondószálsák: 1 eset.
14. Kétoldali mellékherelob. Ondóvizsgálat. Gyéren ondószálsa (Oligospermia): 1 eset.
15. Kétoldali mellékherelob. Baloldalt kétszer. Oligospermia: 1 eset. (Ezen esetben kétszer ondószálsa nem volt és csak egy év mulva gyéren ondószálsa.)
16. Kétoldali mellékherelob. Steril házasság, számos ondószálsa: 1 eset.
17. Kétoldali mellékherelob. Jobboldalt kétszer. Termékeny házasság: 1 eset.
18. Kétoldali mellékherelob. Termékeny házasság: 2 eset.
19. Kétoldali mellékherelob többször. Termékeny házasság: 1 eset. (Felemlitem még, hogy kétoldali cryptorchis inguinalis esetében, rendes coitus és kéjézés fennforgása mellett teljes ondószálsa-hiányra akadtam.)

Ezen vizsgálataimból, úgy mint másokébol kiderül, hogy kétoldali mellékherelob a leggyakoribb előidézője a férfi sterilitásnak. De látjuk azt is, hogy egyszeri, sőt többszöri kétoldali mellékherelob után is, ha a mellékhere csatornája és a vas deferens, vagy a vesicula seminalis és a ductus ejaculatorius nem záródott el, megmaradhat a potentia generandi. Kiderül az is, hogy az anamnesis és a klinikai lelet (többszörös epididymitis, megvastagodott, megkeményedett mellékhere és ondóvezető) után biztosra vehető sterilítés virilis a mikroszkop által meghazudtolható, a mennyiben bár gyér számú, de élénken mozgó ondószálsák találtak. Ugyancsak saját tapasztalataimból mondhatom, hogy sokszor a beteg nem említi anamnesisében, még kérdezésre sem, hogy valaha mellékherelobja lett volna és az objectív vizsgálat határozott epididymitis maradványokat és a mikroszkopikus vizsgálat azoospermiát derít ki. Az egyoldali egyszeri, sőt többszöri mellékherelob az esetek óriási számában érintetlen hagyja a nemzőképességet és ha egyoldali mellékherelob lefejlése után hiányoznak is az ondószálsák, az legtöbbször csak időleges. És ha mégis számos esetben egyoldali epididymitissel tartós azoospermiát találunk, úgy biztosra vehetjük, hogy a túloldali vas deferens vagy ondóhólyag, vagy ductus ejaculatorius előrement megbetegedés után elzáródott. Nem hangsúlyozhatom eléggé, hogy egyszeri mikroszkopiai vizsgálat negatív eredménye ne legyen mérvadó fontos kérdések eldöntésénél, valamint azonnal az epididymitis lezajlása után végzett vizsgálatok szintén ne legyenek mérvadók.

Mindinkább szaporodnak azon közlemények, a melyek a gonorrhoeával kapcsolatban észlelt heveny börtünetekről szólnak. A multiform erythemának legkülönbözőbb alakjait észlelték Molènes (1889), Perrin (1890), Raynaud (1891), Touton (1895). Utóbbi herpes gestationis is (terheseknél előforduló bőrbaj)

észlelt. Magam az egész köztakaróra kiterjedő erythema exsudativum multiforment észleltem 1883-ban egy fiatal férfiú heveny húgyesókankója kapcsán, továbbá erythema nodosumot hüvely és végbélkankóhoz társulva, 9 és 12 éves kis leánykáknál (1882—1892). Litten (1894.) tipusos peliosis rheumaticát észlelt, különböző ízületi lobokkal kapcsolatban, heveny húgyesókankó kíséretében. A bőr megbetegedésének közvetlen aetiologiájáról még mit sem tudunk. Raynaud a gonococcus által okozott általános vérmérgezés, ptomain hatás által okozottnak tartja, mások, mint pl. Touton gonorrhoeás metastasisnak, mert ez utóbbi a herpes gestationis hólyagjában a gonococushoz hasonló diplococust talált. A legtöbbször a kiütés heveny kankóhoz szokott társulni. Lang (1893) a bal harmadik kéz-középesont ujjizülete közelében kis *phlegmonet* észlelt heveny húgyesókankó lefolyásában, melynek elgenyedése után a tályog tartalmában nagyszámú gonococcus-csoportot mutatott ki extra-és intracellulaer elrendezésben, továbbá művi tenyésztés útján. Valószínűleg tendo-vaginitis áttörése forgott fenn.

Általánosan ismert dolog, hogy úgy a genitális, mint az extragenitális gonorrhoeához *izületi lobok* csatlakoznak. Nincsen izület, mely a gonorrhoea kapcsán meg ne betegedhetnék és pedig mono- vagy polyarticulaer és többféle alakban és pedig 1. mint többé-kevésbé fibrindús, serosus gyülem, 2. mint izületi genygyülem, 3. mint izületi phlegmone (König 1896). A kankós izületi lobok lefolyására nézve kiemelendők tartom, hogy ezen lobok elég gyakran és elég gyorsan difformitásokat, ankylosisokat, amyotrophiákat vonhatnak maguk után. Karewsky (1892) spontán luxatiót észlelt arthritis gonorrhoea után. Jacoby lesoványodást, cahexiát észlelt a kankós izületi-lobok kapcsán. Touton (1895) anaemiát, kedélylevertséget, álmatlanságot észlelt hosszantartó kankós izületi-lobok kapcsán és mindezeket toxinhatásnak tartja. Mindinkább szaporodnak azon észleletek, melyek határozottan bizonyítják, hogy ezen izületi-loboknak egy része *gonorrhoeás metastasis* és ma csakis azon esetekre szorítkozom, a melyekben az áttéti góczokban a gonococust minden kétséget kizárólag kiderítették, mert ezek felhívják bennünket arra, hogy ez irányban tovább kutassunk, mert a negatív lelet még nem bizonyít más pathogen mikroorganismust mellett. Deutschmann (1890) conjunctivitis gonorrhoea kíséretében fellépett térdizületi lobnál, Hock (1891 és 1893) eeseméők conjunctivitis gonorrhoeicájához csatlakozott térdizületi, illetőleg bokaizületi lob váladékában biztosan kimutatták a gonococust. Utóbbi műveleg is kitenyésztette azokat. Kimutatta mikroszkopice Stern is 1892-ben (Zur Casuistik der blennorrhoeischen Complicationen. München. med. Wochenschrift 1894. Nr. 49). Hogy sokszor negatív az eredmény a punctio alkalmával nyert váladék vizsgálatánál, Jadasohn felvételének adhat igazat, a ki azt hiszi, hogy a gonococcusok a *savós hártyán vegetálnak*.

A *tendo-vaginitis* gonorrhoea is általánosan ismert complicatio. Eddig azonban csak Jacoby és Goldmannak sikerült (1895) a tibialis posticus inihüvelyének izzadmányában a gonococust megtalálni; más mikroorganismust nem leltek.

A *bursitis* és *myositis* gonorrhoeicára vonatkozólag utalnom kell tankönyvemnek ezen fejezetére és itt csak megemlítem, hogy számos izomnak rheumaszerű megbetegedését, továbbá a legkülönbözőbb bursa mucosáknak lobját észlelték gonorrhoea kapcsán és hogy Ehrmann (1893) a fasciakon és inakon észlelt apró csomókat, továbbá, hogy Lang (1893) heveny urethritis mellett a musculi sterno-cleido-mastoidei, a musculi cucullares és a nyakcsigolyák érzékenysége mellett a nyak mozgathatlanságát észlelte.

Az *ideghüvelyek* és *idegek* megbetegedését neuralgia alakjában szintén észlelték, mint a kankó szövődményét, főleg az ischiadicust és a nervus cruralist emelik ki. Egyes szerzők még a központi idegrendszer megbetegedését említik; így paraplegiát, meningealis hyperaemiára és meningo-myelitist re yalló tüneteket gonorrhoea kapcsán; *Watrassowsky* (1894) a római congressuson két húgyesókankó esetről referált, melyek arthritis és súlyos agyi tünetek, facialis hűdés által kísértettek.

Körülbelül 4) *endo-pericarditis* eset közöltetett eddig, a mely részben gonorrhoeához, részben gonorrhoeás esúzhöz

csatlakozott és a míg Weichselbaum (1887), Ellis (1889) bacteriologiai vizsgálataiból azt következtettük, hogy ezen complicatio streptococcus és staphylococcus által okozott vegyes fertőzés kifolyása minden esetben, addig Leyden (1893), Wilms (1895), Finger (1895) leletei a szívbillentyű izzadmányában, Concilmann (1893) gonococcus lelete a pericardiumban és myocardiumban arról biztosítanak bennünket, hogy endo-pericarditist a vérbe jutott gonococcusok is előidézhettek.

Martell (1887), *Englisch* (1893) *phlebitis* észlelt kankó lefolyásában. Utóbbi heveny kankó kíséretében a plexus Santorinianus phlebitisét és thrombusát észlelte, mely a vena iliaca és femoralisra is áttért. Wertheim észleletét már említém.

Neisser és mások *pleuretikus* izzadmányban mutatták ki a gonococust.

Végül még megemlítem, hogy iritist, iridochorioiditist is írta le, mint gonorrhoeához való szövődményt.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XV. rendes ülés 1897. május 8-dikán.)

Elnök: Székács Béla; jegyző: Dieballa Géza.

Erythromelalgia esete.

Schwartz Arthur: Az eset különösen azért érdekes, mert a hyperaemia képe a localis asphyxia és cyanosis képével váltakozik, miáltal bizonyos időszakban a Raynaud-betegség képét mutatja; a betegség 3 hónap óta tart és a kezek ujjaira szorítkozik, a fájdalmak tírfirhetetlenek, az ujjak hyperaemiája fokozott temperatura mellett igen gyorsan csap át anaemiába, a mikor az ujjak egészen fehérek, a bőr majdnem pergamentszerű, majd cyanotikusak és igen hűvösek; a bal kéz mutatóujján a bőr el van halva és cszfatokban leválk.

A folyamat csak a III. ujjperczekre szorítkozik; a fájdalmak úgy a hyperaemia, mint a cyanosis stadiumában fennállanak. A betegen másnemű ideges rendellenességet kimutatni nem sikerült; villamosítása az ujjaknak a fájdalomra enyhítő hatással van.

Havas Adolf: Az erythromelalgia és az asphyxie locale et symmetrique egymáshoz nagyon közel álló betegségek, a különbség talán csak gradualis; ezen esetben a kezdeti szakban kifejezett képe volt a panaritiumnak, mintha geny lett volna a sárgásan áttünő epithel alatt s nagyfokú érzékenység volt jelen. Különös minden esetre az a tünet, hogy a magas hőfok csakhamar átesap az aacsnyba, s míg az asphyxiánál a meleg alkalmazása kellemes és jó hatású, addig az erythromelalgianál a hideg alkalmazása tesz jót s ezen viszonyok egy és ugyanazon egyénnél időközönként is változnak. A bemutatott eset is igazolja, hogy e két betegség tulajdonképen csak tünete valamely súlyosabb idegmebetegedésnek s a kettő között csak fokozati különbség van.

Justus Jakob: Oly eset, mely átmenetet képezett volna — bár részint az ambulantián, részint a szt. István-kórházban látott néhány esetet — nem észlelt. A Raynaud-féle betegség combinálódhat sclerodermiával; erythromelalgianál az ilyen trophikus zavarok nem gyakoriak, szülő ilyeneket csak egy esetben látott.

A kórokra vonatkozólag szólnak az osztályon észlelt esetében tipikus myelitis volt jelen. A Raynaud-féle betegség egyes esetei tisztán az asphyxia képét mutatták, a melyet főleg hideg behatása alatt az ambulantián is előidézhettek.

Voltak esetek, melyekben súlyos trophikus zavarok állottak elő és végső fok gyanánt gangraena fejlődött ki. Gangraena hysterica név alatt írta le: erős venosus hyperaemiával jelentkezett. Átmenetek az elkéküléstől, a csontig terjedő elhalásig fordulhatnak elő. Myelitist lehetett kimutatni, de hogy ez okozta-e vagy csak véletlenül volt-e jelen, kétes. Szövettaui vizsgálat a Raynaud-féle betegségről nincs, erythromelalgjáról van egy, t. i. kimetszettek egy ulnaris ideget és edényt és meglepetésre nem az idegben, hanem az edény falában találtak elváltozást, melynek rétegei háromszorosra voltak megvastagodva. Hogy az ideg mennyiben járult hozzá, eldönteni nem lehetett.

Szontagh Felix: Látott súlyos erythromelalgia esetet, hol az ichthyol a fájdalmakat csillapította.

Schwartz Arthur: A Hoehenegg-féle füzetben a symmetriás gangraenáról van közölve bonczélet és ott van bonczélet a Raynaud-féle betegségről is.

Vulva sérülés ritka esete.

Tuszkai Ödön: 32 éves, OP-nál a clitoris alatt majdnem 1 cm. átmérőjű szabályos kör alakú folytonosság hiány mutatkozott, mely hátra- és lefelé sarjak által bélelt üregbe vezet. Az üreg két alsó zúga alávájságot mutat, mely jobbról, balról körülbelül 1½ cm. nyire sondázható. A sérülés keletkezésére vonatkozólag beteg elöadja, hogy

esónakázás közben rá esett a csónak jobboldalán az evezőrud karikájának támasztására alkalmazott körülbelül 20 cm. hosszú, hüvelyknyi vastag vasszögére. Mindjárt az esés után nagy vérzés lepte meg a sérült helyből, vulvája nagyon megdagadt, nagy fájdalmakat érzett a sérült helyen.

Az eset érdekes azért, mert nagyon bajos keletkezési módját a sérülés alakjával összhangba hozni, mert ilyen mellülről hátra- és lefelé menő szűrt seb keletkezését csak úgy érthetjük, ha a beteg mellfelé esett vagy fejjel lefelé esett és így ütközött a vulvájába hatoló tárgyba. Ezen esetben felmerülhet tehát, különösen törvényszéki orvosi szempontból, azon kérdés, hogy az előadott módon létrejöhett-e a sérülés? Érdekes az eset továbbá azon körülmény folytán, hogy a durva trauma folytán keletkezett sérülés a húgycső és a clitoris között hatolt be, a nélkül, hogy egyiket is megsértette volna.

Veleszületett csipőizületi ficzam véres műtét nélkül helyretett esete.

Dollinger Gyula: Veleszületett csipőizületi ficzamosodásnak véres műtét nélkül helyretett esetét mutatja be és ennek kapcsán előadja az eljárási módszert. Vázlatosan ismerteti a Hoffa-féle műtétet, a melylyel e bántalom systematikus gyógykezelése megindult, a Lorenz-féle módosításokat és végre a Lorenz-féle véres műtét nélküli helyretelési módszert, a melylyel a veleszületett csipőizületi ficzamosodásokat körülbelül a 6-dik évig helyretenni lehet. A gyermeket rendszeren mélyen kell narcotizálni, de némely esetben a repositio narcosis nélkül is sikerül. Az izomzat elernyedése után a czomb kézerővel vagy csavarral annyira lehúzzatik, hogy a trochanter csúcsa a Roser-Nelaton-vonalba jusson, azután a czomb fel lesz teljesen hajlítva, lassanként erősen abducálva és mialatt az egyik kéz a czombfejecset fogja körül és azt az acetabulum felé dirigálja, a másik az abducált czombot mint emeltyűt használva, a fejecset a szűk tokszálagnyíláson keresztül az acetabulumba ugratja. A repositio esattanásszerű zörejrel történik, mire a czombfejecset kezünkkel az izületi vápában forgatjuk és a czombot végre túlfeszített, erősen abducált helyzetben gypskötéssel rögzítjük. Ez ugyanis az egyedüli állás, a melyben nem történik relaxatio, míg ha a czombot abducáljuk, a relaxatio azonnal létrejön. Az első kötésben a végtag 8—12 hétig marad, a mely idő elteltével a czombot már kevésbé abducált és nem hyperextendált helyzetbe lehet hozni a nélkül, hogy újra kificzamosodnék. A gyermeknek minél előbb meg kell kezdenie a járást, az első kötésben csak a helyretett végtag csipőjébe alkalmazott 2—3 centiméteres talpbetéttel képes járni, míg a második kötésben az egészséges végtag talpa alá teendő eleinte 3—4 centiméteres betét, a melyet a szerint a mint a végtagot minden kötésváltoztatásnál kisebb abductióban köttjük be, lassanként 2 centiméterre lehet leszállítani. A 6-dik hónap végével sok esetben már egészen el lehet távolítani a rögzítő kötetést és a 2 centiméteres talpbetét az egészséges láb csipőjében elegendő ahhoz, hogy a szükséges abductiót fentartsa. Az utókezelés a végtag izomzatának masszálásában és gyakorlatok által való erősítésében áll. A rögzítés ideje alatt folyton a leg gondosabban kell ellenőrizni a czombfejecs állását. Ha a czomb a kellenél kisebb abductióban lett rögzítve, megtörténhetik, hogy a rögzítés dacára relaxálódik. Ez többnyire mellfelé történik, úgy hogy a czombfejecs a spina ant. sup. alatt található.

Ha a gyógykezelés gondosan keresztülvitetik, a végső eredmény a lehető legjobb, mert a két végtag között nem marad különbség, a trochanter csúcsa a Roser-Nelaton-vonalban áll, a czomb mozgásai pedig egészen szabadok lesznek, a mit a véres úton való helyretelésnél nem mindenkor lehet teljes mértékben elérni. A beteg, a kité D. ezután bemutat, jelenleg 4 éves, jobboldali czombficzamosodása volt, a melyet 1896. október hó 10-dikén tett helyre, a gyermek eleinte gypskötésben, később börtökben jól járt, a czomb jelenleg is a helyén van, de dacára annak, hogy a helyretetés óta 6 hónap telt el, D. nem szándékozik a rögzítést teljesen megszüntetni, hanem az utókezelés alatt is egy olyan gépet fog a gyermekkel viseltetni, a mely megengedi ugyan a czomb behajlítását, de az adductiót nem engedi meg. A kétoldali veleszületett csipőizületi ficzamosodások gyógykezelése sokkal nehezebb mint az egyoldalié, mert itt a czombfejecs és az izületi vápa alakja sokkalta nagyobb mértékben van megváltozva. Egy ilyen esetében relaxatio történt. Ezek gyógykezelése még nagy javítást igényel.

Horváth Mihály: Lorenz oly pontosan praecisírozta az indiciókat és a momentumokat, melyek szerint a műtét végzendő, hogy ezek alapján teljesen világos képet nyerhetünk az egész repositio menetéről.

Szóló 5 esetben kísérlette meg: az első három esetben jó eredményt ért el, a másik kettőnél a végeredményről még nem számolhat be.

Lorenz maga sem mondta, hogy minden luxatio alkalmas a vértelen repositióra; hogy mely eset alkalmas, azt egy tünet után megítélni nem lehet: sem a kor, sem a rövidülés nagysága nem oly tényező, melyből egymagában a beavatkozás módját eldönthessük, mert lehet pl. 2—3 éves gyermeknél oly nagyfokú rövidülés, hogy e miatt nem lehet a fejet, csak véres úton előhozni, melylyel kizárjuk azt a nagy ellenállást, melyet a tokszalg okoz, másrészt fontos momentum a czombcsont fejecsenek elváltozása, mikor is a fejecs hasonlít a vasuti kocsi ütközőjéhez, ily esetekben meddő dolog a vértelen úton való repositio megkísérlése.

Az életévek számát illetőleg határt vonni, hogy 6 éven túl a vértelen repositio nem végzendő, nem lehet, annál kevésbé, mert a vértelen úton való repositio megkísérlésével a gyermeknek nem ártunk.

Haberern Pál: A berlini sebész-congressuson hallottak és látottak alapján felhívja a figyelmet ily esetekben a Röntgen-fényképek felvételére, melyek nemcsak érdekes, de tanulságos képet is nyújtanak.

Herczel Manó: A mi a congenitalis csipőficzamos véres vagy vértelen gyógyítását illeti, megjegyzi, hogy eddigi nem túlságosan bő tapasztalatai alapján azon nézetben van, hogy körülbelül a 6-dik életév az, melyben sikerült a luxatiót visszahelyezni, 7 és 9 éves gyermeknél sokszor próbálta, de a narcosis dacára sem sikerült. A 7 évesnek szülei a véres műtétbe nem egyeztek bele, a 9 éveset operálta és e közben tünt ki, hogy az izületi vápa sekély, a Hoffa-féle kanállal kellett új vápát alkotni. Visszahelyezés után az eredmény nem kitünő, de elég jó volt. Sajnos, a nem véres repositiók eredménye sem fényes, szülő maga látta Rómában a Lorenz által bemutatott gyermeket, majd tavaly látta ugyanazt, de az eredmény lényegesen rosszabb volt. Berlinben látott Röntgen-photogramokat, melyek 3—3 hónapos cyclusban vétetvén fel, kimutatható volt, hogy az eredmény $\frac{3}{4}$ év alatt rosszabbodik, a fejecs feljebb és feljebb helyeződik. Ez arra utal minket, hogy éveken át szorgosan és gondosan kell kezelniünk az eseteket.

Meg akarja még említeni, hogy a Lorenz-Pacci módszerrel egy öreg asszonynál 13 hetes czombficzamosot sikerült visszahelyeznie. Két év előtt 7 és 5, 6 hét előtt 11 és 7 éves testvéreknél észlelt csipőficzamosodást, a mi a congenitalis eredetű vall.

Dollinger Gyula: Lorenz 40 esete kapcsán állítja fel a 6 éves határt, mely szülő véleménye szerint nem lesz állandó, mert kivételesen lesz bizonyára idősebb gyermek is, a kinél a repositio eredményes lesz. Hiszen nem veszünk vele, ha a vértelen repositiót 6 évesnél idősebbnél is megkíséreljük, mert a véres műtétet utána meg lehet tenni.

Ismeri a hírlapi polemia Pacci és Lorenz közt, de ezen, előadott eljárás a Lorenz eljárása, mert valószínű, hogy Pacci a hátulsó luxatióból reponálás helyett egy elülső luxatiót csinált, melyből idővel ismét hátulsó luxatio lett. Nem tudja, miben állt a Herczel által említett rosszabbodás (Herczel: luxatio keletkezett megint).

A hét hónappal ezelőtt reponált csipőizületi ficzamosodást szóló még hosszú ideig gépben tartatja, mert fél a relaxatiótól; a gép az adductiót meggátolja, de a flexiót megengedi.

Lorenz állítja, hogy a 2 cm.-es csipőtalpbetét az egészséges oldalra, elég az adductio és a relaxatio megakadályozására, úgy látszik, nem fog minden esetben beválni.

Herczel Manó: Tudja, hogy a Pacci és Lorenz eljárása nem identikusak; a Lorenz eljárása a Paccién alapul, módosítása jó, de az eredeti mégis a Paccié.

Cataracta punctata esete.

Csapodi István: A pettyes hályog nem azonos azzal a pettyeszerű hályogosodással, melyet *Wecker* mint az öregkori hályog kifejlődésének egyik alakját ír le nagy kézikönyvében. Ilyet is volt alkalma kettőt látni. (L. Szemészet 1884. 6. sz. és 1885. 3. sz.) Bemutatandó esete azok közé a világra hozott állapotok közé tartozik, a melyeket nagy ambulantiákon is csak ritkán látni. A látást nem igen zavarják, épen azért csak esetleg, valami más baj miatt kerülnék megfigyelésre, így jól emlékszik egy esetre, melyet két más eset kapcsán közölt volt 1884-ben. A ma bemutatott 19 éves fiatal ember szemhurut miatt jött bemutatáshoz, tudomása annál kevésbé lehetett lencsés állapotáról, mert látása jó ($\frac{5}{7}$). Bal szemében csak kevés pettyet látni, számosat azonban a jobb szem lencsésjében, a hol egy bizonyos réteg petty olyan szabályszerűen helyezkedett el, hogy szinte a cataracta perinuclearis utánozzák. A Szemészet 1885. 3. számában is közölt bemutatott egy esetet, melyet ezenkívül az elülső kéreg tollas szárú Y-alakú rajzolata tett érdekessé. A pettyes hályog érdekes szemhiba, mely a látást nem igen zavarja, azért nem szükséges ellene semmit sem tenni, ha csak idővel a lencse nagyobb elzavarodása nem követi.

Közkórházi orvostársulat.

(VIII. bemutató szakülés 1897. április 28-dikán.)

Elnök: **Boleman István**; jegyző: **Tihanyi Mór.**

Legnagyobbfokú rövidlátás esete.

Goldzieher Vilmos: A 17 éves fiatal ember vasesztergályos, mindig rövidlátó volt, s az utolsó években rövidlátása annyira fokozódott, hogy munkájából elbocsátották, mert közel kellett hajolnia az izzó vashoz és a szeme minduntalan megsérült.

Vizsgálatkor kiderült, hogy 14 D. myopiája van, távolpontja 7 cm. s olyan üveg, mely távolpontját 25—30 cm.-re kitolja, nincs számára, mert olyan erős concav lencsét $\frac{1}{4}$ óránál tovább nem tűrhet. Ennélfogva szülő elhatározta az operatiót.

A discissiót január 1-én végezte, és pedig a bal, a rosszabb szemem, mely az előremet sérülésnek nyomait magán hordja; a discissio után pár nappal kieresztette a zavaros lencserészleteket és most a pupilla teljesen fekete, reagál, mert iridektomiát nem végezt; a visus kitünő. Most üveg nélkül épen olyan jól lát, mint azelőtt a leg-erősebb concav üveggel, két D.-ás convex-szel jól lát, 5 D.-val kitünően dolgozhatik és munkáját 30 cm. távolságra is jól látja. A másik szemet $\frac{1}{2}$ év múlva fogja operálni.

Dr. Siklóssy Gyula: Csupán a discissióra nézve veti fel a kérdést, hogy kis vagy nagy discissió végeztessek-e, mindjárt kiereszteszük-e a lencsét, vagy nem? mert némelyek nagy discissiót végeznek és pár

kettőnek közös tünete a gyorsan kifejlődő degeneratív hűdés és nagyfokú izomatrophia, mivel ugyanazon végső motorikus neuronban játszódnak le.

A kezelés galvanisatio és vasadagolásból állott.

Április 12-dikén mutatkoztak a javulás első jelei. A felkarokat jobban kezdte emelni és az ujjakat, különösen a jobb kezén, behajlítani, egyszerűs mind az ujjakon és későbbben az egész felvégtagokban spontán choreához hasonló mozgások léptek fel. Április 23-dikán a jobb felkart már függőlegesen, a bal kart pedig a vízszintesig emelhette. Az alkarok még mindig teljesen hűdtek, az ujjak hajlítása azonban tetemesen haladt.

A prognosis, miután már önkéntes mozgások jelentkeznek, kedvezőnek mondható, de a restitutio minden esetre hónapokig fog tartani.

Ezen esetben nemcsak a localisatio, hanem az aetiologia is nagy érdekességgel bír. Véleménye szerint itt két kártékony hatánnyal kell számolnunk: a hidegbehatással és a nagyfokú anaemiával. A rheumás polyneuritisek olismert kategóriát képeznek, ámbar nem kell képzelnünk, hogy a hideg egy maga képes azt létrehozni; hanem valamint az acut polyarthritistnél vagy pneumoniánál szükséges a hideg behatásán kívül még egy a vérben keringő vírus felvétele, úgy itt is kell valamely a hideg által létrejött mérges anyagcsere-terméket vagy annak közvetítésével kifejlődésre jutott vírus felvételét. Egy másik előmozdítója lehetett a vérszegénység. Újabb időből tudjuk, hogy *Lépine anaemia perniciosa* nál az összes végtagok extensorjait hűdve látta, melyek az alapbántalom eltűnésével szintén gyógyultak.

Ugyancsak anaemia perniciosa nál *Lichtheim, Minnich, Eisenlohr, Bormann* a gerinczagy hátsó kötegeinek és pyramispályáinak, *Noorden* pedig a medulla oblongata és a peripher idegeknek bonczatani elváltozásait kimutatták. A múlt évben *Dieballa* közölt egy esetet *Kéli* tur. klinikájáról, hol *chlorosis* alapján papilloretinitis fejlődött és vasthoriapiára az alapbántalommal együtt a papilloretinitis is teljesen meggyógyult. A *chlorosis* ily következményeit *Gowers, Bitsch, R. Williams* és *St. Mackenzie* is észleltek.

Angyán Béla: Bemutató felemlítette, hogy anaemia perniciosa nál vagy másféle súlyos vérszegénység nál az idegrendszer különböző bántalmi szoktak előfordulni, melyek az alapbántalom javulásával szintén javulni szoktak. Szólt annak idején az I. belgyógyászati kórodán észlelt egy anaemia perniciosa esetről egy ritka szövődeményt; a beteg nőnél t. i. az anaemia perniciosa lefolyása alatt hirtelen teljes féldoldali hűdés állott elő hányás kíséretében, épp úgy, mint az apoplexiánál elő szokott fordulni. A féldoldali hűdés 2 hónap alatt teljesen visszafeljődött, a nélkül, hogy az anaemia perniciosa javulást mutatott volna. A beteg több hónappal azután meghalt, s a sectionál az agyban vérzésnek semmi nyomát sem lehetett találni, úgy hogy azt kellett feltenni, hogy a féldoldali hűdés pontszerű véromlányok által okozott, annál inkább, mert tudjuk, hogy súlyos anaemiánál az ily vérzések nem ritka jelenségek, midőn a hajszálerek falában zsíros degeneratio szokott kifejlődni.

Donáth Gyula: Valószínű, hogy azon esetben, melyet *Angyán* felemlített, a féldoldali hűdést tényleg pontszerű véromlányok okozták, de oly esetekben, midőn a bonczolásnál kórbonczatani elváltozások nem találhatók, arra is kell gondolni, hogy a hűdést toxicus anyagok is okozhatják, mivel az anaemia perniciosa nál pervers az anyagcsere; súlyos anaemiánál számos szerző a gerinczagy hátsó és oldalsó kötegeiben parenchym elváltozást talált.

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(V. ülés 1896. november 3-dikán.)

Elnök: Kézmárczky Tivadar; jegyző: Tóth István.

(Folytatás.)

Fibroma és terhesség.

Schultz Henrik: Az első esetben egy nő, kinél régebben subserosus fibromát constatált, első ízben terhessé lett. A nő újból jelentkezett, de felszólal nem avatkozott be, mert a daganat elhelyeződése a terhesség alatt lefolyását engedte remélni. A IV. hónapban a nő peritonitis tüneteivel jelentkezett; fájdalmak kezelésre nem szűntek, miért is a terhesség IV. hónapjában hasmetszés. A körülbelül gyermekfejnyi, kocányos daganat a mellő falból subserosusan indult ki. A kocány leköttése után a daganat eltávolítása. A méhben talált 2 interstitialis gócz meghagyatott. Terhesség fennáll és vége felé közeledik.

A második esetben a terhesség alatt constatált a Douglasban egy körülbelül ökölnyi, tömött, különösen balfelé mozgatható dagaatot. Mozgathatóság a VII. hónapban megszűnt. Szülés alkalmával a fej nem tud a bemeneten átmenni. Magas-fogót alkalmaz, hogy ennek kanalai között lehessen a perforatiót végezni; első próbátracsióra a fej átmege a bemeneten, normalis szülés; magzat él. Szülés után a daganat az uterus mögött. Diagnosis: az uterus hátsó falából kiinduló kocányos subserosus fibroma. Nézete szerint különben a fibromát a terhesség alatt is ki kell irtani; a fibroma terhesség alatt úgy tekintendő, mint egy ovarialis tumor.

Bäcker József: A Tóth második esetében említett nőt operatio előtt körülbelül 3 hétig észlelte. A nő első vizsgálatánál kis ökölnyi daganatot talált; a terhességet kizárta, mert a beteg bevallása szerint utolsó havi baja — ha nem is rendszeren — jelentkezett és mert terhességi jeleket nem talált. Diagnosis tehát fibroma volt. A daganat azután rohamosan növekedett és ez a méhvizsgálatától elterelte a figyelmet; ovarialis tumorra keltette fel a gyanút.

Kézmárczky Tivadar: A myomákat a terhesség alatt is ki lehet irtani, ezt azonban általánosítani nem szabad, mert a daganat daczára a terhesség normalisan folyhat le. A myoma maga tehát a terhesség alatt sem, mint különben sem ad indicatiót az operatióra, csak ha a terhességet beékelődés, fájdalomosság stb. által complicálja.

Legújabb vizsgálatok szerint a myomák a gyermekágyban megkisebbednek és ezen kisebbedés állandó marad.

Ha a tumor beékelődött, mindent meg kell kísértetni annak kiemelésére, így többek közt a térdkönyök helyzetben való reponálási kísérletet a végbelen át említi.

Tauffer Vilmos: Az interstitialis myomáknál a gyors növekedés és a méhfalzat jelentékeny részének elfoglalása folytán, a szülés lefolyására sokkal nagyobb veszély következik, mint pl. a subserosus nagy myomáknál is. Egy esetben egy ily interstitialis myoma a lefolyt szülés után a placenta visszatartását vonta maga után és a daganat nagysága miatt nem engedte meg a méhfürbe való behatolást. A placenta evésedésnek indult, magas láz lépett fel és ilyen veszélyes körülmények között kellett a méhexstirpációt végezni. Ha a placenta azon felületen tapad, a hol az interstitialis gócz fekszik, a méh kiürülése után a retractio lehetetlen lévén, vérzés jöhet létre.

A fibromyomák magukban nem képezik az operatio feltétlen indicatióját, azonban az indiciónál azok székhelye tekintetbe veendő.

Az uterus alsó részletében levő myomák szülés alatt a méh-contractiók következtében gyakran kitérnek. Egy esetben körülbelül ökölnyi cervicalis myoma volt jelen, mely a tágulási időszakban a medencében volt; szülés alatt a medence bemenete felé emelkedett, úgy hogy a szülés normalisan folyt le.

Schultz esetében a magas-fogót nem alkalmazta volna. Egy esetben pl. egy a terhesség IV. hónapjában levő nőnél a medencében jobb oldalt egy ökölnyi, alig mozgatható daganatot talált. A daganat kimozdítása nem sikerülvén, operált. A daganat *dermoid*-nak bizonyult, melyet az erős összenövés miatt ki kellett ollózni. Ha ezen esetben fogót alkalmazott volna, a tractio alkalmával a daganat megreped és fertőzi a hasiirt. Ezen beteg jelenleg (a műtét utáni 10. napon) jól van, terhesség fennáll.

Tóth István: Nem egyezik meg Schultz véleményével arra nézve, hogy a fibroma jelenléte terhesség alatt úgy tekintendő, mint valami ovarialis tumor, mert annak más indiciói vannak.

Schultz első esetére nézve megjegyzi, hogy ha a terhesség le is folyt, teljes gyógyulás nem jött létre, mert a méhben levő 2 interstitialis góczot nem távolította el.

A második esetre nézve Tauffer véleményén van.

Méhrepedés esete.

Bäcker József: L. F.-né, III. Gr. 1896. október 30-dikán este 6 óra 45 perczkor kereste fel az egyet. I. szülő- és nőbeteg-klinikát. Méhszáj 3 ujjnyi, magzat II. kf.-ben; burok ép, fej mozgatható. I. P. 3 év előtt, fiú, halvaszületett; II. P. 1 1/2 év előtt perforatio. Első gyermekágyban egy hónapig, második gyermekágyban több hónapig feküdt és lázaskodott. Ezen adatokkal ellentétben látszik lenni, hogy a külső medence méretek: 26., 28., 21. (A conj. diag.-t az inspectio orvos nem mérhette meg, mert egyéb elfoglaltsága miatt csak akkor jutott a szülőnőhöz, mikor a fej már rögzítve volt.) Október 30-dikán d. u. 11 óra 5 perczkor belső vizsgálat: fej rögzített, méhszáj eltűnőfélben, ezért mest. burokrepesztés. Ezután rendszeres szülőtevékenység, nem túlerős szülőfájások; október 31-dikén d. e. 4 óra körül csekély vérzés a hüvelyből; szülőnő halványodik, légzése szapora, pulsus 120. Az előbb rögzített fej kitért, fájások megszűntek, méhszáj collabált. *Ruptura uteri*. A fej a hüvelyen át még elérhető, balfelé kitért; perforatio; a fej kihúzása kranioklastal; kranioklast többször kiszakad. Műtét közben vagy félliternyi híg és alvadt vér ürül ki a medencéből. Placenta kihozása kézzel (a méhszáj felett véralvadékokkal borítva, leválva foglalt helyet). Óvatos hüvelyöblítés. A cervixben cseplesz, melynek mentén megtalálható a complet ruptura helye az elülső és bal méhfalon; a repedés harántirányú, 12—15 cm. hosszú, a hüvelyboltozat felett 2—3 cm.-re. A jól összehúzódott méh dextroversióban; leszakadt bal szélét golyófogóval megragadva, közelíti a hüvelyboltozathoz; jodoformgaze-csíkok bevezetése az egy ujjnyi cervixen át a méhbe, a repedésen át a bal medencefélbe; a hüvely tamponálása. A tampon drain módjára, lazán alkalmaztatik. Műtét után pulsus 196, elég telt.

Tekintve azt, hogy a drain alkalmazásával a hüvelyből a csepleszt visszahelyezni nem sikerült, sőt egy vékony bélkaes is a tamponálás alkalmával minduntalan előesúszott, másrészt attól tartva, hogy az időközben megszűntnek látszó intraabdominalis vérzés is kiújul, előkészületek tételnek laparotomiára. Műtét 3 órával később; előtte hypodermoklysis. Belek között még sok (körülbelül 300 gm.) véralvadék. A méh elülső falán egy, a két lig. latumot összekötő, teljesen harántirányú repedés, mely jobboldalt körülbelül 5—6 cm.-re a peritoneumra is folytatódik és megnyitja a parametriumot. A vaginával csupán a cervix hátsó fala köti össze a méhet; ennek 4 összekapazkodó esomós selymvarrattal való leköttése, átmetszése s az uterusnak az adnexákkal együtt eltávolítása. A lerepedt cervix alsó esonkjának golyófogóval kiemelése, odavarrása a hátulsó cervixfalhoz és a cervixesonknak a szabadon fityegő peritonealis lebennyel való befedése. Csupán a csont bal széle nem fedhető s itt a csont széle, benne levő 3 tátongó véredényvel szabadon marad. Biztosító körülöltése a kiálló esonkrészletnek. Műtét után a beteg állandóan camphorinjeciókkal és 2 ízben hypodermoklysisel traktálva, sikerült a pulsus tűrhető állapotban tartani, de 7—8 órával a műtét után hirtelen rosszabbodás következik be s a beteg fél óra alatt meghal. (Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Prof. Dr. F. v. Korányi: Milzbrand, Rotz, Actinomykosis, Maul- und Klauenseuche. Wien, 1897. Verlag von A. Hölder.

A Nothnagel-féle nagy gyűjtőmunka (Specielle Pathologie und Therapie) részéről a zoonosisokról szóló fejezet kidolgozása (a lyssa kivételével) Korányi Frigyes tanárnak jutott osztályrészül.

Egy a zoonosisokról általában szóló bevezetés után mint első a lépfene tárgyalása következik, melynek keretében külön alfejezetekben találjuk megismertette ezen betegség történetét, az antraxbacillust, az aetiologiát, az infectio utait, a bonczani és szövettani viszonyokat, a lépfene-bacillus tovaterjedésének és hatásának módozatait, a klinikai képet és változatait; a diagnosis és prognosis méltatása után a therapiára tér át és itt behatóan foglalkozik a lépfene prophylaxisának nagyfontosságú kérdésével is.

A második fejezet a takonykóról szól. A történeti és bacteriologiai részek után, a melyek keretében a malleint és morvint is ismerteti, a fertőzés módozataira, a takonykór kórboncztanára, tüneteire és lefolyására tér át, külön részletezve a viszonyokat lónál és embernél, valamint külön csoportosítva a bőrön és a nyákhártyákon található elváltozásokat. Saját tapasztalásból merített casuistika egészíti ki a leírást. A therapiánál a bacteriumkészítmények embernél való alkalmazásának értéke felől fentartással nyilatkozik.

Legterjedelmesebb az actinomykosisról szóló fejezet; az aetiologia alfejezetében a legapróbb részletekre is kiterjed; figyelemmel van *Hutyra*-nak 357 eset kapcsán összeállított táblázatára is; behatóan részletezi a kórtokozó viszonyát a szövetekhez. A kórbonczani részben feltünteti az állatnál és embernél mutatózó különbségeket, a részletek tárgyalásánál pedig az infectio útjai szerint való csoportosítást követi. Az actinomykosis klinikai tüneteit is több alesortban tárgyalja. És bár e betegség kezelését a sebészet körébe sorolja, mégis ismerteti az idetartozó eljárások főbbjeit.

Az actinomykosisal kapcsolatban függelékben ismerteti az embernél észlelés alá került többi streptothrix megbetegedéseket.

Az utolsó szakasz a ragadós száj- és körömfájásról szól, kiterjeszkedve minden fontosabb tudnivalóra és a therapiában különös figyelmet fordítva a prophylactikus intézkedésekre.

Az egyes szakaszokhoz mindenütt kimerítő irodalmi jegyzék van csatolva és jól megválasztott, sikerült kivitelű ábrák — részint a szöveg között, részint hat külön táblán — egészítik ki a másfél száz lapra terjedő munkát.

II. Lapszemle.

Bőr- és bujakórtan.

A bubók gyógyításánál utóbbi időben a tulajdonképeni sebészi eljárást mellőzendő oly irányt látunk követni, melynek célja, hogy az eljárás egyszerűbb, a beavatkozás fájdalomtalanabb legyen, továbbá a gyógyulásnak idejét megrövidíteni és a látható heget a minimumra redukálni. Ezen célz a bubónak punctiójával válték elérni. A punctiót és rákövetkező antiseptikumok befeccskendezését már évtizedek előtt több autor alkalmazta. Mégis Langnak érdeme az, hogy e módszer ma mindinkább több hívót talál, miután ezt tökéletesbítette és nem annyira abortív gyógy-módot csinált belőle, hanem az egész eljárást célirányú mód-szerré alakította át és így utóbbi években mindinkább szaporod-nak azon közlemények, melyek a Lang-féle módszert ajánlják.

Újabban *Bukovsky a bubók gyógyítása Lang-féle módszer szerint* címen (Wiener med. Wochenschrift 1897. Nr. 1 u. 2) közlésezi e módszer szerint gyógykezelt bubóknak eredményeit. A Lang-féle módszer tudvalevőleg abból áll, hogy a mirigyduzzanat legmagasabb domborulatán és ha ez nagy, mindkét polusán bistourival $\frac{1}{2}$ cm.-nyi bemetszést csinálunk, a genyt kibocsátjuk és enyhe massageval kisajtoljuk, mire a bubó-ürbe Pravaz-feccskendővel $\frac{1}{200}$ — $\frac{1}{100}$ argent. nitr. oldatot befeccskendezünk és ezt ismét enyhe nyomással a tályogfalzat minden részével érintkezésbe hozzuk. Ez után aseptikus kötést alkalmazunk, melyet 1—2 naponként változtatunk. Minden kötés-változtatásnál újlag argent. nitr. oldatot feccskendezünk a bubó-

ürbe, míg a legközelebbi kötés-változtatásnál nem geny, hanem tisztán savós váladék ürül ki, melynek beálltával a bubó falzata egyhamar összetapad és a bubó teljes gyógyulásnak indul. Szerző ezen módszer szerint 115 esetet gyógyított, melyek közül 94 esetben teljes sikert ért el, a többi esetben műtetre került a dolog, a minnek okát szerző nem a methodusra, hanem mellék-körülményekre és complicatiókra véli visszavezethetni. A Lang-féle módszernek következő előnyei vannak: socialis tekintetben nagy szerepet játszik, mert míg a bubók sebészi módszere mellett a beteg gyógyulásának átlagos tartama 34—37 napot kitesz, addig azon módszer szerint a gyógyulás átlagos tartama 14 nap, tehát a beteg jóval rövidebb idő alatt adatik vissza hivatásának. Az eljárás egyszersmind egyszerű, az operatio fájdalomtalan, a visszamaradt heg alig észrevehető, argyrosist egy esetben sem észlelt. Azonban Langnak azon állítását, mintha a befeccskendezett argent. nitr. oldat fájdalmakat alig okozna, nem constatálhatja, mert eseteinek több mint felénél órákig is tartó meglehetősen heves égető fájdalmak léptek fel.

Welander 1891-ben szintén közölte módszerét, melynek szintén célja volt a bubók gyógyítását előremozdítani. Eljárása tulajdonképen abortiv módszer, mely abban áll, hogy a lobos még el nem genyedtt mirigyduzzanatba, kivételes esetekben kissé fluctuáló mirigybe is 2—3 helyen 1% hydrarg. benzoatumot feccskendez közönséges Pravaz-feccskendővel. A befeccskendezést 2—3 óráig tartó tűrhető fájdalmak követik, a hőmérséklet 40° -ig száll fel. Welander eseteinek 89,5%-ában gyógyulást ért el, a nélkül, hogy sebészetileg kellett volna beavatkoznia. Welander ezen eljárását az óta több autor közölte többé-kevésbé jó sikerről referálva. Újabban *Schischa a bubók gyógyítása hydrarg. benzoatummal* címen értekezik. (Wiener med. Wochenschrift 1897. Nr. 2 u. 3). Szerző is a Welander-féle gyógy-módot alkalmazta, azonban nem abortiv kuraképen, hanem ezt a Lang-féle módszerre módosította. Ő hasonlóképen jár el mint Lang, csak azon különbséggel, hogy a punctio után, mely mennél korábban eszközözendő, nem argent. nitr., hanem 1% hydrarg. benzoatum-oldatot feccskendez a tályog-ürbe és pedig teljes kankófeccskendővel, mire Burow-oldat nyomkötés alkalmaztatik. Ezen eljárásnál is 2—3 óráig tartó tűrhető fájdalmak és 40° láz támad. A kötés-változtatások naponta eszközöndők, mely alkalommal a tályogürt gyenge sublimat-oldattal kiirrigáljuk. Ha a 7-dik napon még mindig geny jelentkeznek, ismét feccskendezendő a bubó-ürbe $\frac{1}{2}$ kankófeccskendővel az 1% oldattól. 27 ily módon kezelt betegeknek átlagos gyógyulási tartama 21 nap volt.

Úgy a Lang-féle mint ezen módosított Welander-féle módszer bizonyos esetekben nem alkalmazható és pedig strumosus és sankrosus bubóknál, továbbá olyan elgenyedtt bubóknál, melyeknél előre látható, hogy a bőr elhalása okvetlen be fog következni.

Aschner Arthur dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Habitualis obstipatio ellen** *Ewald* a következő orvosságot szokta rendelni: Rp. Sulf. lot., Tartar. depur. aa 10'0; Fol. sennae 5'0; Pulv. cardamomi 2'5; Syr. frangulae qu. s. ut fiat electuarium sat. spissum. S. Reggel és este egy-egy kávéskanálnyi. (Sem. méd. 1897. 14. sz.)

2. **Ischias három makacs esetében** jó eredményt látott *Glorieux* a copaivabalzsam belső használatától; naponként 40—50 cseppet adott többszörre elosztva. (Sem. méd. 1897. 14. sz.)

3. **Makacs hányás megszüntetésére** jó eredménnyel használható a következő orvosság: Rp. Mentholi 5'0; Tinct. nucis vomicae 2'5; Spir. vini rectific. 12'0. M. D. S. Óránként 10 cseppet egy kávéskanálnyi chloroformos vízben. (Practitioner, 1897. április.)

4. **Tüdögümőkór** eseteiben *Mennella* dicséri a guajacol-injectiókat. A következő oldatból: Rp. Guajacoli 30'0; Eucalyptoli 10'0; Spir. menth. pip. 5'0; Ol. amygdal. dulc. 55'0 (az oldat sterilizálandó) naponként végez az ember befeccskendezést a glutaealis tájékon és pedig 1 km.-en kezdve és 10 km.-ig felemelkedve. Az eljárás fájdalomtalan, helyi reactio nincs, a resorptio csak lassan történik. Ezen módszer izületi gümőkór eseteiben is jó eredményekre vezetett. (Giorn. med. 1896. december.)

TÁR C Z A.

A budapesti orvosok szövetségének feladatairól.

Mondotta az első választmányi ülésen Müller Kálmán a szövetség elnöke.

Tisztelt választmány! Van szerencsém a választmány tisztelt tagjait annak első ülésén tiszteletteljesen üdvözölni.

Uraim! Szövetségünk még csak a múlt héten alakulván meg, multja még nincs és nincsen a multból reánk átszarmazott olyan tradíciója, mely a míg egyrészt maga is mintegy megtestesülése volna a szövetség alapeszméjének, másrészt útmutatóul szolgálna arra nézve, hogy milyen módon és milyen irányban iparkodjunk a szövetség feladatának megfelelni.

Pedig meggyőződéseim szerint nemesak az alapszabályban lefektetett elvek teszik, hanem még inkább a módok; nemesak a kitűzött célok teszik, hanem az eszközök is és éppen ezért engedjék meg, hogy mindenekelőtt is ezt a hiányt saját tájékozásunkra néhány szóval szabadjon pótolnom.

„Nagyon nehéz nemesen gondolkozni, ha az embernek folyvást csak a megélhetésről kell gondoskodnia.“ Alig tévedek, ha azt állítom, hogy Rousseau-nak ez a mondása fejezi ki leglívebben azt az egyetemes gondolatot, azt az alapeszmét, a mely mindnyájunknak kivétel nélkül közös; hogy ennek az alapeszmének helyessége és kérelhetetlen kényszerereje indította meg az orvosi rendnek utolsó évi mozgalmait és hozta létre a mi szövetségünket is.

A létfeltételek egyre nehezebbek lesznek. Azzal, hogy mindenki a maga számára a legkönnyebb, mondjuk a legolcsóbb életfeltételeket iparkodik megszerezni és biztosítani, azzal tulajdonképpen egymásnak kölcsönösen nehezítjük meg a megélhetést. Tagadhatatlan, hogy mind e nehézségek az utolsó 10—15 évben rohamosan fokozódtak, hogy a legutóbbi években egyre nehezebb lett a megélhetésről való gondoskodás.

Napról napra nehezebbé vált az egyesnek személyes érvényesülése és mindinkább éreztük az egymáshoz tartozásnak hiányát, mind hangosabb lett az egymásra utaltságnak érzése és tudata.

De viszont. Napról napra nehezebb feladat lett, hogy mindennek daczára is nemesen gondolkozzunk; sokaknak egyre mind nehezebb lett ezt a küzködést a lelkiismeret szavával teljes és kifogástalan összhangzásba hozni és abban az arányban, a mint ebben a közdelemben egyes gyengébbek alkalmilag megalkudtak és megtántorodtak, ugyanabban az arányban veszített az orvosi rend tekintélyéből, még pedig annyit, a mennyit ismét az egyesek kifogástalan correctsége sem birt többé ellensúlyozni és pótolni. Így állott elő ebből a szempontból is az orvosi rend morális érdekessége, megtestesülésének szükségessége.

Uraim! Vigasztalódjunk, így van ez mindenütt. Egy közkezen forgó francia lapban Fr. Coppeé az orvosi rendet a legdecadensebb rendnek mondja és állítását a következővel bizonyítja. Törvény követeli, hogy minden hajó, melyen a legénység száma meghaladja a huszat, orvost is vigyen magával. Minthogy pedig a tulajdonosok sajnálnak fizetni olyan embert, a ki a hajón nem dolgozik, cartellbe állva, az orvosokat csak azon feltétel alatt szerződtetik a hajójukra, ha ezek kötelezik magukat, hogy a legénységgel együtt, annak munkáját is végzik. És uraim, nem volt még reá eset, hogy hajó orvos nélkül maradt volna, hogy ne akadt volna orvos, a ki egyúttal a matróz-munkára is ne vállalkozott volna.

Mindezen nehézségekkel szemben csakis a rendi szervezkedés szolgáltatja a szükséges erőt. Az egyesnek ereje ép oly elégtelen az anyagi küzdelemre, a mint gyengének bizonyul az egyes a rend tekintélyének fentartására.

Hogy ha mi azt mondjuk, hogy a rendi szervezkedés erejére van szükségünk, hogy vele pótoljuk az egyesek gyengeségét; hogy az orvosi rend saját énjének, erkölcsi tekintélye és anyagi érdekei szempontjából van erre az erőre szüksége, úgy nyilvánvaló, hogy ez csakis a rendnek morális ereje lehet.

Már pedig a mint vigasztalást nem az imádságos könyvnek holt betűje nyújt, hanem csak az, a mit valaki érez, a mikor

imádkozik, úgy morális erőt a mi alapszabályunk sem nyújthat, mert a hozzá szükséges morális érzést sem ezen, sem más alapszabály nem erőszakolhatja reá senkire.

Nem az alapszabályban bizunk tehát. Hanem csak abban bízhatunk, hogy mi orvosok az alapszabályok keretében ethikai érzésünk és ezen érzésünk rokonsága szerint önként helyezkedünk el. Nem kívánjuk a tagokat egy olyan testületi rendszerbe szorítani szépen és szorosan egymás mellé, akár a „a salongyufákat a skatulyába“, éppen csak hogy a fejük kilátszik; de igenis kívánjuk, sőt súlyt fektetünk arra, hogy a szövetségnek minden tagja, belépése által önként kötelezőnek ismerje magára nézve, hogy saját kifogástalan magatartásával ápolja a rendnek azt az erejét, a mely nélkül a saját kárunkra, az nem volna képes megfelelni annak a másik feladatának sem, hogy t. i. a rendnek anyagi érdekeit a jogos és lehető határok között a megfelelő és megengedhető módokon védje.

Ezzel együtt egy másik célunk felé is közeledünk. Mert ha azt követeljük, hogy a közönség és vitalis ügyeinkben mérvadó és döntő körök megadják nekünk a kellő tiszteletet: csak természetes, hogy első sorban mi magunk adjuk és adhassuk meg egymásnak ugyaezt a tiszteletet. És meg vagyok róla győződve, hogy ennek a felfogásnak szigorú ápolása, már magában jelentékenyen meg fogja könnyíteni a közönséggel való érintkezést is.

De ugyanezen szempontból kell majd kiindulnunk akkor is, a mikor a fogyasztási rendszernek, a collectivismusnak ki-növéseivel és elfajulásával kell foglalkoznunk. Nyilvánvaló, hogy rendünk ezen nagy fontosságú anyagi kérdéseinek helyes megoldását első sorban az általa közvetlenül érdekelt kartársakkal együtt kell megkísérlelnünk és alig kétlem, hogy ez részben sikerülni is fog, hogy a másik részre nézve mi a megoldás módjában ezen tekintetek alól fel leszünk mentve, magától értetődik.

Mert a mint voltak eddig, úgy természetes, hogy lesznek a jövőben is, a kik előnyösebbnek és könnyebbnek fogják gondolni, ha szabadjegygyel járnak be a praxis útjait. A mi azonban nekik kezdetben ideig-óráig anyagi tekintetben így talán könnyebbnek és előnyösebbnek fog látszani, az nyilvánvalóan megfosztja őket majd adott esetben attól az erőtől, a melyet a velünk való tömörülésből a maguk számára is merithetnének. Nem kívánhatják, hogy a mi zászlónk védje meg őket, a mikor terhesnek és nehéznek találják, hogy annak rúdját ők is tartásák.

Már pedig az egyetek kérdésének megoldása, vagy legalább is orvoslása habár egyik legnehezebb, de egyúttal leghálásabb feladatunk is, mert az egyetek kérdése nem a bér és kenyér kérdése, de ép annyira az ethika és ugyanannyira a közegészségügy kérdése is. Oly szoros, elválaszthatatlan kapcsolatban vannak ezen érdekek, hogy teljes lehetetlen ebből a triasból csak egyet is különlegesen szolgálni. Bármelyik oldalról oldassék meg az egyik, vele együtt megoldását találja a másik kettő is. Ép azért indítványoztam már több hete az országos közegészségügyi tanácsban a segélyező egyetek kérdésének napirendre tűzését. A tanács egyhangúlag elhatározta, hogy a kérdés megoldását külön tanulmánya és véleményes javaslata tárgyává fogja tenni és ez ügyben a nagyméltóságú belügyministerhez már fel is írt. Reményelem, ha így több oldalról, mindegyik a maga érdekének szempontjából egyszerre foglalkozunk a kérdés helyes megoldásával, eredményhez is jutunk.

Orvos sorsa, hogy a rokkantság kényszerűsége nélkül orvos marad mindvégig, hogy a munkasorból egyenesen a sírgödörbe dől. Hogy rokkantsága esetén ő maga, halála után pedig övéi mások fukar vigalmára ne szoruljanak, újból fel kell majd vennünk a segély- és nyugdíjalap kérdésének már többször elejtett fonalát. Hivatkozhatunk reá, hogy a mi jó iparkodásunkban soha sem volt hiány. Nehéz azonban a kérdés, mert kizárólag önmagunkra vagyunk utalva. Mert addig, a míg szemben igazi culturállamokkal, ennek az országnak összes anyagi erejét csak úgynevezett politikai célok merítik ki, de a míg ezek még a közérdeklődésből is minden más kérdést kiszorítanak, addig más oldalról számba vehető támogatásra nem számíthatunk.

A szövetség a szükséges erejétől önmagát fosztotta volna meg, ha — szemben az önkéntes belépéssel — fenn nem tartotta

volna magának, még az utolsó falusi casinónak a jogát, t. i. a kizárásnak a jogát.

Ez a jog, a correctság alapján gyakorolva, az, a mi a szövetségben belül minden különbség nélkül tökéletesen egyenrangúvá, de egyúttal egyenlő kötelezettségűvé teszi annak minden tagját. Egyenlő szempont alá esnek azok, a kik amúgy is nehéz teherrel a vállukon kénytelenek egyenesen helyt állani minden kísértésel szemben és azok is, a kiknek könnyű correcteknek lenni, mert nincs okuk és nincs szükségük arra, hogy ne azok legyenek. Rendünk és az egyesek egyenlő érdekében igazságosan fogjuk a jogot gyakorolni, mert nem célunk az nekünk, hogy „varjúkat tenyészszünk, a kik szinte lesve lesik, hogy mikor lesz ennek vagy annak a collegának morális értéke közszemlére kiterítve“.

Lelkiismereti kötelességnek fogjuk tartani, hogy az adott egyes esetben — és reméljük, hogy ilyen minél kevesebb lesz — a döntés csakugyan az esetnek igazságos elbírálása legyen, nem pedig ügyesen és okosan rendezett tüntetés a szavazóknak mintaszerű saját tisztessége mellett.

Ügyünk érdekében szeretem hinni és reményleni, hogy az az erő, a mely a szövetségben a szövetség módjánál fogva rejlik, elég erős lesz arra, hogy egy határozott, helyes irányba terelje a fővárosi orvosok zömének gondolkodását és magatartását. Reméljük, hogy ez az intézmény a mi orvosi közéletünk izmosodására fog vezetni, mert benne az egyéni önértéknek zsugorodnia nem kell és mert minden erőnek szükséges feltételét, t. i. az egyéni függetlenséget és szabadságot biztosítja.

Nem vagyok elfogult és nem tartom a szövetséget panaceaának az orvosi rendnek minden baja ellen; de mert elfogult nem vagyok, tagadom azt is, hogy legyen egyáltalán Gileádnak olyan balzsama, a melytől rendünknek minden sebe menten behegedjen.

Vagy önmagunk, saját erőnkől birunk magunkon segíteni; vagy ha ez nem sikerül, akkor minden segítségről le kell mondanunk.

Kérem a választmány t. tagjait, hogy feladatunknak ezt a felfogását a magukévé tevő, engem annak teljesítésében bizalomteljesen támogatni méltóztassanak.

A választmány első ülését ezennel megnyitom.

Heti szemle.

Megjegyzések az orvosi kamarákra vonatkozó törvényjavaslat tárgyában. A gümör-kishontmegyei orvos-gyógyász-egyesületnek folyó évi április 26-dikán tartott közgyűlésén *Rimaszombatban* Török János dr. egyesületi elnök az orvosi kamarákra vonatkozó törvényjavaslat elvetését következőleg indokolta:

Korábbi elhatározásainkhoz híven, most is egyáltalán az orvosi kamarák felállítása ellen vagyunk és egyenesen az országszerte egyaránt kívánatos szabad orvosi egyesületek barátai maradunk. E mellé oly központi összekötő kapcsolatot óhajtok, mely kényszer nélkül, az államhatalom által nem befolyásolva, adjon irányt cselekvéseinkben; esztleg mint helyi egyesületeink országos képviselete.

Mi ugyanis rég óhajtott államosításunkat nem úgy értjük, hogy mások alá rendelt állásokban az egész vonalon, mintegy folytonos (gyanúsítást föltételező) külön államrendőri felügyelet alatt is legyünk. Hanem saját tárczával bíró, tehát önzéltáira elegendő anyagi eszközökkel is rendelkező önálló egészségügyi s orvosi ministeriumot kívánunk látni valahára, államosításakor, első fontosságú ügyeink élén, külön foglalatba (keretbe) hozásával a tisztí orvosi karnak. Ezt a célt megközelíthetjük talán országos szövetségben.

A közegészségügynek a rendes szolgálatára már elegendő közege van, a törvény szerint. A végett tehát kényszerkamarára: központi s több megyére szóló külön orvosi képviseletre nincs szükség. Másrészt, az orvosi testülethez tartozók érdekeinek az előmozdítására, esetleg megvédésére is, — úgy hisszük! — elegendők szabad egyesületeink. Ezek kisebb körben tudományos célra, nevezetesen korrall haladásunk elősegítésére, de egyetértésünk fenntartására is szolgálhatván, részünkre előnyösebbek. Bennük esetleg becseleltbírószágot alakíthatunk, de közügyekről is lehet ott szó, minden alkalommal és pedig nem csupán egy kamarai zártkörű, másképp netán mindenható (?) választmányban (mely felülről talán igen is függő lenne, míg egyesekre nézve viszont zsarnokul viselkedhetnék), hanem nyilvános közgyűléseken.

Csakis önkéntes nagyobb buzgalom kell hozzá és pedig nemesak egyesek részéről (a mit kioroszakolni különben bajos, bárminő szervezkedés mellett) és a siker nem maradhat el.

Csatlakozunk tehát mi is az orsz. közegészségügyi tanács véleményéhez, vagyis a belügyi minister urat kérjük fel arra, hogy az orvosi kamarák felállításának még az elvét is ejtse el! Ugyanis azokra a közegészségügyi közigazgatás szempontjából nálunk semmi szükség! De

úgy az államhatalom előtt, mint a társadalomban egyáltalán nem is alkalmasak azok az orvosi testületnek sem anyagi, sem erkölcsi érdekeit megóvni. Viszont nélkülök szabadabban fejlődhetik ki önkéntes képviseletünk, míg másrésztől országos szabad szervezkedésünknek csak útjában állana bármily eleve ránk kényszerített kamara-rendszer, mely csakis több visszavonásra adna köztünk alkalmat.

Az orvosi kamarák felüli törvénynek tökéletesen tervezetét itt részletesebben tárgyalatni az országos közegészségügyi tanácsnak e részben tett hosszabb fölterjesztése után, fölöslegesnek vélem. Mikor még a rendtartást is a központban, általunk nem választott, de kormányadta elnöknek tán túlnyomó befolyása alatt, még ezentúl kellene, előre nem is ismertetett alapelvek szerint megállapítani (a központi választmányban). A közgyűléseknek pedig minél kevesebb lehetne a beleszólása s egyáltalán a teendője! Másrésztől a kényszerkamarák megszibbasztának, illetőleg jobban kifejlődni sem hagynák meglévő s ezután mindenfelé keletkező szabad egyesületeinket nagyobb városainkban, megyeinkben. Pedig ilyenekre van szükség első sorban, országszerte, egyenlően, mindenütt, hogy bennük, egymást kölcsönösen megismerni, becsülni, erkölcsileg és anyagiilag támogatni megtanuljunk, esetleg békebírószágot gyakorolhassunk magunk közt és ha kell, kizárhassuk körünkől a selejtes elemeket. Országos szövetsége az ily szabad egyesületeknek (melyek szerintem többek lennének csupa fiókszövetkezeteknél!) eléggé tekintélyes és hathatós befolyású volna úgy a kormánykörökben, mint a törvényhozásnak egyéb tényezői előtt, valamint az egész társadalomban is.

Teljhatalmú, főleg fejelemű választmányokra a szabad szövetségeknek nem volna szükségük! Bennük vadaskodásra — kivált kellő alap nélkül! — alkalom sem nyílnék. Sőt laikusok alig bírhatnának valami befolyással ott! Nyilatkozni pedig szabadabban lehetne továbbra is, bá mely tárgyban. Túlterhelhetés is aligha volna lehetséges, egészen szabad elhatározás mellett. Hiszen, ha befizetéseket teszünk, bizonyos, általunk közgyűléseken meghatározott célra tesszük, pl. országos segélyezés, nyugdíjalap teremtése, biztosítás, külön szaklap czéljából.

Szóval önkormányzás (autonomia) legyen a mi jelszavunk! midőn nem élünk többé egészen rendőrállamban és úgys szabad polgárok kívánunk maradni, egyáltalán mint orvosok, jövőre is!

Arra különben sem adunk okot, hogy külön megrendszabályozás, úgy szólva: rendőri általános felügyelet alá kerüljünk, mint valami föltételes szabadságra bocsátott — fegyenczek. Sőt azt várhatnók már valahára, hogy más tudományos állásban levőkhöz nem is hasonlítható túlterhelhetésünk, önfeláldozásunk mellett nagyobb közelszemerésben részesüljünk, úgy, erkölcsi, mint anyagi tekintetben, a hatóságok és a társadalom részéről. Több bizalmat kell — legalább is! — várnunk minden esetre úgy felülről, mint alulról. Mert kiérdemeltük azt már — eléggé!

Ily elvek hangoztatásával — ismétlem — a kényszerkamarák esz méjének elejtésére kérjük — szerintem — mi is a belügyministeriumot, sőt esetleg a törvényhozást is.

Török János dr.

A pesti izr. hitközség „Bródy Adél-gyermekórházának“ felavatási és zárókövetélteli ünnepélye f. hó 9-dikén d. e. 11 órakor ment végbe. Az ünnepségen, mely a kórház kertjében pompás sátorban folyt le, a notabilitások és előkelő hölgyek egész serege és sok száz főre menő közönség jelent meg. Ott voltak: Bánffy Dezső báró ministerelnök, Perczel Dezső belügyminister, Lathóczy államtitkár, Ráth főpolgármester a fővárosi törvényhatóság képviselőivel; közéletünk számos kitünősége; orvosok részéről a következők voltak jelen: Korányi Frigyes dr., főrendiházi tag, Chyzer Kornél dr. és Fodor József dr., minist. tanácsosok, Höggy János, Bólay János, Stiller Bertalan, Csapó István, Szili Adolf, Janny Gyula egyet. tanárok; Verebély, Eröss Gyula, Báron, Herczel, Havas magántanárok, Vidor, Löw, Ehrenhaft, Erdélyi dr.-ok és mások.

Az ünnep a XXX. szoltárral kezdődött, melyet a zsidó templomi énekhar adott elő. Kohner Zsigmond a pesti izr. hitközség elnöke mondott ezután megható beszédet, kiemelte, hogy az új gyermekórház a kegyelet és a szeretet műve, melyet Bródy Zsigmond, a nagylelkű alapító, korán elhunyt felesége emlékére emelt. Ez emberszeretnek igazi alkotása ez az intézmény, melyet ugyan a zsidó hitközség igazgat és fentart, de jótéteményeiben és áldásaiban valláskülönbség nélkül részesít minden szenvedőt, zsidót és keresztényt egyaránt. Kohn Sámuel dr. főrabbi mondott felavató beszédet. Ráth Károly főpolgármester jelentette ki ezután, hogy a mai felavatás örömnapp a fővárosra is, nemesak a zsidó hitközségre, mert az új kórházban a főváros egy új mintaszerű emberbaráti intézménnyel gyarapodott. A főpolgármester után Grósz Gyula dr., a gyermekórház főorvosa, előadta a kórház alapításának és építésének történetét. A zárókövetés után az énekhar elénekelt a Hymnust és a nagy előkelő közönség a kórházat tekintette meg, a melynek leírását más alkalommal közöljük.

A kórház építésénél, berendezésénél és felszerelésénél a legmesszebb menő modern hygienikus vívmányok felhasználattak, úgy hogy a Bródy Adél-gyermekórház valóságos minta-kórháznak mondható. A felvételi épület szép előcsarnokában Tilgner jules szoborműve karrarai márványban mutatja Bródy Adélt. Különösen felemlítendő a mindenre kiterjedő gondosság, mely lehetővé teszi, hogy minden beteg a belépés percében azonnal elkülönítene, külön városzobákba a diphtheriásokat, a vörhenyben szenvedőket, a gyanúsakat és a nem ragadós betegeket. Ugyanitt van a quarantine-osztály is.

A gyermekórház élén áll a kórház igazgatásával megbízott főorvos: Grósz Gyula dr.; sebész-rendelő orvos: Alapy Henrik dr., szemész-

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÖRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti k. m. tud. egyetem II. körboncztani és szövettani intézetéből (Pertik Ottó tnr.).

A szívizomrostok szétdarabolódásáról. (Fragmentatio myocardii.)

Közi: Preisich Kornél.

Egy elváltozásról leendő következőkben szó, melyet eddig-
elő főleg kétféle elnevezéssel illettek, úgy mint: *myocardite essen-*
tielle segmentaire és *fragmentatio myocardii*. Az elváltozás oka-
nek különböző magyarázata vezetett ezen kétféle elnevezéshez,
melyek elseje egy lobos folyamatot tételez fel; e téves fel-
fogást azonban ma már általánosan visszautasítják és ezzel
együtt a téves elnevezést is, mely *Renaut*-tól ered.

Az elváltozás lényege, hogy a szívizomzatnak nagyobb
vagy kisebb szakasza, főleg a bal szív papillaris izma, gör-
csőileg, főleg az izomsejtek ragasztó anyagának megfelelő
harántvonalak mentén vagy a hosszanti csíkosságot irányában
is darabokra szakadozik, igen gyakori jelenség, mely sokszor
már szabad szemmel is felismerhető. A szívizomnak így el-
változott szakaszai, a mint *Tedeschi* leírja, lágyabbak, szaka-
dékonyabbak, homályosak, halványsárgák, a metszlap igen
finoman szemesézett, könnyen ad vakarékot.

Ezen elváltozás azért adott eddig sok vizsgálatra okot,
mert nem sikerült eldönteni, hogy kóros állapot-e a rostok
szétdarabolódása, a mi alatt azt értem, hogy életben történik-e
vagy csak hullatünet, vagy keletkezése az agonia időszakába
esik-e? Mindhárom felfogásnak voltak és vannak hívei.

Fontosságot kell pedig e kérdésnek tulajdonítanunk több
okból: 1. törvényszéki orvosi szempontból tudnunk kell, hogy
ezen elváltozás lehet-e halál-ok; 2. kórtani szempontból: ha
életben jelentkező elváltozás, vannak-e tünetei; 3. önálló
bántalomként jelentkezik-e vagy mint bizonyos bántalmak
következménye?

Ha e tárgy körül az irodalomban felmerült kérdéseket
veszszük szemügyre, úgy ezekre különböző szerzőknél követ-
kező felvilágosításokat nyerjük:

A szívizomzatnak fent jelzett elváltozásáról először *Zenker*
tesz említést, egy évvel később 1870-ben *Rindfleisch*. Behatóan
Renaut foglalkozik először a tárggyal, constatálja gyakori-
ságát; az ő felfogása az, hogy a fragmentatio, melyet a
ragasztó csíkok helyére localizál, életben, a ragasztó anyag
ellágyulása folytán jó létre. 1890-ben fenntartja előbbi nézetét,
a bántalmat senilis involútióból magyarázza és klinikai tüneteit
is megírja. *Landouzy*, *Pitres*, *Chalot*, *Déjérine*, *Robin* s mások
szintén életben támadó elváltozásnak tekintik ezen szétdaraboló-
dást és ennek tudnak be némely halálesetet.

Durand úgy magyarázza a dolgot, hogy pangás folytán
felhalmozódott tejsav oldja a szívizomsejtek közötti ragasztó
anyagot; mert állítását kísérletileg bizonyítani nem tudja, még
egyéb ismeretlen tényezőt is kényszerül felvenni.

Lancereau és *Browitz* táplálkozási zavarokat emlitenek
az elváltozás oka gyanánt; *Browitz* *Romberg* ellenében a
segmentationnak jelentőséget tulajdonít, azt és a ragasztó csíkok

előtünését nem tartja hullatünetnek és csak az marad előtte
kérdéses, hogy haldoklási jelenség-e vagy „intra vitam“ már
jelen van-e? *Rombergen* kívül a fragmentatiót különben *Knoll*
és *Dunin* is cadaverosus jelenségnek mondják, szerintük a
ragasztó anyag feloldódása sok esetben épen a rothadás
kezdését jelezné.

A X. nemzetközi orvosi congressuson *Recklinghausen*
és *Zenker* fejtették ki e tárgy fölött nézeteiket. *Recklinghausen*
agonialis eredetűnek mondja a fragmentatiót, mely az izmok
túlságos izgalma és anyaguk pervers contractiója folytán
jönne létre; *Renaut* ellágyulási teoriáját elveti.

Zenker oly anatómiai elváltozást lát a fragmentációban,
mely a szívizom gyengeségét és a szívhűtés beállítását magya-
rázza. Ez alkalommal *Browitz* is hozzá szól és határozottab-
ban nyilatkozik, mint előbb, a mennyiben a fragmentatiót
agonialis jelenségnek mondja; a figyelmet nem erre, hanem
a ragasztó anyag pathologikus állapotára kívánja irányítani.

1894-ben *Oestreich* tárgyalja behatóbban a szívizom
fragmentációját. Nagy anyagának feldolgozásából a következő
tételeket véli felállíthatni:

1. Nemesak az elemi izomkötegek, hanem az egyes
izomsejtek is több darabra eshetnek szét; a haránt szaka-
dásokon kívül hosszanti szakadások is mutatkozhatnak; a
törvégek nem mutatnak egyenlő finomságú csipkézettséget. A
fracturán kívül, melylyel a tökéletes kettéválást jelzi, fissurák
is léteznek, a hol az elemi izomköteg még összefüggésben van.

2. *Renaut*, *Pitres*, *Durand*, *Browitz*, *Eberth* és *Tedeschi*
nézeteivel szemben, *Recklinghausennel* és *Zenkerrel* egyértelmű-
leg a szakadást nemesak a ragasztó csíkok mentén, hanem az
izomsejtek állományán belül is látta; ezen tapasztalatainak
bizonyítására felhozza: hogy a) a töredékrészletek dimenziója
egy helyen is igen különböző, b) a szakadás gyakran a mag-
nak helyén át történik, c) a szakadási vonal csipkézett, d)
látott ugyanazon elemi izomroston szakadás mellett még jól
megtartott ragasztó csíkot.

3. A fragmentatio nem jár szükségkép más elváltozások-
kal, normalis izomzaton is létre jöhet, különösen erős és
rendetlen összehúzódások folytán.

4. Saját és korábbi szerzők vizsgálataival bebizonyítva
látja, hogy a fragmentatio tetembeli tünet nem lehet, rothadás
által létre nem jön, tehát halál előtt kell támadnia.

5. Agonialis keletkezésűnek mondja a fragmentatiót és
ezen nézete mellett így érvel: vannak esetek, midőn a halál-ok
a halál pillanatában bénította a szívet, mégis nagyfokú volt a
fragmentatio, máskor a szív lassú bénulásánál negatív a lelet.
Nem tudná továbbá feltenni, hogy az erősen fragmentált szív
még összehúzódhatnék, pedig akárhányszor látott ily szívet
systolében, a mit úgy magyaráz, hogy a fragmentatio az utolsó
összehúzódás alkalmával jön létre. A felemlítettekkel teljesen
bizonyítva látja álláspontját és ezzel az is el van döntve

6. hogy a fragmentatio halál-ok nem lehet és ezt követ-
kezőkkel is indokolja: vannak esetek, melyeket számra nézve
7-et említ *Tedeschi*, melyekben sectio alkalmával fragmentatió-
nál egyebet találni nem lehet; azért a fragmentatio még sem
tekintendő halál-ok gyanánt, mert erre nézve oly esetek
értékesítendők, a hol a hirtelen halál ismert egészséges

embereket ért és a halál-ok is ismeretes; már pedig mechanikus okból előállott hirtelen halálnál és kivégzésnél gyakori a fragmentatio.

7. Azt állítja, hogy a fragmentatio minden betegséghez társulhat.

Áttérek ezek után saját vizsgálataimra, melyeket közel 100 hullaszíven tettem; ezeknek jó részét a bonczasztalon is megtekinthettem; azonkívül több irányban állatkísérleteket végeztem.

Vizsgálódásom menete, melyet hullaszíveken végeztem, következő volt: alkohol-keményítés, celloidin-beágyazás, festés a használatos festanyagokkal, melyeknek több féleségét vettem alkalmazásba, de velök egyenlő, legfeljebb csekély fokozatokban eltérő eredményekhez jutottam, végre áttekintés Zeiss v. Reichert olaj immersziós lencséjével.

Anyagomnak 49%-ában észlelhettem a különböző szerzők által leírt fragmentatiót; azért mondom különböző szerzők által, mert a leírás nem egységes, mint arról már Oestreich munkájából, az általam kettővel jelzett pontban győződjünk meg.

Oestreich helyesen cselekszik, midőn a fragmentatio helyét meg nem szorítja, sőt én kénytelen vagyok a látottak alapján tovább menni és a fragmentationak két különböző fajtát felállítani, a mire jogosít az, hogy a két alak külön-külön is előfordul és a mi fő, hogy az egyik nagy előszere-ttel szegődik egyik elfajulásokhoz, a mint az a továbbiakból ki fog derülni.

Kétféle fragmentatiót észleltünk tehát: szétदारabolódást, mely az ú. n. ragasztó csíkok lefutását követi és egy olyat, mely a legkisebb hüselemeket választotta el egymástól, nem kimélve a sejtet, sem a sejtmagot. A fragmentatio minőségének felismeréséhez betekintés a görcsöbe elégséges; azon szétदारabolódásnál, mely a ragasztó csíkok mentén történt, a törvégek mindig éles szélűek, legfeljebb igen finom pelyhesek. A másik fragmentationál a törvégek a mellett, hogy igen rendetlen lefutásúak — hiszen a másiknál is lehet ferde vagy lépesőzetes a lefutás —, csipkézettek, gyakran úgy néznek ki, mint az erőszakkal széttépt fonalpamatok. Ezek után rövidség czéljából *éles és csipkézett szélű szétदारabolódásról* fogok szólni.

Eseteim közül 14 volt tisztán éles szélű szétदारabolódás, 7 tisztán csipkézett szélű és 24 vegyes fragmentatio.

Az 1. és 2. pontban foglaltakra nézve tehát Oestreich és az én leleteim között lényegileg eltérés nincs. Az általam hárommal jelzett pontban Oestreich azt állítja: hogy a fragmentatio nem jár szükségkép más elváltozásokkal; ezt így általánosítani az én nézetem szerint, melyet sok szívnek gondos áttekintése után alkottam magamnak, nem lehet. Állítása vonatkozhatik igenis az éles szélű fragmentatióra, de nem a *csipkézett szélűre*, mely az én tapasztalataim szerint *csaknem mindig kisebb-nagyobb mértékben degeneratiót szenvedett szívizmon jön létre*; a degenerációs folyamat képezi felfogásom szerint igen sokszor épen azon tényezőt, mely a legkisebb izomrészletek között az összefüggést meglazította.

Eseteim, melyekben tisztán ily csipkés szélű fragmentatiót találtam, a következők voltak: 1. N. G. 46 éves asszony, halálok pleuritis és pericarditis fibr. pur. 2. O. F. 23 éves asszony, h. o. peritonitis fibr. pur. 3. Sz. E. 73 éves asszony, h. o. pneumonia crouposa. 4. D. I. 26 éves férfi, h. o. haemoptisis, pneumonia caseosa, anaemia univ. 5. Cs. A. 45 éves férfi, h. o. pneumonia crouposa. 6. Ismeretlen egyénnél, h. o. szívhűdés (rendőri bonczolat). 7. K. I. 26 éves férfi, h. o. pneumonia crouposa.

Valamennyi esetben már macroscopice is a szív többé-kevésbé kiterjedt, de nagyfokú paraenchymás, sőt zsiros elfajulást mutatott, melyet a görcsői kép csak megerősíthetett. E szívek pettyhűdtek voltak, izomzatok szakadékonny, a metszlap homályos, nem sima, sok helyen kénsárga pontok, sőt csíkok által képezett rajzolattal.

Áll Oestreich állítása az éles szélű fragmentatióra, mely sokszor teljesen ép szívizomzatban látható, sőt ott a hol

csipkézett szélű fragmentatióval együtt fordul elő, ott is legtöbbször az aránylag ép szívrészletekben keresendő, míg a csipkés szélű a kevésbé intact részletekben.

Tisztán éles szélű fragmentatiót következő esetekben találtam:

1. B. P. 14 napos, halál-ok pneumonia crouposa. 2. Sz. S. 36 éves férfi h. o. pneumonia, hydronephrosis, nephritis interstit. és pleurit. fibr. 3. F. G. 41 éves férfi, h. o. lyssa. 4. R. H. 64 éves férfi, h. o. pneumonia crouposa. 5. R. F. 43 éves férfi, h. o. pneumonia croup. 6. R. T. 28 éves asszony, h. o. sepsis puerp. diphth. fauc. 7. Sch. K. 23 éves leány, h. o. meningit. bas. tbc, tubercul. pulm. 8. B. G. 72 éves férfi, h. o. lyssa. 9. Hirtelen halál (rendőri bonczolat), h. o. apoplexia cerebri. 10. Törvényszéki bonczolat, h. o. arzen-mérgezés. 11. Rendőri bonczolat, h. o. pneumonia, nephritis, oedema pulm. 12. Törvényszéki bonczolat, h. o. agyronesolás. 13. Törvényszéki bonczolat, h. o. agyronesolás. 14. N. G. 23 éves férfi, h. o. lyssa.

A felsorolt esetek közül háromnál (4., 8. és 11-nél) volt a szívizomzatban degenerációs folyamat, a többi azonban mind úgy kórboncztanilag, mint kórszövettanilag teljesen ép izomzat volt.

A nevezett három eset bizonyítja, hogy degeneratiót szenvedett izomzatban is előfordul az éles szélű fragmentatio és bizonyítja, hogy a degeneratio nem von maga után szükségkép csipkézett szélű fragmentatiót, a mint azt még néhány, degeneratiót kiterjedten viselő szíven észlelhettem, melyeken fragmentatio egyáltalán nem volt.

A 24 esetben, melyben vegyesen találtam a kétféle fragmentatiót, ott ez vagy egyes szakaszok szerint váltakozott, a mint ép és kevésbé ép izomszakaszok váltakoztak, vagy pedig egészen keverve is fordult elő.

Meglehetősen bő anyagomnak áttanulmányozása alatt mind jobban meggyőződtem, főleg két tényező alapján, hogy a *fragmentatio kétségtelenül agonialis jelenség*, az utolsó szívösszehúzódások, illetve nem is annyira szívösszehúzódások, mint inkább a *szívizomzat egyes részleteinek végső összehúzódása következtében és alatt létre jövő elváltozás*. Ha azon képeket, melyeket görcsö alatt fragmentatio gyanánt felismerünk, jól szemügyre vesszük, úgy két dolog tűnik fel állandóan: 1. hogy azon rés, mely 2—2 fragmentált izomrost-részlet között van és változó nagyságú, soha sem tartalmaz bevándorolt sejteket, sem alakelemeket, melyek a vér vagy nyirkáram útján juthattak volna oda. Igaz, hogy *Browitz* ír le két esetet, melyekben ő a törvégek között vörös vérsejteket látott, ezekre még vissza fogok térni. 2. Bárhol történt legyen fragmentatio, a szakadás helyéhez közel eső izomrost-részlet a legtöbb esetben sűrű harántesikolatot mutat és az rendszeren jól ki van fejezve; viszont az olyan izomrészleteken, még inkább szíveken, melyek fragmentatiótól mentesek, sokszor csak homályosan lehet látni a harántesikolatot és ez nem is oly sűrű, rendszeren a hosszsesikolat van az ily szívizomzaton jobban kifejezve.

(Folytatása következik.)

Közlemény a lipcei királyi szász egyetem belkórodájából.

Az arterio-sclerosis és szívhypertrophia közötti viszonyról, különös tekintettel a zsigeri edények megbetegedésére.

Irta: *Hasenfeld Arthur* dr.

(Folytatás.)

A) *A zsigeri edények arterio-sclerosis.*

A paraffinnal injiciált zsigeri edényeket összesen *tizennégy* esetben vizsgáltam meg.

Első sorban oly *eseteket* dolgoztam fel, melyeknél joggal felvehető volt, hogy az edények *nincsenek megbetegedve*, még pedig a czélból, hogy a zsigeri edények állapotát ép viszonyok között ismerve, ezen normalis leleteket a megbetegedett edényeknél találtakkal összehasonlíthassam; egyébként pedig vizsgálataimnál oly eseteket használtam fel, a hol az arterio-sclerosis kórisméje még az egyének életében felállítható vagy legalább is nagy valószínűséggel feltehető volt.

Vizsgálati anyagomat nagyban és egészben Thoma¹ eljárása szerint dolgoztam fel.

Szükségesnek tartom a következőkben a vizsgálati eljárást röviden összefoglalni.

A hasi aortát ágaival együtt paraffinnal injiciáltam és pedig, hogy az edényeket az élettani viszonyoknak megfelelő feszülés alá hozzam, a befeckendést 160 mm. higanyoszlopnak megfelelő állandó nyomás alatt eszközöltem. Különösen hangsúlyozni kívánom, hogy nagy figyelemmel kell lennünk és a manometer segítségével folytonosan ellenőriznünk, hogy a paraffin

megmerevéseig az említett nyomás állandó maradjon, mert az edények csak ily körülmények között lesznek a kívánt feszülés alatt rögzítve.

A paraffin megmerevése után az aorta abdominalis ágaival együtt, lehetőleg a finomabb elágazódásokig követte, szabaddá tétetett és több heti alkoholban való keményítés után az egyes edényrendszerek (hasi aorta ágai) lefényképezettek.

A fényképezés a ezélből történt, hogy ily módon az edények kanyargósságát és görbületeit állandósítva, azokat az edényrendszerek szétdarabolása után is feltüntetve láthassuk és egyéb vizsgálati eredményeinkkel összehasonlíthatjuk.

¹ Ueber die Abhängigkeit der Bindegewebsneubildung in der Arterien-Intima ect. Virch. Arch. Bd. 104. S. 219.

Eset	belhártyájának vastagsága micromilliméterekben																			A halál oka	
	1. A hasi aorta	2. A hasi aorta	3. A hasi aorta	4. Az art. coeliaca	5. Az art. lienalis	6. Az art. lienalis	7. Az art. hepatica	8. Az art. coron. ventr.	9. Az art. mes. sup.	10. Az art. mes. sup.	11. Az art. mes. sup. ágai	12. A jobb vese itér	13. A bal vese itér	14. Az art. mes. inf.	15. Az art. mes. inf. ágai	16. Az art. iliac. comm. dextr.	17. Az art. iliac. comm. sin.	18. Az art. iliac. comm. dextr. elágazód. helye	19. Az art. iliac. comm. sin.		
1.	330 42 186	150 42 96	180 54 117	480 12 246	48 18 33	.	54 6 30	24 0 12	90 18 54	114 12 63	30 12 21	60 24 42	36 20 28	36 12 24	24 12 18	192 36 114	510 60 285	582 24 303	390 36 213	Atrophia granularis renum	
2.	420 36 228	150 24 87	180 24 102	36 0 18	54 12 33	.	36 6 21	48 .br/>21	48 6 27	42 6 9	18 0 9	96 33 66	84 18 51	24 6 15	18 6 12	84 6 45	120 12 66	96 12 54	.	"	
3.	318 36 177	.	156 60 258	606 6 303	30 6 18	96 6 51	36 6 21	54 6 30	720 6 363	750 24 387	48 6 27	72 6 39	90 6 48	.	102 48 75	690 12 351	480 25 202	360 36 198	168 18 93	"	
4.	480 60 270	210 108 159	.	120 18 69	570 30 300	.	84 18 51	.	48 24 36	360 30 195	72 30 51	150 42 96	294 60 177	72 12 42	150 30 90	198 24 111	.	.	.	"	
5.	270 72 171	444 24 224	180 72 126	90 15 52	34 6 20	.	.	.	108 15 61	75 24 49	30 0 15	48 9 28	69 0 34	45 6 25	30 6 18	114 12 63	66 9 37	50 18 34	53 30 41	"	
6.	.	60 24 42	78 18 48	12 0 6	6 0 3	54 0 27	48 0 24	6 0 3	48 0 24	36 0 18	12 0 6	6 0 3	.	18 0 9	6 0 3	30 6 18	30 6 18	.	.	Pneumonia crouposa	
7.	210 84 147	240 60 150	246 36 141	.	.	.	.	66 30 48	1272 48 660	840 54 447	156 54 105	36 6 21	48 6 27	.	204 90 147	102 24 113	98 40 69	.	.	Apoplexia cerebri
8.	120 48 84	216 30 123	186 36 111	48 6 27	24 12 18	.	54 0 17	.	180 18 99	.	54 0 27	30 12 21	.	36 9 22	.	288 60 174	204 60 132	156 12 84	.	Tuberculosis pulmonum	
9.	252 48 150	190 24 108	300 84 193	90 6 48	30 0 15	42 0 21	18 0 9	30 6 18	150 30 90	78 6 42	30 6 18	24 0 12	54 0 27	36 0 18	78 18 48	108 18 63	258 42 150	240 18 129	228 18 123	"	
10.	100 48 74	312 25 163	168 60 114	6 0 3	18 0 9	.	72 0 36	.	60 0 30	30 6 18	.	24 6 15	36 6 21	.	39 6 45	138 30 84	132 12 72	.	.	"	
11.	189 39 114	129 39 84	117 33 75	24 9 16	57 9 33	24 6 15	12 6 9	.	59 6 32	33 6 19	.	120 17 68	54 9 31	33 0 16	.	57 6 31	48 12 30	30 12 21	36 12 24	.	Pneumonia crouposa
12.	80 30 55	78 20 49	.	18 6 12	24 12 18	.	30 12 21	6 0 3	24 16 20	.	6 0 3	12 0 6	6 0 3	24 6 15	12 6 9	24 12 18	30 12 21	28 12 20	.	Paralysis progressiva	
13.	348 42 195	330 42 186	252 36 144	48 12 30	300 6 153	.	.	24 0 12	36 0 18	30 0 15	30 0 15	48 0 24	.	36 6 21	.	240 30 135?	Carcinoma recti
14.	112 24 68	.	105 24 64	72 24 48	.	.	.	.	18 6 12	.	60 0 30	30 6 18	48 12 30	6 0 3	.	72 24 48	48 12 30	90 6 48	.	Tuberculosis pulmonum. Degeneratio amyloidea

Az edényrendszereket fényképezésük után egy *Thoma* által külön e célra készített fűrészfűrészeléssel szétaraboltam. Említett eszköznek kiváló előnye abban rejlik, hogy lehetővé teszi az edények tengelyére merőleges harántmetszetek készítését.

Minden egyes edényrendszeren 19 harántmetszetet készítettem. A metszések a következő helyeken történtek, ú. m.:

1. *Hasi aorta* 3 cm.-rel a *tripus Halleri* felett.
2. *Hasi aorta* az art. renal. és az art. mesent. inf. eredése közötti középen.
3. *Hasi aorta* az art. mesent. inf. eredése és elágazódása közötti középen.
4. *Art. coeliaca* eredése és elágazódása közötti középen.
5. *Art. lienalis* 2 cm.-rel az eredése mögött.
6. *Art. lienalis* közvetlenül az elágazódásai előtt.
7. *Art. hepatica* eredése és elágazódása közötti középen.
8. *Art. coronaria ventriculi*.
9. *Art. mesent. sup.* közvetlenül az eredése mögött.
10. *Art. mesent. sup.* eredése és elágazódása közötti középen.
11. Az art. mesent. sup. néhány ága.
12. *Art. renalis dextr.*
13. *Art. renalis sin.*
14. *Art. mesent. inf.* eredése és elágazódása közötti középen.
15. Az art. mesent. inf. néhány ága.
16. *Art. iliaca commun. dextr.* } eredése és elágazódása közötti
17. *Art. iliaca commun. sinistr.* } középen.
18. Az art. iliaca commun. dextr. } elágazódási helyén.
19. Az art. iliaca commun. sinistr. }

A zsigeri edényeken kívül tehát a hasi aorta és az art. iliaca is vizsgálataim tárgyát képezték; a boncsolásoknál természetesen a többi edények állapotára is figyelemmel voltam.

Az egyes edényrendszerek szétfűrészelése által nyert edénygyűrűkből a paraffinöntvényt (dugaszt) minden esetben könnyű szerrel sikerült eltávolítanom a nélkül, hogy a paraffindugaszkok széttördeltek volna. Az így nyert paraffinkorongokat, melyek természetesen a megfelelő edény-keresztmetszet belvilágosságának pontosan megfeleltek, lefényképeztem. Az egyes edények belvilágosságát azután egyszerűen úgy határoztam meg, hogy a fényképeken a megfelelő paraffin öntvények feltületét az *Amsler*-féle planimeter segítségével kimértem. Ily módon az edények belvilágosságában beállott változásokat a lehető legpontosabban sikerült meghatároznom. A megvizsgálandó edényeket celloidinba ágyaztam és haematoxylin-eosinnal festettem meg. Mivel minden egyes harántmetszeten az intima vastagságát is meghatároztam, azért csak az edény egész kerületét feltüntető hibátlan keresztmetszeteket használhattam fel.

A mellékelt táblázatokban az észlelés és feldolgozás alá került esetek a következő fejezetben részletesen indokolandó elvek szerint csoportosítottak. Az egyes esetek csoportosítása az edényelváltozások foka szerint különben is nehézségekbe ütközött volna, mert az arterio-sclerosis az egyes esetekben különböző zsigeri edényekben nagyobb részt nem egyforma mértékben volt kifejlődve. Igen gyakran láthatjuk, hogy míg egyes zsigeri edényekben az arterio-sclerosis tetemes fokot ért el, addig másokban az edényelváltozások még alig számba vehetők.

A lefényképezett edényrendszerek megtekintésénél feltehető volt, hogy négy esettől eltekintve (2., 6., 12. és 14. eset) a hasi aorta lefutásában többé-kevésbé tetemes elhajlásokat mutatott és hogy ágai kifejezetten kanyargósok voltak. Ezen észleletek valószínűvé tették, hogy a zsigeri edények megbetegedése a megvizsgált esetekben gyakori; sőt az elhajlások és elgörbülések nagyságából az arterio-sclerotikus elváltozások fokára is következtethetünk.

A mellékelt táblázat a megvizsgált edények intimájának vastagságát — mikromilliméterekben kifejezve — tünteti fel. Már ezen táblázat felületes megtekintése is elégséges arra, hogy a megvizsgált esetekben a zsigeri edények gyakori megbetegedését bebizonyítsuk, tekintetbe véve azt, hogy *Westphalen*¹ vizsgálatai szerint az art. coeliaca, mesent. sup. et infer., valamint az aa. renales belhártyája ép viszonyok között kötőszóval nem rendelkezvén, vastagsággal tulajdonképpen nem is bír.

¹ Histologische Untersuchungen über den Bau einiger Arterien. Dorpat 1886.

Hangsúlyoznom kell, hogy az edényelváltozás, illetőleg az edények belhártyájának megvastagodása a hasi aortában és ágaiban (majdnem kivétel nélkül) az edények kerületének különböző részein nem egyforma mértékben lép fel; sokszor ugyanazon keresztmetszeten a leghatalmasabb megvastagodás közel normalis helyekkel váltakozva fordul elő. Leghelyesebben azt mondhatjuk, hogy a zsigeri edényekben az arterio-sclerosis diffusa és nodosa együttesen fordul elő.

Ez okból nem elégedhettem meg az edények belhártyájának egyszerű megmérésével, hanem használható középértékek nyerése céljából minden egyes harántmetszeten az intima legvastagabb és legvékonyabb helyét kellett felkeresnem és göröcsövilag megmérnem. (Az I. táblázat minden egyes rovatában az első szám a megfelelő edénykeresztmetszeten az intima legnagyobb vastagságát, a második az intima legvékonyabb helyét és a harmadik szám a középértéket mutatja, mikromilliméterekben kifejezve.)

A mérések alapján a 6. sz. esetet normalisnak nevezhetjük; az ezen esetben nyert adatokat a többi esettel való összehasonlításra igen előnyösen fel lehet használni. Az edények belhártyája a 12. és 13. sz. esetben is csupán lényegtelen megvastagodásokat mutat.

A zsigeri edények belhártyája az 1., 3., 4., és 5. esetben igen jelentékeny arterio-sclerotikus elváltozáson ment át, míg egyéb edényterületekben az edénymegbetegedések távolról sem voltak oly nagyfokúak. Említett esetekben egyúttal nagyfokú zsugorvase is volt jelen. Hangsúlyozni óhajtom, hogy zsugorvase mellett az edényeket általában és különösen a zsigeredényeket véve tekintetbe, csak egy esetben (2. sz. eset) találtam az arterio-sclerosistól megkímélve. *Holsti*¹ elsődleges vesezsugor eseteiben ugyancsak tapasztalta, hogy az arterio-sclerotikus elváltozások különösen erősen kifejezettek a hasi aorta és nagyobb ágaiban, pontosabb feljegyzéseket azonban ezen edényelváltozásokról nála nem találunk.

A 8., 9. és 10. sz. esete tuberculosisban elhalt egyének-től származik. Egyes buvárok (*Mehnert* és *Bergmann*) vizsgálatai szerint a tuberculosis igen gyakran már igen korán az edények megbetegedéséhez vezet. Ezen esetekben az arterio-sclerosis jelenléte szintén kétséget kizárólag constatálható. Jelen esetekben azonban — ellentétben az előbbiekkkel, a hol az edényelváltozások különösen a zsigeri edényekben székelték — csupán a hasi aortát és az art. iliaca-t (valamint a környi edényeket általában) látjuk nagyobb mértékben elváltozva; míg a zsigeri edények, ha nem is mondhatók egészen normalisaknak, de kétségen kívül sokkal csekélyebb mértékben betegedtek meg. A 14. sz. esetünkben a tuberculosis mellett a zsigerek amyloid elfajulása is jelen volt. Az arterio-sclerosis kimaradása ez esetben talán nemcsak az egyén fiatal korának, hanem ezen körülménynek is tulajdonítható.

A zsigeri edények végül a leghatalmasabban a 7. sz. esetben voltak megbetegedve. Az egyes zsigeri edények belhártyája óriási megvastagodásokat mutatott. Így pl. az art. lienalis belhártyájának legnagyobb vastagsága 960 μ (normalisan 3—30 μ), az art. mesent. superioré 660 μ (normalisan 16—24 μ) volt.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Korányi Frigyes egyet. ny. r. tanár vezetése alatt álló egyetemi I. belkóroda laboratoriumából.

A Widal-féle serodiagnostikáról.

Irta: *Deutsch László* dr., kórodi gyakornok.

(Folytatás.)

E két készítménnyel párhuzamosan még a két egyének megalvadt véréből kiszoruló savóval pontosan *Widal* előírása szerint tettem a göröcsövi kísérletet, és pedig 1:10 arányban (pontosan véve a higitás itt is 11-szeres).

² Ueber Veränderungen der feineren Arterien bei der granulären Nieren-Atrophie. Deutsch. Arch. f. klin. Mediz. Bd. XXXVIII. 1 u. 2.

A megfelelő készítmény párok teljesen ugyanazon módon viselkedtek, csakis annyi eltérés mutatkozott, hogy a serum-készítményben sokszorta több volt a bacteriumtömegek száma s nagysága, mint az oxalat-készítményben.

E kísérlethöz egy theoretikailag fontos eredményt kaptam; jelöljük ennek megértésére egy kaesban foglalt typhusbacillusok számát n -el és tekintjük a vérserumot a $\frac{1}{10}$ -os agglutinin-oldatnak; akkor a két praeparatumban lesz:

	Typhus-kul-tura	Bacillusok száma	Serum	Az agglutinin $\frac{1}{10}$ -a keverés előtt	keverés után
Widal praep. Oxalat	10 kaes	10 n	1 kaes	a $\frac{1}{10}$	a/11 $\frac{1}{10}$
praeparatum	1 kaes	1 n	10 kaes	a/10 $\frac{1}{10}$	a/11 $\frac{1}{10}$

Azaz az agglutininnek százalékos mennyisége a két készítményben ugyanaz, míg a typhusbacillusokhoz való viszonya más, mert ugyanazon mennyiség az eredeti Widalkészítményben 10-szer annyi bacillusra hatott, mint a másodikonban, hogy pedig az agglutinatio teljesen egyenlő intenzitású volt mindkét esetben, az azt bizonyítja, hogy az agglutináló hatás a supponált agglutininnek csakis százalékos mennyiségével halad arányosan; más szóval, a hatás olyan, mint a melyet a chemiai agensek fejtenek ki a szervezetekre. Eme törvényszerűségnek megállapítása adta meg egyszersmind a higitási módszernek jogosultságát.

A góresövi próba megejtése mellett a felhigitott oxalatplasmának 2·2 cm³-nyi maradékát, mely mint tudjuk 0·2 serumot tartalmazott, 4 cm³-nyi typhusculturába öntöttem, mikor a higitás aránya körülbelül 1:30-hoz volt. A typhus plasma kémeső 2 $\frac{1}{2}$ óra múlva egészen megtisztult, csak vörhenyessé vált, míg a controll ép plasma kémeső zavaros maradt.

Ezóta a natr. oxalicum oldatát, mely főzés által könnyen sterilizálható, szerfelett gyakran alkalmaztuk.

Még sokkal kifogástalanabb eredményeket láttam a pióczakivonat használatára óta. E folyadékot Achar s Bensaude¹ a vér sejtes elemeinek az agglutinálás mechanizmusánál játszott szerepére vonatkozó vizsgálataik alkalmával jónak találták, de kórodai czélokra tudtommal nem ajánlották mindaddig. A kivonat elkészítésének mikéntjére vonatkozólag Freundnél² találtam pontos adatokat. E szerint a pióczákat absolut alkoholban tartottam 24—36 órán át, majd feji harmadukat levágtam s felaprózva szobahőnél pár órán át szárítottam. A porított darabokat konyhasó 6 $\frac{1}{10}$ oldatával 24 órán át kivontam (1 pióczára 10 cm³ viz), s a szűrletet kissé olajzöldes, tiszta, közömbös folyadék képében kaptam, mely 0·4 $\frac{1}{10}$ carbollal hátrány nélkül conserválható. A folyadék az alvást absolute megátolja, de e mellett a vörös véresejtek conserválja is; ha pl. e kivonatot alkalmas pipettában friss ujjesücs-vérrel az illető arányban (1:15) keverjük s a csőnek végét beforrasztva hűvös helyen állni engedjük, úgy a cső felső része 10 perc múlva vitziszta lesz a rózsaszínek nyoma nélkül, míg a vörös véresejtek sűrű, sötét-vörös tömeg alakjában lenn meggyűlnek. Magára hagyatva a folyadék 3 óra alatt, centrifugában 2 perc alatt egészében megtisztul. A tiszta folyadékból (pióczaplasmá) most ép úgy készítettünk góresövi készítményt, mint az oxalatplasmánál leirtuk; valamint a kémesőkészítményre is az egész maradékfolyadékot használtuk fel. Az eredmény mindkét esetben igen jó volt; az oxalatplasmával szemben nagy előnye a pióczakivonatnak, hogy a culturát meg nem festi, mert a vörös véresejtek a kémeső fenekére változatlan lesüllyednek.

Gyakorlati okokból a higitás pontos kivitelére eszközt szerkesztettem, mely a mennyiben megengedi, hogy a vérnek kis mennyiségével dolgozhassunk, a gyakorlat czéljaira értékesíthető lesz.

Az eszköz hengeres cső, melynek 0·2 cm³ űrtartalmú keskenyebb, s 3 cm³ űrtartalmú szélesebb része van; az $\frac{1}{10}$ cm³-ekre, ez $\frac{1}{10}$ cm³-ekre van beosztva.

A keskeny cső gummisípkával elzárható, míg a cső szélesebb végére gummicső illeszthető. Használat előtt a csövet a higitó folyadékkal átfeeskendjük, hogy a vér az üvegfallal mellett meg ne alvadjon; most tiszta tüvel a ujjhegybe mélyen beszúrunk, s a kinyomuló véresepeket, melyeknek mennyiségét könnyen fokozhatjuk a kívánt mennyiségig (0·1—0·2 cm³) a cső keskeny végébe beszöktetjük, s ezután a gummicső segítségével a higitó folyadékot szívjuk fel óvatosan, s erre vagy rázó mozgások, vagy pedig kis üveggolyó segítségével a folyadékot összerázzuk. Most a gummisípkát a cső végére szorosan ráhúzzuk s vagy hűvös helyre állítjuk, hol 5—6 óra alatt a folyadék nagy része megtisztul, vagy centrifugáljuk, mikor a kívánt eredményt 2—3 perc alatt elérjük. Most a gummisípka levétele után a cső keskeny részéből a véresejtömeget óvatosan kibocsátjuk s a maradékfolyadékot mikroskopos vagy kémesővi próbákra tetszés szerint felhasználjuk. Czélszerűnek láttam keskenyebb (6·5 mm. átmérőjű) kémesővek használatát, melyeket előzőleg $\frac{1}{2}$ cm³-ekre beosztottam, s melyeket $\frac{1}{2}$, 1, 1 $\frac{1}{2}$ cm³ bouillonnal töltöttem volt meg. Most a higitásokat a culturákkal könnyen vihetjük ki.

Pl. Veszünk 0·2 vért, felszívjuk a higitó folyadékkal együtt az 1 cm³ jelig, akkor a higitás foka az eredeti vérhez viszonyítva ötszörös lesz;

- I. kémeső: $\frac{1}{2}$ cm³ savó + $\frac{1}{2}$ cm³ cultura = 10-es higitás
 II. kémeső: $\frac{1}{3}$ cm³ savó + 1 cm³ cultura = 15-ös higitás
 III. kémeső: $\frac{1}{2}$ cm³ savó + 1 $\frac{1}{2}$ cm³ cultura = 20-as higitás

A kémesőveket összerázza szobahőnél tartjuk s vizsgáljuk makroskopice rajtuk az agglutinatio jelenségét.

A góresövi próbákat most a kémesővekből platinkacs segítségével vehetjük; de ha kémesővek rendelkezésünkre nem állanak, a higitott serumból a fentebb kifejtett elvek szerint készítjük a góresövi praeparatumokat. Azaz a fentebbi példában:

- 1 csepp savó + 1 csepp cultura = 10-es higitás¹
 1 csepp savó + 2 csepp cultura = 15-ös higitás
 1 csepp savó + 3 csepp cultura = 20-as higitás s i. t.

A leirt eljárás teljesen gáncs nélkül való és mint matematikai pontossággal végezhető mivelet, az agglutinatio titráló vizsgálatára kényelmesen felhasználható.

Miután mi az e módszer adta eredményeknél pontosabbakat nem kívánhattunk, az ajánlott egyéb methodusokkal e helyen röviden végzünk.

A vérrel magával kétféleképen kísérlettem meg a reactiót. Az egyik az, melyet Purjesz tanár említ, hogy t. i. a serum helyett directe egy csepp vért tegyünk a typhus culturához. E módszer mikroskopice csak tájékoztató próbául használható, minthogy a véresejtek az agglutinált tömegek összeapzódását gátolják. Ellenben a kémesővi próba ilyen kivétel, mit Minich is ajánl, eléggé megbízható eredményeket szolgáltat; azonban ajánlani még se mernők, minthogy gyakran több órai időbe került, míg a felrázott vörös véresejtek annyira leülepednek, hogy a positiv próba felismerhető legyen, míg a megfelelő serum praeparatumok már félóra múlva nyilvános pelyheket mutattak.

Pfuhl² módosítását sem ajánlhatjuk, legalább is nem tarthatjuk pontosnak. Tény azonban, hogy a methodus gyors diagnosis-ra elég jól használható, de csak úgy, ha a higitást pontosan végeztük, pl. pipettával; most a higitott vérből egy cseppet betehetünk a vajt tárgylemez mélyedésébe, s 10 perc múlva a felső rétegekből platinkacsval véresejtmentes folyadékot kaphatunk. Mi azonban, minthogy rendszeren kémeső-controllpróbát is készítettünk, mindig, mint említők, esőben ülepítettük le a vörös véresejteket.

¹ Achar s Bensaude: Archives de méd. expérim. 1896. 748—760. l.

² Limbeck idézett könyvében. Freund: Die Gerinnung d. Blutes 181. l.

¹ Mint előbb említettük, 10-es higitást úgy is készítettünk, hogy a 10-szeresére higitott vérlasmának nagy tömegéhez igen kevés typhusculturát tettünk. Az eredmény teljesen egyező a fentebbi példában tárgyalt módszerével.

² L. fentebb.

A mi a beszáradt vérpróbát illeti, melyet Widal azon tény ismerete alapján ajánlott, hogy a beszáradás az agglutinint el nem pusztítja, csak gyengíti, azt több esetben készítettük meg egyéb próbák mellett, Widal előírása szerint. A véreseppet papiroson beszárítottuk, majd 2 csepp vízzel feloldva hozzá 8 csepp tiszta culturát adtunk. A reactio minden typhus esetünkben pontosan beállott. Egy esetben, mikor a typhusra gyanús betegnek tárgylemezre rászáradt vérére Reisz Oktáv dr. volt szíves diagnostikus czélből rendelkezésemre állítani, a becslés szerint pontosan hígított készítmény $\frac{1}{2}$ óra mulva positiv eredményt nyújtott, s a beteg 24 óra mulva a diagnosist a tipikus körjelekkel megerősítette.

Hogy a próba egyszerű és könnyen kivihető, tény; ép oly biztos azonban, hogy addig, míg a reászáradt vér mennyiségének meghatározására egyszerű methodusunk ninesen, míg tehát a hígítás fokát pontosan nem ellen őrizzük, a száraz methodustól biztos eredményt nem várhatunk. Ellenben semmi sem zárja ki azt, nem lehetne-e a gyakorlatba ismert űrtartalmú, pl. 0.1 vagy 0.2 cm³-nyi csöveket behozni, a melyekből a befolyt vér óráüvegre kifújható, a honnan azután laboratoriumban azt lekaparva ismert mennyiségű vízben feloldhatjuk, s így ismert hígítással dolgozunk. Ilyetén cautelák mellett hozzájárulunk mi is ahhoz a dícsérethez, melylyel Widalon kívül Pick¹ illeti a módszert; és így lehető lesz is, hogy a vidékről beküldött vérpróba alapján biztos diagnosist mondhatunk. Johnston és Taggart² értesítése szerint így történik ez már kiterjedten Canadában, hol a bacteriologiai intézet már százkra menő diagnosist állított fel a száraz vérpróba alapján, de a hígítást csakis becslés szerint végezik a vizsgálók.

A mondottak alapján a klinikai vizsgálatokat a hígítási módszerrel végeztük rendszeresen, még pedig a mikroskopos módszerrel, mely a finomabb mechanizmusba betekintést enged s azonfelül gyorsabb is a kémcsőmethodusnál, hol az agglutinált halmazoknak nagyobb pelyhekké való összeverődése s lesüljedése képezi a reactio kriteriumát s ez csak néhány óra alatt következik be, míg a göröső segítségével a vérvételtől számított 10 perc mulva már biztos eredményt kaphatunk.

Eseteim közül 8 már egyéb jelekből is biztos typhusnak volt felismerhető, egy kétes esetről később bőven szólok, s ezenkívül számos (icterus cat., diabetes, bronchitis putrida, endocarditis acuta, ischias, meningitis acuta, pneumonia crouposa, ép egyének) controllvizsgálatot végeztem.

Összes vizsgálataim alapján kijelenthetem, hogy a 15-szörös hígítással más betegségnél, mint typhusnál soha sem kaptam agglutinációt, miért is majdnem minden esetünkben legalsóbb határnak ezt a hígítást alkalmaztuk, csakis kezdetben, mikor még Widal originalis módszerének hatása alatt állottunk, elégedtünk meg némely esetben a 10-szeres hígítással.

Nyolcz említett esetünk (Faragó, Zsömle, Bereczki, Papp, Antony, Stachó, Schultz, Weisz) a vizsgálat első napján promptul adta a reactiót a 15-szörös hígításban.

Az esetek közül az első vizsgálat napján

4 beteg	7
1 "	8
1 "	11
2 "	14 naposnak volt valószínűsége

gel tekinthető.

Érdekes eredményeket nyújtott a serodiagnostika egy a kórodára f. év február 12-dikén felvett 40 éves férfi betegnél (Takács), ki magát már 9 nap előtt betegnek érezte, 5-dikén este rázóhideget kapott, s azóta általános fájdalmasságnak s gyengeségnek tüneteivel betegen feküdt volt. A lázak naponként rendszeren jelentkeztek, a fő- s végtagfájdalmak nem hagyták el. A jelen állapot ileocoecalis fájdalmakon, kisebb léptumonon, csekély bronchitisen kívül eltérést nem mutatott fel; kifejezett hasmenés jelen nem volt, csakis hígabb szék. A hőmenet szabálytalan remittáló lázat tüntetett fel.

¹ Pick. Wiener kl. Woch. 1897. Nr.4.

² Johnston és Mc. Taggart. British med. Journal. 1896. december 5.

Február 13. Vérpróba: Kémcsőpróba (25. sz. hígítás) negatív
Görösőpróba (15. sz. ") "
" (10. sz. ") "
" (5-szörös ") positiv 1 óra mulva
Vizelet (1:2)¹ negatív

Február 14. Új kísérlet: Kémcsőpróba (25.) positiv három óra mulva
Görösőpróba (15.) positiv 10 perc mulva
" (10:5) momentán positiv

Ez ismételt vizsgálat alapján a kórismét typhusra tettük:

Február 15. Kémcsőpróba (25.) negatív
Görösőpróba (15:10) negatív
" (5.) positiv félóra mulva.

A negativ lelet az előbbi nap positiv eredményét le nem dönthette s mi kórisménk mellett megmaradtunk, mit a további lefolyás annyiban igazolt, hogy a hőmenet teljesen a stadium decrementi jelleges lehágó lépesőjének képét vette fel és 16-tól kezdve a kórodáról elbocsátatása napjáig (február 23.) a positiv reactiót a 15-szörösére hígított vérben a legnagyobb biztonsággal kaptuk, az utolsó három napon a betegnek teljes jó érzete mellett, láztalan állapotában.

A serodiagnostika segítségével egy esetben a „typhus levisimus“ kórismét állíthattuk fel, melyet különben megállapítani képesek nem lettünk volna.

A controllkészítmények a fentebb említett nem typhusos egyéneknek 15-szörös hígításban még órák mulva sem adtak positiv agglomerációt s a kémcsőveknek zavarossága sem enyhült. Egy esetben (icterus catarrhalis) a kémcső a Breuer-féle pseudoreactióhoz hasonló képet adott, mikor t. i. a zavaros folyadékban porszerű homály jelent meg, de ez a biztos reactionnak pelyhes csapadékától bizony meg volt különböztethető.

Mi ezek alapján a Gruber-Widal-féle reactiót, ha matematikai pontosság szemeltartása mellett végezzük, a typhus diagnosztizálására eddig ajánlott minden módszernél jobbnak, biztosabbnak mondhatjuk.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XVI. rendes ülés 1897. május 8-dikán.)

Elnök: Moravcsik Ernő; jegyző: Diebolla Géza.

A pyothorax gyógykezeléséről.

Dollinger Gyula: A gyógykezelés szempontjából a pyothoraxot felosztja: metapneumoniás, septikus, tuberculosus és idültkre.

1. A metapneumoniás empyema a leggyakoribb. Ez spontan módon is meggyógyulhat, de azért, ha a spontan gyógyulást várva a műtétet elodázzuk, a beteg nagyobb veszélynek teszi ki, mint a mennyit kockáztatunk, ha az empyema felismerése után azonnal megoperáljuk, mivel az aseptikus sebkezelés mellett a műtét veszélyei minimumra vannak reducálva.

Megbeszéli a különböző művi eljárásokat:

a) *Az egyszerű punctio és annak különböző módosításai, a melyek között a legújabb a Lewaschow-é.* Lewaschow a genyedség kibocsátása után a genymennyiségnek megfelelő physiologikus konyhasó-oldatot feckend a mellüregbe, a melyet natrium carbonicummal alkalisált. Az összes punctiók eljárásoknak az a hátrányuk, hogy azokat sokszor kell megismételni és akkor sem tudjuk, vajjon nem lesz-e később mégis mellkasmetszésre szükségünk.

b) *A Büllau-féle szívó drainezés.* Ennek hátránya, hogy az egész eljárás igen complicált és azért is ritkán vihető keresztül szigorúan, mert már egy néhány nappal a műtét után a genyedség a drainsó mellett is kezd kifolyni a mellkasból és a levegő pedig abba behatolni, mi által az eljárás illusoriussá válik. Később a genyedség olyan kevés, hogy az a tüdő tágulását befolyásoló szívóhatást kifejteni nem képes.

c) *Az egyszerű mellkasmetszés.* Az ezzel elért eredmények az aseptikus sebkezelés előtt nagyon rosszak voltak, csak néha volt egy beteg, a ki úgyszólván véletlenül menekült meg az infectiótól és meggyógyult. Az aseptikus sebkezelés óta az eredmények igen jók és most hívei napról napra szaporodnak. Nálunk Verebélyi, a külföldön pedig a sebészek egy nagy sorozata végez pyothoraxnál egyszerű mellkasmetszést bordaresectio nélkül. Előnye a többi között az is, hogy localis anaesthesiával is elvégezhetjük.

d) *A bordaresectioval combinált mellkasmetszés* célja csupán az, hogy a genyedségnek biztos lefolyásáról gondoskodjunk. Nélkülözhetetlen a bordaresectio csupán azon ritka esetekben, a melyekben a bordák egymást érik és a bordaközön át nem folyhatnék ki jól a genyedség,

¹ A vizeletről később bővebben szólok.

jában jelzett pharmacistologikus irányban mozog. Nevezettek azon feladat megfejtesére vállalkoztak, hogy az ú. n. helybeli érzéstelenítő szerek, a mikor alkalmaztatások helyén az érzékenység, a fájdalmat megszüntetik, okoznak-e vagy sem strukturabeli változásokat az érzékenység különben közvetítő ú. n. érző idegvégkészlékekben. A nehéz és subtilis feladatot pozitív eredménnyel fejtették meg, a mi csak úgy volt lehető, hogy oly állatokat választottak ki a szükséges kísérletek céljaira, a melyeknél bizonyos testhelyeken az érző idegvégződések feltűnő nagy számban vannak jelen s igen nagyok. Ilyen kísérleti helyek voltak a kacsá esőrének bőre s a macska mesenteriuma, az előbbiben a Herbst és Grandry-féle, az utóbbiban a Vater-Pacini-féle testecskéknél nevezett érző idegvégkészlékek láthatók szépen és nagy számban.

A vizsgálat körébe vont érzéstelenítő szerek, melyeknek nagy számával különben nem dicsekedhetünk, voltak a cocain sósavas sója, a phenol 2%-os oldata, az aethylchlorid (C₂H₅Cl) s végül a jég. Ezen anyagokkal érzéstelenítve a kacsá esőrének s a macska mesenteriumának egyes helyeit s az érzéstelenítés tetőpontján vizsgálva meg a kimetszett érzéstelen szövetet osmiumsavval fixálás, majd alkoholban keményítés, esetleg aranychloriddal kezelés után, azt találták, hogy az onlított végkészlékekben lényeges, szembeszökő szöveti változások lépnek fel, s míg a carbol, aethylchlorid és jég hatására a végkészlékekkel együtt az alapszövet is változást szenved, addig cocainra csupán csak a végkészlék göröcsői képe változik meg. Szerzők a végkészlékek elváltozását csak a behatás helyén látták fellépni, azzal szomszédos területen alig vagy egyáltalában nem volt eltérés észlelhető. A Herbst és Vater-Pacini-féle testek elváltozását mind a négy érzéstelenítőnél jellemzi a megkisebbedés, az azokat alkotó lemezek szabálytalan összoesése, töpörödése, a merevebb tokot alkotó szövet és testecske között szabálytalan ür fellépése s a tok belső lemezeinek ellazulása, eltorzulása.

A Grandry-féle testecskék a cocain anaesthesiánál megtartják eredeti képüket, az aethylchlorid és jég hatására azonban az egész alapszövet ellapulásának megfelelőleg laposra nyomottak, a carbol hatására pedig az alapszövettel analog módon homogennékké lesznek s magvaik körvonalai elmosódnak.

Mind a négy érzéstelenítő, bár különböző okokból, a szövetben, melyre hatnak, vérszegénységet idéz elő. Nem lehetetlen, hogy az érző végkészlékek strukturájának imént leírt változásai ezen körülménnyel is összefüggésben vannak, a mihez a carbol illetőleg hozzájárul még az utóbbinak szövet colliquatiót előidéző hatása, cocainnal pedig bizonyos, még közelebről nem ismert specifikus, bizonyára chemiainak mondható hatás.

Ezen szöveti változások, ha az anaesthesia megszünt, többé nem láthatók, tehát könnyen és gyorsan reparálódnak, még leglassabban a carbol után. Ezen tapasztalatok is élenken bizonyítják, hogy az anaesthetikus hatás a leírt szöveti változásokkal kapcsolatos viszonyban áll.

Erdélyi Muzeum-Egylet orvos-természettudományi szakosztálya.

(1897. évi január 22-dikén tartott orvosi szakülés.)

Elnök: Purjesz Zsigmond; jegyző: Genersich Gusztáv.
„Összehasonlító kísérletek a kéksavnak és lobelinnak a légcserére tett hatására vonatkozólag.“

Jakabházy Zsigmond dolgozatát *Löte József* olvassa fel a fávollévó szerző helyett. Jakabházy vizsgálatait a strassburgi gyógyszerintézetben végezte és a Dreser-Jakobi-féle készületeket használta. Tapasztalatai a következők: a) A kéksav már igen csekély adagban (0.3–0.4 intravenose) izgatja a légzési központot, a lélegzések erősebbek lesznek, a légesere fokozódik, lehangoltság nem következik be, a légzési szám alig változik. Nagyobb, de komoly mérgezést még elő nem idéző adagnál az izgató hatás még intenzívebb, de a légzési szám is megapad. A kéksav nincs hatással a tüdőbéli vagusvégekre, a vérnyomásra és érverésre. b) A lobelinnak már igen kis adagjai (1–2 mgr.) izgatják a légzési központot, a lélegzések erősebbek lesznek, a légesere 30–40%-kal emelkedik, a nélkül, hogy a légzési szám lényegesen megváltoznék. Nagyobb (6–10 mgr.) adagok az erélyt még jobban fokozzák, de a lélegzés (10–15 percig) eleinte gyorsul, később kis fokban lassodik, de korántsem annyira, mint a kéksavnál. A lobelin a vagus hürgei végeit 8–15 perc múlva bénítja, a hatás 40–50 perc múlva enged. A lobelin átmetszett vagusok mellett a légzés állandó gyorsulását eredményezi. A lobelinnak már igen kicsiny adagjai sem közömbösebbek a vérnyomásra, hanem eleinte 5–10 percig a vérnyomást kissé leszállítják, s azután annak állandó emelkedését okozzák.

Udránszky: A lélegzések számát jelző vonalak oly ingadozásokat mutatnak, minőket operálás alkalmával látni lehet. Kérdés, számba vette-e ezt a szerző.

Löte kiemeli, hogy Jakabházy minden kísérletnél bevárta az időt, míg az állat le nem csendesedett.

A Widál-féle typhusreactio.

Purjesz: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöltük).

(1897. évi február 27-dikén tartott orvosi szakülés.)

Rubeola.

Genersich Gusztáv: Referál egy a helybeli leány-árvaházban fel lépett rubeola-járványról, mely alatt a bántalmat 13 jól kifejezett esetben észlelhette. Jellemzi a bántalom tipikus tüneteit, kiemeli annak könnyű lefolyását és irodalmi áttekintést nyújt a bántalomnak elnevezésére, egyes tünetek fontosságára, más betegségekkel, nevezetesen a morbillivel és scarlatinával való összetévesztésére, a stadium incubationis hosszára, a bántalom tartamára vonatkozó régebb és újabb keletű nézetekről, melyek a legfőbb vonásokban egybehangzóak és a rubeolának önállóságát megindíthatatlanná teszik.

Azóta előadónak ismét 3 tipikus esete volt a magánygyakorlatban és mai előadásának egyik célja a szakkörök figyelmét felhívni arra, hogy a bántalom jelenleg is előfordul Kolozsvárt, hogy diagnostikus tévedések kikerültessenek és a családok e tévedések kellemetlen következményeitől megóvassanak.

Úti jegyzetek.

Jakabházy Zsigmond: Külföldön tett tanulmányútjáról referál. Meglátogatta a bécsi, hallei, lipcei gyógyszerintézeteket, hosszabb ideig tartózkodott Strassburgban Schmiedeberg intézetében és ott a kéksavnak és lobelinnak a légeserére vonatkozó kísérleteit végezte.

Ismerteti általában az egyes intézetekben uralkodó szellemet, leírja a berendezést. Behatóbban szól Schmiedeberg világhírű intézetéről.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Elmebetegügy, iszákosok menedékhelyei és védekezés a tüdővész ellen.

Fenti címmel egy füzetke hagyta el a sajtót, mely *Niedermann Gyula* dr., kir. tanácsos és *Chyzer Kornél* dr., ministeri tanácsos által szerkesztve a bonyhádi *Perczel Dezső* belügyminister elé terjesztett jelentést foglalja magában külföldi tanulmányútjukról, melyet ugyancsak a belügyminister megbízásából tettek meg azon célból, hogy az elmebetegék ápolása colonialis rendszerének hazánkban való meghonosítására a szükséges előtanulmányt megtegyék.

A csinos kiállítású és Boruth E. könyvnyomdájában készült füzet bevezetésként a belügyministernek röviden számot ad a szakértők távollétének idejéről, mely 1896. évi szeptember hó 22-dikétől október hó 26-dikéig tartott, az utazás irányáról, mely Ausztria, Svájc, Németország, Franciaország, Belgiumon át vezetett, valamint a meglátogatott intézetek számáról, mely 23-ra terjed.

A „Tartalom“-jegyzék a füzetet 9 fejezetre osztja, melyek közül I–IV. az elmebetegék, V. a hülyék, VI. az eskórosak, VII. az iszákosok különböző rendszerű intézeteit és menedékhelyeit ismerteti és tárgyalja, VIII. „védekezés a tüdővész ellen“, IX. pedig „következtetések és irányzatok hazai feladatainkra vonatkozólag“ címét viseli.

Az egyes intézetek és menedékhelyek részletekre kiterjedő leírásban tárgyaltnak, a közegészségi, nemkülönben a szakkövetelményeknek megfelelő berendezések ép úgy, mint az adminisztrationalis beosztás, valamint a költségvetés, a személyzet helyzete és javadalmazása egyaránt behatóan van méltatva és mindez könnyen áttekinthető alakban, tömör és világos irálylyal van megírva.

A felsorolt intézetek és menedékhelyek közül az utazó szakértők érdeklődését különösen lekötötte az „Altcherbitz“-i colonia Poroszország szász tartományában és Gheel nagy kiterjedésű coloniája Belgiumban, mely utóbbiban az elmebetegék egyes családoknál, a falvak népességénél helyzetetnek el. Földmíveléssel összekötött tébolydák közül 8-at említ a füzet. Ezek legtöbbike régi intézet, melyek a korral haladva csakis az utóbb lefolyt 2 évtizedben láttattak el, illetve bővítettek földmívelési coloniák-kál, az újabbban épült tébolydák közül különösen figyelemre méltó Berlin városának „Hérzberge“ nevű tébolydája, mely coloniájával egy időben épült. Kiemelve találjuk a munkával párosult szabad kezelésnek úgy általános egészségi, mint pedig elmeorvászati nagy előnyeit.

A zárt intézeteket Párisban találják és írják le a szakértők; jelen tanulmányútjuk érdekében alig értékesíthetők, ha csak a tekintetben nem, hogy a tébolydaügy fejlődésének egy

már szerencsére elmúlt korszakát tüntetik fel, a melyhez visszatérni többé nem lehet. Párisi tapasztalataikból kétségen kívül legérdekesebb a Bourneville által vezetett idiota-intézet „Bicêtre”-ben. Európaszerte egyike a legjobban vezetett idiota-intézetnek, melyben a tanítási rendszert is a szakorvos állapítja meg.

Az eskórosak egyik legnagyobb intézetét, a „Wuhlgarten”-t Berlin mellett is megtaláljuk a leírásban.

Az iszákosok menedékhelyeit Svájcban keresték fel és az itt társadalmilag létesített és már működésben levő menhelyek közül leírva találjuk az „Ellikon” és a „Nüchtern” nevűeket. Ezen intézetek szervezése, szabályzata és berendezése részletesen van méltatva.

A „Grabowseei Sanatorium” Oranienburg mellett tüdővészések számára létesült és itt volt alkalmuk a szakértőknek tanulmányukat ez irányban is kiegészíteni.

Ily módon rövid ismertetését nyújtjuk ezen kiváló érdekességű füzetnek, mely a belügyminister kezdeményezésére két kiváló szakértő buzgóságának köszöni létét. A szakértők teljes elismerésre méltó nagy munkát végeztek, a midőn alig néhány hét alatt a művelt kontinenst bejárva, ily rendkívül fontos kérdéseknek hazánkban való sikeres megoldásához megszerezték a megfelelő tapasztalatokat. Kívánatos csupán, hogy a mily éles látással és kiváló szakértelemmel gyűjtötték tapasztalataikat a külföldön, hogy ép oly erős bírálattal vizsgálják meg, hogy sajátlagos hazai viszonyaink közt mindezekből mi lenne átültethető és meghonosítható.

E tekintetben azonban olvasva a füzet végső fejezetét, nem vagyunk és nem lehetünk teljes megnyugvással a „következtetések és irányzatokra” nézve, a melyeket a most már itthon időző szakértők felállítanak és a létesítendő intézetekre nézve a belügyminister különös figyelmébe ajánlanak.

A külföldi példa külföldi viszonyok közt jött létre, az általános művelődéssel tartott mindenütt lépést az elmebetegügy fejlődése is, a magasabb kultúra eloszlott sok előítéletet és balhítet, az elmebetegek is az általános emberszeretet gondozásában és oltalmában részesültek, társadalmi és magánintézetek alkalmazták első sorban az elmebetegekkel szemben is az emberszeretet tanait és csak a midőn a magán-tevékenység már eloszlatta részben a szerencsétlen elmebetegeket sujtó előítéleteket, csak akkor nyitották meg a hatóságok eleinte fegyházait, később kórházait az elmebetegek számára.

A zárt intézeti kezelés és a szabad colonia, még inkább pedig magáncsaládoknál való ápolás közt a közvetítő kapcsolatot a jóindulatú és műveltebb társadalom képezheti csupán, mely fogékonysággal bír az elmebeteg lelki élete és belátással a beteg kóros cselekedetei iránt.

Szükséges mindenekelőtt a közérdekeltséget felébreszteni, részvétet gerjeszteni az elmebeteg iránt; ha megtettük és elértük azt, hogy az elmebetegség nem tekintetik többé a család szegényének, hanem csupán szerencsétlenségének, akkor majd lehet az elmebeteget fizetés mellett szegénysorsú családok ápolásába adni, de addig, a míg még a műveltebb körök is a börtönt kevésbé tartják megbélyegzőnek mint a tébolydát, míg ezen közfelfogás az uralkodó, addig minálunk az elmebeteget családokhoz adni el látás és ápolás végett nem célszerű, mivel a beteg érdekét kellően megfontalmazva nem látjuk.

Gheelt hazánkban csak úgy egyszerűen utánozni nem lehet; Gheel is csak 40 év óta nyert orvosi szervezést, de évszázadokon át mint csodatevő hely vonzotta oda az elmebetegeket, a kik Gheel és a környező községek elöljárósága nyilvántartása mellett helyeztettek el magánházakban, egyes családoknál, sőt ma is nem annyira az orvosilag szervezett colonia, mint inkább a csodatevés magikus erejébe vetett hit az, a mi hírnevét egyre növeli. Oly lelki csábba pedig, oly megvesztegető hatalommal mi orvosok nem rendelkezünk, hogy a csodatevés babonáját vehetnők segítségül ilyenemű valóban nagyszerű intézmény létesítésére. A csodatevés ma Lourdesba viszi az embereket, Lourdesból lehetne is a világ legnagyobb sanatoriumát alkotni, belőle egy második Gheel is lehetne létesíteni. Hogy már csupán a hitbeli élet útján mily hatalmas befolyást lehet gyakorolni még mai napság is, annak nagyszerű példáját szolgáltatja „Bielefeld” Hannoverben, a hol egy egyszerű protestáns lelkész 30 évi lelkes

és buzgó tevékenységgel elérte azt, hogy csupán a közjótékony-ság segítségével 2000 eskóros betegnek otthont épített és még egyéb emberi nyomornak hajlékot emelt és az intézetet oly szervezettel látta el, mely a maga nemében páratlan.

Ily apostoli missiót orvos soha sem teljesíthet, mert az emberek lelki élete felett nem rendelkezik a megfelelő hatalommal. Gheelt kicsiben sikeresen láttam imitálva Jetenben Hannover tartományban Wahrendorff dr. magán gyógyintézetében. Wahrendorff ugyanis 300 provincialis elmebeteget vett át ápolás végett, ezek közül 140-et helyezett el a környező falvakba egyes családokhoz; a 10 évvel ezelőtt megkezdett kísérlet teljesen bevált, csak hogy itt a népesség jóindulatú és felvilágosodott, lakáviszonyai pedig kedvezők és a célnak teljesen megfelelők.

Az általános tapasztalat is a mellett szól, hogy a magán- és társadalmi tevékenység az elmebetegügy érdekében már kiváló eredményeket mutatott fel akkor, mikor még az állam gondjai közt az elmebetegek nem szerepeltek. Míg Anglia és Hollandia ezelőtt 300 évvel már magántébolydák birtokai, a melyekben az elmebetegek orvosilag kezeltettek, addig ez országokon kívül még a tébolydát általában nem ismerték. Ott természetesen, a hol évszázadokon át az elmebeteg és az elmebetegség fogalma a köz-tudatba ment át, ott minden veszély nélkül alkalmazható még a legszabadabb rendszer is az elmebetegek elhelyezése körül.

Hazai állami tébolydáink korszerű haladásának legtermészetesebb útja véleményünk szerint, hogy ha földművelési coloniával láttatnak el, illetve bővítettnek, hogy ott azután a munkára képes elmebetegek rendszeresen foglalkoztassanak, miáltal saját fenn-tartásukhoz hozzá járulnak és a munka ügy testi, mint lelki jó hatásának részesévé tétessenek. Az elmebetegek felett uralkodó számos tévhit is eloszlik, hogy ha majd a nép az elmebeteget munkában látja, önmagához hasonlónak fogja felismerni és lehetővé fog válni ez úton az elmebetegeknek magáncsaládoknál való elhelyezése is.

Megvalljuk őszintén, hogy a füzet utolsó fejezetében foglalt következtetéseket mint rendkívül üdvösöket örömmel is üdvözöl-jük, csak hogy sajnos ez időszert hazánkban még nem valósíthatók meg egész terjedelmükben, mivel sem a társadalom, sem pedig az állam fejlettségi foka azoknak meg nem felel. A következtetésekből a legnemesebb szándék mellett egy bizonyos fokú optimizmus nyilvánul, a melyet csakhamar az élet is nyilvánvalóvá tenne. Még egyszer hangsúlyozom, hogy bármily örömdetek is a propositiók, alkalmazásuk egy nagy ugrást jelentene, a melyet a mi fejletlen viszonyaink meg nem bírnának, mert el nem képzelhető, hogy hazánkban, a hol az utolsó 15—20 év alatt az elmebetegek érdekében jobbat nem tudtak létesíteni, mint az angyalföldi és n.-kállói tébolydákat, hogy itt már most Gheel lehessen meghonosítani.

Az elmebetegügyet általában az állam is csak úgy képes rendezni és szervezni, hogyha abba befolyanak mindazon tényezők, a melyek hozzáértenek és érdeklődéssel viseltetnek és ezért a tárgyalt füzetke épen csak két kiváló szakférfiú tapasztalatát és nagyérdékű véleményét tartalmazza, a melynek birtokában a belügyminister a kérdés megoldásakor bizonyára egyéb mérvadó tényezők véleményét is meg fogja hallgatni.

Mindezeknél azonban fontosabb feladat e téren is a felvilágosítást terjeszteni, megnyerni a társadalmat a nemes célnak, ezen alapon azután lehet építeni, a mint hogy építettek máshol is.

Megjegyzéseink daczára örömmel üdvözöljük a megjelent füzetet már azért is, mert megmutatja — ha nem is teljes képen —, hogy a haladottabb külföldön mennyivel mások a viszonyok a tébolydaügy tekintetében, mint mi nálunk és mert ily módon a felvilágosodást terjeszti és ezáltal máris hasznot hoz a nemes ügynek.

Martin Sándor dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Himlőnél Kolbassenko a következő kenőcs alkalmazását ajánlja az eruptiókra: Rp. Ichthyoli 10.0; Ol. amygdal. dulc. 60.0; Lanolini 20.0. Naponként háromszor használandó. (Sem. méd. 1897. 20. sz.)

2. Kerek gyomorfekély esetében nagyon jó eredménnyel használja Bourget tanár (Lausanne) a gyomormosásokat 1—2% os ferrum sesquichloratum-oldattal. (Sem. méd. 1897. 19. sz.)

TÁRCZA.

Az Országos Közegészségi Tanács felterjesztése a tüdővész elleni védekezés tárgyában.¹

(A tanács 1897. évi május 13-diki üléséből.)

Nagyméltóságú Belügyminister Úr! Nagyméltóságodnak 1896. évi május 15-éről 44,969/VI. a. sz. alatt kelt nagybecsű leiratában felhívta az Országos Közeg. Tanácsot, hogy javaslatot tegyen az iránt, hogy tekintetbe véve hazai jelenlegi viszonyainkat, a társadalmi tevékenység irányát és erélyét, a felhasználható anyagi erőket, a végrehajtás és ellenőrzésben rendelkezésre álló közegeket: melyek lennének azok a gyakorlatban is végrehajtható teendők és módok, melyek felhasználásával és élelbeléptetésével nálunk a tüdővész országos pusztítása és terjedése ellen most ok-szerűen és eredményesen küzdeni lehetne.

Az Országos Közegészségi Tanács Nagyméltóságod ezen felhívásában egy új nyomós bizonyítékát ismeri fel azon gondos figyelemnek, a melyben Nagyméltóságod az ország közegészségi ügyeit részesíti, s mint minden más alkalommal tette, úgy ez alkalommal is készséggel teljesíti Nagyméltóságod kívánatát.

A hivatalos magas leirat azon utasítását, hogy a Tanács a tüdővész kérdését a közveszélyes fertőző betegségekre vonatkozó törvényjavaslattal kapcsolatosan tárgyalja, a Tanács akként véli okszerűen értelmezendőnek, hogy az a tervezett törvényjavaslat letárgyalása után, s a hol szükséges, erre való utalással tárgyalassék, de tekintettel arra, hogy a törvényjavaslat a hevenyfertőző betegségekkel foglalkozik, a gümőkór terjedése és a betegség fejlődése pedig a hevenyfertőzőti betegségektől elüt, a védekezési eljárások is lényegesen különböznek azon betegségektől: a tüdővész elleni védekezésre vonatkozó javaslatot és ennek indokolását a Tanács külön előterjesztés alakjában bátor-kodik Nagyméltóságodhoz felküldeni.

Mielőtt azon javaslatok tárgyalásába boesátkoznánk, a melyeket Nagyméltóságod felhívásának megfelelőleg a tüdővész terjedésének korlátozására alkalmasnak s már a mai viszonyok közt is foganatba vehetőnek tartunk, kifejtetni kívánjuk azon nézpontokat, a melyekből kiindulunk s a melyek a betegség természetére és jelentőségére vonatkoznak, ezeknek tekintetbe vétele szolgáló javaslatunk igazolásául.

Vége felé közeledő századunk közviszonyainak alakulása közegészségi tekintetben két ellenkező irányú hatást emelt a felszínre. A míg t. i. egyik oldalról az orvosi tudomány és tapasztalás mind tisztázottabban derítette ki azon tényezőket, a melyek az egyesnek és az egyesek összességét képező társadalomnak egészségét fentartani és épségét előmozdítani alkalmasak, a civilizált államok kormányzata pedig ezen kiderített tényezőknél hatásra juttatása által a morbiditási és mortalitási viszonyokat javítani igyekezett; addig az állami és társadalmi élet követelményei, a melyek az egyesekre mind terhelőbbekké válnak, az ugyanezen viszonyokból kifejlődött életmód, valamint a közélet és közlekedési eszközök fejlődésével egyre élénkebbé és tömege-sebbé váló érintkezés az emberek közt: két betegségi csoport előhaladó gyarapodását eredményezte; ezeknek egyike az idegrendszer gyengüléséhez van csatolva és legszembeszökőbb kifejezését az elmébetegség szaporodásában éri el, másika pedig azon betegségek gyakoribb és nagyobb számú megjelenésében nyilvánul, a melyek emberről emberre való átruházás útján közvetlen vagy közvetett fertőzés által terjednek és legtisztább kifejezésre a járványos fertőző betegségeken jutnak.

Az emberről emberre való átruházás által létrejövő betegségek között van egy, a melynek elterjesztésére ezen két tényező egymást támogatva hat össze, s a mely hova-tovább a civilizált világ legpusztítóbb betegségének polezárára emelkedett: ez a tüdővész; az élet követelményei megerőltető és a szervezetet meggyöngítő hatásuk által mind tágabb körben mozdítják elő a gümőkórra való hajlandóságot, az emberek összehalmozódása és előrehaladólaga tömöttebb érintkezése pedig mind bővebben szol-

gáltatja az alkalmat arra, hogy ezen, mint a mai tudomány kimutatta, emberről emberre átrajedő betegség mind tágasabb körben terjedjen el.

Ezen tényezők összehatásának eredménye gyanánt mutatta ki a statistika mindenütt, hogy minél magasabbra fejlődik valahol a jelen századot jellemző culturalis élet: annál inkább növekedik a tüdővész betegeknek száma mindaddig, a míg a védekezés munkája által nem korlátoztatik, úgy hogy igazolva van egy francia tudós (Léon Petit) kifejezése, mely szerint a tüdővész a civilizált népek betegsége. Ezen ténynek megalapított voltát a következőkben néhány adattal vagyunk bátrak megvilágítani, a melyekben foglalt számok megfejtik az aggodalmat, a mely a közegészségügy tudományos és kormányzati vezérferfiainak eltölti és a tüdővész elleni védekezésnek ma már a legtöbb államban megindult mozgalmát egész mértékben indokolja.

Poroszországban a statistikai kimutatások szerint évenként átlagosan és kerek számban 100,000 ember hal meg tüdővészben, s az utolsó 40 év alatt 3,365,000 van kimutatva. Ugyanezen idő alatt choleraiban 343,950, a mi élénken megvilágítja a tüdővész szerepét a népesség halálózása körül.

Magyarországban a Nagyméltóságú Belügyministerium kimutatásai szerint a kórismézett esetek halálózási száma 45,000 és 48,954 közt mozog. Miután azonban a halálózási okok több mint egy negyed részében az eseteknek kimutatva nincsenek és a tüdővész halálózási arányát ezek közt is hasonlónak lehet venni, a tüdővészhalálózást minden alappal lehet 60—65,000-re tenni.

Poroszországban minden 100 haláleset közül tüdővészre esik 12'7.

A Rajnavidéki tartományokban 18'4.

Bécsben 1889-től 1894-ig terjedő kimutatás szerint 19'3.

Budapesten ugyanezen időn belül 21'9.

Berlinben az utolsó 10 év alatt átlagosan évenként meghalt 4500.

Budapesten átlagosan 2254.

Minden 10,000 lakos közül meghalt tüdővészben

Poroszországban	31'5
Franciaország leggazdagabb részében (Depart. de la Seine) . . .	46'5
Bécsben	45'0
Budapesten 1888-ban	61'5
„ 1889-ben	51'3

1890-től változik évenként 39'9—56'5. 1889-től 1893-ig 10,000 lakos közül tüdővészben meghalt Magyarország nagyobb városai közül:

Szegeden	41'7
Nagyváradon	48'0
Nyiregyháza	51'5
Békés-Csabán	52'5
Pozsonyban	58'0

Ide igtatjuk még a tüdővész betegeknek kiszámítás alapján megállapított számát, mely állandóan tehető

Németországban	1,200,000-re
Magyarországban	400,000-re
Budapesten	15,000-re

Egy egész sora az adatoknak azt bizonyítja, hogy a tüdővészések száma előhaladólaga szaporodik úgy külföldön, mint Magyarországon; nálunk ez kitűnik a fent idézett belügyministeri kimutatásokból. Igen meggyőző bizonyítékát szolgáltatják ennek a németországi rokkantbiztosító egyletek kimutatásai is.

Tartózkodunk attól, hogy még tovább halmozzuk az adatokat, a melyek megalapították azon ma már mindenütt elfogadott tétel igazságát, miszerint a civilizált világ legpusztítóbb betegségét a tüdővész képezi.

Hogy milyen befolyást gyakorol az államháztartásra a megbetegedéseknek óriási száma, annak feltüntetésére csak két adatot emelünk ki; 1-ször azt, hogy a betegség rendszerint a legjobb korban támadja meg az embereket s a betegségi esetek legnagyobb száma a 20—50-dik életév közt található, 2-ször azt, hogy a betegség túlnyomólag a férfiak közt fordul elő.

¹ A felterjesztés *Korányi Frigyes* tanárnak, az Országos Közegészségi Tanács elnökének, mint a járványbizottság előadójának tollából ered.

Ezen, az egész civilizált világot sújtó csapással szemben jóformán tehetetlenül állott az orvosi gyakorlat mindaddig, a míg a tüdővész betegek gyógyítását egyes gyógyszerek hatásától várta, a melyeknek alkalmazása csak csalódásokat szült és még ma is utopiának tekintendő és ugyanolyan tehetetlenül állott vele szemben a közegészségügy mindaddig, míg a betegség keletkezésének lényeges oka és terjedésének módja felismerve nem lett. Mindkét irányban változást hoztak létre a tudományos tapasztalatok és vizsgálatok újabbkori vívmányai, a melyek kimutatták, 1. hogy a tüdővész — nem ugyan egyedül gyógyszerek által — bizonyos gyógyító módszerek által gyógyítható betegség, 2. hogy a gümőkóros tüdővész létrejöttének lényeges okozója a gümöbaccillus, a melynek jelenléte nélkül gümőkór nem keletkezik, ez pedig az élő szervezetben túlnyomólag a tüdővész betegben tenyészik.

Ezen első tétel a beteggyógyításnak, a második a közegészségi intézkedéseknek vezérfonalává vált.

Úgy mint a choleraanál, a melynél a betegség főterjesztője a choleraeteg, a betegség elterjedése elleni védekezés óvó szabályai szorosan összefüggenek a choleraetegek elhelyezését szabályozó intézkedésekkel: úgy a tüdőgümőkór terjedése elleni védekezés is sokszorosan függ össze a tüdővészben szenvedő betegek elhelyezése és magatartására vonatkozó rendszabályokkal.

Ezen alapokra támaszkodik az Országos Közegészségi Tanács, midőn Nagyméltóságodnak azon intézkedéseket javasolja, a melyek czélszerűek arra, hogy a tüdővész terjedését korlátozzák. Midőn azonban ezt teszi, szem előtt kívánja tartani a Nagyméltóságod magas leiratában kifejezett irányzatot. Nagyméltóságod böles mérlegelése nyilvánul a leirat azon szavaiban, hogy a Tanács javaslata tekintettel legyen a társadalmi tevékenység iránya és erélyére és hogy olyan módozatokat ajánljon a tüdővész országos pusztítása eilen, a melyekkel most okszerűen élni lehet.

Tényleg, a tüdővész elleni védekezésre vonatkozó intézkedések a betegségnek roppant mérvű elterjedése, a betegség hosszú lefolyásának phasisai és ezek sajátságai folytán mélyen bevágnak csaknem minden családnak belső életfolyásába és azért sarkalatos fontosságú tekintetnek tartja a Tanács, hogy Nagyméltóságodnak csak olyan intézkedéseket ajánljon, a melyek kivihetők, de egyszersmind megállapítani törekedjék a sorozatot is, a mely szerint az intézkedések megteendők és tovább fejlesztendők, mert, hogy mennyire szükséges a lakosság művelődöttségi fokának, fogékonyságának és közegészségügyi vezethetőségének számbavétele, az kitűnik abból, hogy a külföld egyes helyein a leghelyesebb közegészségügyi megfontolásától eredett és a legjobb szándékkal elrendelt intézkedéseket meg kellett szüntetni azért, mert a lakosság érületébe és magánérdekeibe élesebben ütköztek bele, semhogy a czélnak megfelelő voltak mellett is keresztül vihetők lettek volna. S ugyanezen széles kihatása minden ide irányzott tevékenységnek indokolja Nagyméltóságod azon figyelemzetését is, hogy a társadalmi tevékenység iránya és erélye tekintetbe vétessék. Ezen intézkedések sikeres kivitele valóban azon feltételhez van kötve, hogy a társadalom rétegei felvilágosítva és áthatva legyenek azon tudattól, hogy az intellectualis és pénzbeli áldozatok, a melyek nélkül ezen intézkedések ki nem vihetők, szükségesek és hálásak.

Az Országos Közegészségi Tanács nem téveszti szem elől azon nehézségeket, a melyek előreláthatólag a javasolandó intézkedések kivitele előtt állanak, de ilyenek állottak minden kiterjedten életbe léptetett más intézkedések útjában is és előttünk áll más nemzeteknek, Angol-, Német-, Franciaországnak példája, a hol ilyen intézkedések hasonló nehézségek dacára már különböző arányokban tényleg életbe vannak léptetve, előttünk áll azon küzdelem emléke, a melyet csaknem 100 évig kellett vinni a védhímlőoltás általános elterjedésének érdekében s a melynek győzelmes átküzdése az emberiséget megszabadította a himlőjárványok pusztításaitól, a melyek nagyobbak voltak a tüdővész által okozottaknál is.

Azt is tudjuk, hogy az általunk javasolt fontos intézkedések bizonyos pénzbeli áldozatokat követelnek. De ha az állam nem vonakodott meghozni minden áldozatot, hogy felvegye a küzdelmet a szőlőtökéknek a phylloxerától való megmentése érdekében, ha folyvást nagy áldozatokat hoz a különböző állatvészek elleni

küzdelemben: akkor nem lehet elhinnünk, hogy ne hozná meg az áldozatot az emberért, a kinek számára a szőlőtökét és a hasznos állatokat olyan roppant áldozatokkal megmenteni törekszik. Annyival kevésbé tehetjük ezt, mert a viszonyoknak elfogulatlan megbíralása és az általunk szemügyre vett eljárási módozatok mellett ezen pénzbeli áldozatok egyáltalában nem tűnhetnek fel rendkívül nagyoknak.

A magyarországi társadalom részéről ez irányban ma már egy biztató adat áll előttünk, a melyre alkalmat nyújtott az, hogy a tüdővész elleni védekezés ügye sajtóban és országgyűlésen nyilvánosság elé vitetett. Az összes sajtó sympathikusan fogadta azt és a legkülönbözőbb társadalmi rétegeknek egyesei, valamint pénzüntézetek már eddig pénzbeli áldozatokra is késznek mutatkoztak és így kilátás nyílt arra, hogy ha az actio szélesebb alapon fejtetik ki s a Nagyméltóságú Kormány támogatásában részeseül, akkor azon első lépések megtehetőek lesznek, a melyek a nagy czél felé vezessenek.

Ezek előrebocsátásával áttérünk a módozatokra, a melyekkel a tüdővész országos pusztításai ellen élni lehet s a melyek gyakorlatilag kivihetők

A tüdővész terjedésének gátlása.

A tüdővész okozója a Koch-féle gümöbaccillus. A gümöbaccillus szaporodásának talaja az állati, különösen az emberi szervezet. Ennek különböző szerveiben mehet a szaporodás végbe, de óriásilag kimagasló módon történik ez a tüdővész betegek tüdejében.

A szervezetből kikerült gümöbaccillusnak más ilyen lényekbe való bejutása a bacillus fejlődésére kedvező viszonyok között ezekben ismét gümőkórt, illetőleg tüdővést okoz.

Ebből folyik, hogy a tüdővész terjedése meggátolásának alapfeltétele az: hogy megakadályoztassék a gümőkór fertőzőmennyének, a gümöbaccillusnak elterjedése.

I. Intézkedések a tüdővész terjedésének korlátozására.

A tüdővést létrehozó bacteriumok terjesztője;

a) az ember

b) az állatok

a) Intézkedések a tüdővész fertőzőmennyének emberek általi terjesztése ellen.

A tüdővést okozó bacterium tenyésztésének fő- és legtermékenyebb telepe az emberi szervezet és pedig első helyen a tüdő és csak alárendelt mértékben a belek, csontok, mirigyek és más szervek.

Az emberből a fertőzőmenny kiűrtetik első sorban a köpettel és csak alárendelt mértékben a bélürülékekkel és más gümős szervek váladékaival.

A védőeljárás alaptételei:

1. hogy az orvosoknak módjukban legyen felismerni, melyik váladék az, a melyik gümöbaccillust tartalmaz? E czélból szükséges, hogy az alább kijelölendő helyeken a köpet és más váladékok bacteriologikus vizsgálatára szakemberek álljanak rendelkezésre.

Szükséges, hogy lelkészek, tanítók, nevelő intézetek igazgatói és más hasonnemű hatáskörrel ellátottak annyi ismeretbe avattassanak be, hogy mikor van indokolva a tüdővész gyanúja.

Második alaptétel az, hogy a váladékkal kiűrtített gümöbaccillus átterjesztésére a nedves anyag nem alkalmas, hacsak közvetlenül testről testre — például a beteg ajkáról csók által át nem vitetik. Ellenben az átterjesztést legnagyobb mértékben eszközlik a beszáradt és elporlott köpet és más váladékok, ha por alakjában a levegővel vegyülve belégeztetnek. Azért szükséges arról intézkedni, hogy a köpetek, a melyek a tüdővésznek éppen úgy főterjesztői mint a choleraanál a choleraeteg bélürüléke: szét ne szórassanak mindenfelé való kiköpés által, hanem alkalmas gyűjtő edényekbe jussanak. Legalkalmasabbak a köpet felvételére a híg töltelékkel ellátott köpöcsészék és edények, a melyeket első sorban kórházakban és fogházakban, de ezeken kívül iskolákban, kaszárnyákban, vasuti várótermekben és kocsikban, gyárakban, vendéglőkben és más középületekben vagy összereseglési helyeken kell alkalmas módon és számban elhelyezni.

Az egyes tüdővész betegek számára zsebben hordható alkalmas köpöttegek használandók fel és gondoskodni kell, hogy

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.

A caries (dentis) profunda kór- és gyógytanáról.¹

Árkövy József dr. egyetemi tanártól.

A fogak carieséről szóló irodalom igen kiterjedt, ilyet alig mutathat fel a foggyógyászatnak más fejezete; mégis — alig hihető — a caries profundának klinikai kórtana maig sincs tisztába hozva. Egy pillantást vetve az idevágó irodalmi művekbe, csakhamar kiderül, hogy már a caries profunda definitiójára nézve is véleménykülönbségek vannak, s ha tisztába akarunk jönni a felett, hogy tulajdonképen mit kell caries profundának neveznünk, úgy nem marad egyéb, mint az irodalmi anyagot átkutatni, hogy egy világos végérvényű definitióhoz jussunk.

Magitot E. a fogcaries mai klinikai kórtanának megalkotója, a lefolyásra vonatkozólag a cariesnél három periodust különböztet meg: caries superficialis, media és profunda vagy penetrans. Az első pillanatban hajlandók lennénk a harmadik periodust úgy tekinteni, mint a tulajdonképi caries profundát; de ha egybevetjük, a második periodus leírását a harmadikéval, úgy szembeötlök, hogy a klinikai lefolyás a periodus elnevezéssel meg nem egyeztethető; „La forme rapide à la deuxième période, s'accompagne d'un ramollissement considérable, dans une étendue plus ou moins grande de l'ivoire, et qui atteint rapidement, jusqu'au voisinage de la cavité de la pulpe. Cet organe se trouvant alors en contact avec les couches d'ivoire déjà altérées...“ Továbbá: „Les phénomènes douloureux... sont le plus souvent provoqués et non spontanés...“

Ellenben: „La troisième période de la carie commence avec le moment même où a été pénétrée la cavité de la pulpe.“

Már ezen meghatározásból is látható, hogy a caries profunda alatt tulajdonképen már pulpitiszt kell érteni. Ámbár látványosan nehéz szoros határt vonni a caries profunda s a már meglevő pulpitis között, de még sem lehetetlen, mint azt alább ki fogjuk fejteni.

Magitot klinikai fejtegetéseit e tárgyról mennyire nem találták kielégítőnek, bizonyítja az, hogy az újabbkori szerzők azokat nem veszik figyelembe, sem pedig az erre vonatkozó „állapotok“ körtilirt, tehát határozatlan leírását. Hogy néhányat felsoroljunk, *Taft*, *Holländer*, *Sachs*, *L. Jack* neveit említjük fel.

Taft, úgyszólván, nem foglalkozik kifejezetten a caries profundával, hanem csak „Sensitive dentine“-nel.

Sachs „A pulpa kezelése“ című fejezetben azon állapotokat vázolja, melyek részben ide (a caries profundához) tartoznak.

1. „Ha a cavitas annyira kiterjedt, hogy az egészséges pulpát csak egy igen vékony réteg választja el, vagy ha azt kissé fellágyult dentin fedi.

2. Ha az egészséges pulpa vagy az előrehaladt caries által vagy az excavationál csupaszsá lett.“

Úgy látszik, hogy *Sachs Holländer* „Zustände“-it vette át, ilyen *Holländer*-nél négy, *Sachs*-nál pedig hat van. Mindazáltal

mindkét esetben a *tünetek* leírása csak a harmadik pontban felel meg a pulpitisnek. Legyen szabad megjegyeznem, hogy az orvosi tudományban s különösen a gyógytanban nem tünetekről, hanem kórismézett betegségekről lehet szó, melyeknek megfelelőleg a gyógyeljárás megállapítandó. A nézetek eme bizonytalanságának róható fel, hogy ilyen incompatibilis elnevezések a betegség diagnosizálásával egyenértékűnek s a követendő gyógy-mód alapjául vétettek fel.

Ha ragaszkodunk a pathologiailag és klinikailag megállapított tényekhez, miszerint a pulpitis csak bizonyos caries viszonyoknál és önként fellépő fájdalmi tünetek kíséretében vehető fel; akkor a caries minden más tünete a caries lefolyásától, mint annak bizonyos módja elválasztható, azaz minden egyéb csak mint caries superficialis, media vagy profunda lesz kórismézhető. Minthogy azonban a pulpitis legtöbb esetben — bár nem kizárólag — dentin cariesselel kezdődik, akkor csak a *határvonalat kell megvonni, hol végződik a caries s hol kezdődik a pulpitis*. Még azt sem lehet állítani, hogy okvetlen caries profundának kell lenni, miből a pulpitis ered, elég legyen hivatkoznom a pulpitis acuta septica seu superficialisra, melyet leírtam (lásd „Diagnostik“), mely épen a caries media mellett szokott fellépni, s így a caries media is idézhet elő pulpitiszt. Tehát feltétlenül a caries mediát vagy profundát önmagában úgyszintén a pulpitiszt is önmagában kell kórismézni.

A caries profunda egyes esetei, a mint azokat műtéti célokra használták *Holländer* s utána *Sachs*, jól szemléltetővé vannak téve.

A cariesnél kétféle előrehaladási stadium lehetséges, vagy jobban mondva, állapítható meg kórtanilag, t. i. egyik esetben a fornix cavi pulpa magá is belevonatott a cariesbe; másik esetben a fornix még normalis dentinből áll és csak a fölötte fekvő réteg cariosus.

Hosszmeteszben előállított fogkészítmények ezen viszonyokat eléggé feltűntetik és szabályszerűleg a fornix vastagsága utóbbi esetben $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ mm. tesz ki, míg a fölötte fekvő cariosus réteg a szerint változik vastagságban, a mint a környi réteget a dentin porcszerűen fellágyult, vagy egészen szét-esett stadiumába — harmadik stadium, vagy caries detritus — ment át. Ha sok a detritus-réteg, akkor a cariosus réteg többnyire vékonyabb és megfordítva.

Most még egy kérdés vár feleletre: vajjon lehetséges-e, hogy mikor a fornix cavi pulpa cariosus dentinből áll, nem okvetlenül azt jelenti-e ez, hogy egyszersmind a pulpa is meg van támadva? A klinikai tapasztalatok, egybevetve kórboneztani adatokkal, azt bizonyítják, hogy igenis ilyen viszonyok daczára lehetséges, hogy pulpitis nincsen jelen. További bizonyítékul szolgálhatnak az alanyi tünetek, a mennyiben hőváltozások csupán csak kis mérvű érzékenység szokott beállani, de tapasztalásból azt is tudjuk, hogy ilyen érzékenység hónapokon át fennállhat, a míg önkéntes fájdalmi paroxysmusig jut a dolog. Ez tehát a lényeges a kérdés eldöntésénél. Minden esetre helyén van bizonyos elővigyázat, a mennyiben chronikus pulpitis már jóval előbb fennállhat, a nélkül, hogy kifejezett fájdalmi paroxysmus — előidézte a fornix mechanikai nyomása következtében — mutatkoznék. De ezen esetben a differentialdiagnostikai

¹ Előadás a conservatív műtéttanból, tartatott 1896. február 25-dikén.

megkülönböztetés fog rávezetni (lásd „Diagnostik“ Chronische Pulpitis) a mennyiben a cariosus boltozat kataszsal könnyen átjárható. (Felpuhultság harmadik stadiuma. Második stadium *Leber* és mások szerint, negyedik stadium *Baume* szerint.)

Ezek után a caries profunda meghatározása közetközöleg hangzik: *Caries profunda* alatt a fogszű azon előrehaladt stadiuma értendő, mikor a fornix cavi pulpa vagy maga cariosus, vagy legfőlebb $\frac{1}{2}$ mm. vastagságban normalisan kemény, a fölötté levő cariosus réteg pedig a caries második stadiumában van, — porcszerűleg felpuhult és pigmentált — és önkényt fellépő fájdalmi tünetek még nem jelentkeztek.

A caries profunda ezen két variánsán kívül, némely szerzők (*Taft* és mások) a dentin fokozott érzékenységet a a fornix közelében, mint a kezelés különös substratumát emelik ki és pedig a szokásos elnevezéssel „érzékeny dentin“. Tudjuk, hogy minden fog a nevezett tájon érzékenyebb, mint a környi részen, de az „érzékeny dentin“, a mennyiben erről szó lehet, még nem dentin-hyperaesthesia, mert ez utóbbi kizárólag structuralis anomalia jelenlétében kórismézhető. Különben ezen jelenségek, mint tünetek nincs tárgyi alapja s csak legfőlebb egyéni érzékenységek, vagy türelmetlenségnek tulajdonítható. De maga az igazi dentin-hyperaesthesia az ő kifejezett alanyi tüneteivel ép oly kevésé variansa a caries profundának, a mint hogy az semminemű pulpitissem jár kapcsolatban. A dentin-hyperaesthesia a dentin önálló betegségé, az esetek túlnyomó számában a cariestől teljesen független. Ennélfogva az úgynevezett dentin-érzékenységet a caries profundával nem lehet egy véka alá vetni.

Mintán tisztában vagyunk, mit érthetünk és mit akarunk érteni caries profunda alatt — és azt hisszük, hogy a szakirodalom velünk egyetért — itt az ideje, hogy a gyógyeljárásról szóljunk.

Ismerve a bajokat, melyek a caries profunda által jöttek létre, csakhamar tisztába leszünk a felől, miféle gyógyeljárás kell követnünk.

Első sorban feladatunk lesz a pulpa védelme és kimélése mechanikai behatások és hőváltozások ellen, minthogy a caries-beteg rétegek eltávolítása után igen vékony fornix maradt vissza. Ez elérhető — mint ismeretes — hogy ha a külső (fém) tömés alatt alaptömést alkalmaztunk. Minden tömőanyag, sőt általában minden anyag, mely alkalmazkodási képesség és mérsékelt keménység mellett rossz hővezető, megfelelő alaptömést ad; a célnak megfelelő.

Van azonban más, mondhatnám nemesebb, ambitiosusabb cél is, melynek a caries profunda gyógytanánál érvényre kell jutnia s épen erre hangsúlyozottan akarom a figyelmet ráfordítani.

Az excavatio a pulpa közelében, mint mindenki tudja, legalább is igen kellemetlen, némelyiknél fájdalmas, sőt elviselhetlen. Ezen utóbbi esetben az excavatio egyszerre kivihetetlen.

Ezen eseteket — az embryologia, élettan és sebészi kórtan szempontjából tekintve — két csoportra lehet osztani. Az első csoportba azon fogak számíthatók, hol a fejlődési folyamat még nincs befejezve, hol tehát még fennáll; a másodikba azok a fogak, hol a fogfejlődés be van ugyan fejezve, mindazáltal azok dentinjében gyógyulási folyamat remélhető. Azok a gyermekek és ifjak állandó fogai, ezek a felnőttek.

Azon embryologiai fejlődés, miszerint a pulpa türe (cavum pulpa) az ifjúkorban még magas és széles, később azonban, 16—18 éves korig, kiterjedésében lassankint csökken a dentin concentrikus növése folytán a pulpából, legszembetűnőbb módon a fornix cavi pulpa-nél jut kifejezésre, a mennyiben ez, minél fiatalabb a fog, annál közelebb esik a rágófelülethez s minél idősebb a fog, annál távolabb van attól. Ha tehát egy gyermek fogában caries profundát állapítunk meg, akkor a betegség helyben maradása mellett a profundából 6—12 hónap múlva media válhatik. Más részről a felnőttek fogainál a tapasztalat azt bizonyítja, hogy a pulpa bizonyos dentin-callust [képes létrehozni, mihelyt kívülről fenyegetve van, vagy a fornix meg van támadva. Ezen reactiv gyógyulási folyamat az ismert *ebur secundarius*.

Már pedig, minthogy ezen adatok rendelkezésünkre állanak, gyógytanilag fel is kell azokat használnunk a szenvedők javára.

Az esetek eme két csoportjának megfelelőleg a műtéttan szempontjából szintén kétféle műtéti eljárást kell felállítanunk. Az első csoportra nézve eljárásunk a pulpa megóvására irányul de egyszersmind a normalis dentin képződésére is.

A második csoportra nézve, részint arról lesz szó, minő eljárást kell követnünk az excavatio kivihetlensége esetében, részint pedig a gyógyfolyamat megindításáról, hogy a dentinhiány pótoltsák a fornixon. Ennélfogva a műtétekre ezen elnevezések „prophylacticus“ és „palliativ“ módszerek egész helyesen állílnak.

Mindkét műtét két közös vonással bír:

1. Mindkettő a pulpa indirect megtartására czéloz.
2. Mindkettőnél a caries excavatiója nem teljesen — az egészséges részig — vitetik ki. Egyebekben különböznek.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti k. m. tud. egyetem II. kórboncztnai és szövettani intézetéből (Pertik Ottó tnr.).

A szívizomrostok szétdarabolódásáról. (Fragmentatio myocardii.)

Közlő: *Preisich Kornél*.

(Vége.)

A jelenségek elseje kétségkívül az élet megszűnését jelenti, a mennyiben arra vall, hogy az elváltozás keletkezésekor a szívizomzat igen dús hajszáledényzetében a véráramlás megszűnt és arra is, hogy a fehér vérsejtek saját mozgás képessége legalább is hanyatlott. Azt lehetne állítani, hogy az üröket a halál után, rothadási folyamat alatt duzzadt ragasztó anyag tölti meg és ez okozza a szétdarabolódást is, ez esetben azonban, a legkülönbözőbb eltolódásnak kellett volna létre jönni, melyet nem tapasztalunk, de eltekintve ettől is, kizárja az ily postmortalis eredetet a kísérletek egész sora, melyeket mások és magam is végeztem. Hullá szívüket a halál után legrövidebb idő múlva és az időt fokozatosan hosszabbítva, napok múlva vizsgáltam, de positiv eredményre sem így sem mesterséges rothasztási és emésztési kísérleteimmel nem jutottam.

A második jelenség az elsővel ellentétben bizonyos életjelenségre vall, a szívizomzatának vagy legalább egyes szakaszainak összehúzódására, ez az ideg-izom ingerlékenység meg nem szűnését tételezi fel, már pedig tudjuk a physiologiából, hogy ez a vérkeringés megszűnésén túl még egy ideig fennáll. Hogy a fragmentationál izomösszehúzódás szerepel, azt nemcsak a harántesikolat sűrűsége bizonyítja, hanem azon izomszakasz vastagodása is és hogy szomszéd izomrost részletek, az összehúzódó részlet által szétvongáltak, ennek megfelelőleg vékonyabbak és harántesikolatuk gyér.

Oestreich munkájából, általam a 4. és 5. pontban összefoglaltaknak bizonyítására a felsorolt észlelési adatok elégségesek és mondhatjuk, hogy a *fragmentatio tetembeli tünet nem lehet, hanem agoniában jön létre*, ha ugyan az általam jelzett időpontot még agoniának nevezhetjük.

Tetemsziveken tett kísérleteimnek meddő voltát az előbbiek felismerése után csakhamar beláttam, mert hiszen, ha sikerült is ellágyítani vagy tönkre tenni a ragasztó anyagot, hiányzott a tényező, mely az izomsejteknek egymástól való távolodását eszközölte volna.

Browicznak említett két esetére visszatérve, mondhatom, hogy bő anyagom daczára, ilyenekkel nem találkoztam; láttam igenis eseteket, melyekben a két törvén közötti rés felett vagy alatt egy igen finom, vörös vérsejtek tartalmazó hajszál edény vonult végig és első pillanatra vérzés benyomását tette; más szerzők sem láttak vörös vérsejtek a törvégek között. Nem vonom azonban kétségbe, hogy Browicz helyesen látott, így is ezen esetek az én felfogásom támogatására szolgálhatnak, a mennyiben nem magyarázhatók másként,

minthogy életben támadtak és ennek jeleit viselik; miért is ne jöhetne létre már életben egyik-másik izomrostnak szakadása, valamely igen heves és rendellenes szivecontractura alatt.

Lehet-e ezek után a fragmentatiót halál-oknak tekinteni? határozottan nem; hiszen a vérkeringés már megszűnt, mikor támad. Másokkal együtt Oestreich a fragmentatio keletkezését korábbi időbe helyezi, úgy képzeli, hogy a szív még egy erőlyes utolsó összehúzóást végez, ez alatt fragmentalódik és végleg megáll. Ha ez így volna, akkor reakciót még mindig elvárnék. Túlzásig megy Oestreich, midőn ily utolsó vézes összehúzóást azért vesz fel, mert nem képzelheti, hogy egy fragmentált szív még összehúzódhatnék; elfelejti, hogy az ily nagy kiterjedésű általános fragmentatio felette ritka. Én nem egy erőlyes szivecontractióból származtatom a fragmentatiót, hanem úgy vélem, hogy a tulajdonképeni systole megszűnése után, egyes izomszakaszok összehúzóása alatt támad; ez inkább is felel meg a fragmentatio megszokott kiterjedésének.

A 7-el jelzett pontban végre az van mondva, hogy a fragmentatio minden betegséghez társulhat; ezen irányban saját vizsgálataim után legmeggyőzőbb képet úgy nyújthatok, ha felsorolom, hogy milyen bántalmaknál és hányszor észleltem fragmentatiót:

Egyszer szervi szívántalomnál, 3-szor veselobnál, 2-szer hasbártyalobnál, 1-szer idült ólommérgezésnél, 11-szer rostonyás tüdőlobnál, 1-szer luesnél, 1-szer szívbelbártyalobnál, 1-szer mellbártyalobnál, 3-szor gümőkóránál, 3-szor veszettségénél, 1-szer bélesavarodásnál, 2-szer gyermekági láznál, 2-szer gümős agyhártyalobnál, 1-szer szívburoklobnál, 1-szer gümős béllobnál, 1-szer agyulánál, 1-szer fejlődésnél, 2-szer bordatörésnél, 2-szer agyroncsolásnál, 1-szer eclampsiánál, 1-szer nyaki gerincoszlop ficzamnál, 1-szer merevgöresnél és 2-szer szívhidésnél.

Láthatjuk tehát a fragmentatiót úgy a heveny fertőző bántalmaknál, mint az idült alakban lefolyóknál; a senyves kóroknál, mint hirtelen halál-esetekben. Azon kérdés merülhetne még fel, hogy *állandóan társul-e a fragmentatio bizonyos betegségekhez?* Erre a kérdésre tapasztalataim alapján tagadólag kell válaszolnom, a mennyiben a felsorolt kórnek csaknem mindegyikéből vizsgáltam több oly szívet, melyeken fragmentatiót fellelnem nem sikerült; úgy látszik, hogy heveny fertőző bántalmaknál gyakoribb a fragmentatio, még pedig a csipkézett szélű; ugyancsak gyakoribb mint egyéb halálnemeknél, de éles szélű a fragmentatio, hirtelen, mechanikai okból támadt halál-esetekben és heves göresök között kimultaknál.

Az *életkor* tekintetében vizsgált anyagom következőképen oszlik meg:

Kor: 0—14 év, 14—35 év, 35—50 év, 50 éven felül
eset szám: 14 29 36 17

Fragmentatiót ily arányban találtam:

14 esetben 1-szer = 7%, 29 esetben 16-szor = 55%, 36 esetben 19-szer = 53% és 17 esetben 9-szer = 53%. Ezen adatok áttekintésénél az tűnik fel, hogy a gyermek és serdülő korban (mert a 14—35 évesek legnagyobb része is 24 éven felül volt) a fragmentatio igen ritka dolog, míg a későbbi korban csaknem állandó arányszámot mutat, mely, úgy vélem, az által egyenlítődik így ki, mert 24—50 évig a különböző heveny fertőző bántalmak adnak alkalmat a fragmentatio gyakoriságára és ezért nem szembetűnő a magas kornak praedisponáló volta; ilyet azonban, a gyermekkortartva szem előtt, fel kell vennünk, még pedig oly irányban, hogy a ragasztó anyag a kor előhaladtával ellentállóságából veszít.

Mindent figyelembe véve, a *fragmentatio definitiója* így volna adható: hogy ez a *szívizomrost elemeinek szétválása és egymástól való távolodása, mely a vérkeringés megszűnése után még jelentkező partialis szívizom összehúzóások alatt keletkezik.*

Munkám befejezése előtt, nem hallgathatom el, hogy igyekezetem oda irányult, miszerint a látottak után megalkotott véleményemet állatkísérleti úton bizonyítsam. Abból a feltevésből indultam ki, hogy ha sikerül a ragasztó anyagot valamely kémiai anyaggal tönkre tenni és a mellett a szívet egy ideig működésben megtartani, akkor a fragmentatio elő fog állani. Tengeri malacznak, házi nyúlak a szívét szabaddá tettem, felületesen scarificáltam és tejsav, eczetsav, sőt egy

esetben emésztőnedv hatásának tettem ki. Nem tudtam azonban a szív működést perczeken túl fentartani, a scarificált területek összehúzóása pedig rögtön megszűnt, ennek is tulajdonítom, hogy a kívánt eredményt el nem értem. Fragmentatiót csak a sértés helyén, körülírtan kaptam, ugyanezt érte el minden vegyi hatány nélkül Tedeschi, tisztán tűzes tüvel való sértés útján.

Kedves kötelességemnek teszek eleget, midőn legjobb köszönetemet fejezem ki e helyen is Pertik tanár úrnak, ki nek szíves vezetése alatt a vizsgálatokat végeztem, továbbá, Bókay János tanár úrnak, főnökömnek és Ajtai tanár úrnak, a kik hullaanyagom kiegészítéséhez voltak szívesek hozzájárulni.

Irodalom: Durand: Thèse de Paris 1879. Chalot: Thèse de Paris 1880. Lamereaux: Traité d'anatom. patol. 1881. p. 799. Renault: Gazette medicale de Paris 1877. p. 361. Rindfleisch: Jahrbuch der path. Gewebelehre 1886. p. 238. Robin: Leçons de clinique et therapie 20. à leçon 1887. Kleyn: Gazetta Lekarska 1888. Nr. 18. Renault: Gazette de hopiteaux 1890. p. 202. Browicz: Wiener klin. Wochensh. 1889. Nr. 50. Verhandl. des X. intern. Congr. Berlin, 1890. Bd. II. Tedeschi: Virchow Archiv Bd. 128. H. S. 185. Israel: Virchow Archiv Bd. 133. Dunin: Ziegler's Beiträge Bd. 16. S. 134. Oestreich: Virchow Archiv Bd. 135. H. 1.

Közlemény a lipcsei királyi szász egyetem belkórodájából.

Az arterio-sclerosis és szívhypertrophia közötti viszonyról, különös tekintettel a zsigeri edények megbetegedésére.

Irta: Hasenfeld Arthur dr.

(Folytatás.)

Most térjünk át annak megbeszéléséhez, hogy a *kérdéses edények belvilága* milyen eltéréseket mutat.

Mint már említettem, az *Amsler*-féle planimeter segítségével az egyes harántmetszeteknek megfelelő paraffindugaszok felületének nagyságát határoztam meg. Az így nyert adatokat táblázatban állítottam össze, mely ennél fogva a különböző esetekben az egyes edények ürterében mutatkozó különbségek feltüntetésére szolgál.

E táblázat megtekintésénél, figyelembe véve az előbbi táblázat adatait is, láthatjuk, hogy azon általánosnak mondott tétel, hogy az arterio-sclerotikus elváltozások az edények tágulásához vezetnek, csak a nagy edényeknél van beigazolva. Így pl., míg a hasi aorta ürterének felület nagysága 6 sz. normalis esetben csak 130 □-mm.-t tett ki, addig a 3. sz. eset sclerotikus hasi aortájánál 383.1 □-mm.-ig emelkedett.

A *kisebb zsigeri edények* arterio-sclerózisánál azok tágulását sok esetben nem sikerült kimutatni. Nézetem szerint ezen dolognak kettős magyarázata van. Egyrészt ugyanis tekintetbe véve, hogy az egyes edények tágassága már normalis körülmények között is a különböző egyéneknél egymástól eltérő, és így már ez okból is lehetséges, hogy a kisebb edények tágulásai összehasonlító vizsgálatoknál figyelmünket elkertlik; másrészt nem szabad elfogadnunk, hogy kisebb edényeknél könnyen előfordul, hogy az intima tetemes megvastagodásai a beállott tágulásokat nemcsak hogy újból kiegyenlítik, de esetleg az edények belvilágosságát tetemesen meg is szűkítik.

Az arterio-sclerotikus *veseüterekeket* az 1., 2. és 5. sz. esetről ily módon megszüktülve látjuk. Mindhárom esetben egyúttal *vesezsugor* volt jelen. A veselőtérnek ezen, az arterio-sclerotikus intima megvastagodása okozta, jelentékeny megszüktülése a 2. sz. esetben különös érdekléssel és fontossággal bír. Ez esetben ugyanis úgy a környi, valamint az egyéb zsigeri edények nagyobbára egészségesek voltak. A *veseüterekek ürterének ezen arterio-sclerotikus alapon beálló megszüktülése vesezsugor eseteiben, tekintettel különösen a 2. sz. esetre határozottan Thoma magyarázatának helyessége mellett bizonyít. Thoma felfogása szerint ugyanis az edény intimája minden olyan esetben elváltozásokat szenved, melyekben a vérkeringés az illető edényben lényegesen megváltozott.*

Eset	1. A hasi aorta	2. A hasi aorta	3. A hasi aorta	4. Az art. coeliaca	5. Az art. lienalis	6. Az art. lienalis	7. Az art. hepatica	8. Az art. coron. ventr.	9. Az art. mes. sup.	10. Az art. mes. sup.	11. Az art. mes. sup. ágai	12. A jobb vese ütér	13. A bal vese ütér	14. Az art. mes. inf.	15. Az art. mes. inf. ágai	16. Az art. iliac. comm. dext.	17. Az art. iliac. comm. sin.	18. Az art. iliac. comm. dext.	19. Az art. iliac. comm. sin.
belvilága négyszög milliméterekben																			
1.	.	177·7	230·2	46·6	47·1	38·2	43·5	17·7	.	34·4	.	10·2	.	21·7	.	97·7	97·7	105·7	113·7
2.	177·7	226·6	207·1	40·0	24·0	.	11·1	.	32·9	42·6	.	8·8	.	19·5	.	79·1	96·0	.	.
3.	317·7	383·1	440·0	40·4	32·8	25·7	32·8	17·7	34·4	45·7	.	22·2	.	.	.	91·1	76·6	.	.
4.	314·8	185·5	132·0	29·6	.	.	.	.	32·0	.	.	24·6	16·4	8·5	.	71·6	63·3	.	.
5.	.	148·0	136·0	40·4	.	.	.	.	.	38·2	.	11·5	13·3	9·7	.	84·4	80·0	.	.
6.	121·0	130·0	150·7	46·0	32·0	.	23·4	18·5	.	46·8	.	27·3	32·8	17·5	.	76·5	87·4	.	.
7.	133·3	127·7	119·4	57·3	23·4	.	.	.	29·7	26·8	.	.	.	.	.	.	.	.	.
8.	311·1	192·0	174·2	.	.	.	.	.	51·5	.	.	11·1	.	16·8	.	68·8	62·2	.	.
9.	.	217·7	204·0	.	48·0	.	22·2	.	44·4	.	.	26·6	.	18·6	.	80·8	88·8	111·0	88·0
10.	.	212·4	119·2	46·1	.	.	32·8	24·4	41·3	46·6	.	35·5	42·6	14·2	.	73·6	86·2	.	.
11.	233·3	185·5	180·0	36·8	28·8	24·8	24·0	12·0	38·2	40·0	.	28·8	28·0	17·7	.	91·5	.	.	.
12.	297·7	177·7	160·0	57·7	40·0	.	40·0	17·5	44·4	48·8	.	22·2	31·7	26·6	.	106·6	88·8	133·3	.
13.	240·0	145·7	124·0	30·6	12·0	.	.	10·6	27·4	.	.	10·0	.	21·7	.	72·6	.	.	.
14.	204·0	204·0	182·2	.	.	.	.	.	62·2	44·4	.	44·4	31·7	22·2	.	84·4	88·8	133·3	.

A vesetüterek ezen megszükülése *vesezsugornál* ugyan azon edényelváltozásokkal hasonlítható össze, melyeket *Thoma*¹ a végtagesonkok ütereiben constatált és hasonló módon is magyarázandók.

Thoma szerint ugyanis a végtagesonkok ütereiben azok ürterének megszüküléséhez vagy esetleg annak teljes elzáródásához vezető endoarteritis jön létre, azon okból, mert az ütér erek ürtere — elágazódásainak tetemes részét elvesztvén — aránylag tág lett és így keringési zavarok jönnének létre, ha az intima létrejövő megvastagodásai az ütér ezen fölsőlegessé vált tágasságát nem compensálnák.

A *vesetüter* törzsének ürtere *vesezsugornál*, tehát ezen magyarázat szerint, azért szűkül meg, mert itt is — épen úgy mint az edényconkoknál — a vesetüter elágazódásainak jó része a vesezsugor következtében tönkrement; így tehát a compensatorikus endoarteritis létrejöttének feltételei hasonló módon vannak adva.

Az eddigieket röviden összefoglalva a *zsigeri edények* arterio-sclerosisáról a következőket mondhatjuk:

1. A *zsigeri edények arterio-sclerosisa igen gyakori.*

2. Különösen gyakori és nagymérvű a *zsigeri edények megbetegedése vesezsugor eseteiben.*

3. A *zsigeri edények arterio-sclerosisánál az ütér tágulását sokszor nem constatálhatjuk: sőt nem ritkán — különösen a vesetütereken — az intima megvastagodásai az ütér szűküléséhez vezetnek.*

B) Az arterio-sclerosis és szívhypertrophia egymáshoz viszonyáról.

Már a bevezető sorokban megkísérlettem okadatolni, hogy az arterio-sclerosis és szívhypertrophia közötti kapcsolat mind-egyedül nines kellőképen megvilágítva és hogy a két megbetegedés között fennálló oki összefüggés felvételére még nem vagyunk teljesen feljogosítva.

¹ Virchow Archiv Bd. 95. S. 294.

Az kétségtelen, hogy physikai ismereteinkre támaszkodva a priori inkább hajlandók lehetünk feltételezni, hogy a két megbetegedés között oki összefüggés létezik, mint nem.

Hisz jól tudjuk, hogy az ép edények mily könnyen nyújthatók és mennyire rugalmasak; ha azonkívül figyelembe vesszük, hogy a folyadékok áramlása rugalmas csövekben mennyivel könnyebben történik, mint egy merev csőrendszerben, akkor ezen physikai tényeket a vérkeringési szervekre alkalmazva, természetesen egyszerűen következtetnünk kellene, hogy mindaddig, míg az edények rugalmasak, addig ezek a szívet a vér továbbításában lényegesen támogatják és így annak munkáját megkönnyítik. Az arterio-sclerotikus edények azonban rugalmasságukat jórészt elvesztették és többé-kevésbbé merev csövekké lettek és így a szív munkáját megnehezítik, mely nagyobb munkát levén kénytelen végezni, túlteng.

Ezen magyarázat physikai helyességében nem lehet kételkednünk és így valóban szinte természetesnek látszik, hogy a buvárok legnagyobb része még ma is a szívhypertrophia okául az edényelváltozásokat tekinti. Csak igen kevesen vannak, kik *Traube* már említett megfigyelései óta a két megbetegedés közötti oki összefüggés létezését nem tartják bebizonyítottnak. Alig van azonban szerző, ki ezen causalis nexust oly határozottan tagadásba vonná, mint *Fränzel*,¹ ki ezen nézetét következőképen fejezi ki: „Bei der Arterio-Sklerose sind die Herzhypertrophien eher als Herzvergrößerungen zu bezeichnen, welche durch Uebermass von Nahrungs- und Genussmitteln oder von Arbeit erzeugt sind.“

A következőkben mindazon tényezőket megbeszélés tárgyává akarom tenni, melyek alapján a két megbetegedés között feltételezett és sokak által bebizonyítottnak tartott oki összefüggést tagadásba vonhatom.

Ludwig, Thiry és *Bezold* alapvető kísérleteit óhajtom itt első sorban felemlíteni, mert ezek különösen alkalmasak

¹ Die idiopathische Herzvergrößerungen, Berlin 1889. S. 78.

arra, hogy a két megbetegedés között feltételezett oki összefüggés létezése iránti kételyeinket megerősítsék.

Említett szerzők vizsgálatai óta tudjuk ugyanis, hogy — a hasi aorta és a zsigeri ágait kivéve — az összes nagyobb ütértörzsek leszoríthatók, a nélkül, hogy a vérnyomás számba vehető változást szenvedne; vagyis ezen ütérágak elzárásakor a szív munkája változatlan marad; az általános vérnyomás, illetve a szív munkája tetemesen csak a hasi aorta vagy zsigeri ágainak leszorításakor emelkedik. Így tehát teljes joggal feltehető, hogy az egyes ütértörzsek leszorításakor (az említettek kivéve) létrejött keringési akadályok csak helybeli, de nem általános keringési zavarokhoz vezetnek, melyeknek kiegyenlítése a szív nagyobb munkáját feltételezné.

Egész edényterületeknek a vérkeringésből való kizárása, a mint ez nagyobb ütértörzsek leszorításakor történik, azonban bizonyára nagyobb keringési akadálynak tekintendő, mint az egyes edényterületek arterio-sclerotikus elváltozásai — valamennyi edényterület, illetve az összes edények nem szoktak megbetegedni — midőn az edények csak rugalmasságuk, illetve tágulási képességük egy részét veszítették el. Ha már most továbbá tekintetbe vesszük, hogy a mondottak szerint a szív munkáját a nagyobb ütértörzsek leszorításakor — a hasi aorta és ágaitól eltekintve — keletkezett keringési akadályok nem befolyásolják, akkor arra a következtetésre kell jutnunk, hogy a rugalmasságukban csökkent és a rendesnél merevebb arterio-sclerotikus edényeket sem kell oly akadályoknak tekinteni, melyek a szív nagyobb munkáját feltételeznék.

Azonban egyéb körülmények számbavétele is megerősíteni látszik ama nézetünket, hogy az arterio-sclerosis és szívhypertrophia között feltételezett oki összefüggés mindeddig nincs kellőképpen bebizonyítva.

Általánosan elterjedt ama nézet, hogy az arterio-sclerosisnál a bal szív túltengése a magas vérnyomás következménye. Ha a vérnyomás tényleg nagyobb volna arterio-sclerosisnál, mint rendes körülmények között, akkor eme körülmény a balszív túltengését igaz, feltétlenül megmagyarázná. Az egész dologban csak az a hiba, hogy arterio-sclerosisnál a feltételezett magas vérnyomás létezését még senki sem bizonyíthatta be. Igaz ugyan, hogy a Basch-féle sphygmomanometerrel magasabb értékeket nyerünk, mint normalis körülmények között, de az arterio-sclerosis esetén ezen eszközzel nyert magasabb eredményekből nem vagyunk feljósítva a vérnyomás nagyságára következtetni, mert nem tudhatjuk, hogy ezen nagyobb értékekből mennyi irandó az ellentállóbba lett edények számlájára.

Az arterio-sclerosist és a szívhypertrophiat továbbá egyesek különösen azért tartják egymással oki összefüggésben levő megbetegedésnek, mert nézetük szerint felette ritkák az oly esetek, a melyeknél az arterio-sclerosishoz a szív túltengése ne szegődne. Én azonban azon véleményben vagyok, hogy az eddigi vizsgálatok alapján nincs eléggé bebizonyítva, hogy az arterio-sclerosisnál a bal szív túltengése tényleg oly ritkán hiányzik, mint azt sokan állítják. Igen hatalmas szív megnagyobbodásokról eltekintve, a szívhypertrophia jelenlétét vagy azok hiányát biztonsággal nem constatalhatjuk, hogyha a bonczolásoknál a szív nagysági viszonyait az általánosan szokásos módon határozzuk meg. Nézetem szerint, ha a szív nagysági viszonyait biztosan és pontosan akarjuk meghatározni, akkor a Müller-féle¹ eljárásához kell fordulnunk.

Az eljárás részleteit illetőleg az idézett munkára utalok; itt csak ezen eljárás előnyeit óhajtánám röviden felemlíteni.

Ha a hullából kivett szívet egyszerűen a mérlegre helyezzük, akkor az így nyert mérési eredmények hibásak, belőlük tehát a szívizom tömegére nem következtethetünk. Müller vizsgálatai szerint² ugyanis a pericardialis zsiradék az így nyert szívsúlynak 38—39%-át teheti ki, sőt egyes esetekben annak 50%-áig emelkedhetik. Így tehát szükséges, hogy ha a szívizom tömegét ismerni óhajtjuk, mindenekelőtt a pericardialis zsiradékot eltávolítani, ha ezt elmulasztottuk tenni, akkor mérési eredményeink (esetleg 50%-ig) hibásak és így világos,

hogy ezen hibák beszámításával számtalan esetben szívhypertrophiat fogunk ott felvenni, a hol arról tulajdonképpen szó sincsen. (A mondottakat tekintetbe véve, a jelen munkában a szívsúly meghatározásokat a Müller-féle módon eszközöltem.)

Végül azon okból sem hiszek az arterio-sclerosis és szívhypertrophia közötti oki összefüggés létezésében, mert az arterio-sclerosis azon eseteiben, melyeknél a szívhypertrophia hiányzik, a szívtúltengés ezen hiánya a két megbetegedés között oki összefüggést feltételezve, sokszor kellőképpen meg nem magyarázható.

Igen elterjedt ugyanis ama felfogás, hogy a szív koszorús edényeinek megbetegedése arterio-sclerosisnál a szívhypertrophia kifejlődését meggátolja. Ezen felvételt először azon okból nem tartom elfogadhatónak, mert számtalanszor tapasztalhatjuk, hogy az arterio-sclerosis azon eseteiben, melyeknél a sclerotikus folyamat a billentyűkre is áterjed, a szívtúltengésnek a koszorús edények megbetegedése egyáltalában nem állja útját. Ha tehát az edények kásás elfajulása a szív munkáját tényleg megnehezítené, akkor nehezen magyarázható a koszorús edények megbetegedésével a szívtúltengés hiánya. Azonkívül ellene szól eme feltevésnek ama körülmény is, hogy egyes szerzők véleménye szerint mégis — Curschmann tanár is e nézetben van — az arterio-sclerosisnál a szív túltengése a koszorús edények megbetegedése dacára is, nem egyszer tapasztalható.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Korányi Frigyes egyet. ny. r. tanár vezetése alatt álló egyetemi I. belkóroda laboratoriumából.

A Widal-féle serodiagnostikáról.

Irta: Deutsch László dr., kórodi gyakornok.

(Folytatás.)

Az irodalomban, melyben Widalnak eredeti közlése óta a munkálatoknak erre vonatkozó egész tömege található, a szerzők a reactio értékére nézve nincsenek egy véleményen. A francia bűvárok, mint Chantemesse,¹ Dieulafoy, Rendu, Achard, Lemoine,² Menetrier s Snedey,³ Achard s Bensaude,⁴ Thiercelin,⁵ Courmont,⁶ Weinberg,⁷ Widal methodusában biztos diagnostikai módszert láttak. Ajánlják kivülük még C. Fraenkel,⁸ Délepine⁹ (70 eset), Lichtheim,¹⁰ Rocco Jemma,¹¹ Haedke,¹² Pfuhl,¹³ P. Fraenkel,¹⁴ Breuer¹⁵ szerint a reactio nem biztos, Du Mesnil¹⁶ pontos (1:25) higitást kíván, Pick¹⁷ is ugyan- ehhez a feltételhez köti; Stern,¹⁸ Jež¹⁹ a módszert mint használhatlant elvetik.

E különböző vélemények megértése czéljából a serodiagnostika theoretikai birálatára kell e helyen kiterjeszkednem.

A reactio kórisme használhatósága két feltételhez van kötve: 1. ha minden typhus positiv eredményt ad, 2. ha csakis typhus adja.

Az elsőre vonatkozólag az irodalomban több olyan eset található, a hol a negativ lelet dacára biztos typhus meg-

¹ Soc. méd. d. hôp. július 31.

² Acad. de méd. 1896. július 7.

³ Soc. d. hôp. 1896. július 3.

⁴ Soc. d. hôp. 1896. július 24.

⁵ Soc. de biol. december 5.

⁶ Soc. de biol. július 25.

⁷ La Presse Méd. 1896. 104. l.

⁸ L. c.

⁹ L. c.

¹⁰ Deutsche m. Woch. 1896. 50. sz.

¹¹ Centralbl. f. inn. Med. 1897. 31.

¹² L. c.

¹³ L. c.

¹⁴ Münch. med. Woch. 1897. 5. sz.

¹⁵ L. c.

¹⁶ L. c.

¹⁷ L. c.

¹⁸ Centralbl. f. inn. Med. 1896. 49.

¹⁹ L. c.

¹ Die Massenverhältnisse des menschlichen Herzens. Jena, 1883.

² Tapasztalatait 1481 esetből merítette.

betegedés forgott fenn. Ide számítom a magam esetét (Takács), a kinél a betegség 11. napján negatív, 12. napján pozitív eredményt kaptunk, ide *Widal*¹ észleletét, mikor a gyanús betegség 6. napján nem, de a következő nap igenis kapott pozitív reakciót, s *Durham* is biztos klinikus esetekben negatív reakciókat nyert,² végre legérdekesebb, mert legpontosabban észlelt *Kolle*³ 2 esete, melyekben a seroreactio csak a reconvalescencia felé lett pozitív, míg a specifikus typhus bacillusnak a roseolából valamint a bélsárból (*Elsner* szerint) való kimutatása már a 11. illetve 12. napon sikerült.

Ez észleletek azt bizonyítják első sorban, hogy a negatív reactio nem bizonyító erejű semmiféle irányban; másfelől azonban utalnak arra, hogy *Widalnak* felfogása, melylyel *Gruberrel* szemben reakcióját „infectio reactio“-ként értelmezi, nem lehet helyes. Mert igaz ugyan, hogy a reactio intensitása az acme felé rendszeresen növekszik, s a defervescencia felé csökken, de *Kolle* két esetéhez hasonlóval mi is rendelkezünk (*Papp*); ezen aránylag elég könnyű, de biztos klinikai eset acméjének határ titreje⁴ 25 volt, s a reconvalescencia felé úgy emelkedett, hogy a láztalan állapotnak 8-dik napján a 100-szoros higitású vér momentán agglutinálta a typhus bacillusokat.

De még egyéb észleletek is *Gruber* mellett szólnak, mely szerint az agglutinálás a szervezetnek reactiv védekezésével, az infectio ellenében kifejtett immunitással van vonatkozásban. *Wright* és *Semple*⁵ azt mutatták ki, hogy typhus ellen typhusculturának befeeszkendése által immunizált egyének vérének agglutinációs titreje röviddel a befeeszkendések után magasra emelkedik, s azt minden oltás még emeli. Rendkívül éles elmével fejtik ki e szerzők, hogy azon észlelet, mely szerint később elhalt egyének vére is agglutinál, nem döntheti meg az immunitásos magyarázatot: az ilyeneknél az immunitás foka nyilván az egyén megmentésére nem volt elegendő. „The sedimenting power . . . would than appear to indicate only the degree of immunity, which has been acquired at the particular moment, at which blood was drawn off.“ Hasonlóképen, mint a hogy diphtheriaméregnek beoltása után a haldokló állat savójában sok az antitoxin anyag, mely azonban vagy későn, vagy nem elegendő mennyiségben keletkezett.

Úgy látszik, hogy más bacteriumokra is érvényes az agglutinációra illetően értelmezése. *Nicolas*⁶ úgy találta, hogy diphtheriás egyén vérsavója a bacillus diphtheriae nem agglutinálja, de a Bebring-Roux-serumnak befeeszkendése után ugyanazon egyén savója igen erősen; s *Arnoing*⁷ szerint a pneumococust is csak az immunsavó agglomerálja, a betegé nem.

A dolgok jelenleg végleg tisztázva még nincsenek, s merülnek fel néha még oly közlések, melyek a theoria ellen súlyos érvekkel küzdenek; így *Wright* s *Smith*⁸ a *Haffkine* szerint védoltott embereknek, s cholera reconvalescenseknek vérében agglutináló hatást nem találtak.⁹ Remélhetőleg a typhus recidiváknak pontos agglutinációs titre vizsgálata e kérdésre a közel jövőben biztos választ fog adni.

Vizsgáljuk ezek után a második feltételt, vajjon a reakciót positive csakis typhus adja-e?

Az irodalomban erre vonatkozó több esettel találkozunk. *Stern*¹⁰ otitis media esetében (1:10), *Villier* s *Battle*¹¹ quotidianánál, *Jež*¹² meningitis tuberculosánál (1:10) találtak posi-

tív reakciót, *Breuernek*¹ 3 esete (coli infectio?) is ide számítható; majd *Gilbert* s *Fournier*,² *Achard* s *Bensaude*,³ psittacosisnál irtak le hasonló eredményt (1:10), *Haedke*⁴ s *Pick*⁵ (1:10) ép egyénekkel is talált agglutinációt, s újabban *Ferrand*⁶ igen jól észlelt septicaemiánál, s *Du Mesnil*⁷ meningitisnél irt le kétségtelen reakciót.

Mindezen esetek ellen akárki azt a kifogást emelheti, hogy nem meggyőzőek, mert esetleg az illetők évek előtt gyenge, ú. n. typhus-ambulatoriuson mentek keresztül, mely hatásában még évek múlva is érezhetővé vált. Hiszen ismeretes, hogy az agglutináló hatás milyen sokáig marad meg. Nem említve *Widalnak* erre vonatkozó ismeretes közléseit, hivatkozom *Wright* s *Smithre*,⁸ kiknek egy esete a typhus után 12 évvel nyilvános reakciót adott, ép úgy mint a máltaláz (Maltafever) elszenvedése után 3 évvel az illető beteg vére azon fertőző betegség okozóját (*Micrococcus Melitensis Bruce*) agglutinálja. Ellenben, minthogy állatoknál typhus elő nem fordul, *Bordetnek*⁹ lóserummal végzett kísérletei a kérdést a specificitás tanával szemben biztonsággal döntik el.

A *Gruber Widal*-reactio quantitativ reactio mindenek szerint, s csak a szélső határt kell megállapítanunk. Mi a 15-ös higitást használtuk mindig s ettől ma sines okunk eltérni.

Ha már ezek után ugyanazon fokú higitással dolgozunk is, a göcsövi készítményekben még mindig különbségeket találtunk, melyek egyrészt a reactio bekövetkezésének idejére, másrészt annak kvalitására vonatkoznak.

Az időt, mely a totalis reactióig eltelik — értvén ez alatt azt a pontot, a melyben külön álló bacillus nem vagy csak alig található — szerfelett ingadozónak találtuk; voltak esetek, hogy 15-ös, de 40-es higitás is momentán hallott, azaz míg a készítményt göcsö alá vittük, a bacteriumokat már tömegekben találtuk, máskor ez csak 3—4 óra múlva lesz általánossá. Nagyjában véve úgy találtuk, hogy a reactio ideje arányos a higitás nagyságával, minél nagyobb a higitás, annál tovább tart a reactio lefolyása, s másfelől két egyazon higitási fokú serum közül az hat gyorsabban, melynek higitási határtitreje magasabb.

A mi most a reactio qualitását illeti, vizsgálataink szerint itt is több fokot különböztethetünk meg. 1. A bacillusok egyberagadnak, de mozgásukat el nem vesztik; s ilyenkor a kissé lazább szövésű csoportokban még egy-két óra múlva is láthatni némi lengő mozgást, mely csak lassanként vész el. 2. A bacillusok mozdulatlanok, de mint állandósított s festett praeparatumokból kiderül, alakjukat változatlan megőrzik. Itt megint két eshetőséget láttunk; az egyik, a mikor az agglutinált bacillusok alkalmas táptalajon tovább tenyészthetők, míg más esetben nem. Utóbbit könnyen idézhattük akként elő, hogy *tiszta* typhus-vérsavóba oltottuk át a bacillusokat, a honnan azokat pár órával az agglutinatio bekövetkezése után ki nem tenyészthettük. E tény vizsgálására akként jártam el, hogy az ily fedőlemez készítményt például 24 óra múlva a tárgylemezről óvatosan leemeltem, s ahhoz egy csepp steril 0.6% ClNa-oldatot csepegtettem, majd pár perc múlva a cseppet itatóssal levonva, a lemosást 2—3-szor kellő óvossággal megismétltem, mikor sikerült azt elérnem, hogy a fedőlemezen néhány odaragadt bacterium tömeg maradt. Ezt erre egy bouillon cseppel lefedve órák múltán constatálhattam, hogy a bacillus tömegek alakja, nagysága, szóval elrendeződése nem változott meg, hogy azok nem oszlottak fel egyes elemeikre s nem okoztak számba vehető typhusbacillusfelődést. 3. Végre a serum specifikus ereje néha oly hatékony,

¹ Sem. méd. 1896. 296. 1.

² Lancet 1896. II. 1746.

³ Deutsche m. Woch. 1897. 9. sz.

⁴ „Határtitre“ névvel azt a számot jelölöm, mely a pozitív reakciónak legszélsőbb higitási hányosorát adja.

⁵ *Wright* és *Semple*: Remarks on Vaccination against Typhoid fever. Brit. Med. Journ. 1897. január 30. 256. 1.

⁶ Soc. de biol. 1897. január 30-dikán ref. Berl. kl. Woch. 1897. február 12.

⁷ Ugyanott.

⁸ On the application of the serum est etc. Lancet 1897. 656. 1.

⁹ Lásd ezzel ellentétben *Sobernheim* vizsgálatait 1. c.

¹⁰ L. c.

¹¹ Cit. *Jež* után,

¹² L. c.

¹ L. c.

² Bullet. Acad. de méd. 1896. október 20.

³ Soc. med. d. hôp. 1896. november 27.

⁴ L. c.

⁵ L. c.

⁶ Soc. méd. d. hôp. 1897. január 22-dikén ref. Münch. m. Woch. 1897. 153. 1.

⁷ L. c.

⁸ L. c.

⁹ Past. Annal. 1896. julius.

hogy a bacillusok már pár óra múlva alakjukat veszítik, elferdülnek, meg is duzzadnak, s ilyenkor a fedőlemezeket pár nap múlva szemügyre revén, a bacillus tömegek helyén szemcsés halmazokat találtam.

Hadd foglaljuk a vérvizsgálatok eredményeit a következőkben össze:

1. Normalis vérserum is agglutinálhatja a typhusbacillusokat s ezért pontos eredményt csakis pontos hígítási módszerrel nyerhetünk.

2. 15-ös hígítás használata mellett a positiv reactio biztosan utal typhusra, mely előre ment vagy jelen van; negativ reactio semmire sem jelleges, mert a próba későbbi vizsgálatnál positivnak bizonyulhat.

3. A görösövi methodus a kémcső próbánál egyszerűsége, pontossága s főleg gyorsasága miatt klinikai célokra alkalmasabb.

4. Valamely kérdéses serum ható erejét három tényezőtől ismerjük fel: a) a hígítás fokának határtitjéből, b) a reactio idejéből, c) a bacillusoknak alaki, mozgási viselkedéséből s vajjon tovább tenyészthetők-e vagy nem.

Mint hogy jelen dolgozatomban a serodiagnostikának klinikai szempontja volt irányadó, ezért a test összes nedveire vonatkozó vizsgálatokat e helyen tekintetbe nem veszem s azokat csak röviden sorolom fel. Kimutatták eddig az agglutináló hatást a humor aqueusban (*Achard s Bensaude, Widal s Sicard*), a genyben (*Catrin, Ach. és Bens.*), a savós ürök nedveiben, a cerebrospinal folyadékban, könyvekben, néha epében,¹ néha a bélsárban, s állandóan a tejben s a hólyaghúzó serumban.

A tej nem képezte vizsgálatom tárgyát; a szűrt bélsárral több ízben kísérlettem meg a reactiót, de eredménytelen, s erre vonatkozólag *Achard s Bensaude* is megemlíti, hogy csak akkor várhatunk positiv reactiót, ha genyedő bélfelekelyeket gyaníthatunk.

A hólyaghúzó útján nyerhető serumra azonban annál inkább kellett kiterjeszkednem, minthogy azt *Sicard* ajánlása óta a búvárok kivált a kémcső próbára gyakran s előnyösen alkalmazták.

E módszert mint elég könnyen kivihetőt, *Korányi Sándor* tanár úr megbízása folytán *Bozóky* tr. a kórodánkon fektőt három biztos klinikai typhus esetben már múlt év október havában próbálta ki, s 10-es hígítással positiv eredményre jutott.

Magam eseteim közül 7-et a kórodán észleltem (*Zsömle, Faragó, Bereczky, Papp, Takács, Stacho, Antony*), 2 biztos typhus betegnek (*Hutwaldner, Fürster*) hólyagserumát *Korányi Sándor* tanár úr volt kegyes sz. István-kórházi osztályából vizsgálatom alá bocsátani egy harmadik betegtől vett (*Mittel*) hólyagserummal együtt, kinél a kórisme meningitis cerebrospinalis és typhus között ingadozott.

Ezen 10 eset közül 7-ben a megfelelő vérpróbákat is párhuzamosan vizsgálhattam, a 3 utóbb említett esetben a serumon kívül csak a vizelet állott rendelkezésemre.

Az első hétről ismétlések kikerülése végett röviden azt jegyzem meg, hogy a kapott eredmények a megfelelő vérkészítményeknek mindig megfelelték, csakis annyiban volt eltérés, hogy a serum nem ritkán már 24 óra múlva erősen genyes volt, mikor a göröső alatt sok fehér vérsajt volt az agglutinált halmazok közt s néha ezek középpontjában látható.

A sz. István-kórházi három eset közül a serodiagnostika csak az egyik typhus esetre vonatkozólag adott a valóságnak megfelelő reactiót, míg két próba a tényleges állapottal ellenkező eredményt nyújtott, a typhusnál agglutinációt (1:10, 1:15) nem, a későbbi biztos meningitissnél igenis kaptam, de a vizelet a kívánt eredményeket nyújtotta; a dolog eldöntetlen maradt, s mi úgy magyaráztuk, hogy a beszállítás, vagy talán a vignettázás alatt (melyet nem magunk végeztünk) történt a serum kémcsövek felcserélése.

¹ L. e. thémát bőven *Achard s Bensaude* idézett munkájában.

A kémcsőpróbák is a vérserum próbáknak teljesen megfelelőnek. A controllvizsgálatok (1:15) sehol sem adtak positiv eredményt.

Végeredményképen azt erősíthetjük meg, hogy a hólyagserummal a reactio kitűnően végezhető, hogy az eljárás egyszerű, a nyert serum — mint mi egy esetünkben 41 nap múlva meggyőződhetünk — sokáig nem veszti el hatékonyságát, ha steril kémcsőben kellő cautelák mellett fogtuk volt fel, s azt beszáradás (25 nap), megfagyás (4 nap) után is könnyen nyilvánítja, hogy végezettül sok savót nyerhetünk, szóval, ha egyéb okok nem tartanának vissza, e módszer klinikai használhatóságának semmi sem állná útját. Azonban a módszer elég sokáig tart (csak a hólyaghúzás 16—20 órát tart), másodszer pedig nem veszélytelen; mert több cm²-nyi bőrterületet természetes fedőhámjától fosztunk meg, s ha a serumot kis nyíláson át is bocsátjuk ki s kellő kötést is alkalmazunk, az esetleg deliráló beteg ezt letépheti, mikor a csökkent ellenállási képességgel bíró beteg testben a különböző beható microorganismusok, tudjuk mily veszedelmes complicáló betegségeket hozhatnak létre. Tudjuk, hogy e kellemetlen zavarokat mint a hólyaghúzás eredményét az irodalomban senki eddig, s mi sem észleltük, de kizárva nincs, hogy esetleg diagnostikai beavatkozásunk súlyos következményekkel jár. S a nil nocere elve a diagnostikában még sokszorta inkább szívelendő meg, mint a therapiában.

Ezért tehát, mikor a typhus beteg bőrét minden legkisebb decubitustól fürdőzés, mosások etc., bőrhigiene által gondosan óvjuk, akkor diagnostikai célból rajta hólyagot húzunk inhumanus, legalább is inconsequens eljárás.

Ha azonban a kérdéses beteg excretumai, vizelete stb., sem pedig a véi rendelkezésünkre nem állanak, végesetben kellő sebészi cautelák mellett és pontos hígítással ezen eljárást is megengedhetőnek tartjuk.

A vizeletről vonatkozólag ép egyéneknél, lázas betegek-nél s typhusos betegek-nél nagyszámú vizsgálatot végeztem, melyekről e helyen bővebben fogok megemlékezni.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XVII. rendes ülés 1897. május 23-dikán.)

Elnök: Réczey Imre; jegyző: Lévai József.

Psoriasis figurata extensa.

Justus Jakob: Azon számos psoriasis eset között, a melyek a dermatologiai klinikán megfordulnak, nem gyakoriak az oly esetek, melyek a köztakarónak legnagyobb részét foglalják el, mint a hogy a jelen esetben tapasztaljuk. A megbetegedés 12 évvel ezelőtt kezdődött az egész testre kiterjedő általános eruptióval. Azóta makacsabban csak a könyökökön és a térdeken maradt meg s most több hó óta újra elterjedt, úgy hogy a köztakaró legnagyobb része a psoriasis karélyos, egymással összefolyó plaque-jaival van elborítva. A beteg igen szépen mutatja a psoriasis figurata, még pedig a gyrata alakokat.

Lichen ruber acuminatus.

Justus Jakob: A 6 éves gyermek másfél év óta szenved az erősen viszkető bajban. A végtagokon — kevésbé a törzsön —, első sorban pedig a tenyéren és a talpon, továbbá az ujjak fesztő oldalán található az efflorescentiák. A primaer kivirágzás alig gombostűfejnyi fehér vagy halványvörös papulából áll, a mely legtöbbször a folliculusok szájadékát kitöltő apró szarucsap által képezte. A papulák némely helyütt megnövekednek s nagy számmal borítják a bőrt, úgy hogy annak megtapintásakor reszelőszerű érzést keltenek.

A tenyéren és a talpon a hám nagy mértékben megvastagodott; élesen határolt pirosság borítja el e helyeket, a vasos hám pedig számos repedés által, a melyek mélyen behatolnak, keresztezett. Az ujjak hátán különösen jól látszanak a tágult folliculus-szájadékokban székelő csapok. A lichen ruber acuminatus a ritka bőrmegbetegedések közé tartozik.

Klinikánkon 5 esztendő alatt 8 esetben észleltük és a dermatologiai társulat tárgyalásai sorában is 3 esetben lőn bemutatva. Míg Hebra első eseteiben a bántalom halálhoz vezetett, addig a későbbi autorok által leírt esetek közül több gyógyult. A lichen ruber acuminatus kóralak mellett a francziák a pityriasis ruber pilarist, mint külön kóralakot szerepeltették; azonban mai nap általánosabb az a nézet, a mely mindkettőt azonos kórformának tekinti, ellenben megkivánjuk

orvost is a klinikáról és mégis 10 forinttal büntették meg; a kapitány kijelentette, hogy csak azért teszi, mert nincs gyauja a művi abortusra. Olyan odiosus volt a dolog, hogy csak már vége legyen, megfizette a bírságot. Egész deputatio járt kiün az asszonynál és faggatták minden módon, pedig az eset világos volt. Azért hozta fel szóló, hogy mint hallottuk, a bejelentés nem kötelező, ezért kívánatos, hogy az orvosegyesület vegye a dolgot kezébe és rendezze ezt.

Id. Glass Izor: Azt hiszi, a bejelentési kötelezettség csak a művi abortusokra nézve áll fenn. A törvény nem kötelez a feljelentésre, mégis vannak esetek, a melyekben azt meg kell tenni. 12—15 évvel ezelőtt, mint fiatal orvost hívták egy abortushoz, az asszony sepsisben feküdt 40—41^o os lázban és maga megvallotta, hogy a bába bevezetett egy pálezikát és ennek folytán betegedett meg. *Tanu* jelenlétében mondotta ezt, azért feljelentette szóló. A bábát is, az asszonyt is megbüntették.

Mihajlovics Miklós: Az orvosi titoktartásról akar szólni. *Berczeller* véleményét elfogadja, hogy feltétlen titoktartás szükséges. Egy nő felhozta piros pozsgás leányát, a ki 4 hó óta nem menstruált. Megvizsgálta szóló és constatálta a terhességet. Erre a leány persze tagadta a dolgot. Azt mondta szóló, 5 hónap mulva majd kiderül a dolog. Egy családnak, melynek szóló orvosa, egy fiatal ember tagja settenkedett a leány körül. Kérdezték egészséges-e a leány, mert el akarja venni. Szóló hallgatott. Mondjuk, hogy epilepsziás egyénről van szó, a ki házasodik, kérdeznék minket, odaadják-e neki a leányt, ha meg nem mondja az ember, utólag támadnak kellemetlenségek.

Jurkiny Emil: Figyelmeztet, hogy Magyarországon van törvény, mely a büntetendő cselekmény feljelentését elrendeli. Ez a 81-diki rendőri kihágásokról hozott törvény, mely azt mondja, ha az orvos büntetendő cselekményre akad, köteles azt bejelenteni, pl. magzatelhajtás, mérgezés stb.

Rákosi Béla: Nem tudta, hogy a vita ilyen fordulatot fog venni, de látja, hogy a *Berczeller* által felvetett kérdés súlyos. Előadó azt mondja, hogy a büntény feljelentése alól az orvos kivonhatja magát és mikor ezen örvendiünk, akkor azt látjuk, hogy nemesek ezt, de minden abortust kötelesek vagyunk bejelenteni. Szóló mindig azon véleményben volt, hogy csak a statistika szempontjából kívánják a bejelentést, de hallja, hogy egy collegát, a ki a hatósági köteleességének eleget tett, még meg is büntették, és így ő most a rovott múltú egyének közé került, mert nem felebbezett. Kérdés, nem kellene-e mozgalmat indítani az iránt, hogy keresztül vigyük, miszerint rendeletekkel ne zaklassanak minket, hol az előjáróság, hol a rendőrség, és hogy — mert *Jurkinynek* igaz van — a kihágási törvénynek az a szerencsétlen szakasza megváltoztassék. Célszerű volna, ha az orvosegyesület ezen a esziman, mely minket szorongat, tágítana egy kicsit.

Liebmann Mór: Nálunk a bírói felfogás az, hogy a criminalis abortus bejelentendő. A közönséges abortus is bejelentendő, és ha a házi orvos nem jelenti fel, a consiliariust vonják érte felelősségre. Fontos dolog volna pontosan megállapítani, mit értenek abortus alatt? mert abortusnak tekintenek feljelentéskor esetleg olyan esetet is, melyben csak kis czafat ment el.

Berczeller Imre: Meg van lepve attól, a mit *Jurkiny* tagtárs mond, mert akkor más formát nyer a dolog. De ha úgy is van, a büntető perrendtartásnak előadó által említett indokolása változtat a dolgon, mert világosan megmondja, hogy az orvos fel van mentve akkor is a feljelentés kötelezettsége alól, ha büntettről van szó. Csodálná, ha elkerülte volna figyelmét. A polgármester rendelete az abortusok bejelentéséről a vallás- és közoktatási miniszternek bábák számára kiadott rendeletén alapul, mely szerint „halva született magzatot a bába köteles bejelenteni”. De kérdés, volt-e a polgármesternek ehhez joga? Sajátságos, hogy az embereknek milyen gyenge érzékük van jogaik védelmezésére. Jön a tisztí orvos, kéri a magzatot; oda adják, csináljon vele a mit akar, de ő kérdez és a publicum, a helyett, hogy megtagadná a választ, mihez joga van, felel.

Elnök: A vita folyamán *Rákosi* azt az eszmét vetette fel, hogy a fontos előadás kapcsán, az orvosegyesület foglalkozzék e kérdéssel és mozgalmat indítson a törvénytelen polgármesteri rendelet visszavonása iránt. Felveti a kérdést, beleegyeznek-e az orvosegyesület a mozgalom megindításába? (Helyeslés.) Akkor felkéri *Berczeller*, *Rákosi* és *Jurkiny* tagtársakat, hogy ez ügyben nyújtsanak be indítványt, melynek alapján az igazgató-tanács el fog járni és az ügy tárgyalását ki fogja tűzni.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Kuthy Dezső dr.: Tüdővészés sanatoriumokról. Klinikai füzetek, 1897. április hó, 23 oldal.

A mikor a szegénysorsú tüdővészésesekről való gondoskodás terén az első legnehezebb lépések hazánkban is megtörténnek, a kérdéssel foglalkozni első sorban az orvosi rend van hivatva, hogy a hatóság és a társadalom tevékenységéhez megadja az irányító fonalakat.

Örömmel kell látunk, hogy az annyira fontos kérdéssel orvosi szempontból ifjabb generációnk is mind tüzetesebben kezd

foglalkozni. A magyar orvosi könyvkiadó társulat csak nemrégén sorozta be kiadványai közé *Kuthy Dezső dr.* könyvét a *tüdővész sanatoriumi gyógyításáról*, mely még ez év folyamán szétküldésre kerül, s a terapiát magát, valamint annak eredményeit, a kiviteléhez szükséges sanatoriumok, intézetek építését és berendezését behatóan fogja tárgyalni és a fennálló sanatoriumokat bővebben ismertetni.

Ügyszólván izeltetőül fekszik előttünk a czimben jelzett értekezés, melyben a sanatoriumok mindjobban beigazolódó nagy jelentősége a phthiæotherapiában van vázlatban megadva, hozzá pedig néhány a terjedelmes anyagból kikapott részlet tárgyalása csatlakozik. Ezek egyikéből a bántalom sajnálatos praevalálását az ország legmagyarabb megyéiben tudjuk meg, többi részében pedig két olyan külföldi sanatorium ismertetését találjuk, a melyekről hozzánk legkevésbé könnyen érkezik hír s a külföldi szakirodalomban is csak fogyatékosan vannak ismertetve. A bevezető általános rész magán hordja a közvetlenségnek azt a bélyegét, melylyel a saját szemmel látottak leírásai szoktak birni, a hol pedig szerző, mint pl. a finnlandi *Halila* gyógyintézet és az amerikai *Adirondack Cottage sanatorium* leírásánál személyes tapasztalat nélkül szólhat csak, ott adatait a legmegbízhatóbb forrás, az illető intézetek orvosi vezetőinek egyenes információi útján controllálja.

D—ny dr.

II. Lapszemle.

Inguinalis orchektomia. A herekiirtás egyik újabb módját írja le *Handley*. A lágyékesatorna külső nyílásától kiinduló, a hereborékon át annak alapjáig terjedő metszést három okból hibáztatja: 1. a metszés alkalmával könnyen megsérül valamely véredény, a mi azután a hereborék laza szerkezeténél fogva könnyen ad okot utóvérzésre; 2. a hereborék ráncosságánál fogva a sebszélek nehezebben egyesülnek; 3. a hereborék mozgékony-sága következtében jó és bizton ülő kötés alig alkalmazható; a kötés pedig a bélsár és a húgytól hamar piszkolódik. Ezért a következő műtétet ajánlja: A 3—5 cm. hosszú metszést a külső lágyékgyűrű felett vezeti, az ondózsínort izolálja és a környezettől tompán leválasztott herét a készített sebnyílásba vonja. A mint az ondózsínör segítségével a herét a sebvonalba hozta, az ondózsínort átvágja. A műtét előnyeit a következőkben foglalja össze: az által, hogy a metszést nem a laza hereborékon, hanem a feszes hasfalaton vezeti, az utóvérzés lehetősége ki van zárva; a drainage feleslegessé válik; a kötés jól alkalmazható, a melyet sem a bélsár, sem a vizelet nem piszkíthat be.

Scrotalis incisio szüksége fenforog mindazon esetekben, ha a heréből kiinduló tumor igen nagy vagy a hereborékkal összefüggésben, összenövésben van. (Wiener klin. Wochenschrift 1897. április 5.)

Boross dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Oxyuris vermicularis** elhajtására *Comby* a következő gyógymódot használja: három egymás után következő nap reggelén éhgyomorra egy evőkanálnyi ezukrozott tejben következő por veendő be: Rp. Santonini 0.05; Calomelanos 0.10. (Hat évesnél idősebb gyermekeknél minden további egy évre 1 centigramm santonin számítandó.) Ugyanazon napokon este az anus a következő kenőcses-el dörzsölendő be: Rp. Ungu. glycerini 20.0; Ungu. ciner. 10.0. (Médecine moderne, 1896. p. 421.)

2. **Tetanus** egy esetét közli *Handley*, melyben sublimat bőr alá fecskendésére gyógyulás következett be. Az eset egy 9 éves fiúra vonatkozik. Minden egyes befecskendésre 6 milligramm sublimat használtatott el, összesen 11 befecskendés végeztetett 6 nap alatt. (Brit. med. journ. 1897. január 16.)

3. **Renyhén sarjadzó és fertőzött sebek** kezelésére *Müller* a citromnedvet ajánlja, melyet naponként kétszer kell a sebre alkalmazni. A közbeeső időben 5% citromnedvet tartalmazó vízbe mártott kompresszek teendő a sebre. (Sem. méd. 1897. 20. sz.)

TÁR C Z A.

Az Országos Közegészségi Tanács felterjesztése a tüdővész elleni védekezés tárgyában.

(A tanács 1897. évi május 13-diki üléséből.)

(Vége.)

A tüdővész betegek tartózkodási helyének fertőtlenítése nem rendelhető el kötelezőleg. Ezt gyakorlatilag kivihetlenné teszi a betegek óriási száma, a betegségnek évekre terjedhető hosszú lefolyása, végre a betegeknek helyhez nem kötött volta. E téren épen úgy mint a choléránál, a fertőző ürüléknek — itt a köpetnek — kezelésére helyezendő a főszó. De igen is gondoskodni kell arról, hogy a kik önként eszközölni akarják a fertőtlenítést, a szükséges eszközöket és a kivitel módjában való beiktatást megszerezhessek lehetőleg olcsó áron, és ott, a hol indokolva van: ingyen. Ellenben a tüdővész halálesetek bejelentése, úgy mint a heveny fertőző betegségeké, a hatóságnál kötelezővé tétessék és tekintettel arra, hogy a tüdővész utolsó szakaszában a fertőzőanyag elterjedésének veszélye a legnagyobb, a betegek is ezen szakaszban rendszeren szobához és ágyhoz vannak kötve, az elhaltak kórszobái, ágyneműi és hordott ruháik fertőtlenítésének kötelező volta kimondassék.

Mindezen intézkedések sikerének előkészítésére szükséges, hogy népszerű munkák terjesztése által a lakosság a tüdővész terjesztésének módja és a védekező eljárások szükségére felvilágosíttassék. Egy harmadik alaptétel az, hogy a kórházakban a tüdővészesteknek más betegektől való elkülönítése a lehetőség határai között megkezdessék és fokozatosan kifejtessék, ennek szüksége abban találja indokát, hogy egyrészt a tüdővészestekkel közös tartózkodás a nem tüdővészestek fertőztetésének veszélyével jár; másrészt pedig maguk a tüdővészestek a többi betegek között egészen célszerűtlenül vannak elhelyezve, mert egészen más elbánást igényelnek, mint a többi betegek.

Erre vonatkozólag kívánatos, hogy újonnan építendő kórházaknál, úgy a mint külön helyiségek állíttatnak fel heveny fertőző, bujakóros, sebészi, szemészi, elmebeteg számára; úgy legalább kisebb osztályok tartassanak fenn olyan kezdetleges tüdővészben szenvedő betegek számára, a kiknek gyógyítása sikert ígér; de régebbi kórházakban is törekedni kell a tüdővészesteknek másoktól való elkülönítésére.

4-dik alaptétel. Olyan községek vagy vidékek, a hol a tüdővész feltűnőbb elterjedést mutat, a közegészségügyi felügyelők által ennek okaira vonatkozólag vizsgálándók, és azért kívánatos, hogy mint a trachoma ügyével, úgy a határtalanul nagyobb kihatású tüdővész ügyével egy külön szakfelügyelő bizassék meg, vagy a mi még célszerűbb, erre külön felügyelői állomás rendeztesse.

b) Intézkedések a tüdővész fertőzőanyagának állatok általi terjesztése ellen.

Állatokról való átterjesztés közegei gyanánt tekintendők: 1-ször a gümőkóros tehének teje és ennek származékai: vaj, túró stb.; 2-ször a hús.

A tehéneknek nagyobb tejtermelési telepeken való szabályszerű vizsgálata elrendelendő s az állati közegészségügyre vonatkozó érvényben levő törvények és szabályrendeletek átnézendők, a szükséges pótlásokkal ellátandók és végrehajtásuk ellenőrzendő.

Az Országos Közegészségi Tanácsnak ezen, a közegészségügyi intézkedésekre vonatkozó javaslataiba az intézkedések technikai és adminisztratív kivételére tartozó részletek szándékosan nem vétettek fel. A technikai eszközök különfélék, idő haladtával változnak és tökéletesíttetnek, az adminisztratív kivétel módzatai és közegei szintén sokfélék lehetnek és a közviszonyok szerint alakítandók, azonban ha Nagyméltóságod elvi javaslatainkat helyeselni és elfogadni méltóztatik: Nagyméltóságod magas kívánatára a Tanács mindenkor készségesen teendő akármelyik kérdésben részletes előterjesztéseit.

Egy körülményt azonban bátrak vagyunk ezen közintézkedések keresztülvitelére kiemelni, t. i. annak kívánatos voltát: hogy ezen intézkedések inkább szűkebb körben, de minden esetben

olyan helyeken rendeltessenek el, a melyek a kormány közvetlen rendelkezése alatt állanak, mint az országos kórházak és közintézetek, mert csak itt látjuk biztosítottak a kifogástalan kivitel és az ahhoz kötött sikert. Ha egyszer az ország lakossága a sikerrel meggyőződik, megnyugvással lehet ezen intézkedések kiterjesztését fokozatosan széles téren indíttatni meg: félt, hogy a kivitel hiányos, a siker tökéletlen marad, az intézkedések kivételének terhei a lakosság előtt indokolatlannak fognának feltűnni s az eljárás hiányosságából tévesen az eljárás céltalanságára fogna a közvélemény következtetni. Ezen helyek körében kellene rendszeresíteni a bacteriologikus köpetvizsgáló állomásokat is.

Kivált fenforog a szüksége annak, hogy a fegy- és fogházakban a foglyok és köpeteik vizsgálatnak alávettesse, minthogy megállapítva lett, miszerint köztük többször előfordul fel nem ismert tüdőgümőkór s a mellett, hogy a fogházi viszonyok közt maguk az ilyen betegek rohamosan rosszabbulnak: kiköpiéseik által másokat is fertőznek.

II. Intézkedések a tüdővészestek gyógyításának előmozdítására nézve.

A tüdővész az országnak minden részében, a lakosságnak minden rétegében nagy mértékben elterjedett fertőző betegség. Minden egyes beteg egy fertőző központtá válhatik, a melyből nemzés vagy ragályozás útján a betegség tova terjed s így a betegek összege egy hálózatot alkot, a mely csaknem minden családba betérjed s a melynek szálai csak kitartó, céltudatos tevékenység által szakíthatók meg előbb kevés, utóbb sok helyen. Ezen tevékenység egy részét képezi a betegek gyógyítása.

A manapság rendelkezésre álló és sikert nyújtó gyógyítás a klimatico-hygienikus, a melynek eszközei: a tiszta, pormentes, lehetőleg bacteriummentes levegő, sok napfény, olyan berendezés, a mely lehetővé teszi a betegeknek szabad léghöz való minél tartósabb időzését, a tartózkodási helyeknek éjjel is egészséges levegője és nyugalmasága, dús táplálkozás, az életrend egyénileg megállapított szabályozása, állandó orvosi felügyelet és bizonyos a testet edző eljárások, meg az alkalmi gyógykezelés.

A gazdagok ezen feltételeket teljesíteni képesek otthon, a vagyonosak e célra berendezett gyógyhelyeken és gyógyintézetekben, a vagyontalanok csaknem kivétel nélkül sehol. Azok, a kiknek vagyoni körülményeik az alkalmas elrendezést lehetővé nem teszik, elpusztulnak maguk s családtagjaik közé zsufolva, az óvó irányvezeteket nem ismerve vagy hanyagolva, terjesztik a betegséget maguk körül, úgy hogy a magánvédelem szoros összefüggésben áll a közegészségügyi védelemmel. Ugyanez történik a vagyonosak körében is, ha ezen tájékozatlanság náluk fennáll. Ezen okoknál fogva szükséges a lakosságnak kitartó, következetes felvilágosítása népszerű oktató munkák, lehetőleg világos rövid oktató lapok terjesztése által.

A közegészségügyi ügyek érdekeivel kapcsolatos magángyógyítás — a mint azt már előterjesztésünk első részében jeleztük — alig teljesíthető másként, mint célszerűen berendezett specialis gyógyintézetekben, s hogy itt tényleg olyan sikereket nyújt, a milyenek más viszonyok közt nem érhetők el, azt mutatja az összehasonlító statisztika. A tüdővész lefolyási idejét középszámítással 4—5 évre lehet tenni, a gyógyulási arányt az uralkodó viszonyok közt alig lehet számba venni. Ezen alapon jogosan felvehető, hogy a tüdőgümőkóros betegek közül évenként meghal 19—20%. A sanatoriumok hatása tükröződik Brehmer 11 évi statisztikájában: ezen idő alatt Görbersdorfbán 5000-et valamivel meghaladó tüdővészest beteg kezeltetett, a kik közül gyógyultnak bizonyult 26%, javultnak 63%. Nagyjában megegyezők más hasonló intézetek eredményei. Még kedvezőbbeknek tűnnek fel az eredmények, ha a betegség kezdetén levők külön választatnak a súlyosan megbetegedve oda kerülőktől, az előbbi csoport több mint 40% gyógyulást mutat fel.

Ezekkel homlokegyenest ellenkezők azon kórházak eredményei, a melyekben tüdővészestek más betegekkal vegyesen vannak elhelyezve, a hol sem a levegő, sem a táplálkozás, sem pedig a nyugalmas életfolyás nem nyújtható a tüdővész gyógyításának megfelelőleg s a specialis gyógyeljárások ki nem vihetők.

Ezek közül közel 50% meghal s még a kórházi tartós kezelés alatt is alig állapítható meg több, mint 30—35% javulás s ez is legtöbbször addig tart, míg a betegek ismét szokott életviszonyaik közé kerülnek.

Ezen tények folyamánát képezi azon szükség elismerése, hogy a tüdővész betegek számára külön kórházak és kórintézetek állíttassanak fel.

Elismerjük, hogy a betegeknek rendkívüli nagy száma ezen elv gyakorlati kivitelét első tekintetre elérhetetlennek s azért annak megkezdését czéltalannak tünteti fel. Valóban ilyennek tartanók is, ha a feladat úgy értelmeztetnék, hogy akár az állam, akár a társadalom arra akarna vállalkozni, hogy eddig kórházi kezelésben nem részesült, százezrekre menő beteget helyezzenek el specialis kórházakban, mert ez nemcsak költség tekintetében felülmulná akármelyik körnek képességét, de még az orvosi ellátás tekintetében is a lehetetlenségek sorába tartoznék.

Ezen actiónak czélszerű módozata azonban nem ilyen. A világ egy feladat előtt áll, a mely e század elején fásztó kezdetekkel indult meg, ma pedig már hatásos intézkedésnek mutatkozik az által, hogy nem a tömeges elhelyezésre lett fektetve a súly, hanem a czélszerű, óvatos, minden kellékekkel felruházott intézeti elhelyezésre, a melyben részesítettnek nem már gyógyíthatatlanná vált, hanem gyógyítható betegek, a mely intézetekben a betegek a tüdővésznek czélszerű élet és gyógymódra, valamint az embertársaik iránt köteles óvási rendszabályokba beiskoláztatnak, s midőn az intézeteket elhagyják: akkor magukkal viszik ezen ismereteket, saját javukra követik és körükben terjesztve, fokozatosan megteremtini segítik azon közszellemet, a mely ezen, a világ legelterjedtebb betegségéből származó csapást fokként elhárítani képes.

S hogy ez így van: azt bizonyítják mindazon országok és városok, a melyekben ezen actio már régebben megindult és bizonyos fejlődésre jutott, főleg mutatja Anglia, a hol az idevágó ismereteknek elterjedése, a társadalom minden rétegébe való behatolása, a sanatoriumoknak tekintélyes száma, a mely ma már 7000 beteg egy időbeni elhelyezését teszi lehetővé, azt eredményezte, hogy a tüdővész-halálozás csaknem felére szállt alá azon számnak: a melyet ezen század első felében még elért.

A tüdővész betegeknek egy jelentékeny számát lehetne az eddigihez képest sokkal czélszerűbb viszonyok közé juttatni, ha az actio egyik lépése gyanánt a már meglévő kórházakban az ott rendszeren ápolott betegeknek a többi betegektől való elkülönítése megkezdetnék. Hogy ez milyen nagy jelentőségű intézkedésé válhatik, ennek feltüntetésére csak a budapesti kórházak tüdővész betegeinek számát hozzuk fel. Ezekben ápoltatott

1893-ban	2324
1894-ben	2196
1895-ben	3026

tüdővész beteg.

Ezen betegeknek elkülönítése ugyan nem jelentéktelen befejtéseket kíván meg, de az ápolási költségek jóformán ugyanazok maradnak, s a kihatás nem becsülhető elég magasra.

A tüdővész gyógyításának másik és ez idő szerint idealis módozata, a specialis, a tudomány mai fejlettségének igényeivel megegyező kórintézetek újbóli felállítása. Ezek felállítása nem csupán és talán nem is első sorban a teljesen szegény lakosság iránt válnék egy lélekemelő humanitárius cselekvéssé, hanem az intelligens és szakilag képezett osztálynak egy seregét szabadítaná fel az egyeseket és családjukat lelkileg és vagyoniilag kimerítő, e mellett többnyire sikertelen küzdelemtől, a mely az egyenlőtlen vagyoneosztás és így a socialis viszonyok következménye gyanánt nehezedik rájuk.

Nem tekinthetjük feladatunknak Nagyméltóságú Minister úr, hogy Nagyméltóságod előtt részletesen vázoljuk az ilyen kór- és gyógyintézetek kellékeit, ezek ma elterjedten ismeretesek és épen az utolsó időben a magyar irodalomban is kimerítően ismertette lettek; de hangsúlyoznunk kell, miszerint a cselekvés ezen terén is nem a sok, hanem a lehetőségig tökéletes képezi a helyes feladatot; mert csak, ha az első felállítandó intézetek minden szükséges kellékekkel lesznek felruházva, akkor lehet várni, hogy azon eredményeket nyújtják, a melyeket más államokban nyújtanak, ha ellenben az első intézetek elhibáztak, akkor a rájuk fordított

költség sikertelen pazarlás, s a mi ennél is nagyobb baj, az ügy compromittálva van a közvélemény előtt s tovafejlődése talán hosszú időre fennakad.

Meggyőződésünk szerint az első ilyen intézetnek a főváros határákörében kell felállítatni; először azért, mert a főváros népességi csoportjában fordul elő a legtöbb beteg és mert a főváros az ország betegforgalmának gyújtója. De még sok más elhatározó érv követeli ezt. Csak itt, vagy legalább legkönnyebben itt láttathatik el az intézet mindazon felszereléssel tárgyak, intézmények, orvosi és ápolói személyzet tekintetében, a melyek a sikeres gyógyításra nélkülözhetlenek; itt van legjobban megadva a lehetősége annak, hogy a betegek kiszemelése czélszerűen keresztül vitessék, itt állanak fenn azon közlekedési viszonyok, a melyek az intézet felkeresését könnyűvé teszik, az itt felállított intézet volna az ország szemé előtt, itt állhat fenn a kellő ellenőrzés orvosi és minden más tekintetben legjobban, a főváros közönségében összpontosul az ország humanitarius törekvéseinek támogató és előmozdító, vagyoniilag is erre legképesebb csoportja s a minek nagy fontosságot kell tulajdonítanunk, itt van kilátás arra, hogy minél nagyobb számú orvosok képeztesse ki azon tudományos és személyi tulajdonokra, a melyek a tüdővészgyógyintézetek orvosi ellátására elengedhetetlenek; s mindezeknél fogva innen várható egyedül a tüdővész elleni védekezés ezen mozzanatának oda fejlődése, a hova fejlődnie kell: országos intézkedéssé. Így lehet reményleni, hogy hova-tovább az ország különböző más vidékein is hasonló intézetek jöjjenek létre.

Egy olyan betegség ellen, mint a tüdővész, a mely századok óta előrehaladólag pusztítja az emberiséget, s a mely mai nap milliókra menő embert görnyeszt megsemmisítő hatása alá, a melynél a védekezés a családi tűzhelyek köréig kell hogy betérjedjen; ilyen betegség ellen csak úgy képzelhető a sikerre vezető küzdelem — és ezt a külföld példája már igazolja —, ha a védekezés munkája nemcsak a hatósági hivatalos közegek, hanem ezekkel együtt a társadalom tagjai által is foganatba vétetik. Ez egy lassú, a lakosságnak erre való nevelését feltételező munka, a mely azonban, hogy civilizált népeknél kivihető, ezt mutatják a másnemű civilisatorius s humanitarius ügyek s a tüdővészre nézve is bizonyítják külföldi példák.

És ezt tartja a Tanács szem előtt akkor is, mikor véleményét a specialis tüdővészgyógyintézetek létrehozásának módozatára nézve Nagyméltóságod elé terjeszteni bátorodik.

A létrehozás feladatát magára veheti az állam vagy pedig a létrehozásra vállalkozik a társadalom.

Kétségtelen, hogy ha az állami kormányzat a tüdővészgyógyintézetek szükséges voltát elismeri, akkor hatalmában is állanak az eszközök, hogy tág vagy szűkebb terjedelemben ezen szükségnek elég tétessék. Az ilyen kormány vagy közhatalosági ténykedésnek akadálytalan volta esetében is fennmaradna azonban egy pótlendő tényező, a mely nélkül kórházakat igen, de sikerre vezető védekezési köztevékenységet alig lehetne létrehozni és ez a közszellemnek azon felkeltése, a melynek szükségére reámutatunk, s a mely nélkül közegészségügyi irányban elrendelt intézkedések is csak hiányos eredményeket nyújthatnának. A hatóságilag felállítandó intézetek még egy más irányban kívánnának kiegészítést, t. i. abban, hogy a szegény és legnagyobb részben míveletlen betegek mellett kellő elhelyezést találhassanak azon vagyontalan, de mívelt elemek, a melyek ilyen intézetekre szintén utalva vannak.

Ezen két utóbbi pontra: a közszellem kifejlesztésére és a különböző osztályokhoz tartozó betegekhez alkalmazásra nézve határozottan előnyösebb viszonyokat teremt a társadalom olynemű közrehatása, a milyen az egyesületek alakítása és a sanatoriumoknak közadakozások általi létrehozásában találja kifejezését. Egy nagy és folyvást nagyobbodó csoportja a lakosságnak már megértelt nézetekkel csatlakozik az actióhoz, érdeklődése folytán szívesen fogadja, hogy beavattassék a tüdővész elleni védekezés minden mozzanatába, foglalkozik vele, követőket keres, éberen tartja a közfigyelmet, megteremt az intézkedések szükségének köztudatát és kifejti az áldozatkészséget. Ekként minden esetre előmozdítatik azon irányú áldozatkészség is, a melyet a kormányzatilag felállítani szándékoló kórintézetek fentartása és továbbfejlesztése a törvényhozás útján feltételez. Mi úgy vélekedünk Nagy-

méltóságú Minister úr, hogy ezen kétirányú tevékenység egymást kölcsönösen támogatja, de a tevékenység megindításánál a fontosabbakat s termékenyebbet a társadalmi actióban látjuk; tartunk attól, hogy ha a kórintézetek felállítását legelőbb vagy egyedül a kormányzat venné a kezébe, akkor a nagy közönség érdeklődése nem melegednék fel oly mértékben, mint az a társulási módozattól várható. De az is bizonyos, hogy tökeszegény s a feladatok tömege előtt álló országunkban a nagyméltóságú kormányzat erkölcsi és anyagi támogatása nem nélkülözhető, még a gazdag Bécsben is, ahol az első sanatorium létesítéséhez báró Rothschild Nathaniel egymaga 100,000 forinttal, Liechtenstein herceg pedig 50,000 forinttal járult, szükségét érezte az alsó-ausztriai kormány, hogy a maga részéről is tetemes pénzsegélyvel járuljon hozzá.

Leghatásosabb és az ügy fejlődését leginkább előmozdító módozat persze az volna, ha a társadalmi úton felállított s a fent jelzett célokra megfelelő sanatorium mellett, a kormány egy, a kórházak rendes anyagát képező tüdőbetegeknek szánt tüdővész-kórházat állítana fel, a melynek számításunk szerint 300 ágyat kellene elfogadnia.

Ezekben fejtettük ki a tüdővész terjedésének korlátozására vonatkozó azon javaslatunkat, a melyek meggyőződésünk szerint összhangzásban állanak a Nagyméltóságod leírataiban kijelölt határokkal. Az általunk a tüdővész korlátozására javasolt intézkedések függelékét képezik a görvélyes és gyenge fejlődésű gyermekek gyógyítására szánt telepek, a melyekre azonban kiterjeszkedni annyival kevésbé tartjuk itt helyén levőnek: minthogy ezen intézmények már hazánkban is az első kezdeteken túl vannak.

Ellenben a tüdővész terjedésének korlátozására hazánkban mindez ideig semmi jelentékeny intézkedés nem történt, úgy hogy e téren bennünket Ausztriától, Orosz-, Porosz-, Franciaországtól, Angliától, Észak-Amerikától, egy szóval a civilizált világtól egy áthidalatlan úr választ el, nemzetünknek a culturalis haladás minden tevékenysége iránt melegedő géniusával ez összhangzásban nem áll; ebbeli elmaradottságunk pótlását könnyíti: hogy a helyes utak felkeresésének munkáját más nemzetek már elvégzték s nekünk ezen utakat csak követni kell; az Országos Közegészségi Tanács azon megnyugvással származtatja Nagyméltóságod kezeihez tiszteletteljes javaslatát, hogy Nagyméltóságod, mint a kiben a magas kormányzat a közegészségügy vezetésével felruházott tagját tisztelni szerencsénk van, akként fog intézkedni, hogy hazánkat a világ legpusztítóbb betegsége elleni védekezésnek terén is a civilizált államok láncolatába becsatlózza.

Heti szemle.

A budapesti gyakorló orvosok segélyező egyesülete 1897-dik évi május hó 21-dikén tartotta évi közgyűlését, melyen Löw Sámuel dr. következő elnöki megnyitói beszédét tartotta:

Tisztelt közgyűlés! A népek ismeretére irányzott vizsgálatok legbiztosabb eredményeként lehet oda állítani azt a tényt, hogy az ember, bármily messze időkre megyünk vissza, még a legprimitív míveltségi viszonyok között is, mint társas, mint a társaságban élő egyén lép elébünk. Ezen értelemben Herbert Spencer-nek igaza van, midőn azt mondja, hogy a társaság előbb van meg, mint az egyén.

Sehol azonban a társulás oly nehezen nem fejlődött, mint az orvosok között. A tudományos egyesületekkel még inkább boldogultak; de mihelyt társadalmi, gazdasági, jótékonyági egyesületekről volt szó, másutt is, nálunk is csak igen csekély eredményeket tudtak felmutatni. Különösen áll ez a mi viszonyainkról, melyekre nézve jellegzetes, hogy az országos orvosi segélyegyesület, mely igen áldásos tevékenységet fejt ki csekély tagsági díj mellett, az orvosoknak csak ötöd részét tudta zászlója alá toborzani. Két évtizednek egy orvosi nyugdíj-alap megteremtésére irányzott törekvései semmi, de semmi eredményhez nem vezettek; a legbuzgóbb munkások is, mert minden iparkodásuk hiábavalónak mutatkozott, belefáradtak és a további kísérletekről lemondtak.

Milyen lassan halad a mi szerény egyesületünk is! Évről évre csak néhány taggal gyarapszik, alig többel, hogy azok, kik kidőlnek, pótoltsanak.

Ennek dacára nincs okunk csüggedni. Ha a mindinkább jobban érvényre jutó hangulatot helyesen fogjuk fel, a hazai orvosok az új kor szózatát kezdik megérteni, a társulás eszméje ime az ő körükben is diadalmasan nyomul előre. Az ezredéves orvosi congressus többsége ugyan azt a tömörítést, melytől velem együtt sokan a leg-többet várnak, t. i. az államilag rendezett és szentesített orvosi kamarát, elvetette; de a rendi szervezkedés szükségét ez a congressus is kimon-

dotta és ezen szervezkedés tényleg megindult, midőn néhány héttel ezelőtt a fővárosi orvosok szövetsége megalkottatott és az országos orvosi szövetséget előkészítette; az utóbbinak megalakulásától is csak néhány nap választ el minket.

Vajha ezen kezdeményezések a várt eredményhez vezetnének, hogy rendünk immár válságossá vált helyzetéből felszabadulna és ismét azon megbecsülésben részesülne, melytől megilleti!

Ehhez az eredményhez, t. közgyűlés, mulhatlanul szükséges, hogy a rend egyes tagjai nehéz hivatásuk felelősségteljes gyakorlatában a tisztességes megélhetés feltételeit megtalálják; szükséges, hogy az orvosok gond nélkül éljenek.

Az orvosok gondjainak egy részét a mi szerény egyesületünk iparkodik elhárítani, egyelőre még igénytelen eszközökkel, elégtelen módon; de ha sikerülni fog, egyesületünk céljait szélesebb kartársi körökben megkedveltetni, sokkal többet fog nyújthatni, sokkal hatóságosabban fogunk működhetni.

Erre kell iparkodnunk, t. közgyűlés, azon tudatban, hogy az egész orvosi rend tekintélye az egyes orvosok jólététől függ.

A segélyező egyesület idei közgyűlését ezennel megnyitom.

A budapesti önkéntes mentőegyesület f. hó 23-dikán tartott ünnepélyes közgyűlését 41 cs. és kir. fensége József főherceg úr jelenléte mellett. Az egyesület 10 év óta áll fenn és ez idő alatt 77.769 esetben nyújtott első segélyt. Az egyesület vagyona 1896. végén 93.167 frt 20 krt tett ki. A közgyűlésen az alapszabályokban az a módosítás történt, hogy ezennel nőtagok is felvételnek az egyesületbe, továbbá a választmány tagjainak létszámát 60 férfi és 30 nőtagban kívánják megállapítani.

Az országos orvosi szövetség alapszabálytervezetét f. hó 27-dikén tárgyalta az e célból összehívott országos orvosi congressus. A tárgyaláson körülbelül 200—250-en jöttek össze a vidéki kartársak közül majdnem minden megyéjéből az országnak. A tárgyalás eleinte azon kérdés felvetése miatt: legyen-e kötelező vagy nem a belépés? — a mit, miután szövetségről és nem egyesületről vagy kamaráról van szó, fel se kellett volna vetni — nehezen indult meg, később azonban szabatosan folyt tovább. Minden pontot felolvastak és megvitatnak. A szabályzatot lényegesebb változtatások nélkül elfogadták és a szervező bizottságot, kiegészítve azt valamennyi törvényhatóság tisztí főorvosával, megbízták, hogy a szövetség alakítását továbbra is vezesse, a most már véglegesen elfogadott alapszabályokat a belügyministerhez megerősítés végett felterjeszse és ha a megerősítés megjön, a szeptember első felében a tisztikar megválasztására újra egybehívandó országos congressust előkészítse. Ez előkészítés főleg abban fog állani, hogy az egyes főközsövétségek a nyár folyamán megalakulnak és a megalakult szövetségek tagjai jönnek fel a központi tisztikar megválasztására.

Vegyesek.

Budapest, 1897. május 28-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1897. május 9-től 1897. május 15-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 421 gyermek, elhalt 259 személy, a szülések tehát 162 esettel multak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, ronsoló toroklob 2, hökhurut 1, kanyaró 5, vörheny 4, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 2, agyvérömleny 5, rángások 4, szervi szívbaj 18, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörguhurut 46, tüdőgümő és sorvadás 49, bélhurut és béllob 19, carcinomata et neoplasmata alia 13, méhrák 2, Bright-kór és veselob 8, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 9, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 6, erőszakos haláleset 18. — A fővárosi köz-kórházakban ápolatott e hét elején 2193 beteg, szaporodás 753, csökkenés 685, maradt e hét végén ápolás alatt 2261. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1897. május 14-től május 21-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 3 (meghalt —), himlőben 1, álhimlőben 1, bárányhimlőben 15 (meghalt —), vörhenyben 33 (meghalt 5), kanyaróban 248 (meghalt 3), ronsoló toroklobban és torokgyíkban 18 (meghalt 4), trachomában 22, vérhasban —, hökhurutban 28 (meghalt 1), orbánczban 27 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

— Tóth Lajos dr., kolozsvári egyetemi tanárt ő Felsője a közoktatásügyi ministeriumhoz osztálytanácsossá nevezte ki és mint ilyen a jogi oktatási ügyön kívül a többi oktatásügyeknek lesz előadója. Tóth Lajos tanár már régóta mozog az oktatásügyi administratio e terén; e pályáját még Trefort ministersége alatt Markusovszky mellett kezdte el és azóta szakadatlanul folytatta mint központi szolgálatra berendelt kolozsvári egyetemi tanár is. Benne orvosi oktatásügyünk kormányzata komoly buzgó tapasztalt vezetőt nyer, kinek administratív képességeire szakoktatásunk ügye a megkezdett irányban és szellemben való tovább fejlődése szempontjából méltó várakozással tekinthet. Üdvözöljük őt immár definitívve vált pályája kezdetén.

○ Felhívás. A nagyméltóságú vallás- és közoktatásügyi minister a fej és nyak sebészeti bántalmái és a gyakorlati orr-gégészet tanára mellé egy szaksegéd jutalmazására évi 400 o. é. forintot engedélyezett. Azok, kik e szakmában magukat kiképezni óhajtják, forduljanak Navratil tnr.-hoz, található délelőttiútként a szt. Rókus-kórházban (21. sz.), Lipót-utca 10. sz. alatti lakásán pedig délután 4—5-ig.

— Szontágh Miklós dr., kir. tanácsos Abbaziából visszatért és fűrdőorvosi gyakorlatát Új-Tátrafüreden újból megkezdette.