

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.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Áldor Lajos: A gyomorbetegségek túlságos sósavképződéssel járó alakjainak diaeto- és balneotherápiája. 272. l.
Tauszk Ferencz: Közlemény Korányi Frigyes ny. r. egyetemi tanár I. belkóródjáról. A hypertrophiás és atrophias májlob viszonya egymáshoz. 273. l.
Jutassy József: Hypertrichosis gyógyítása Röntgen-fénnyel. 275. l.
Lengyel Soma: Pellagra-esetek a Máramaros vármegyei közpörház belgyógyászati osztályáról. (Igazgató: Szilágyi István dr.) 277. l.
Tárca. R.: Az orvostanhallgatók számának esőkenése és annak okai. 277. l.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Dr. E. Gurlt: Geschichte der Chirurgie und ihrer Ausübung. 278. l. — Lapszemle. Wassermann: A gonococcus mérgezől és a gonococcus-tenyésztésről. 279. l.*

Hetiszemle és vegyesek. A pellagra Magyarországon. — A főváros egészsége. — Egyetemes orvosdoktorokká avattattak — A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlése. — A Stefánia pesti szegény-gyermekórházegyletnek ülése. — A gömörmegei orvos-gyógyszerészegylet ülése. — Hibaigazítás. — Lakásváltozás. — Fürdőorvos. — Halalozás. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Baumgarten Samu dr. 279. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gyomorbetegségek túlságos sósavképződéssel járó alakjainak diaeto- és balneotherápiája.¹

Áldor Lajos dr. fürdőorvostól (Karlsbad).

T. urak! Ha a philosophusnak a jelenségek okait fűrésző szemével nézzük az irányzatokat, melyek a therapiában az idők teltevel egymásnak adják át domináló helyüket, ha kutatjuk azon irányzatok vagy mondjuk divatok keletkezésének a motivumait, úgy egy feltűnő, sőt első tekintetre talán visszás körülmény fog első sorban szemünkbe ötlenni. Az iparnak az az ága, melynek a gyógyszeres készítmények előállítását köszönjük, az utolsó decennium alatt egy előbb nem remélt fokát érte el a fejlettségnek. Újabb és újabb készítményei hozatnak forgalomba különben rég ismert anyagoknak, mások tetszetősebb formában állítatnak elő, sőt alig mulik el nap, hogy valamelyik élelmes gyáros ne látna el bennünket hangzatos nevű új gyógyszerekkel. Ha a therapeutikus irányzatok motivumai oly közelfekvők volnának, úgy mi sem volna természetesebb, mint az, hogy a gyógyszeripar ezen hyperproduktív korszakában a therapiában főleg az orvosságok dominálnak a helyzetet. Ámde a dolog nem így áll! A természetes gyógyeszközöknek egy, számra nézve ugyan csak kis csoportja a physiologia örök törvényein felépült therapiában már ma olyan biztos és legyőzhetetlen positiót kezd elfoglalni, melyet semmiféle fejlettsége és folytonos fejlődése valamely ipárnak megdönteni nem tud! Ennek a ma uralkodó therapiának két hatalmas eszköze van: a *physikalis* és a *diatetikus* gyógyeszközök! Talán ellentmondást fog provokálni, t. urak, azon állításom, hogy a kettő közül a physikalis gyógyeszközök alkalmazása az, mely nagyobb multtal rendelkezik, hogy maga a *diatetherapia* az utóbbi évek vívmányai közé számítható. Hogy a beteg ember táplálkozása nem lehet identikus az egészségesekével, azt már a régi orvosok is tudni vélték, de hogy a betegek kezelésében az étrend egy hatalmas, sokszor palliativ therapeutikus eszköz, az, ismételt hangsúlyozom, csak a legújabb, körültekintő és fáradságos vizsgálatok eredménye! A mióta művelői akadtak a gyógytudománynak, azóta a beteg és az egészséges ember táplálkozása mindig jelentékeny anyagát szolgáltatott a kutatásnak. De ez még korántsem jelenti azt, hogy diatetherapiáról

beszélhetnénk. Bőven találhatók diatetikus feljegyzések a legrégebb időkben fenmaradt iratokban, a perzsák, hellenek, zsidók, hinduk írásában; a hippokratesi iskolából fenmaradt diatetikus tanok köteteknek megfelelő anyagot képeznek; *Galen* egy éles megfigyelő látásával állította fel az indicatiókat, hogy milyen állapotoknak milyen fajta tej felel meg, de mindezek részben minden exakt alapot nélkülöző theoretikus felvételeknek, részben a vizsgálati eszközökkel fel nem fegyverzett, tökéletlen klinikai észlelésnek már régtől fogva csak történeti értékkel bíró következtetései maradnak még akkor is, ha akadunk ezen írásokban véletlenül oly adatokra, melyek ma is érvénynyel bírnak.

Ezekből csak az következik, hogy az észszerű táplálkozás fontosságát minden idők minden gondolkozni tudó orvosa belátta, de hogy az észszerű táplálkozásnak exact törvényei megállapíthatók legyenek, arra nézve előbb egy rationalis reformnak kellett beállani, mely tudományunk egy ágát sem hagyta érintetlenül. És hogy ez az idő oly későn következett be, hogy századunkkal esik csak össze, annak oka az orvostudomány segédtudományainak, első sorban pedig a chemiának lassú fejlődésében keresendő. *Liebig*, *Tiedemann* és *Gmelin*, *Bidder* és *Schmidt* és még egy sereg buvár laboratoriumi munkálatai azok, melyek megvetették a *diatetherapia* alapjait; majd *Kjeldhal* ajándékozta meg a tudományos világot egy módszerrel, mely lehetővé teszi a szervezet anyagforgalmát pontosan ellenőrizni, az emberi szervezetet egy tűzlet gyanánt felfogni, melyben pontosan megállapítható, hogy a befektetett tőke miként lesz kihasználva?

Ezek és az ilyen irányú vizsgálatok képezhették azután további alapját a klinikai értékesíthetőségnek! A kísérleti alapra fektetett diatetikus szabályok vetették meg az alapját a diatetherapiának. Ezen az alapon fejlődhetett ez ma már annyira, hogy a legnagyobb német klinikusok a közelmultban indították útnak a vállvetett munkájukkal összeállított kézikönyvét az étrendes gyógykezelésnek, mely munkának öntudatos mottója: „Qui bene nutrit, bene curat“ kell, hogy minden orvosnak meggyőződésévé váljék!

De meggyőződésünk ez csak akkor lesz, ha tisztában vagyunk azzal, hogy egyike az orvosi ténykedés legnehezebb feladatainak az okszerű, minden körülményre figyelemmel levő jó táplálás! Ha az egyes diatetikus tételek multjára figyelemmel vagyunk, úgy könnyen találunk olyanokat és pedig a pathologia minden fejezetében, melyek törvényerőre emelkedtek, annak idején megmásíthatlanoknak látszottak és ma már csak a tudományunk történelme iránt érdeklődők előtt van meg az értékük!

¹ Előadatott az 1898. évi Budapesten tartott balneologiai congressuson.

Hogy megváltoztak például nézeteink a lázas beteg étrendjét illetően!

Epen nem a régen múlté az az idő, a mikor a hőemelkedés megállapítása a táplálkozás lehető megszorítását jelentette. Mi ma egész joggal gondolhatunk arra, hogy a most említett felfogás idejében sok lázas beteg halálának a művi inanitio volt az oka, de nincs kezességünk az iránt sem, hogy az utókor bennünket, kik lázas betegeinket a fokozott anyagforgalomnak megfelelőleg fokozottabb mérvben tápláljuk, teszszük pedig ezt ama exakt, a klinikai tapasztalatokkal megerősített vizsgálatok alapján, nem fog-e egy helytelen felfogás hiveinek tartani.

Vagy hogy a pathologia egy más fejezetéből legyen szabad önöknek egy példát említenem, a neurastheniás betegek táplálásában, gyógyításában a legáltalánosabban uralkodott, sőt még ma is uralkodó nézet az, hogy tejjel, tojással és hússal, tehát főleg fehérjetartalmú anyagokkal kell azokat tömniük. Ma pedig azon laboratoriumi vizsgálatok eredménye, melyek szerint a N tartalmú tápanyagok bevitelére az idegrendszer fokozott ingerlékenységét eredményezi és ennek következtében a fehérjedús táplálkozás a neurastheniások által kerülendő, a neuropathologusoknak a betegágy mellett tett tapasztalataiban is megerősítést talál! Hogyan változtak és kétségkívül hogyan fognak még változni nézeteink a diaetoterapia legalkalmasabb működési terén: a diabetes mellitus gyógykezelésében?

Hosszú évek során át a symptomatikus kezelés legfőbb követelménye az volt, hogy a szénhidratok elégsére képtelenné vált diabetikus étrendjéből azokat teljesen ki kell zárni. Ma ez a diabetes therapiájában másodrendű kérdéssé törpült. És ki tudná megmondani, milyen és mennyi változásnak lesznek még alávetve nézeteink a diabetest illetően, melyről — bár milyen anyagát képezze is a tudományos kutatásoknak — jogosan állíthatjuk, hogy inkább csak egy tünetesoport, mint egy betegség!

Ha nem is sűrűn váltották fel egymást a különböző és ellentétes felfogások, de az előbb említett irányváltozások megtalálhatók a gyomorbetegségek diaetájának a történetében is! A felfogás, mely évszázadokon át uralkodott, még *Leubench* egy korábbi munkájában is kifejezésre jut: a beteg gyomornak a legjobb diaeta a nyugalom! Ezen a téren irányjelzőnek látszik előttem *Noorden* fellépése, a ki chronicus gyomorfurugban szenvedő egyéneknek nagymennyiségben adott zsíros anyagokat, könnyen emészthető formában, és az illető egyéneknek pontos anyagcsere-vizsgálatoknak vetette alá. A betegek a zsírt jól tűrték, panaszai nem fokozódtak, kachexiás kinezésük javult.

Ezen vizsgálatok alapján mondotta ki *Noorden* azt, a mi ma már több oldalról nyert megerősítést: a marasmus, a mely a gyomorbetegségek lefolyása alatt kifejlődik, az nem a betegség, hanem a beteg kiéheztesének természetes következménye! Ez a felfogás ma már mindenütt tért hódított magának és a régivel: hogy a legjobb diaeta a beteg gyomornak a nyugalom, éles ellentétben áll!

Hogy ez a felfogás kezd magának tért hódítani, ennek köszönhető az a törekvés, hogy a gyomorbetegnek asztala meglehetősen változatos legyen, köszönhető az az élénk mozgalom, mely egész iskolákat foglalkoztat az egyes tápanyagoknak a gyomor működésére való hatásának tanulmányozásával!

A priori helyesnek látszik ez az irány, ha meggondoljuk, hogy a gyomorbántalmak egy nem jelentéktelen része idült lefolyású, melynél a gyomornak kiméltése kivihetetlen, ha csak a beteget tényleg nem akarjuk kitenni a kiéheztesés következményeinek.

Ha nincs is még teljes világosság derítve arra, hogy a gyomor és a bél működése, a gyomor és a bélmedv elválasztása között kétségkívül meglévő összefüggés milyen természetű, hogy az egyiknek az anomaliája miként befolyásolja a másikat: annyi tapasztalati tény, hogy a gyomor részéről jelenlévő *elválasztási* zavarok a tápanyagoknak a szervezet által való kihasználását jelentékenyen nem befolyásolják mindaddig, míg a gyomornak *motorikus* viszonyaiban zavar nem állott be.

Ez lehetett a kiindulási pontja *Noordennek* is, mikor *anacid* gyomorbetegeket, tehát a szó legszorosabb értelmében vett gyomorfurugosokat nagymennyiségű zsírral táplált. Az általa végzett anyagcsere-vizsgálatok kimutatták, hogy úgy a zsír, valamint a fehérjeanyagok kihasználása teljes mértékben kielégítő volt. *Kétségkívül bizonyítéka ez annak, hogy a hiányosan secernáló, de jó motorikus képességgel rendelkező gyomor működési hiányai a bélmedv által kompenzálva lettek.*

Ezen vizsgálatok különben csak megerősítették *Czerny-nek* (Beitrag zur operativen Chirurgie 1878) még 1878-ban *Kaiserrel* együtt végzett állatkísérleteinek eredményeit. Több kutyán végeztek gyomorkiirtást, egy kutya életben maradt, a műtét után felépülve mindennemű táplálékot fel tudott venni, súlyban gyarapodott s normalis bélsárt ürített ki. A műtétet a kutya öt évvel élte túl.

Ezeknek az előrebocsátása után, tisztelt urak, bátor leszek röviden azon vizsgálataimról beszámolni, melyeket egy par excellence gyomormedv elválasztási anomáliánál, par excellence diaetikus gyógykezelést igénylő betegségnél: az *Ewald* által helyesen *hyperaciditas hyperchlorhydriánál* tisztelt barátommal, *Strauss* dr. berlini egyetemi docens úrral egyetemben *Senator* tanár klinikáján végeztem, az ő jóindulatú érdeklődése mellett, melyről e helyen is hálásan emlékezem meg. A vizsgálatok részleteit más helyen közöljük, itt azokat főbb vonásaiban, a mennyiben a gyakorlat érdekeit szolgálják, óhajtom megismertetni s az azokból levonandó therapeutikus conclusióimat az önök ítélete elé bocsátani.

Meg fogják azonban engedni, hogy — ha csak néhány szóval is — e bántalom lényegével, aetiologiájának mai állásával foglalkozzam annyival is inkább, mert érdemesnek vélem e kérdésre különösen azoknak figyelmét felhívni, a kik nálunk gyomorbetegségekkel foglalkoznak. Azon tapasztalatok, melyeket a *Korányi Frigyes* tanár úr vezetése alatt álló I. belgyógyászati kórodán tenni szerencsém volt, azt a benyomást keltették fel bennem, hogy a *hyperchlorhydria* egy nálunk elég gyakran előforduló gyomorbántalom.

Hogy maga a kóralak csak azóta ismeretes, a mióta *Kussmaul* kezdeményezésére a gyomor-sondát alkalmazzák, a mióta — és ezt örömmel hangsúlyozom — egy honfitársunknak, *Szabó Dénesnek*, alapvető vizsgálatai a gyomormedv chemismusába betekintést engedtek, könnyen érthető, mert a *hyperchlorhydriának*, legyen az akár functionalis, akár a *Riegel* értelmében organikus megbetegedés, lényegét az emésztési idő tartama alatt létre jövő fokozott sósavválasztás képezi, mely csakis a gyomormedv chemiai vizsgálata által állapítható meg.

(Folytatása következik.)

Közlemény *Korányi Frigyes* ny. r. egyetemi tanár I. belkórodájáról.

A hypertrophiás és atrophias májlob viszonya egymáshoz.

Tauszk Ferencz dr. első tanársegéd és egyetemi m. tanártól.

(Folytatás.)

Az uralkodó felfogás szerint a hepatitis atrophicánál és hypertrophicánál a kórboneztani kép lényegét illetően eltérő szerep jut a parenchymának és kötőszövetnek. Előbbi a sorvadásos, utóbbi a túltengéses alaknál uralja a kórboneztani kép lényegét. Felmerült előttem a kérdés, vajjon a parenchyma és kötőszövet egymáshoz viszonyított viszonyok lényege nem adhat-e a szóban forgó kérdésekre felvilágosítást? A kérdésre a választ a kísérleti májcirrhosis viszonyainak figyelembe vételével véltem megadhatni. Messzire vezetne, ha az összes e téren felmerült adatok ismertetését megkísérteném. Szabadjon e tekintetben *Siegenbeck van Heukelov* kitűnő összeállítására utalnom. A müleges cirrhosis 19-féle módozatát sorolja fel, méltatja kritikailag és eredményeit a következőkben foglalja össze:

„Mindent összefoglalva, világosan kitűnik, hogy a májban sejtdegeneratio és sejtneerosis még egymagában nem

eredményez kötőszövet-formatiót, mely cirrhotikusnak volna nevezhető. De hangsúlyozni kívánja, hogy azért a különböző kísérletezéseknél fellépő sejtd degenerációk és necrosisok, melyek néha az emberi cirrhosissal is oly szépen észlelhetők, nem tekinthetők másodlagosoknak a kötőszöveti újképződéssel szemben.

A kötőszöveti izgalom mellett sejtnecrosis is léteztülhet ugyanazon vagy egy más kórhatóny hatása alatt, a mint arra *Hanot* és *Boix* utaltak. Embereknél észlelhető cirrhis mellett, melynél sejtd degeneratio alig látható, néha esetek találhatók, hol általános zsíros elfajulás vagy igen erős pigmentatio vagy kiterjedt sejtnecrosis lép fel. A kísérletek végeredményben tehát mutatják, hogy a cirrhotikus elváltozások a májban függetlenek a parenchymatosus elfajulástól és hogy utóbbiak részben elsődlegesen, részben másodlagosan, a cirrhis lefolyása alatt lépnek fel. Mert találóan mondja *Siegenbeck*, a cirrhotikus máj gyurmája ép úgy megbetegedhet vagy még könnyebben, mint az egészségesé.

Tehát a kísérleti eredmények a parenchyma és kötőszövet megbetegedését egy bizonyos fokig és bizonyos körülmények között egymástól függetlennek mondják.

És szabadon most visszatérni *Rosenstein* fejtegetéseire, melyek előadásom kiindulási pontját képezték.

Mindenekelőtt a tankönyvekben meggyökeredzett állítás ellen foglal állást, mintha klinikai megfigyelés által a máj megnagyobbodásával járó elsődleges stadiuma a sorvadásos májlobnak megállapított volna, avagy megállapítható lenne. És e tekintetben nem hivatkozik egyedül a kórházi gyakorlatra, mert a kifogás jogosan emelhető, hogy a betegek nagyon későn jönnek észlelés alá, sem hogy ezen stadium még megfigyelhető lenne. A májcirrhis csak akkor kórismézhető biztossággal, ha a máj megkisebbedésével többnyire a vena ágaiban a pangás tünetei előtérbe lépnek. A májnagyobbodás gastrikus tünetekkel kapcsolatban még nem elegendő ok a kezdődő cirrhis felvételére. „Tagadom”, mondja *Rosenstein*, „hogy az atrophias máj kezdete klinikailag májnagyobbodással eddig biztossággal megállapított volna”. Ha pedig ily nagyobbodás nincsen, mi módon mutatkoznak a kórfolyamat azonossága mellett a klinikai lefolyásban oly különbségek, ha nem lennének alapjában véve egészen eltérő pathologiai folyamatok? Képzeltető, hogy ugyanazon kórállapotnál az esetek egy részében az első stadium 5—10 évig tart a nélkül, hogy atrophia menne át, míg az esetek más részében a halálhoz vezető atrophia már 1—2 év alatt befejeződést nyer. Felhívja a figyelmet a kórlefevadás eltérő módozataira, a korra, mely szerint az atrophias lob a 40-es évek után, a hypertrophias a 20—30. év között lép fel, a kórokra, melyre már rátértünk volt és mindezek alapján csatlakozik francia szerzők nézetéhez, hogy a hypertrophias és atrophias májlob két egészen eltérő folyamat és hogy utóbbi sohasem fejlődik előbbiből. Az analogia a vesénél van. Hiszen a nephritis interst. chr. nál észlelhető kis vesét — és ezt találóan mondja — ki származtatja ma a nephritis parenchymatosából? Ma a zsugorvese egy önálló megbetegedés, mely a vese volumen kisebbedésével jár és melyet nagy vese nem előz meg.

Litten a *Rosenstein* előadását követő discussióban csatlakozik nézetéhez és szerinte a hypertrophias májból sohasem lesz kicsiny máj és az atrophias máj sohasem volt nagy.

Hanot-nak 1876-ban megjelent dolgozata is a separálás jellegét viszi magán. Igaz, hogy kezdetben ezen dolgozat a hypertrophias májlobok egész csoportját egy kalap alá veszi. A különböző „hypertrophias cirrhis” névvel jelölt bántalmak között — írja *Hanot* — egy határozottan jellegzett megbetegedés észlelhető, mely mint egészen specifikus, a többi cirrhisistól elkülönítendő és főleg *Laennec* klasszikus formájához semmiféle viszonyban nincsen. *Charcot* és *Gombault* a differentiatkát szövettani alapra fektették, hogy a kötőszövet miképen viselkedik a májlebenyekéhez.

Thierfelder ugyancsak elfogadja a primaer hepatitis hypertrophicát és könyvében — mint az első egyike — külön szakaszt szentel a tárgynak. *Ackermann* egy régibb

dolgozatában ugyanazon felfogásnak hódol, midőn mondja: a hypertrophias és atrophias májcirrhis két külön megbetegedés, melynek egymáshoz sem kórszármazásra, sem a boncztoni viszonyokra köze nincsen. Hasonló nézetet vallnak *Fürbringer*, *Liebermeister* és *Senator*. Utóbbiak visszeres és biliaris májlobokat különböztetnek meg, a nélkül, hogy az minden esetben az atrophias vagy hypertrophias májlobokkal azonosítható lenne.

Az irodalom fenti adatai tehát igazolják *Rosenstein* állítását és megerősítettek abban, hogy a hepat. hypertrophica egy külön megbetegedés, mely zsugormájba soha át nem megy. Ezen nézethez csatlakoztam és az ellenkező állításokat egy semmivel sem indokolható feltevésnek tartottam.

Ekkor klinikánk nagy beteganyaga között egy kóreset lefolyását volt alkalmam végig észlelhetni, melyhez hasonló feljegyzést az irodalomban nem találtam és melyről főbb vonásokban a következőkben szabadon beszámolnom:

M. J., 55 éves, erdősz. I. felvétel 1894. március 29. Beteg több ízben szenvedett gyomorhurutban. Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy hat év előtt a jobb bordaív alatt székeli fájdalmakat érzett, melyek két év előtt megszűntek. Másfél év előtt étvágytalan lett, soványodott, sárgaság lépett fel, többször hányt és a jobb bordaív alatt egy folyton növekedő daganat fejlődését észlelte. Szesz italokkal mindig bőven élt.

Erősen lesoványodott beteg bőr- és látható nyákhártyái citromsárgák. Étvágy nincs, székletét renyhe. Szívesücslökés az V. bordaközben, bimbóvonalon belül tapintható. Has felső részében elődomborodó. Jobb bordaív alatt egy sima feltűtű, tömött, nyomásra érzékeny, légzési mozgásokat követő képlet tapintható, mely lefelé csaknem köldökmagasságig ér. Utér- lők mérsékelten telt és feszes, száma percenként 72. Tüdők teljes éles, nem dobos kopogtatási hangja jobboldalt a VI. borda felső, VI. borda alsó, VII. borda felső széléig terjed, mely pontokon kezdődő májtompulat a bordaívet a szegymelletti vonalban négy, bimbóvonalban három és mellső hónaljvonalban két plessimeternyre haladja meg, bal felé bal szegymelletti vonalig ér. Szívtompulat rendes. Léptompulat VIII. bordán kezdődik, befelé mellső hónaljvonalig ér. Hasvízkór ki nem mutatható. Hátul léghang mindkétoldalt XI. bordáig terjed. Tüdők fölött érdes, sejtes légzés hallható. Szív és nagy edények hangjai tiszták. Vizelet napi mennyisége 900 cm³, fajsúlya 1022, sok epefestenyt tartalmaz.

Kórodai 16 napi tartózkodása alatt étvágy javult; hőemelkedés egy ízben észleltetett, 38° C. Physikai vizsgálat változást nem mutatott ki.

Beteg 1895. január hó 10-dikén másodszor kereste fel a kórodát.

Előadja, hogy röviddel első távozása után hasa térfogatban növekedni kezdett, légzése nehezedett, sárgasága változatlan volt vagy talán némileg kisebbedett. Ezek indították a klinika újbóli felkeresésére.

A lesoványodott férfitbeteg bőrszíne és látható nyákhártyái sárgák. Szívesücslökés negyedik bordaközben a bimbóvonalban. Has erősen elődomborodó. Méretei: legnagyobb kerülete 118 cm.; proc. xyphoid. és köldök közti távolság 26 cm., köldök és symphysis között 24 cm., köldök elsimult. Jobb bordaív alatt három harántujjnyira nyomásra érzékeny képlet tapintható. Has fölött kifejezett hullámzás. Tüdők teljes éles, nem dobos kopogtatási hangja V. borda felső, V. borda alsó, VI. borda felső széléig ér; májtompulat légvételnél le száll és bordaívet három plessimeternyre haladja meg. Regio epigastrica fölött köldökig és mellső hónaljvonalokig dobos, innét mindenütt tompa a kopogtatási hang, a mely tompulat helyzetváltozásnál a szabad hasvízkórra jellegző tüneteket mutatja. Szívtompulat III. bordán kezdődik, kifelé bimbóvonalig, befelé bal szegyszéléig ér. Léptompulat VIII. borda felső szélén kezdődik, mellső hónaljvonalat meghaladja. Hátul a léghang mindkétoldalt X. bordáig terjed. Tüdők fölött érdes sejtes légzés, jobboldalt hátul-alul crepitióval. Szívhangok tiszták. Vizeletben epefesteny.

Egy izben haspunctio útján 11 liter savó ürített ki. Ekkor a jobb bordaív alatt három harántujjnyira a tömött, kissé egyenlőtlen felületű máj jól volt kitapintható.

Röviddel rá távozott.

Beteg 1895. augusztus 26-dikán harmadszor kereste fel a kórodát.

Előadja, hogy hasa előbbi térfogatát csakhamar visszanyerte; lélegzete nehéz, alsó végtagjai megpöfödtek. Teljesen étvágytalan, hasmenésben szenved.

Bőrszíne és kötőhártyák színe halavány, de sehol icterusnak nyoma. Szívesücslökés IV. bordaközben a bimbóvonalban. Has igen erősen elődomborodó; köldök elsimult; resistentia nem tapintható; nem fájdalmas; ütögetésre hullámszerű hullámok minden irányban szabadon terjednek. Alsó végtagok térfogatban megnagyobbodtak, bőr ujjbenyomatokat megtartja. Hasméreték: 122 cm., 29 cm. és 26 cm.

Tüdők léghangja jobboldalt V. borda felső, V. borda alsó, VI. borda felső széléig terjed; az itt kezdődő májtompulat a bordaívet nem haladja meg. Szívtompulat III. bordán kezdődik, kifelé szívcsücslökés helyéig, befelé bal szegyszéléig. Léptompulat VIII. borda felső szélén veszi kezdetét, mellősi hónaljvonalat túlhaladja. Has fölött dobos a kopogtatási hang egészen a köldök fölött egy harántujjnyira, kétoldalt a bimbóvonalak meghosszabbításában képzelt vonalakig, innét kezdve tompa, mely tompulat helyzetváltozásnál a szabad hasvízkórra jellegző változásokat mutatja. Háton mindkétoldalt a léghang a IX. borda felső széléig ér. Tüdők fölött érdes sejtés légzés hallható, bűgásokkal, vegyes hólyagú szörtyörejekkel. Szívhangok és nagy edények hangjai tiszták. Vizelet kevés, faj-súlya 1026, idegen alkatrészek közül kevés fehérjét, de epefestenyt nem tartalmaz. Alakelemek górcső alatt nem találhatók.

Húgyhajtókra némileg szaporodik a vizelet (1000—1200 cm³). Hasmenés, fokozódó gyengeség tünetei között szeptember 24-dikén halál.

Bonezjegyzőkönyv.

Hulla magas termetű, lesaványodott, halvány, hátán kiterjedt hullafoltokkal. Hajzata őszbevegnyült fekete, a látak középtágak, egyenlők, szem mélyen beesett, nyak hosszú, vékony; mellkas alsó felében elődomborodott, has óriási puffadt, hullámszerű; koponyaboltozat vékony, kevés szivacsos állományyal, kemény agyburkok mérsékelten feszült, lágy agyburkok tejszerűen elhomályosodtak, alattuk lévő savógyülemtől kissé felemeltek.

Pajzsmirigy mindkét fele egy-egy tyúktojásnyira megnagyobbodott, durván szemés, sok colloidszerű nyákot ürítő.

Gége, léges nyakos, halvány, sok durván habzó nyákkal fedett, nyákhártyája sorvadott. Mindkét mellürben mintegy 200 gm. tiszta sárga savó, tüdők felfelé s hátfelé nyomottak, felső lebenyeikben rózsaszínűek, vérszegények, vakarásra kevés finoman habzó savót ürítők, alsó lebenyeik sötétbarna-vörösek, sok finoman habzó nedvet ürítők, igen vér- és nedvdúsak.

Szívburok tágult ürében körülbelül 100 gm. tiszta sárga savó; szív mindkét felében összehúzódott, izomzata rozsdásbarna, tömött, ürében sok sötétbarna-vörös, lazán alvadt vér, függér behártyája számos elmeszesedett babnyi plaque-tól egyenetlen, falzata merev.

Hasürben körülbelül 10 liter tiszta sárga savó, miáltal a rekesz jobboldalt III—IV. borda között található. Máj megkisebbedett. Méretei 8, 12 cm., felülete számos kölesnél nagyobb kiemelkedések által durván szemés, állománya igen szívós, bemetszésre serezeg, metszlapján narancsöldesbarna, számos egész papírvastagságú szívós, szürkés, áttetsző kötegektől áthúzódott; máj acinusai alig kivehetők, besüppedtek, igen vérszegények, szürkés-sárgák, epehólyag türes. Lép felével nagyobb, halvány barnás-vörös, állománya nehezen kivakarható, burka ráncos, erősen megvastagodott, helyenként elmeszesedett 4 kr.-nyi plaqueoktól borított.

Gyomor, belek falzata megvastagodott, nyákhártyák vizenyösen duzzadtak, palaszürkén pigmentáltak, a mi főleg a gyomor s vastagbél nyákhártyáján látható; belek ürében sok lig sárgás bélsár.

Vesék valamivel nagyobbak, tömöttebbek, sárgás-barnák, vérszegények. Húgyhólyag tágult, ürében 200 gm. tiszta sárga vizelet.

Diagnosis. Hepatitis interstitialis in stadio atrophiae granulosa, subsequente hydrope ascite, hydropericardio, hydrothorace. Bronchitis chronica, catarrhus gastrointestinalis chronicus, tumor lienis chronicus.

(Folytatása következik.)

Hypertrichosis gyógyítása Röntgen-fénnyel.

Irta *Jutassy József dr.*

(Vége.)

Jelentősebb momentumok még a következők:

Fiatal egyéneknél gyorsabb és tökéletesebb a reactio mint középkorúaknál; ennek okát bizonyára a bőr gyengébb ellenálló képességében s a fény iránt tanúsított kisebb capacitásában kell keresni. Egész öregekről még nem szerezhettem tapasztalatot.

Szőkek bőre gyorsabban és hevesebben reagál, mint barnák bőre, sőt ugyanazon színárnyalat mellett is nagy individualitásról lehet beszélni; csak idiosyncrasiát nem tapasztaltam.

Erős, kifejtett szőrök aránylag gyorsabban hullanak ki, mint a lanugok. *Freund* az ellenkezőjét tapasztalta, de ő csak egy esetre hivatkozhatik.

Legnagyobb és leggyorsabb a reactio azon bőrfelületen, melyre a fény magva esik, melyet tehát függőleges sugarak érnek.

A reactio annál intensívabb, minél intensívabb a használt fény, minél közelebb van a test a fényforráshoz és minél tovább exponáltatik. Azért már *Levy-Dorn* ajánlotta, hogy a kellemetlen mellékhatások elkerülése céljából a R.-fény fél óránál tovább ne használtassék s akkor is legalább 25 cm. távolságból.

Befolyással van a vacuumeső anyaga is; kóreseteim leírásában említettem, hogy az ólomoxyd-üveg kék fénye nem csinált reactiót. Erre nézve direct kísérletekkel is szerezhtem bizonyítékot, úgyannyira, hogy minden eshetőség kikerülése végett tanácsosnak tartanám, hogy a diagnosis céljából történő exponálásokhoz, tehát a skiografiához kék fényű lámpák használtassanak.

Érdekes volna továbbá tudni, hogy mely sugarakat tart vissza a minium-üveg, mert nem lehetetlen, hogy azok fejtik ki a physiologiai hatást; ezzel talán sokat mondottam, de az a bizonytalanság, mely az x-sugarak optikáját még jellemzi, az én combinatiómnak létjogot ad.

Az eddig észlelt biologiai és physiologiai hatásokra nézve az a nézet dominál, hogy azokat tisztán és kizárólag a kathodsugarak idézik elő. Ezt már *Freund* iparkodott demonstrálni azzal, hogy a commutator segítségével az áramot megfordítván, a reactio kimaradt.

Mindazonáltal vannak hypothesisek, melyek a Röntgen-fény lobokozó és epiláló mellékhatását részint a vacuumeső körül észlelhető villamos zonának, részint a magas feszültségű szikrák kiszülésekor képződő ozonnak tulajdonítják.

Benedikt, a kathodsugarak nagy védelmezője, a villam-áramot okozza, *Balthazard* pedig önmagán végzett kísérleteket és a Société de Biologie ülésén saját testén mutatott erythemákat, melyekről azt állította, hogy részint az x-sugarak, részint a megfordított áram, részint tisztán a villamszikrák hatása alatt jöttek létre.

Richer és *Londe* két elektrotechnikusnak kezét írják le, kik hónapokon át dolgozván az x-sugarakkal, chronicus dermatitist kaptak; kezükön a bőr feszes, fényes, ráncos, vörös, néhol livid és sebes s nemcsak a szőrök hullottak ki, hanem a körmök is megvékonyodtak, laposak és törékenyek. Ha nem az x-sugarak, ha nem a villam-áram hozta volna létre ezen elváltozást, akkor annak már régen mutatkoznia kellett volna, mert ez a két munkás már évek óta dolgozott

a Salpêtriére laboratóriumában sokkal nagyobb feszültségű villamással.

Ugyanilyen dermatitis deformálta a kezeit Kiss Károly dr.-nak, ki nálunk legrégebben foglalkozik a Röntgen-kísérletekkel. Saját kezeimen eleinte a napszittéshez hasonló pigmentatio mutatkozott, majd sötétbarna-vörös lett a bőr és feszülést kezdettem érezni, mely a munkában akadályozott; ezen symptomákat csak hónapok alatt voltam képes megszüntetni akkép, hogy a R.-fénytől lehetőleg óvtam és óvom magamat. Ha a villamám okozná a bőrnek ezen affectióját, akkor az eddig nem hogy el nem múlt volna, hanem fokozódnia kellett volna, mert a villamos zonában azóta is gyakran órák hosszát tartózkodom.

A villamos hypothesis szerint különben is reactionnak kellene mutatkozni a kísérleti objectum egész testén, mert az tele van villamossággal és testének bármely részéből szikra csalható ki; de legelőbb az ólom- vagy egyéb fémlémezzel védett bőrreszeken kellene a reactionnak megjelenni, mert a fémek mint condensatorok működnek. A tapasztalat azonban az ellenkezőt mutatja, bizonyosságul annak, hogy nem a villamosság, hanem a R.-fény idézi elő a hatást.

Gocht ugyan észlelte, hogy gyorsabban lépett fel a reactio, ha betegét üveggel szigetelt székre ültette s azért hajlandó a villamossági elmélettel tartani; különös logika ez, hiszen az elszigetelt egyén kevésbé érintetik a villamosság által. A szigetelés — tapasztalatom szerint — csak arra jó, hogy az egyént a lámpához közelebb ültethessük, mert ekkor kevésbé ugranak át rá az elektrodok magas (30—50 ezer Volt) feszültségű szikrái s a közelségnél fogva gyorsabb a reactio.

Ha pedig a fejlődő ozon volna okozója az említett hatásoknak, akkor nemcsak az exponált egyének, hanem a körülötte tartózkodóknak is szenvedniök kellene. Betegeim kísérőin, a kik a R.-fénykéve határára kívül ozonús levegőben tartózkodnak, eddig még semmit sem észleltem.

Arra a kérdésre, hogy a kathodsugarak milyen úton fejtik ki a physiologiai hatást, talán csak akkor lehet feleletet adni, ha az x-sugarak physikája tisztázva lesz. Legjobban szeretik összehasonlítani a napfényvel, azzal a különbséggel, hogy az x-sugarak nem behatásuk pillanatában hatnak, hanem csak bizonyos idő (2—20 nap) múlva. Azért Destot (Les troubles physiologique et trophiques dus aux rayons X.) azt hiszi, hogy az x-sugarak okozta pathologiai elváltozások olyan ingerek folytán jönnek létre, melyek az érző idegrendszerből indulnak ki s reflectorice a gerinczagyat és az edények idegeit befolyásolják.

Vajjon tényleg trophoneurotikus úton, vagy pedig vegyi vagy thermikus úton, vagy tisztán mechanice jön-e létre ez az elváltozás, ez a kérdés még eldöntésre vár.

Bizonyos az, hogy egy pathologiai állapottal van dolgunk, mely a köztakaró egyes sejtjeinek vitalitását befolyásolta s első sorban a hajszemölcsök életképességét tette tönkre.

Részemről állatkísérletekhez folyamodtam, hogy a bőrben és a szörttüszőben történő elváltozásokat constatalhassam. Házinyulákat és tengerimalaczkokat használtam fel, úgy hogy egyidejűleg egy nyulat és egy malaczkot exponáltam.

Az először kített nyúl 10 órai megvilágítás után elpusztult; megelőzőleg azonban azon végtagjai, melyek a fénynek directe voltak kitéve, hűdötteknek mutatkoztak, a mennyiben azokat járás közben maga után vonszolta.

Ugyanezen tünet jelentkezett 14 órai exponálás után a malaczon is, de csak két napon át, az exponálás további folyamán elmúlt; az állat későbbben a kísérleten kívül fekvő okból pusztult el.

Újra exponálván egy nyulat és egy malaczkot, az utóbbi szintén elpusztult, a nélkül, hogy hűdést láttam volna; a nyúl azonban 16 órai megvilágítás után is épségben maradt.

Ez történt 1897. októberben. November közepére a nyúl baloldali hátsó czombja és lágyéktája megkopaszodott; ezen része volt legközelebb a lámpához. Az excoariatio és szörhullás lassan terjed minden irányban, úgy hogy a normalis szőrös felület éles határ nélkül folytatódik a szörtelen részletbe. A

szörtelen bőr felületét apró, sárgás-szürke, korpaszerű pikkelyek fedik, melyek miatt az kissé érdesnek mutatkozik.

Deczember végén a nyúl leöletett. A praeparálásban és a görésővi vizsgálat megejtésében *Minich Károly* dr. úr, kórhoncztnai első tanársegéd volt szives segítségemre lenni, kinek e helyen is köszönetet mondok.

A szörtelen, valamint egy távolabb fekvő szőrös bőr részletbe 1% osmiumsav és aranychlorid injiciáltatott; ezen bőrdarabok azután megfelelő fixálás czéljából formalin, alkohol, Müller-folyadékba helyeztetek.

A szőrös — tehát ép — bőr részletből készült metszeteken a felület hullámosan egyenetlen, epidermisseel és Malpighi-réteggel van szegélyezve, mely utóbbi a szőrök és szörpamatok kiemelkedése helyén a tüszőkbe is folytatódik; a Malpighi-réteg legalsó sejtjeiben foltonként fekete s barna festeny-rögesék láthatók.

Az irharéteg striatum papillarejében számos — ötös egész tizes csoportokban elhelyezett — szörttüsző van; a szörttüszők mindegyikében egy-egy vékonyabb, festeny vagy festeny nélküli szőr látszik, található azonban egyes szörttüszők is, melyek egy vastagabb szört vagy egy egész szörpamatot tartalmaznak.

Ezen tüszők elosztódásuk szerint egymáshoz közel fekszenek, úgy hogy egy látótérbe körülbelül öt tüszőcsoport esik; körülötte az irha kötőszöve sejtűdűsabbnak mutatkozik, mint az alatta fekvő reticularis rétegben. A véredények közepes számúak és normalis elosztódásban elhelyezvők.

A szörtelen — azaz deglabrált — bőr részletből készített metszetekben az előző lelettől eltérő alakulások constatalhatók.

Malpighi-réteg egyenes vonalban szegélyezi a bőrt és csak itt-ott, nevezetesen minden 2—3. látótérben akadunk egy-egy tüszőre.

Ezen tüszők különféle mélységbe terjednek, legnagyobb részük csupán az irha felületes rétegéig hatol. Lumennel egyáltalán nem bírnak, a mennyiben a szőr helyén elmosódott, sorvadott hámsejtek vagy azoknak törmeléke látható.

Egyes tüszők az irha mélyebb részéig hatolnak s ezen hosszabb tüszőkben, melyek egyébként is csak ritka látótérben található, néhol teljesen fekete, vékony szörmaradvány van, mely felrostosodva a szemölcs előtt ér véget.

Maga a szörpapilla egyes tüszőkben kimutatható, világos, apró sejtekből áll, sorvadott.

A szőrös bőrben talált csoportos tüszők ezen metszetekben teljesen hiányoznak, valamint nem láthatók nagyobb szörpamatokat tartalmazó tüszők sem. Helyükön az irhában valamivel sejtűdűsabb kötőszövetre akadunk s a felettük levő hámréteg semmiféle elváltozást sem mutat.

Az irha mélyebb rétegeiben itt-ott festeny-rögeséket találunk, ugyanitt az edények erősen tágultak, vérsejtekkel kitöltvők, rögsödés bennük sehol sincsen.

A nagyobb idegek, nevezetesen az izomzat alatti rétegben fekvők feketére festődnek ugyan, de a rendestől való eltérés bennük ki nem mutatható.

Ezen histologiai elváltozások között reánk nézve legfontosabb a szemölcsnek és tüszőnek sorvadása.

Ugyanezen atrophiat találtak már *Freund*, valamint *Oudin*, *Barthélemy* és *Darier* (Mon. f. pr. Derm. XXV.) egy aktinographiált (megvilágított) tengerimalacz bőrében is. A cutison hasonlókép csekély változásokat találtak, de hogy az epidermist rendkívül megvastagodottnak látták, az onnan lehet, hogy valószínűleg a dermatitis acut stadiumában ejtették meg vizsgálatukat, mielőtt még a bőrhámlás befejeződött volna.

Fuchs egy frissen vizsgált lobos bőr destructiójában tisztán a dermatitis képét látta.

A bőr idegei változatlanok; *Wuillomenet* és *Bardet* ez irányú vizsgálatai a Röntgen-fénynek huzamosan exponált retinán szintén negatív eredményt adtak. (Comptes-rendus de l'Ac. d. Sc. 1896. III. 23. és 1897. VI. 14.)

Tagadhatatlan, hogy a retinára és a bőr sensibilis idegeire hat a Röntgen-fény; exponált pacienseimnek legnagyobb része 15—20 cm. távolságból bizonyos melegséget és zsihongást

érzett, sőt egy hysterikus betegem még 50—60 cm. távolságból is kiállhatatlannak mondotta ezen érzést, de komolyabb affectiót nem tapasztaltam s az exponálás befejezésével ezen érzetek nyom nélkül megszűntek.

A bőr véredényei a vizsgált házinyulon tágultaknak találtattak; ezt a leletet a még fennálló lob jelének kell tartanom. Viszont valószínű, hogy az x sugarak hatása alatt véredényszűkület, obliteratio vagy thrombosis is létrejöhet, mert egyébként nem magyarázhatnám meg azt a tényt, hogy egy *naevus vasculosus* (s. flammeus, teleangiectasia) esetet ugyanilyen dermatitis előidézésével gyógyítanom, megfehéritnem sikerült.

Ezen therapeutikus sikerről más alkalommal. Most azonban bátran mondom ki meggyőződésemet, hogy a hypertrichosist Röntgen-fénnyel tartósan, sőt a mikroszkopiai lelet szerint örökre gyógyítani lehetséges.

Pellagra-esetek a Máramaros vármegyei közkórház belgyógyászati osztályáról. (Igazgató: Szilágyi István dr.)

Közli: Lengyel Soma dr. kórházi másodorvos.

Nagyobb örömmel és érdeklődéssel nem olvastunk egy-egy közleményt, mint Purjesz tanárnak az Orvosi Hetilap f. évi 22. számában megjelent közleményét a kolozsvármegyei pellagra-megbetegedésekről, mert azok mintha csak saját, jelenleg is észlelésünk alatt álló eseteink classikus leírását képeznék, melyek egyszerre felvilágosítottak bennünket az előttünk eddig érthetetlen és ismeretlen kórképről.

Eseteink a következők:

1. *Bercs Josina*, 39 éves, napszámos Felső-Kalinalváról. Felvételt 1898. május 20-dikán 569. sz. a. Négy hét előtt betegedett meg, ő maga betegségét annak tulajdonítja, hogy a forró tűző napon hosszabb utat tett meg.

Beteg erősen lesoványodott, gyenge izom- és csontrendszerrel bir. A homlok bőre, az orr egész terjedelmében, az arcz bőre a járomcsontok fölött, valamint az állon, sárgás-barna, pergamentszerűen megkeményedett, vastagodott, helyenként ráncos, berepedezett. Mindkét kezén az ujjak háti részén, a kézközépen és kéztőn, ez utóbbi helyen a tenyéri felületen is, a felhám száraz csafatokban leválik. A bőr helyenként berepedezett, másutt az írha egész szabadon fekszik. Hasonló elváltozások találhatók mindkét lábháton, egész az alszárak alsó harmadáig terjedőleg. Itt már helyenként új, erősen fénylő, sima epidermisképződés van jelen. Betegnek állandó panaszát képezi, hogy a szája fáj, enni szeretne, étvágya jó, de nem képes a falatot lehozni. Száját nehezen nyitja, bizonyos merevség észlelhető a masseterékben. A kemény szájpad nyákhártyája élénkörös, belövelt, a gingiva duzzadt. A nyelv száraz, erősen barázdált. Állandó nyálfolyás észlelhető.

A hasfalak merevek, deszkaszerűek, a gyomor erősen puffadt, belek is feszültek, mindenütt dobos kopogtatási hangot adnak. Gyomortája érzékeny, fájdalmas.

Széketéte híg, naponként 5—6-szor.

Beteg a hozzá intézett kérdéseket megérti, de a beszéd nehezebbre esik, aluszékony. Járása támoalgó, bizonytalan.

Sokkal régebben áll kezelésünk alatt a második eset, melyet azonban felvételkor absolute nem tudtunk magyarázni.

2. *Dém Jónás* György, 40 éves, napszámos, k.-apsai lakos, felvételt 1898. május 6. 506. sz. a. Jellegzetes bőrelváltozások találhatók nála a homlokon, a járomcsontok felett, az alkaron, kézháton, a lábháton egész az alszár alsó harmadáig. Az epidermis helyenként egész keztyűszerűen válik le, sötét-barnán színezett. Beteg aluszékony, pupillái szűkültek, alig reagálnak, corneák érzéketlenek. Állandóan fibrillaris rángások a felső és alsó végtagokon, térdreflex hiányzik. Hangosan felhívott, válaszolni igyekszik. Beszéde sajátságosan dadogó, érthetetlen. Napokon át teljes mozdulatlanul, úgyszólván élettelenül fekszik, széketéte maga alá bocsátja, nem eszik.

Ezen motorikus s psychikus tehetetlenséget napokig tartó izgalom váltják fel, a beteg, ki mozdulni alig volt képes, felkel ágyából, czéltalanul jár-kele, ablakokat nyitogat, ágát bontogatja, hallucinál, hogy csakhamar stuporosos állapotába visszaessék.

Ezen periodusok felvétele óta többször ismétlődtek.

3. *Drimin Petru*, 61 éves, napszámos, f.-ronai lakos felvételt 1898. május 20. 571. sz. a. Betegnél a végtagokon a bőrtünetek muló félben vannak. Az epidermis majdnem teljesen regenerálódott, de a sajátos színeződés világosan látható. Fejfájásról panaszodik s nagyon elgyengült.

E három esetet sietek közölni, daczára annak, hogy ép a kórkép homályossága miatt nem a legpontosabban lettek meg-

figyelve, de czélem jelezni, hogy pellagra-esetek vármegyénkben is előfordultak.

A további kórlefolyást, esetleg az újabban jelentkező eseteket tüzetesebben fogjuk megfigyelni.

TÁRCSA.

Az orvostanhallgatók számának csökkenése és annak okai.

(Folytatás.)

Az orvosi pálya nehezebbé vált, ezen anyagi oldalától eltekintve, az által is, hogy az orvosi tudomány az utolsó két évtized alatt olyan rohamos lendületet vett, mely a kellő tájékozódást és kiképzést tetemesen megnehezítette.

Még csak alig multak el azon idők, melyekben a gyakorló orvos — ha tanulmányait kellő lelkiismeretességgel végezte — úgyszólván egész életére nézve eleget tudott. Lassan és kevés számmal, nagy időközökben merültek fel új vizsgálati módok, új gyógymódok, műtételek stb., melyekről csak lassan vett tudomást a tudós világ és a közönség, s ezeket is a haladni kívánó orvos olvasással elsajátíthatta. Az utolsó évtizedek rohamos haladása az orvosi gyakorlatra is átalakító befolyással volt. Egész tömege az új gyógymódoknak, műtételeknek, vizsgálati módoknak keletkezett és keletkezik folytonosan, melyek túlnyomó számmal technikai begyakorlást kívánnak és könyvből meg nem tanulhatók. A közönség a napi sajtó útján gyorsan tudomást szerez ezekről és követeli orvosától azok alkalmazását. A gyakorló orvosnak ma — ha a színvonalon maradni és a közönség kívánalmainak is megfelelni akar — folytonos utántanulással, sőt koronkint a technikai eljárások begyakorlása végett utazgatással kell a gyorsan haladó orvosi tudomány vívmányait elsajátítania. Nem ritkán igen költséges műszerekre és más felszerelésre van szüksége s ha hozzáveszszük azt, hogy a számos specialis szakmában is bizonyos jártasságot kell szereznie, ha vidéken boldogulni akar, beláthatjuk azon szellemi, anyagi és időáldozat nagyságát, melylyel a gyakorló orvosnak megélhetése czéljából és a concurrentia ellen küzdenie kell.

Az orvosi gyakorlat *anyagi haszna* pedig nem nagyobbodott, sőt ellenkezőleg fogyott. Orvosi díjszabásunk nincs. A közönség ma ép oly kelletlenül fizeti orvosát, mint régi időben, s alig ismerünk hivatásbeli foglalkozást, mely annyi ingyen-munkát teljesítene egyeseknek, hatóságoknak és az országnak, mint az orvosok — a humanismus nevében!

A pályát választó fiatal ember azon pályára lép, melyen kilátása van boldogulásra, s melyen leghamarább eljuthat önálló és jólétet biztosító keresethez. Az orvosi pálya nehézségei, ezekkel nem arányos és mai viszonyaink között csekély jövedelmezősége, kifogyhatatlan halmaza a közönség és a hatóság részéről felmerülő zaklatásoknak s azon tapasztalati tény, hogy a mai viszonyok között nem egyszer évekig kell várnia a kezdőnek, míg keresetéből önállóan megélhet, bizonyára okai annak, hogy az orvosi pályára készülőek száma egyre csökken s a fiatalok a gyorsabb előmenetelt és könnyebb megélhetést biztosító technikai és jogtudományok felé özőnlük, hol másféle ambícióinak is nyílik esetleg tér. Mindegyre szaporodik azok száma, kik érettségi bizonyítvány birtokában az állatorvosi pályára lépnek, melyen könnyebben megélhetnek.

II. Az orvostanhallgatók számbeli megfogyásának másik fontos oka az, hogy a mai viszonyok között a *tanulási költsége* nagyobb, mint volt ezelőtt. Bár az orvostanhallgatók tanulása — ha azt a külföldi egyetemeken tandíjaival összehasonlítjuk — sokkal olcsóbb, mint pl. Németország, Franciaország és Angliában, mégis tetemesen drágább az, mint Ausztriában és mint két évtizeddel ezelőtt volt nálunk.

A tanulás költségeinek szaporítására pedig többféle körülmény volt befolyással.

a) Mindenekelőtt kell itt említenünk a régi *lecsképenz-rendszernek megváltoztatását*, melylyel időben (1888) összeesik az

orvostanhallgatók számának fogyása. Az új tanpénz-rendszer szerint egy-egy félévre eső tandíj egyetemünkön 30 o. é. frt, mi tapasztalat szerint több, mint a mennyit, főleg az utolsó tanfélévekben az orvostanhallgatók legnagyobb része a régi leczkepénz-rendszer mellett félévente a tanulásra költött.

b) A tanulás költségeinek szaporításához járul továbbá azon körülmény, hogy az orvostanhallgatók *tandíjmentességüket nehezebben* érhetik el a mostani tanpénz-rendszer mellett, mint a régi leczkepénz-rendszerénél. Régebben a tanári testület a tandíjmentesség adományozásában sokkal messzebbre mehetett mint jelenleg, hol az elengedhető tandíjmentesség quota-alakjában van kiszabva a V. és K. ministerium által. Régebben minden nehézség nélkül és határ nélkül elengedhette a tanári testület az arra érdemes tanulóknak a tandíjat, mert sajátjából engedte el. Jelenleg keze meg van kötve, jótékonyága lánczra verve, mert az elengedhető összeget a kormány szabja meg.

c) De költségesebb a tanulás ma azért is, mert az orvostanhallgatóknak *megélhetése is tetemesen nehezebb*, mint régebben. Nemcsak azon körülmény, hogy a szegénysorsú orvostanhallgatóknak, ki életszükségleteit leczkeadás, nevelésködés és más mellékfoglalatok által kénytelen beszerezni, ezen téren is a folytonosan növekedő concurrentiával kell küzdenie, melyben férfiak és nők egyaránt versenyeznek vele, hanem és főleg azon körülmény nehezíti meg a szegénysorsú orvostanhallgatók megélhetését, hogy *physikai ideje* nincs ezen mellékfoglalkozások üzésére. A tanfolyam által előírt tantárgyak nagy mennyisége, a ma már el nem engedhető kórodai látogatások, laboratoriumi foglalkozás, kórházak látogatása stb. annyira leköti az orvostanhallgatót idejét és erejét, hogy mással — a mi talán anyagi helyzetét javíthatná — egyáltalában alig foglalkozhatik.

d) Nem hagyhatjuk említés nélkül azon körülményt sem, hogy a mai szigorlati rendszer mellett az orvostanhallgatóknak a kötelező 10 féléves tanulmányi idő után majd egy egész tanévre van még szüksége, míg a szigorlatokat leteszi és okleveléhez juthat s így még egy év fenntartási költségei szaporítják a tanulás által igénybe vett költségeket. Régi szigorlati rendszerünk mellett nem egy orvostanhallgató a tanfolyam befejezte után 3–4 hóval orvosi oklevelét elnyerhette.

e) Fel kell e helyen említenünk azt is, hogy *tanévünk beosztása* is igen alkalmas arra, hogy tetemesebb költséget okozzon a tanulónak, főképp ha nem fővárosi lakos. A tanuló köteles a szeptemberben kezdődő tanévben a fővárosban tölteni a szeptembertől júniusig terjedő hónapokat, melyek közül
decemberben 18–20 nap (1–20-ig),
januárban 18 nap (7–24-ig),
februárban 12 nap (16–28-ig)

esik csak az előadásokra, a többi vacatio. Ezután március, illetve áprilisban a 12–14 napi husvét szünidő, májusban a 6 napi pünkösd szünidő szakítja meg a tanulmányi időt, nem említve a közbeeső és különböző címek alatt adott elég sok vacatiót. Éppen a legdrágább téli hónapokban tehát azon költséget, mibe fenntartása a fővárosban kerül, nem használhatja ki kellő módon a tanulásra az egyetemi tanuló. A tanév régiebb beosztása e tekintetben is előnyösebb volt. A karácsonyi szünidő közel 3 hetet tett ki, de ez volt az összes szünidő az első félévben, melynek előadásai csak a 3 farsangnap által megszakítva husvétig tartottak. Ha drága volt is a tanuló fenntartása a fővárosban, ezen költségeit teljes mértékben indokoltá tette az előadások szakadatlan sora, s a tanuló tudta miért költekezik.

f) És mindehhez járul még egy fontos körülmény, mely orvostanhallgatóinknak a tanulási időre fordított költségét szaporítja, a *katonai szolgálat jelenlegi formája*. Míg régebben az orvostanhallgató katonai kötelezettségének megfelelően úgy, hogy egy éven át szakadatlanul szolgált s ezen év tanulmányi idejébe beszámíttatott, most — néhány év óta — katonai szolgálatát két részben kell lerónia; egy félévig a tanulmányi idő alatt fegyver alatt kell szolgálnia és később — orvosdoktori oklevelének elnyerése után — egy félévig a katonai kórházakban. Ezáltal egy félévvel, de nem ritkán egy egész évvel később jut ahhoz, hogy önálló kereset után láthasson!

R.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Geschichte der Chirurgie und ihrer Ausübung. Von Dr. E. Gurlt, Prof. der Chirurgie in Berlin. 1898. Verlag von Hirschwald.

(Vége.)

Az összekötő történelmi és oki kapocs a nép-sebészet és a sebészetnek első, hogy úgymondjuk: öntudatos művelői közt G. munkájában csaknem mindenütt fellelhető. Ezen kapcsot felkeresni és feltüntetni a legújabb történetirási módszer szellemében történt, melyet Lamprecht, a nagy történetiró, úttörő munkájának „Alte und neue Richtungen in der Geschichtswissenschaft“ első részében tett le, melyben a történelmi felfogás és módszerről szól. Ebben megdönteni iparkodik az eddigi történetirási módszert, a mely a posteriori minden történelmi eseményt ezélnak tekintett s az eredményeket egymástól izolált, egyes mozzanatokból és cselekvésekből származtatta le, tehát az eredményből tényről tényre visszafelé haladva vont következtetéseket; természetesen az ilyen visszafelé haladás útján láncz nem szükségszerűleg, hanem sok helyütt önkényesen záródott. Ennek helyében Lamprecht az oki principium elvét óhajtja érvényre juttatni: scire est per causas scire; fejlődésmenetükben, evolutiójukban kell kutatni a dolgokat, az egyes lánczszemek causalisan fűződjenek össze zárt lánczvá!

Ezen elvet Gurlt is keresztülvitte a sebészet történetében. Hogy egyesek nagyokká lehettek, mennyire szükséges kellék volt a kor és idő, a melyben éltek! Hogy miként váltak ki az első öntudatos sebészek a népből és hogy viszont mennyire szükségük is volt e népre, mennyire nem lehettek volna nélküle nagyokká, ezt G. könyvének olvasásánál belátjuk. De látnunk kell azt is, hogy mily sok időbe került, míg átvágható volt az a köldök-zsinór, mely a tudományosan képzett orvost a nyers-empirikus néppel összekötötte.

Bennünket *magyarokat* illető részekre két helyen akadunk. A 2-dik kötetben röviden ismertette van „sebészi rendünk“ története 1015-től fogva. Az ezen évben szent István által Olaszországból behívott Benedek-rendi szerzetesek voltak az elsők, a kik orvoslással és sebészetrel foglalkoztak hazánkban. 1279-ben azonban a budai zsinat az összes szerzetesi rendeknek — mint reájok nézve megalázó foglalkozást — a sebészkedést megtiltotta s ettől kezdve a XVIII-dik századig borbélyok üzték azt, a kik a nagyobb városokban székeket alkottak. A XVIII-dik században kezdték az iskolákat és egyetemeket látogatni.

Röviden összefoglaltam ezekben a G. nyújtotta magyar történelmi anyagot. Kár, hogy csak egy forrásmunka volt számára hozzáférhető (L. Fekete: Beiträge zur Geschichte der Wundarzneikunst in Ungarn. 1878. Pester med. chir. Presse XIV. Jahrg.) Így érthető és menthető, hogy a XVI-dik s XVII-dik század magyar sebészeti irodalmáról (a XVI-dik században: Balsarati Vitus Jánosnak „Magyar chirurgia, a sebgyógyulásnak mesterségéről irt négy könyve“, a XVII-dik században: Rayger Károly: a fejszebekről, a tályogról, az ajak fekélyekről, a fültömírigy-lobról, a fülfergekről, Monau Frigyes: a légesömetszésről, stb.) egy szóval nem emlékezik meg. Jól tette volna G., ha a magyar sebészet fejezetének csak valamennyire is bővebb tárgyalhatása kedvéért épen úgy fordult volna Haberern m. tanárhoz, mint azt tette a *magyar népsebészet* tárgyazó, kimerítően és lelkiismeretesen ismertetett fejezeténél. Ebben külön látjuk megírva a Tátravidék s külön az Alföld népsebészetét, négy sűrűn nyomott oldalon keresztül. Reánk magyarokra nézve igen érdekes és értékes rész. Ezenkívül még az erdélyi és délmagyarországi cigányok sebészetéről is megemlékezik.

Végül megemlítendő, hogy a kötetek végét több mint 1200, túlnyomó részben műszereket illusztráló ábra díszíti.

A mikor e tiszteletreméltó három kötetnek végére jutottunk, akkor G. azt a tollat, melylyel elkalauzolt bennünket a sebészet történelmének keresztül a renaissance korszak végéig, leteszi és búcsút vesz tőlünk e szavakkal: „Ich muss es einem Anderen überlassen, in ähnlicher Weise die Geschichte der Chirurgie bis in die Neuzeit fortzuführen.“ Bár mielőbb akadna, a ki ennyi tudással, ennyi idealizmussal felvenné a szép örökséget!

György Tibor dr.

II. Lapszemle.

A gonococcus mérgeről és a gonococcus-tenyésztésről értekeznek Wassermann. A gonococcus tudvalevőleg legjobban tenyészik fehérnyetartamú emberi savótalajon; ennek azonban az a hátránya, hogy nehezen hozzáférhető. Ezen segített, sikerült neki oly talajt készíteni, mely minden tekintetben czélszerűnek bizonyult, áll pedig ez disznósavó és casein natriumphosphat vegyületekből, mely utóbbi a kereskedésben „nutrose“ cím alatt szerepel. Mindkettő könnyen megszerezhető, az eljárás igen egyszerű és pedig a következő: Az Erlenmeyer-féle kémcsőben 15 cm³ disznósavót 30—35 cm³ vízzel felhígítunk, ehhez hozzátesztünk 2—3 cm³ glycerint és 0.8 gm. (2%) nutroset. Ezen vegyületet többszörösen felrázva láng fölött 20—30 percig hevítjük és csak később teszszük ki az áramló gőznek. Ezen elővigyázat szükséges, mert a fehérnye könnyen kicsapódik. Az ekképen sterilizált folyadékot 2% pepton-agarral vegyítve rögtön lemezeket önthetünk. Czélszerű ezen műveletnél az agart nem a forrpontra hevíteni, hanem csak 50—60°-ig, mert a fehérnye szintén könnyen kicsapódik. Ha a disznósavó nagyon fehérnyedős, akkor 35 cm³ helyett 40 cm³ vizet veszünk. Az így öntött lemezek jól átlátszóak és a gonococcus dúsan tenyészik rajta. Más irányba is kiterjesztette kísérleteit és pedig képes-e a gonococcus specifikus mérget termelni. E czélből folyékony talajt készített, t. i. agar helyett hasonló mennyiségű peptonbouillont összeöntött, három nappal az oltás után a gonococcusokat megölte és constatálhatta, hogy a gonococcus specifikus mérget képezhet. Ezen mérgeknek legkisebb mennyisége is a befeeszkendezési helyen lobot idéz elő, melyhez láz, a táji mirigyek duzzanata, heveny izom- és izületfájdalmak társulnak; immunizáló képessége azonban nincsen. Ezen kísérletekből következtetéseket von le. A gonococcus-infectiót kísérő izom- és izületlobot, a melyekben gonococcus sem gőrcsővilleg, sem tenyészet útján ki nem mutatható, a specifikus gonococcusmérgek következményének tekinti. Hasonlóképpen magyarázható a női ivarszervek chronikus kankós lobja, a midőn számos esetben a kiterjedt izzadmányokban gonococcusokat nem találhatunk. Ilyen eltolt izzadmányok genyében a gonococcus elhal, mialatt specifikus mérge szabadabbá válik, a gonococcusok elhalása daczára a folyamat tehát megállapodásra nem juthat, mert a szabadabbá tett mérgek, ha felszivódik, lázt és általános tüneteket idéz elő, ha pedig visszamarad, lobot előidéző képességénél fogva a lobosodási folyamatot csak továbbra is fentartja, miután a szervezet ezen mérgek ellen nem mentes. Ebből következőnek azon postulatum, hogy gonococcusokat tartalmazó eltolt üregek mennél előbb megnyitandók, hogy ezen toxikus anyagot mennél előbb kiküszöbölhessük.

Alpár (Aschner) Arthur dr.

Hetiszemle és vegyesek.

A pellagra Magyarországon. Azon cikkek, melyeket lapunk mult heti számában Purjesz és Marschalkó tanárok a pellagráról közöltek, napirendre hozták újra azt a kérdést, mely ugyane lapok hasábjain tíz évvel ezelőtt már felmerült és rövid vita tárgyát képezte, vajjon előfordul-e a pellagra-betegség Magyarországon? Az akkor megjelent cikkek közül kiderült, hogy pellagraszerű megbetegedések Magyarországon a Moldvából a Duna mellékére áttelepített csángók között léptek fel először 1883-ban, később pedig 1889-ben a Szilágyságból közölte Takács kartársunk, hogy ott a baj tájkór gyanánt előfordul. Úgy látszik, hogy Schwimmer tanár akkori határozott fellépése, a melylyel tagadásba vette a pellagrának, mint önálló betegségnek létezését, elterelte a hazai orvosok figyelmét e kérdéstől, azóta a fennebbi közlemények megjelenéseig a pellagrának Magyarországon előjveteléről irodalmilag említés nem tétetett. Ime most, hogy kolozsvári tanártársaink érdekes közleményeket megtették, mai közleményünkben kiderül, hogy ez a baj nem csak Kolozsvár környékén és a Szilágyságban, hanem Máramarosban is előfordul.

E körülmény, mint tudomásunkra jutott, már az egészségügyi magasabb fórumok figyelmét is magára vonta. Az országos közegészségi tanács járványbizottsága már is foglalkozott e kérdéssel és elhatározta, hogy figyelemmel fogja kísérni a kérdés fejlődését. Maga a közegészségügyi kormányzat is kezébe vette az ügyet, szakértőket küldött ki Kolozsmegyébe és a Szilágyságba, kik ott szerteszét több mint 70 pellagraszerű megbetegedési esetet találtak. Hozzá véve a most közölt három esetet, 90—100-ra mehet az eddig észlelt pellagra-esetek száma. Minden esetre elegendő szám arra, hogy úgy a szakkörök, valamint az egészségügyi kormányzat komoly figyelembe vegyék e nálunk ily tömegesen eddig még észre nem vett betegséget. Első dolog, megállapítani a baj elterjedtségének mértékét. Felkérjük ezért kartársainkat az

ország különböző vidékeiről, hogy az ez év folyamán észlelt vagy észlelendő eseteikről lapunkat röviden értesíteni sziveskedjenek.

△ A fővárosi egészségügy. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1898. május 15-dikétől 1898. május 21-dikéig terjedő kimutatása szerint a héten élve született 501 gyermek, elhalt 228 személy, a születések tehát 273 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, ronesoló toroklob 2, hökhurut 3, kanyaró 5, vérheny 2, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz 1, influenza 1, egyéb ragályos betegségek: 1, agykéreglob 20, agyvérömleny 4, rángások 6, szervi szívbaj 7, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgghurut 36, tüdőgümő és sorvadás 49, bélhurut és béllob 15, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák 1, Bright-kór és veselob 5, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 15, aszkór, aszály és sorvadás —, aggkór 17, erőszakos haláleset 9. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2245 beteg, szaporodás 700, csökkenés 771 maradt e hét végén ápolás alatt 2174. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. május 21-dikétől május 28-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 7 (meghalt —), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bányahimlőben 17 (meghalt —), vérhenyben 30 (meghalt 1), kanyaróban 86 (meghalt 2), ronesoló toroklobban és torokgyíkban 27 (meghalt 4), trachomában 8, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 5 (meghalt 1), orbáczban 14 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

= Egyetemes orvosdoktorokká avattattak: 1898. január—május hónapokban a következők: Gellért Kálmán, Julier Vilmos, Ács Vilmos, Nagy Imre Sándor, Fuchs Mór, Rudán-Rufus Ármán, Löw József, Wagner József, Glück Ábrahám Ödön, Roth Sándor, Borckwitz Dezső, Sturm József, Záborszky István, Faragó Mór, Molnár Sándor, Apa Fevenez Aladár, Filipp Jakab, Virány Bernát, Breuer Miksa, Kauffmann Henrik, Klein Sámuel, Schwarz Béla, Eördög Ferencz Kálmán, Braun Mór, Gárdos Henrik, Karsai Sándor, Holtzwarth Jenő, Barabás Ábrahám, Graul A. Béla, Lakner Zoltán, Glauber Sámuel, Grószmann Izák, Schmoll Géza, Rogrün Ede, Friedmann Kornél, Ringer Jenő, Iványi Ernő, Gobbi Károly Vilmos, Singer Miksa, Szlavik Ferencz, Massanak Gábor, Bródy Sándor, Fischer Manó, Steiner József, Botzenhardt Ferencz, Friedmann Izrael, Szatmáry Sándor, Pótor Sándor, Boeskey István, Rajnai Béla, Hirsch Ignác, Weinberger Henrik, Stern Alfréd.

— A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlésének központi választmánya az orvosi szakosztályok megüresedett elnöki tisztjére Genersich Antal tanárt választotta. Jövő ülés 1899-ben lesz, később meghatározandó helyen.

|| A Stefánia pesti szegény-gyermekórházgyűlés e hó 12-dikén vasárnap d. e. 10 órakor tartja meg évi rendes közgyűlését.

— A gömörmezei orvos-gyógyszerészgyűlés május hó 23-dikán Rozsnyón tartotta tavaszi közgyűlését, melyen — az elnöki állás Török János dr. halálával megüresedvén — ad hoc elnöké Maurer Arthurt választották. Kimondotta a közgyűlés, hogy a megalakult orvosi fiókszövetséggel állandó kontaktusban marad a 27 év óta fennálló orvos-gyógyszerészgyűlés, működése azonban továbbra is önálló marad s üléseit külön tartja. Elnöké megválasztotta a közgyűlés: Löcherer Tamás dr. eddigi buzgó titkár. Titkárokká: Kármán Aladár dr.-t és Hajcsy Sándor dr.-t (előbbit a lemondott Orient Gyula helyére), pénztárnokká: Kishonty Józsefet választotta a közgyűlés. Elnök kegyelettel emlékezett meg az egylet két elhunyt érdemes vezéralakjáról: Szabó Samu dr. megyei főorvosról és Török Jánosról, ki az egylet ügybuzgó elnöke volt. Előbbi felett Löcherer Tamás dr., utóbbi felett Pazár Andor fog az ősz — Nagy-Rőczen tartandó — közgyűlésen emlékbeszédet tartani. A tudományos előadások tartása és a gyakorlatban ritkán előforduló esetek ismertetését szintén e gyűlésre halasztották.

△ Hibaigazítás. 22. szám 268. lap, 1-ső hasábon, 17-dik sorban Morton helyett Noorden; a 17-dik kikezdés 1-ső sorban „anomaliáját“ helyett „káros voltát vagy hátrányait“, a 2-dik hasábon a 19-dik sorban ezukor kiválogatás helyett ezukor kiválasztás olvasandó. Ugyanazon szám könyvismertetésének utolsó sorában „nálunk“ helyett „náluk“ olvasandó.

▷ Bársony János dr. egyetemi magántanár junius hó 1-étől kezdve lakását Muzzeum-körút 33-dik szám alá tette át.

— Marschalkó Tamás dr., kolozsvári egyetemi tanár, szokott tartózkodási helyén Lipiken fürdőorvosi gyakorlatát elkezdte.

+ Elhunyt. Lányi Pál dr., árvai uradalmi orvos, 32 éves korában vérmérgezés következtében.

Szt. Lukács-fürdő

téli és nyári
gyógyhely.

A fürdő rendelő-főorvosa: Dr. Bosányi Béla.

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.

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti Sanatorium sebész-főorvosa osztályán sebészeti és húgyszervi betegek külön szobára kitűnő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett napi négy forintért vétetnek fel. Bővebbet 1/22—1/24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Teréz-körút 22. szám.

Rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. Nagy kénes iszapfürdő, douche-massage, kád- és gőzfürdők, uszodák. Lakás és teljes ellátás hetenként 27 frt (közepes ár). Prospectust küld az igazgatóság Budapest.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (XIX. rendes ülés 1898. évi május hó 28-dikán.) 280. l. — A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya (XII. ülés 1898. január 18-dikán.) 280. l. — Közkórházi orvostársulat (VIII. bemutató szakülés 1898. május 4-dikén.) 283. l. — A német balneológiai congressus tárgyalásai. 283. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XIX. rendes ülés 1898. évi május hó 28-dikán.)

Elnök: Székács Béla; jegyző: Dieballa Géza.

Zúzdás folytán keletkezett gyomorsérülés gyógyult esete.

Hüttl Hümér: B. I., 18 éves kocsist, ez évi márczius 23-dikán d. e. kocsiútján a gyomortáján találva, neki szorította az előtte álló terhes szekérnek. Esméletét egy percre sem vesztette el; a mentők azonnal a szt. Rókus-kórházba szállították a következő állapotban.

Jól fejlett fiu. Arcza igen halvány, ajka vértelen, homloka izzadságtól nedves, orra hűvös, végtagjai kékesek. A hozzáintézett kérdésekre alig felel, nehezen lehet tőle megtudni, hogy reggel kevés kenyeret és hurkát evett, hogy a baleset óta gyomrában óriási fájdalmakat érez. Légvétele felületlen, pulsusa alig tapintható kicsiny és percekint 60. Körtakaróján sehol külsérelmi nyom. Hasa aszimmetrikus, a mennyiben a bal epigastriális táj erősen elődomborodik. Ezen két ökölnyi elődomborodás puba légpárna tapintatú, dobos kopogtatási hangot ad. Nyomásra az elődudorodást vissza lehet erőszakolni a hasba. Ekkor a bal bimbóvonalban a bordaiv alatt két haránt ujjnyira a hasizomokban tenyérszerű folytonosság hiányt lehet tapintani. Ha visszatűrjük a hasfal bőrét, akkor a résen át egész a gerincoszlopig lenyomhatjuk ujjunkat. A has többi része felett dobos a kopogtatási hang, kivéve mindkét oldalt tenyérszerű tompulatot, mely oldalfejtetésnél kevés idő múlva feltisztul.

Az előzmény és j. áll. összevetéséből következőleg kellett a sérülés minőségét megmagyaráznunk. A mint a kocsi rúdja neki nyomódott a sérültnek, ő megfeszítette szálait. A gyorsan neki szaladó rúd keztyűszerűleg visszatűrte maga előtt a ruganyos köztakarót azon valami szemmel látható sérülést nem okozott, de igenis átszakította a bőnyéket, izmokat és hashártyát. A keletkezett résen át zsigeretek elő a bőr alá és adották a dobos kopogtatási hangú, fennebb leírt elődomborodást. Nagy valószínűséggel volt mondható az is, hogy ezen előesett belek vagy gyomor nagyfokú sérülést nem szenvedhettek, legalább is nem olyan fokot, hogy levegő vagy gáz nagyobb mennyiségben ömlött volna ki, mert ekkor az elődudorodás visszanyomása alkalmával a roncsolt boralatti kötőszövetben szerzegést kellett volna tapintani. A has kétoldalán lévő tompulatot belső vérzésből kellett származtatni, erre mutatott a beteg nagyfokú vérszegénysége.

Kétségtelen, hogy nagyobb életveszélybe nem juthat már beteg, mint ez volt, kit belső elvérzés, vagy netalan később hashártyalob készült elpusztítani. Chavasse ijnemiű sérültek halálózási százalékát 96-ra teszi. Ép ezért, dacára hogy ilyenek műtevéseknél már maga is egy szomorú pár tapasztalatra tehetett szert és dacára, hogy jól tudta, miszerint a kés alatt halva maradhat a beteg, mégis a laparotomiára és a sérülések ellátására határozta magát. A műtétet (tartama 30 perc volt) néhány gramm chloroform adagolása mellett a súlyos shock tüneteket mutató betegem másfél órával a sérülés után végezte. A bal bordaívvel párhuzamosan vezetett 17 cm. hosszú metszéssel áthatolva a bőrön, alatta közvetlenül az előesett, levegőt tartalmazó gyomrot találta. Ezt a hasüregbe visszahelyezve, a tenyérszerű, igen roncsolt szálú, vérel beivódott hasfalcselvet a bőrmetszés irányában, annak hosszúságára megtágtította. Ezen sebet át a hasból igen nagy mennyiségű vér ömlött ki, annyira, hogy már hajlandó lett volna előadó máj vagy léppepedésre gondolni. Gyorsan késsel és törülkövel nagyjában eltávolítva a vért, a következő sérülések mutatkoztak: az egész ligamentum gastro-colicum a gyomorról leszakadt, minok folytán a gyomrot fel lehet hajtani és a vérel telt bursa omentalist könnyen ki lehet takarítani és áttekinteni. Az arcus arteriosus ventriculi inferiorinak az omentum majushoz haladó számos ága fecskend. Ezeket előadó leköttette. A gyomron úgy a mellső falon, mint ennek megfelelőleg a hátson egy függélyes irányú 8 cm.-re becsült repedés, mely azonban csak a savós hártát és izomréteget illette. A folytonosság-megszakítás olyan éles szélű volt, mintha késsel metszették volna, végei hegyes csúcsba futottak ki. Alapjukból a nyákhártya dudorodott elő. Mindkét repedést egy-egy szűcs varrattal egyesítette. A haránt remesén lévő két gyermektenyérszerű véromleny nem kívánt sebészi kezelést. A vékonybelek sérülést nem mutatott. Előadó, hogy a műtétet siettesse, a hypogastriumban lévő vért a peritoneum felszívó képességére bízta és szűcs varrattal egyesítette a hashártyát, a roncsolt izomsebet pedig pár ollócsapással fefrissítve a hasfal többi összes rétegét csomós öltésekkel zárta.

Műtét után a shock-tünetek még fokozódtak, a szokásos eljárások mellett estére valamivel jobban lett a beteg, szivverése 120-ra, hőmérséke 37^o-ra emelkedett. Négy napig láztalan lefolyás és jó közérzet, étvágygyal eszik, kevés gyomortáji fájdalomról panaszkodik. A has sérülései és a hasseb többé panaszra nem adtak okot. Utóbbi per primam egyesült és belőle a fonalak 10. napon távolították el. A lefolyás 5. napja óta baloldali pneumonia, melynek feltisztulása után a jobb tüdő alsó lebenye lobosodott meg. Mindkét folyamat magas (39-5) láztól

volt kísérve és április végeig tartott. Ez időben a hassebből egy lekötő fonal löködött ki. Azóta teljes egészségnek örvend.

A fogászat Hippokratés korában.

Abonyi József (Lapunk más helyén közöljük.)

Tihanyi Mór: Mint a gyakorlati orvoslás általában, úgy a fogászat is ősrégi eredetű. A foghúzást a görög mondák szerint Asklepios találta fel a Kr. e. XIII. században. Az ókori görög orvosok közül azok, a kik nem egy helyen telepedtek le, hanem mint *periodeuták* városról-városra, országból-országba utazva gyakorolták művészetüket, többnyire specialisták voltak és már ezek között egyesek főleg a fogbetegségek gyógyításával és nevezetesen foghúzással foglalkoztak.

Előadó igen alaposan és nagy buzgalommal állította össze a hippokratés iratokban szétszórtan feltalálható fogászati adatokat, de ezeken kívül figyelemre méltó, hogy az 53 hippokratés mű között van egy, a „περὶ οδοιτομοσιών” (De dentitione, a fogzásról) című, mely kizárólag fogászati tartalmú, bár nem annyira magát a fogzást, mint a tévesen ennek tulajdonított különféle u. n. fogzasi betegségeket tárgyalja.

Abonyi értekezése bizonyítja, hogy hippokratés művekben meg-lepő fogászati ismeretekre is akadhatunk, miként egyáltalában mindenki, a ki tanulmányozza e csodálatra méltó, 23 évszázaddal ezelőtti irt gyűjtőmunkát, tisztelettel hajol meg Hippokratés józan természet-tudományi felfogása és gazdag tudása előtt. Így pl. még a múlt század elején Baglivius György híres római orvostanár úgy nyilatkozott, hogy mióta Hippokratés műveinek szellemébe behatolt s a mióta Hippokratés elveit nagy orvosi gyakorlatában alkalmazza, ezeknek fölülte üdvös eredményeit tapasztalva, elhatározta, hogy Hippokratésen kívül többé más szerző művét nem is fogja tanulmányozni.

A budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztálya.

(XII. ülés 1898. január 18-dikán.)

Elnök: Kézmárczky Tivadar; jegyző: Tóth István.

Elnök üdvözlöi a tagokat az új évben és felszólítja a jegyzőt és pénztárost jelentéseik megtételére.

Tóth István jegyző jelentése: A lefolyt (1897.) évben szakosztályunk, ha nem is tartott annyi ülést, mint 1896-ban, de mindenestre tudományos üléseinek tartalmassága, a szakosztály tagjainak igazán nagy szorgalma, az ülések látogatottsága tekintetében újabb bizonyosága az osztály létjogosultságának, életrevalóságának.

1897. január 26-dikán tartott ülésben az osztály a tisztikart újból egyhangúlag megválasztotta.

Öröndetesen szaporodott tagjaink száma, a mennyiben a lefolyt év folyamán 7 rendes és 1 rendkívüli tag jelentkezett felvételre. De vesztésűnk is volt, a mennyiben Reismann Adolf dr. rendes tag és Lakatos Izidor dr. rendkívüli tagársunk vidékre való távozásuk miatt kiléptek tagjaink sorából.

Összesen 4 tudományos ülést tartottunk az év folyamán s ezekben 1 előadás és 19 bemutató volt az ülések tárgya.

Mielőtt rövid jelentésemet befejezném, nem mulasztatom el, hogy a m. t. szakosztály emlékezetébe ne idézzem az orvosegyesület titkárnak az idei nagygyűlésen tett azon mintegy szemrehányó megjegyzését, hogy az orvosegyesület 1897. évi tudományos ülésein egyetlen előadást, egyetlen bemutatót sem hallottunk, a mely a nőorvoslás köréből vette volna tárgyát; a vád elhangzott, igaz is volt; mirajtunk áll, hogy jóvátegyük s feladatunk értelmében gondoskodjunk arról, hogy az osztály kebelében megvitattott themák a plenum elé is kerüljenek s tudományos működésünk eredményei a nagy gyakorlatnak is átadassanak.

Liebmann Mór pénztáros jelentése:

A) Bevétel:

41 rendes tag évi járuléka à 15 frt ...	615 frt
6 rendkívüli tag évi járuléka à 5 frt ...	30 „
Takarékpénztári kamat ...	3 „ 40 kr.
Összesen ...	648 frt 40 kr.

B) Kiadás:

Jegyzői kiadások, nyomtatványok és pénzbeszedő összesen ...	57 frt 57 kr.
Marad tiszta bevétel ...	590 frt 83 kr.

C) Áthozatal az 1896-diki évről ... 523 frt 26 kr.

Vagyoni állás 1897. december 31-dikén ... 1114 frt 09 kr.

A közgyűlés a jegyzői és pénztárosi jelentést tudomásul veszi.

Elnök az ülések jegyzőkönyveinek közlésére vonatkozólag jelenti, hogy az Orvosi Hetilap hajlandó volt január 1-től kezdve egy nagy mellékletben nemcsak ezen szakosztálynak, hanem más külön egyesületnek is jegyzőkönyveit közölni. Az e végett tartott értekezleten értesült, hogy az Orvosi Hetilap a lap ezen meg bővítéseért csak azt követeli, hogy költségeit a közlő egyesületek térítsék meg. A jelentések az év végén füzet alakjában az egyes tagoknak szétküldetnek. A költségek évenként körülbelül 40–50 forint tennének ki. A választmány egyhangúlag elfogadásra ajánlja a propositiót. Elfogadtatik.

Jelenti továbbá, hogy néhány tag indítványt nyújtott be a tagdíjak leszállítása iránt; a választmány a javaslatot tárgyalva, azt indítványozta, hogy a tagdíjak felényire (rendes tagé 15, rendkívüli tagé 5 koronára) szállíttassanak le. Elfogadtatik.

Terve vette továbbá a választmány katalogusok szerkesztését és pedig egyrészt a budapesti (sőt talán hazai) könyvtárak gynaekologikus szakirodalmát, másrészt pedig egy magyar nőgyógyászati bibliographiát.

Jelenti továbbá, hogy Temesváry titkár indítványára Schultze tanárhoz 70 éves születési évfordulója alkalmából és Konrad Márk nagyváradi bábaképezdei igazgatóhoz 25 éves jubileuma alkalmából a szakosztály üdvözlő iratot fog intézni. Elfogadtatik.

Végül néhány könyvet mutat be, melyeket Bruck Jakab dr. ajándékoz a szakosztálynak. Köszönettel vétetnek.

Következnek a bemutatások:

Fibromyoma uteri három eset.

Walla Béla: 1. D. S., 38 éves, 0 P. Hasa 4 év óta folytonosan nagyobodik és ezóta havi baja fájdalmas, bő vérzéssel 8–10 napig tart.

Felvételekor (1897. október 17-dikén) a hasban egy egyenletes, hosszas, gömbölyded, mindenütt egyenletesen tömött, sima felszínű, mozgatható, nem érzékeny, emberfejnyi tumor tapintható, melynek bal oldalán, a csípőtáráj felett, mintegy tojásnyi, ellapított, kevésbé tömött képlet (ovarium) külön mozgatható; a tumor jobb oldala érzékeny, de itt függelékek nem tapinthatók. A portio e tumorba folytatódik. Diagnosis: Fibromyoma corp. uteri.

Műtét október 21-dikén Chrobak módszere szerint. Beteg 24 nap mulva gyógyultán távozott.

Készítmény: Az emberfejnél nagyobb tumor a méh hátsó falában székel, egyenletesen gömbölyű, kemény. Elöl csaknem eléri a méh hátsó falának nyákhártyáját, úgy hogy az erősen kitágított méhüreget maga előtt domborítja le, hátrafelé pedig a méh hátsó falának túltengett izomrétege alatt végződik, úgy hogy mindenfelől méhszövettel van környezve, metszlapja rostos szerkezetű, a nyákhártyához közel cső részletein cystosus degenerált. A tumor súlya 4 1/2 kgr., kerülete 48–58 cm. A baloldali ovarium lúdtöjásnyi, laposra nyomott, a tuba erősen megvastagodott. A jobboldali tuba még vastagabb, kanyargós lefutású és végén erősen kitágulva, az ovariumra fekszik rá és annak egy részével egy elzárt, körülbelül almányi üreget alkotott, mely sima belfelületű és tiszta sárgás savót tartalmazott. A cystafal és az ovarium egy része a hasüreghöz visszamaradt. Az adnexumok körül és a méh hátsó falán szívós állományok.

2. D. R., 35 éves, 0 P. 16 év óta férjezett; azóta gyakran volt méhgyulladás, kezelés alatt is volt. 1 1/2 év előtt orvosa a méhben egy galambtojásnyi tumort fedezett fel, mely azóta folyton növekedik.

Felvételekor (1898. január 5-dikén) a kis méhtest a hátsó hüvelyboltozaton keresztül tapintható. Előtte egy, a hasba is kiemelkedő, gyermekfejnyi, kemény, sima, gömbölyded tumor tapintható, mely tetejével egy ujjnyira közelíti meg a köldököt, lent pedig szélesen reáfekszik az előlso boltozatra, a méhvel szélesen függ össze és azzal együtt elég könnyen, kissé a méhtől külön is mozgatható, nem érzékeny.

Diagnosis: Fibromyoma uteri subserosum.

Műtét 1898. január 6-dikán. A kocányos tumor eltávolítása könnyen sikerült. A Douglasban azonban még egy kis ökölnyi, gömbölyded, kékesen áttetsző, mindenütt odatapadó tumor foglal helyet. Fel-szabadítva, eltávolított. Beteg ma 10 napos, jól van.

Készítmény: Nagy gyermekfejnyi, egyenetlen felszínű, mindenütt peritoneummal fedett, kemény tumor, mely két ujjnyi kocányal a méhben ült. Metszlapja rostos szerkezetű, körzeti része kemény, közepe izomtapintatú. Körülbelül gyermekenyérnyi necrosis. A másik kis ökölnyi, dudorzos, elastikus tumor, mely fölött a megvastagodott tuba húzódik és diónyira kitágult abdominalis végével a tumorra fekszik. Ez alatt az ovarium kis mogyorónyi részlete még látható, a többi ovarium a cystosus daganattá alakult át, úgy hogy ez csaknem egész felületén tunica albuginea-val fedett; alsó felszínén több apró, kis lencsényi, egész babnyi cysták láthatók. A tumor friss állapotában tiszta sárga savóval volt kitöltve, a parovarialis kötegek jól voltak láthatók és ezért a tumor tubo-ovarialisnak kell tartani.

3. L. M., 35 éves, II P. 8 hó előtt vett észre hasában egy daganatot, mely azóta folyton nő; 3 hét óta igen nagy fájdalmakat okoz. A portio egy gyermekfejnyi, sima, gömbölyű, meglehetősen kemény, mozgatható tumorba megy át, mely tetejével a köldököt eléri.

Diagnosis: Fibromyoma corp. uteri.

Supravaginalis amputatio az egyik ovarium visszahagyásával. A beteg még a klinikán van, simán gyógyul.

Készítmény: Rostos szerkezetű gömbölyű, kemény daganat a méh mellső falában, körülveve a méhizomzattól. A tumor számos apró góczból összetettnek látszik s metszfelületén részben szívós fibrosus tömegek által képezettek, részben halványvöröses áttetsző góczok által, melyek kevés savót adnak. A méh fala megvastagodott, rostokra bomló; üre-

tág, nyákhártyája duzzadt. Jobb tuba megvastagodott, kanyargós lefutású és hasi vége a cystosuson degenerált ovariumhoz rögzített.

Eclampsia intra et post partum.

Doktor Sándor: D. F., 28 éves, I P. Felvételt november 10-dikén. 6 hétig mint házi terhes tartózkodott a klinikán. Ismételt vizsgálat ikerterhességet és mérsékelt medenceszűkületet derített ki. 6 hét múlva nephritis tünetei léptek fel. Tejdiaeta daczára december 26-dikán, 10 órai vajudozás után eclampsia tört ki nála a tágulás végén. A roham súlyos volt; egy feeskendő morphiun; de már 20 perczel később ismét oly nyugtalan lett, hogy chloroformmal kellett narcotizálni s megismételni a morphiun-injectiót. Ennek daczára 1 óra múlva második s a morphiun bővebb alkalmazása daczára 1 1/2 órával később harmadik roham is lépett fel.

A szülés befejezése után csósos lévén, az első magzat fogóval, a második lábrafordítás után extractióval jött világra (érettek, elég jól fejlettek).

A fogóműtét közben, a narcosis daczára, tört ki a negyedik roham, mely után a nő comatosus maradt. Két órával szülés után egy ötödik roham, mely súlyosabb az előzőknél; a nagyfokú cyanosis miatt mesterséges légzést kellett megindítani. A légzés feltűnően ritka, perczenkint 14, kilégzés megnyúlt, pulsus szapora, kicsi, perczenkint 130–140. Bőr száraz, forró.

Tüdőoedema tünetei súlyosbították az állapotot. Morphint a comatosus állapot miatt adni nem lehetett, a szülés befejezésének nem volt meg a várt hatása. A bőrnek száraz, forró tapintata indította arra, hogy az izzasztást próbálja meg. 42° C. vízbe téve a beteget, izzadni kezdett, bőre kipirult, légzése javult. 25 percz múlva kivéve, pokróczokba göngyölve ágyába helyeztetett, mélyebben álló fejfel. Orrán, száján véres nyálka, utóbb savó bőven ürült, mire légzése szabadabb lett. Izzadás bő; a nedvvesztés pótlására 1/2 liter langyos vizet feeskendeztek a végébe.

3 órával később beteg ismét vissza kezdett esni rossz állapotába. A fürdőt és begöngyölést ismételve, beteg állapota teljesen megjavult.

A rohamok tehát, melyek 7 cgm. morphiura nem szűntek, két forró fürdő után elmaradtak.

A gyermekágy harmadik napján azonban egy újabb, hatodik, s 12 órával később egy hetedik roham tört ki. Morphiun-injectiók. Negyedik napon ismét roham; meleg fürdő alkalmaztatott kétszer a nap folyamán, mire a rohamok két napra kimaradtak, de ekkor egy kilenczedik roham lépett fel. Ettől fogva, rohamot nem várva, naponta alkalmaznak egy-egy forró fürdőt és izzasztó kúrát.

Nyilvánvaló lett t. i., hogy az eset nem tiszta eclampsia, hanem nephritikus alapon fejlődve, rokon az uraemiával. Erre utal a vizelet esőkkenése, magas fajsúlya, fehérjetartalma, az oedemák stb. Az eset több tekintetben érdekes.

1. Érdekes az, hogy a terhesség végén támadt nephritis kapcsán; de csak akkor törtek ki a rohamok, mikor a méh szülőtevékenysége intensíve megindult.

2. Ritka az eclampsianak ilyen chronikus lefolyása, mint ez esetben, a hol 8 napra elhúzódott az.

3. Az aetiologia tekintetében érdekes az esetnek a nephritissel való összefüggése. Magyarázhatjuk az esetet úgy, hogy ha a vese működése meg van zavarva, hiányos lesz a kiürítése azon endogen mérgező anyagoknak is, melyek az eclampsia okozói lennének. Több világosságot azonban nem derít a kérdés homályára.

4. Igen érdekes a therapia tekintetében az eset. Először is a prophylaxis hathatós volta mellett nem bizonyít. Igaz, hogy a tejdiaeta, nyugalom alkalmazására 3 napnál több idő nem volt, de nem is voltak képesek a bajt megakadályozni.

5. Igen tanulságos az eset továbbá annyiban, hogy ez esetben a morphiun nem, vagy alig használt, míg ellenben a forró fürdők igen jól hatottak. Veit azt vallja, hogy morphiinnal és forró fürdőkkel minden eclampsia gyógyítható.

Ajánlja minden súlyos esetben a forró fürdők alkalmazását.

Extrauterin graviditas négy esete.

Doktor Sándor: a) W. L., 38 éves, III P. Felvételt október 23-dikán déli 12 órakor; felvétele előtt 4 órával lett minden ok nélkül hirtelen rosszul. Terhesnek tartotta magát, mert egyszer elmaradt a havi baja. Orvosa az alhas nagy érzékenységét, majd a peritonealis shockot, a fokozódó halványságot és a pulsus rosszabbodását látva, extrauterin (tubaris) terhességre s a petetőmlő rupturája folytán beálló belső vérzésre gondolt. Felvételtkor a beteg pulsus nélküli, émelygés, hányásingerek gyötrik. Has puffadt, érzékeny, combinált vizsgálat nem tehető. Hüvely felől csak diffus resistencia érezhető az egész medencében.

Laparotomiánál (egyidejűleg infusio, aether- és camphor-injectio) a has tele hig és lazán alvadt vérrel. Baloldali adnexumok épek; jobboldali tuba közepe táján diónyira tágult s itt babnyi szakadást mutat, melyen át a bolyhos petehólyag nyomul ki. Két öltéssel lekötve, eltávolítják a vér jó részét és zárják a hasat.

Beteg az operatio után pulsus nélküli, hypodermoclysisre, camphor-injectióra kissé javult, de 30 órával a műtét után meghalt, sectionál anaemia universalis a halál-ok.

A második és harmadik esetben a tuba lefelé repedt meg, úgy hogy a vér haematomát képezett.

b) K. P., 25 éves, II P. Felvételt szeptember 19-dikén. Második szülése után (1 év előtt, ikrek) még szoptatott, midőn a havi baja újra fellépett, májusban; jelentkezett még egyszer, de júliusban már csak

mutakozott. Egyszerre rosszul lett, erős fájdalmi támadtak alhasában, majd újból vérezni kezdett, és azóta fájdalmi és vézése nem is szüntek meg.

A medence bal felét egy gyermekfejnyi tumor tölti ki, melytől a portio jobbra volt eltolva, a méhtest azonban elkülöníthető nem volt. A tumor baloldalt szélesen reáfeküdt a hüvelyboltozatra.

Szigorú nyugalom és borogatásokra a daganat kisebbedett; egy hét múlva jó ökölnyi s a méh tőle már különválasztható, de tovább újabb 3 hét alatt is alig változott. Október 15-dikén narcosisban a daganatot a hüvely felől megnyitották; a Douglas hashártyája a tumorral erősen összenőtt. A nyílást tágitva, igen sok száraz véralvadék ürül ki, melyek között a 21 mm. hosszú embryo meg volt található. Az üreget jodoformgázzal tömték ki. Egy hét múlva a gázt eltávolítva, az üreget naponta öblítették, 4 nap múlva már csak tojásnyi resistentia maradt, mely massagera gyorsan elszorult, úgy hogy a nő 2 héttel a megnyitás után egészségesen távozott.

c) H. Gy., 29 éves, IVP. Felvétele (október 13-dikán) előtt 10 hónappal szült és 6½ hónapig szoptatott, de már 4 havi szünet után két ízben megjött a havi baja. Ezért elválasztotta gyermekét s ekkor (június 9-dikén) hirtelen rosszul lett: jobboldalt görcsei támadtak, nemsokára vézés is jelentkezett. 6 hétig fekvő beteg volt. Ekkor orvosi valamint felszúrta a hüvelyben, ½ liter vért bocsátottak ki, mire valamivel jobban lett, de úgy fájdalmi, mint vézése tovább tartottak.

Felvételekor portio vag. mélyebben áll s a symphysis felé van szorítva; a méh maga is előrenyomatik egy ökölnyi, gömbölyded, sima, harántul elnyúlt, elég kemény tumortól, mely inkább jobbra terjed, de a hátsó boltozat felől is könnyen elérhető, a nélkül, hogy azt ledomborítaná.

Alakja és határai után ezt is haematomának tekintették és egy heti megfigyelés után a hátsó hüvelyboltozaton át megnyitották. A viszonyok az előbbi esettel teljesen megegyeznek, csak embryo nem volt található. Beteg 2 hét múlva gyógyultan távozott.

A negyedik esetben a tuba repedése után a hasüregbe jutott magzat tovább fejlődött.

d) B. J., 23 éves, I P. Felvételt október 18-dikán; 5 év előtt szült, szülés, gyermekágyi rendes. A havi baja azonban ezután 2—3 hetenként ismétlődve, 8—9 napig is tartott. F. év február elején havi baja után pár nappal elesett s fájdalmak, görcsök kíséretében, újra pár hétig vézett, utóljára április 10—13-dikán. Május 10-dikén havi baja nem jött meg, de fájdalmi voltak jobboldalt, továbbá emelygés, szédülés, fájdalmas vizezés. Junius 5-dikén peritonitist kapott, melylyel augusztus végéig feküdt.

A hasban hosszúság, gömbölyded, sima felszínű, mérsékelten tömött, itt-ott elastikus tumor tapintható, mely főleg a has jobb felét foglalja el, s a köldököt két ujjnyira meghaladja s benne itt magzatrészt, far tapintható homályosan. A tumor alsó fele igen érzékeny; jobboldalt mélyen magzati szívhangok hallhatók.

A hátsó hüvelyboltozat szélesen ledomborított. A portio magasan a symphysishez van nyomva, puba, mobilis s hátrafelé a tumorba látszik átmenni.

Pár napi nyugalom és jégtömöl alkalmazására a fájdalom engedett és ekkor balra a tumor előtt a tojásnyi, különálló méh kitapinthatóvá vált.

Október 28-dikán laparotomia. A tumor élénkvrös, egyenetlen, csak kis darabon szabad. Felül a cseplesz van ránöve, alul pedig serosus külső rétege a hasfalra hajlik át és úgy látszik, a hólyag van magasra ráhúzva. A cseplesz adhaesio tömpán leválasztható, mögötte azonban bőlkacs van harántul rátapadva, melynek lefejtése közben a vékony fal beszakad s a nélkül, hogy magzatvíz ürülne, a magzat törzse csupaszon mutatkozik. A magzat kiemelése közben kanállyal zavaros folyadék ürül, kevés száraz véralvadékkal. A magzat feje a Douglasban volt beszorulva.

Az összes peteüregből bő vézés támadt; a lepényt — mely jó részében le volt válva — gyorsan eltávolították. Gyors lekötetek a méh jobb szarván s a spermaticákra, mire a vézés csillapul. A tok falából keveset reszeálva, sok málló fakóvrös törmelék, régi véralvadékok hoznak ki, mire a mélyből ismét vérezni kezd. Az üreget Mikulicz szerint tamponálva, elzárják a hasat.

Beteg láztalanul gyógyulni kezdett, mikor a hetedik napon 39°-ra emelkedett a hőmérséklet. A tampon megváltoztatása és az üreg kiöblítése után a hőmérséklet lecsökkent. Emelkedések még többször is mutatkoztak, s csak az üreg mindennapi kiöblítésére maradtak el. Az üregből courette-tel öblítéssel, sok régi alvadék távozott el. Beteg december 23-dikán távozott.

Öt nappal a műtét után csekély vézés kíséretében kilökődött a decidua.

A leánymagzat világrahozatala után még 7½ óráig élt, rythmikusan légzett, gyengén nyűszörögve sirt is. Hossza 31 cm., súlya 650 gm., fejkerülete 24 cm. Teljesen össze volt préselve abban a szűk, magzatvíz nélküli tartóban, melyben fejlődött. Feje koczkalakú, törzsén láthatók az odafekvő végtagok nyomai, itt-ott a köldökzsinór nyomáshelye; egyik karja könyökben, egyik lába térdben merev, ki nem nyújtható.

A magzat fejlettsége szerint itélve 6 hónapos volt a terhesség. Azt kell tehát felvenniünk, hogy vagy az először kimaradt havi baj idején történt a fogamzás, vagy hogy a magzat lassabban fejlődött.

Az aetiologia tekintetében érdekes, hogy míg az egyik esetben régi gyuladós folyamatok előzték meg az extrauterin fogamzást, két másik esetben szoptatás alatt következett az be, gyuladós jelenségek

nélkül. Vajjon nem-e a genitáliáknak lactatio alatti atrophijával hozható itt összefüggésbe az extrauterin fogamzás?

A tuba megrepedésének legszerencsésebb kimenetele a haematoma-képződés. Ha ellenben a repedés a szabad hasüreg felé történik, akkor vagy elvérzés folytán, vagy peritonitisben pusztul el a beteg. Helyes tehát a therapia azon álláspontja, hogy az extrauterin-terhesség a malignus tumorokkal hasonló eljárás alá essék. Még a haematoma is operatív eljárást követel, melyek közt legenyhébb a vagina felőli megnyitás.

Medenczetályog öt esete.

Lovrich József: I. eset. G. Gy., 34 éves, O P.; az utolsó hónapokban rendetlen mensesei voltak s a klinikára való felvétele előtt két héttel alhasában fájdalmakat érez. Vizsgálatnál: mindkét oldalon egy-egy tumor foglalt helyet; a jobboldali a köldökig ér, gyermekfejnyi, a baloldali almányi; mindkettő érzékeny, elastikus. Műtét előtt körülbelül egy hónapig észleltetett; 1—2-szer volt lázas. Probapunctiónál baloldalt vér, jobb oldalról bűzös genyes váladék volt nyerhető, melyből bacterium coli comm. volt kitenyészthető. A geny bélsárra emlékeztető szagú volt. A műtét T-alakú vaginalis metszésből állott; műtét után láztalan lefolyás s a tampon eltávolításánál a jobboldali tumor ökölnyi, a baloldali kisebb pedig kis diónyira esett össze, mindkettőből savós véres, nem genyes váladék ürült.

II. eset. S. J., 35 éves, I P.; 16 év előtt szült másodszor és azóta görcsös, rendetlen mensesei vannak: két év előtt operáltak, de nem javult, s két hét óta újra lázas. A medenczéből egy, a köldököt ujjnyira megközelítő daganat emelkedik ki; alsó határával a hátsó boltozaton tölti ki s a medence hátsó falához rögzített. Klinikán fekvésekor a tályog tartalma áttört a rectumba.

Műtét incisióval a hátsó hüvelyboltozaton át történt; a geny hig, sárgás, bűzös, bélsárszagú, belőle bact. coli comm. tenyészthető ki. A tumor jelentékenyen kisebbedett, kevés váladékú.

III. eset. D. J., 23 éves, O P. Betegségét nehéz tárgy emelésére vezeteti vissza. Alhasi fájdalmi vannak. Mindkét oldalán egy-egy almányi tumor tapintható ki; incisióval az előbbiekhöz hasonló geny ürül. Láztalan gyógyulás.

IV. eset. N. F., 37 éves, O P. 1½ év óta beteg. Felvétele előtt 4 hóval perforatio in vesicam miatt vizelete állandóan genyes, sűrű. Beteg nem lázas. Incisio alkalmával kiürülő geny sűrű, sárgás, belőle kizárólag streptococcusok tenyészthetők ki. Műtét után a beteg láztalan, a hólyag perforatiója záródik, vizelete tiszta, alakelemeket nem tartalmaz. A nőnél jobboldalt gyermekfejnyi tályog állott fenn, mely tartalmát a hólyagba ürítette.

V. eset. L. A., 33 éves, I P. 3 hó óta vézik. Baloldalt a medenczéből egy körülbelül emberfejnyi tumor emelkedik ki, mely valószínűleg elgenyedt haematoma. Állandóan lázas (39° C. — 112.). Vaginalis incisióval piszkos-sárgás törmelékek kevert bűzös geny ürül ki, melyből streptococcus és bact. coli volt kitenyészthető. Beteg műtét után is folyton lázas (usque 41° C., 130), cachectikus. Most is a klinikán fekszik.

Az esetek aetiologiáját illetőleg látjuk, hogy három esetben kizárólag bact. colit, egy esetben streptococust, egy esetben pedig a kettőt együtt lehetett kimutatni. Két eset puerperalis eredetű, míg három csaknem bizonyossággal gonorrhoeikus. A gonococcusokat bacteriologicus kimutatni nem tudták, a mi egyrészt az esetek csekély számában leli magyarázatát, másrészt abban, hogy a megbetegedések előrehaladt stadiumában a tályogüregben a gonococcusoknak nem megfelelő életviszonyokat találunk.

Jelen esetekből is az következik, hogy az infectio ter. nézete nem befolyásolja a betegség lefolyását vagy localisatióját. Annál kevésbé változtatja a kezelést az infectio természete. A műtét eredménye a tályogok összeesése és a váladék csökkenése volt. A mi a tályogok székhelyét illeti, leghelyesebbnek tartja azon nézetet, hogy ezen tályogok ki nem hámozható, genyvel telt üregek a medence kötőszövetében, melyeknek anatómiai határait megállapítani alig lehet. Ki kell zárunk a pyosalpingitiseket, noha a megbetegedés többnyire a lobos adnexából indul ki. Kiindulhat a megbetegedés a nyirkutak közvetítésével az uterusból is, úgy a puerperalis infectióknál, mint az uterus és tuba megbetegedéseivel is. Ide kell sorolnunk az elgenyedt haematocoket is. Az öt eset közül egyikben a rectumba, másikban a hólyagba tört a tályog.

A betegség előfordulási helye után leghelyesebben perimetrosalpingitis purulenta-nak nevezhető Pozzi szerint.

Rosszindulatú petefészekdaganatok három esete.

Lovrich József: 1. 18 éves leány, O P. 8 hó óta hasmenése van; 3 hó óta hasa nő és fájdalmas. Műtét előtt 27 nappal észleltetett; lázas volt; időközben ascites lépett fel. Explorativ laparotomia. Jobboldali petefészekdaganat, mely babal kú, körülbelül 20 cm. hosszú, 10 cm. széles, 3 cm. vastag kötőszöveti tokkal ellátott, helyenként könnyen levonható, szervülő félben levő fibrinhártyával. Itt-ott vérezések láthatók. Metszfelületen halvány rózsaszínű, kocsonyás, gombostűfejnyi göbésék láthatók, melyek vakarásra sok mucinosus, törmelékek kevert váladékot adnak. Az alapszövet maga szívós, szürkés-fehér. A góczok helyenként középkönn ellágyultak, illetve apró göböket képeznek. A daganat egyik sarkában egy ökölnyi infarcrozott gócz látható.

Műtét alatt a basürből körülbelül 1½ liter tiszta, sárgás, ascitikus folyadék ömlött. A beteg három nappal később meghalt.

A boncolat kiderítette, hogy a rectumból kiinduló gelatinosus rákkal volt dolguk, mely az S. romanum körül fejlődött, szétesve a

hasúrral közlekedést nyitott és így jött létre a peritonitis. Számos metastasis a peritoneumon, retroperitonealis mirigyekben és a másik ovariumon. Atrophia universalis. Góreső alatt is gelatinosus, illetve mucinosus rák tipikus képét kapjuk. A rectumban és az ovariumban levő daganat teljesen azonos. Tekintve, hogy a gelatinosus rák inkább a rectumból indul ki és hogy a betegnek hasmenése volt, továbbá, hogy a daganat főtömege a rectumban jelentkezett, a végbélrákot kell elsődlegesnek és az ovariumbelit secundaernek tartani.

2. 36 éves, IIP., szülések és gyermekágyak rendesei. 1896. július havában hat héten át vérzett, nagy fájdalmak. 1897. augusztusban vette észre, hogy alhasának baloldalán daganat van, mely folyton nő és fájdalmas.

Felvételkor a daganat elasticitásánál fogva haematoma retrouterinálere gondoltak.

Laparotomiánál a méh jobb felén körülbelül emberfejnyi zsák található, mely a szomszéd szervekkel mindenütt régi szívós álhártyával van összekapaszkodva. A zsák intraligamentosusan a cervix magasságáig terjedt s a méhet maga előtt balra eltolta és falát elpusztítva, külső felületén csak körülbelül 1 cm.-nyi izomzatot hagyott meg. Belül felületén tejfelszerű törmelékcsokorok által borítottak, melyek a cystosus úr egész belsejét kitöltötték. A daganat a fundusnál usurálta a hátsó méhfalat, miáltal körülbelül lencsényi likon át a méhüreg a cysta üregével közlekedik. A méh jobb felét a tumor egészen átszötte, bal fele ép. A daganatból lágy, széteső tömeg tódul elő, mely a műtét teret elborítja, nagy vérzés. A hassebet operatio nélkül zárták. Exitus letális.

Bonezolásnál metastasisok a retroperitonealis mirigyekben, tüdőben; nagyfokú anaemia. Góreső alatt igen edénydús, medullaris sarcoma rotundo-cellulare képet kapjuk, mely az ovariumból indult ki.

3. 24 éves IIP., ki állítólag négy hó előtt kiállott typhus után vette észre hasa növekedését fájdalom kíséretében.

Laparotomiánál emberfejnél nagyobb, a méh bal széléhez három ujjnyi kocsánnyal fűzött, genynyel felt cysta távolított el, melyből a különböző fátyalajokon typhusbacillusok tenyészthetők ki, a Vidal-féle reactiót azonban nem adták, mire kiderült, hogy bacterium coli a fertőző csír, a mi könnyen megmagyarázható a bélkacsokkal való összenövésből. Láztalan gyógyulás.

Közkórházi orvostársulat.

(VIII. bemutató szakülés 1898. május 4-dikén.)

Elnök: Rákosi Béla; jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

Uterus duplex cum vagina duplici esete.

Strébl Miklós: Egy eléggé ritkán előforduló fejlődési rendelleneséget vagyok bátor a szt. Rókus-kórház V-dik orvosi, Róna főorvos osztályáról bemutatni, t. i. egy nőt kettős uterusal és kettős vaginával.

Hogy a női nemi szervek körül előforduló fejlődési rendelleneségekről rövid, áttekinthető képet nyerhessünk, legyen szabad e szervek fejlődését röviden vizsgálnom. Mind tudjuk, a tubák, uterus és vagina a Wolf-féle testeken és azok kivezető csövei fölött végighúzó Müller-féle vezetékekből fejlődnek, mely vezetékek convergálóan haladnak és végül egyesülnek. Az embryo fejlődésével lassan egyesülnek ezen vezetékek, hosszában érintkező falaik felszívódnak s így egy lumenné olvadnak össze s ezen egy lumenből fejlődik azután uterus és vagina.

Ez volna nagyjában fejlődésük s a fejlődési rendellenességek épen abból származnak, hogy a Müller-féle vezetékek vagy egyáltalában nem, vagy pedig csak részben egyesülnek, továbbá, hogy érintkező falaik vagy egészben, vagy részben nem szívódnak fel.

Küstner szerint az összes fejlődési rendellenességek négy csoportba sorozhatók.

1. Midőn a szervek, melyek a Müller-féle vezetékekből fejlődnek, egészben vagy részben elkülönítvők, de mindkettő átjárható.

2. Midőn e szervek egészben vagy részben elkülönítvők, de az egyik egészben vagy részben elzáródott.

3. Midőn e szervek egészben vagy részben elkülöníthetők, de mindkettő egészben vagy részben elzáródott.

4. Midőn e szervek teljesen egyesülvők, de részben elzáródottak.

Betegünknel, a ki egy 20 éves kéjű, s f. é. április hó 16-dikán jött osztályunkra, a vulva szétválása után látunk a szeméremrészben egy baloldali, a hüvely nyákhártyájának megszokott réncezaival bíró nyílást, s ettől jobbra egy ujyhogynyi nyílást hasonló réncezokkal. A baloldali nyílás s ennek folytatása az egész hüvelyhasználat folytán záróizmát vesztette, míg a jobboldali imperforált circularis hymennel ellátott és ellentálló izomzattal bír, úgy kívül, mint ennek megfelelő jobboldali hüvely mentén.

A két hüvely közötti válaszfal körülbelül 3—4 mm. vastagságú és teljes, úgy hogy a hüvelyboltozatokat is kétfelé választja. Mindkét hüvelynek megfelelőleg külön portio vaginalis tapintható, ezeknek mindegyike normalis nagyságú vaginalis méhszájjal.

A két portiónak megfelelőleg két uterus-úr is van, melyek mindegyike 8 cm. A sonda a jobboldali cervixen felvezetve jobboldali irányban, a baloldali cervixen felvezetve pedig baloldali irányban tér el. Az ovariumok, továbbá az, hogy az uterus fundusán van-e a különválást jelző bemélyedés, a hasfalak vastagsága miatt ki nem tapinthatók.

A jobboldali cervixből elég nagymennyiségű vizűlös genyveszavas váladék sajtolható ki, melyben a mikroskopiai vizsgálat kevés

hámsejt mellett tisztán sokmagvú fehérvérsejtet derített ki; a baloldali cervixből pedig csak kevés nyúlós, üvegszerű váladék sajtolható ki, melyben genysejt alig foglaltatik, gonococust pedig egyik váladékban sem találtam. Betegünknel ezeken kívül még lues recidivans van.

Schultz Henrik: A bemutatott eset kapcsán felemlit egy hasonló vagina s uterus duplex esetet, mely több tekintetben érdekes. Esete, mint a legtöbb ilyen genitális rendellenesség, véletlenül került megfigyelése alá. Vérzés miatt hívták ugyanis az esethez, a mely alkalommal egyik hüvelyben csukott méhszájat talált, a másik hüvelyen át pedig bőven két ujjnyi méhszaj mellett egy 4 hónapos abortusnak megfelelő placéntát kellett eltávolítani.

Az uterus didelphys eseteknél mindkét méh egy időben menstruál, a menstruatio átlag a későbbi korban s rendszeren görcsök kíséretében jelentkezik, ha azonban egyik uterus teherbe jut, a másik méh sem menstruál a terhesség alatt. Szülés alatt a nem terhes méh szülési akadályt képezhet s oly jelentőséggel bír, mint egy hasonló nagyságú fibroma vagy ovarialis daganat. További akadályt képez szülés alatt a septum vaginale, mely legtöbbször spontan szakad el, de gyakran a szülés alatt kell azt átvágni.

Az uterus didelphys esetei elég ritkák s így közlésre mindig érdemesek, ezek között ismét ritkák azon esetek, a melyeknél, mint esetében is, több szülés ment előre, s a terhességeket majd az egyik, majd a másik uterus viselte ki. Ezen esetek között ismét ritkán fordul elő azon körülmény, a mi esetében jelen volt, hogy többszöri szülés daczára a vaginalis septum érintetlen maradt, annak jelül, hogy a vaginalis septumot csak akkor kell eltávolítani, ha szülési akadályt képez, tehát nem a szülés előtt, hanem a szülés alatt. Esetében teljesen ép vaginalis vastag septum volt jelen, az egyik abortáló uterus hossza 19 cm. volt, a másik, mely előremet szülési jeleit mutatta, ugyanekkor 9 cm. hosszú volt.

Rákosi Béla: A bemutatott esetet szülő is ismeri; bemutató nem szült arról, hogy a bemutatott nő melyik uterusból menstruált? (bemutató: mindkettőtől egyszerre). Szülő öt vagina duplex esetet látott; a múlt hónapban a kerületében egyszerre két esetet is, az egyiket, mely egy a népszínház-utca 35. szám alatti nyilvános házban levő kéjűt illet, legközelebb be fogja mutatni: ennek mindkét vaginája oly tág, hogy mindkettőt használja coitusra.

Róna Sámuel: Az ily esetek ritkaságát illetőleg: 10 év óta foglalkozik nők vizsgálatával, s ez a második vagina duplex eset, melyet látott.

Tihanyi Mór: Három évi rendőrorvosi működése alatt néhány száz publica között egy vagina duplex esetet sem talált.

A végbélgonorrhoea kór- és gyógytanának mai állása.

Huber Alfréd dr.: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük).

Havas Adolf: Gyakori complicatióknak tartja a rectalis gonorrhoeás infectiót s a mi igen különös, az esetek éppen most accumulálódnak; így *Haberern* osztályán egy igen súlyos periproctitis eset volt, melyben sikerült a gonococust kimutatni; egy esetében fistula vesico-rectalisra vezetett a gonorrhoeás folyamat, most került operatióra.

Tény, hogy a rectalis gonorrhoeát csak akkor fedezük fel, ha keressük; de nem tévesztendő szem elől azon tapasztalat, hogy igen gyakran különösen olyan esetek, midőn gonorrhoea már hosszabb időn át fennáll s a végbélredők duzzadtak, kis ulceratiók vannak rajtuk, végbélgonorrhoeára mindig gyanusak s ilyenkor mindig kell kutatónk; ilyen esetekben természetesen urethralis és cervicalis gonorrhoea is volt jelen.

Róna Sámuel: Az előadó említette esetet szülő 1895-ben mutatta be periproctitis kapcsán s már 1895-ben felhívta a figyelmet arra, hogy az ilyen esetek azok, melyek végbélstricturára vezetnek. Hogy az analis nyílásban levő fekélyekből gonorrhoeára lehetne következtetni, azért nem merné elfogadni szülő, mert beteganyaguk óriási része syphilitikus, a kikenél a végbél kifekélyesedése sankertől stb. van.

Havas Adolf: Szülő csak kifejeztette megjegyzéséből, hogy előbb természetesen a syphilis okozta kifekélyesedéseket kizárja.

A német balneologiai congressus tárgyalásai.

Bécs, 1898. márczius.

(Folytatás.)

IV.

7. Ludwig tanár a bukovinai Dornafürdőt és annak szénsavas vasas forrásait ismerteti s azon reményének ad kifejezést, hogy ezen fürdő fekvésénél fogva nagy forgalomra s különösen sok idegenre számíthat.

8. Clar azon befolyásról tart értekezést, a melyet a talaj a vízre és a levegőre gyakorol. Clar geologiai tanulmányai alapján, a melyek eredményét érdekes rajzokkal illusztrálja, ezen befolyást különösen az alpekre és a kárpátok észak-nyugati lejtőire nézve mutatja ki. Így látjuk, hogy azon jódos vizek, a melyek itt találhatók, eredetüket az itt létezett tengernek köszönhetik, a melynek maradványaiképp úgy a konyhasó, mint a jó és bromsók lecsapódtak, hogy most a csapadékvizek által kilúgozva ismét felszínre jussanak. — A badeni és vöslani források melegségüket szintén azon talajtól nyerik, a melyből fakadnak. Kétségtelen, hogy itt a csapadékok oly mélységbe jutottak, a melyben a víz mostani hőfokának megfelelő meleg behatása alatt ennyire felmelegsznek. — *Gleichenberg* is a talajviszonyok configuráció-

jának és a talaj minőségének köszöni azt, hogy gyógyforrásai mellett kitűnő ivóvize is van, s hogy levegőjének nedvességtartalma állandóan magasabb, mint más helyeken. A talaj minőségétől tehát nemcsak az ásványos vizek és az ivóvíz minősége függ, hanem a levegőé is.

9. **Strasser dr. a vegetabilis diætetikus kúráról** tart előadást. Strasser nagy értékűt tulajdonít ezeknek, bár a vegetariánusok túlzása nem indokolt. Ily kúrák kivitele azonban sok nehézségbe ütközik, egyrészt azért, mert a növényi tápanyagok tápértéke igen különböző, másrészt azért, mert azok kihasználása a béltractusban igen hiányos, miért is a szervezet tápszükségletének fedezésére azok oly nagy mennyiségét kell elfogyasztanunk, a melyeknek feldolgozására csak ép bélhuzam képes. S itt látjuk épen az újabb kor haladásának nagy fontosságát ezen irányban is, mely még ezen anyagokat is oly formában képes nyújtani, a melyben a tápérték és annak kihasználása a húséval vetekedik.

A vegetabilis diætetikus kúrák beosztása nehéz volna. Leghelyesebb, ha kétféle kúrát különböztetünk meg: t. i. a szigorúan vett növényi táplálkozást és az úgynevezett gyümölcskúrát, a mely a különben szokásos táplálkozást csak kiegészíti.

Strasser dr. első sorban a szigorúan betartott növényi táplálkozás értékét vizsgálja meg s nevezetesen azon szempontokat tárgyalja, a melyek a megszokott étrendnek a növényi táplálkozás által való helyettesítésénél, kell hogy iránytadók legyenek, azután azon betegségeket ismerteti, a melyekben a szigorú növényi étrendtől tapasztalat szerint jó hatást várhatnak. Ezek között a leggyakoribb a jó életmóddal szokott egyéneknél észlelhető azon határozott jelleg nélküli kóros állapot, midőn elhízott egyéneknél, a kéknel a köszvényre való hajlam megvan, a szöveteknek mintegy kilúgozását akarjuk ezen étrend által megkönnyíteni. Constitutional bajok közül a chlorosis az, a melynél az étrend íyetén megváltoztatása a szokott életmóddal való visszatérés után jó eredményt szokott mutatni. Haemophilianál a növényi tápanyagok nagyobb mértékben az ideges tünetek indikálják a növényi étrendet, azután a kisebbfokú motorikus insufficienciák. Jó hatás várható végre oxaluria és phosphaturia esetén, de sőt a cukros húgyárnál is, bár utóbbi esetben a növényi étrend csak annyiban tekinthető ajánlatosnak, a mennyiben a hússal való túlságos táplálkozást, s így ennek hátrányait is megátolja. Elhízásnál azon körülmény jöhet számba, hogy növényi táplálkozás megváltja a beteget a túlból táplálkozástól.

Nagy szerepe van a gyümölcskúráknak is; nevezetesen a szőlőgyógyomódnak, a mely idült hólyaghurutnál, pyelitissnél, idült csalánkútegeknél tesz jó szolgálatot. Vannak, a kik az eper élvezetétől psoriasisnál láttak jó hatást, mások a citromsavnak hatását diésérik köszvényénél. *Strasser* az utóbbi gyógyomódtól várható eredményt nem tartja olyannak, a mely a vele járó kellemetlenségekkel felérne, a mit a congressus több tagja is megerősít.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1475/1898. szám.

A lemondás folytán üresedésbe jött gyantai körorvosi állásra pályázat nyitattik.

Felhívtnak a pályázni óhajtok, hogy az 1876. évi XIV. és az 1886. évi I. t. cz. értelmében szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket folyó évi június hó 8-dik napjának d. u. 5 órájáig a főszolgabírói hivatalhoz nyújtsák be.

Ezen állás 720 frt 96 kr. készpénz fizetéssel, Gyanta községben lakással, 20 kr. vényirás, 40 kr. látogatási és a hivatalos látogatások alkalmával községi ingyen fuvarral van egybekötve. Körorvos a hivatalos látogatási napokon kívül teljesítendő gyógykezeléséért a nagyváradi kerületi betegsegélyző pénztártól, a nagyváradi lat. szert. káptalani uradalom kisházai gazdaságától és az egészségügyi körhöz tartozó községek lakosaitól mintegy 400 frt jövedelmet remélhet.

Tartozik a megválasztott körorvos a körhöz tartozó: Gyanta, Kápolna, Belényes-Széplak, Kisháza, Karaszó, Petegd, Mocsár, Kocsuba, Urszád, Sólom, Belényes-Szent-Miklós, Belényes-Örvényes és Havas-Dombrovcza községeket havonta egyszer, járvány esetén havonta többször is hivatalból meglátogatni.

A választás folyó évi június hó 11-dik napjának d. e. 9 órakor Gyanta községházánál fog megtartatni.

Megválasztott körorvos a választás jogerőre emelkedése után állását azonnal elfoglalni köteles.

T e n k e, 1898. május hó 10-én.

3-3

A főszolgabírói hivatal.

4825/1898. kig. szám.

Temes vármegye fehértemplomi járásához tartozó, lemondás folytán megüresedett károlyfalvi körorvosi állásra, 24031/898. számú alispáni rendelkezéséhez képest ezennel újabb pályázatot hirdetek.

A körorvosi járandóságok:

Évi fizetés 600 frt, lakbér 200 frt. A látogatási díjak 1876. évi XIV. t. cz. 145. §-ának 1. pontja értelmében a megválasztott orvos és a községek által egyezség útján lesznek megállapítva.

Míg az állatorvosi állás betöltve nem lesz, a hússzemlélet a körorvos köteles évi 150 frtért ellátni.

A kör székhelye: Károlyfalva, a melyhez a 4 kilométer távolságra eső állami út mellett fekvő Temes-Miklós község tartozik; a két község lakosságának száma 8000.

Károlyfalván nagy heti- és országos vásárok vannak; székhelye a kir. járásbírósnak, kir. telekkönyvi hatóságnak, m. kir. esendőrörparancsnokságnak; van posta-, távirat-, nemkülönbön távbeszélő-hivatal. Ugy Károlyfalva, mint Temes-Miklós vasúti állomással bírnak.

Károlyfalván németek és Temes-Miklóson románok laknak.

Pályázati határidő: 1898. évi június 15-dike.

A választás határnapja és helye: 1898. évi június 22-dike, d. e. 10 óra, Károlyfalva községháza.

Felhívom pályázókat, miszerint az 1876. évi XIV. t. cz. 43. és 143. §-ában

előírt, képesíttségüket igazoló okmányaikkal és szolgálati bizonyítványikkal felszerelt kérvényüket az adott határnapig beterjesztésük.

A későbbben beérkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Ezen hirdetményrel a 4123/98. szám alatt kiírt pályázati hirdetményt hatályon kívül helyezem.

F e h é r t e m p l o m, 1898. május hó 21.

2-1

Somogyi Gyula, főszolgabíró.

3925/1898. sz.

A járásomba beosztott, népes puszták által környezett és magában is a 3000 lelket meghaladó Jászkerékgyház nagyközség üresedésbe jött orvosi állására ezennel pályázatot nyitok.

Ezen állás javadalmazása a következő:

1. Tiszti fizetés évi 600 frt.
2. Látogatási díjak vényirással:
 - a) a községben nappal 30 kr;
 - b) a községben éjjel 50 kr;
 - c) a tanyákon nappal 40 kr;
 - d) a tanyákon éjjel 80 kr.
3. Halottkémelésért 20 kr.
4. Orvosi látélet kiállításáért 1 frt.

Ha az orvos a segédkezést saját lakásán teljesíti, nemkülönbön a 7 éven aluli gyermekektől is a 2. a)-b) alatti díjazás fele jár. Vagyontalan betegek ingyen gyógykezelendők.

Felhívom tehát mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy okmányolt kérvényüket hozzám folyó évi június hó 6-dikéig bezárólag mutassák be.

K ú n - S z e n t - M i k l ó s, 1898. május hó 14-én.

3-3

Szondy Dénes, főszolgabíró.

187/98. eln. sz.

A pozsonyi kir. állami kórházban a szemészeti osztályának első-orvosi állása megüresedvén, annak betöltésére a nagyméltóságú belügyminister úrnak f. évi május hó 13-án kelt 49,480/VI-b. számú magas rendele alapján pályázatot hirdetek.

Felhívom azon orvos urakat, kik ezen 1100 frt fizetéssel és 280 frt lakpénzzel egybekötött állást elnyerni óhajtnak, hogy az 1883. évi I. törvényzikk 9 §-ban megkívánt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat hozzám f. évi június hó 10-dikéig nyújtsák be.

P o z s o n y, 1898. évi május hó 17-én.

3-3

Dr. Pantocsek József, igazgató-orvos.

7926/1898. szolgabírósi szám.

Miután Udvarhely vármegye székelykeresztúri területén Magyar-Zsákd község székhelyvel megüresedett körorvosi állás betöltése tárgyában a „Közegészségügyi Kalauz“ idei 13. számában és az „Orvosi Hetilap“ 18. számában közzétett pályázati hirdetmény eredménytelen maradt: ennél fogva az eredeti hirdetményben felsorolt feltételek mellett a magyarorszáki körorvosi állásra ismételt pályázatot nyitok.

Felhívtnak a pályázni kívánók, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényüket alulírthoz f. évi június hó 25-dikéig annál is inkább adják be, mert a később beérkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A választás M.-Zsákd községében f. é. június hó 28-án fog megtartatni. S z. - K e r e s z t ú r, 1898. évi május hó 24-diken.

Gálfi Károly, h. főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

TERMÉSZETES

BILINI SAVANYUVIZ!

Legkiválóbb képviselője az alkalikusavanyu-vizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenként növeli elismert jó hírnevét s azonkívül a legkitűnőbb diætikus italt képezi. **ÉDESKUTY L. úr ivócsarnokában** a nyári hónapokban pohárszámra is kapható.

Pastilles digestives de Bilin

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

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

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

Szliács.

Dr. GRÜNWALD MÓR, kir. tanácsos, kiérd. első tanársegéd Tauffer tanárnak egyetemi nőgyógyászati kórodáján, e nyáron is (13-adszor) Szliács-on mint **fürdőorvos** működik és szívesen ad e gyógyhelyet illető felvilágosításokat. (Budapesti sanatoriumában a saison alatt kellő helyettesítésről gondoskodva van.)

BÁRTFA-FÜRDŐ

Dr. HINTZ HENRIK az orsz. közegészségi tanács rk. tagja, a Ferencz József-rend lov. gja. fővárosi nő- és gyermekgyógyász e nyáron is (12-edszer) hivatalos fürdőorvosként működik Bártfa-gyógyfürdőn és szívesen ad felvilágosítást ezen gyógyhelyről.

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

III. ker., Leonhard-utca 3-5. szám alatt.

Dr. Fuchs Sándor

száj- és fogorvos

lakása május 1-től a szomszéd házban

Kerepesi-út 14. szám I. 6. alatt.

Dr. KELETI és KULPIN

min. enged. nyilvános borjú-himlőnyirk-termelő intézete
Békés-Csabán.

Szállít biztos, utóbajok nélküli fogmazásért vállalt kezeség mellett, kítűnő oltóanyagot a következő árakon:

1 phiola 3 egyénre ---	1 frt 30 kr.	1 phiola 20 egyénre ---	1 frt 20 kr.
1 " 5 " ---	" 40 "	1 " 50 " ---	2 " "
1 " 10 " ---	" 80 "	1 " 100 " ---	4 " "

Oltóeszközök ugyanitt beszerzési áron kaphatók. Megrendeléseket posta fordultával expedialunk.

Sürgőnyozim: KELETI, BÉKÉS-CSABA.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsói- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (u. m.: vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatokknak úgy vegyi, mint górcsói és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a labororium vezetői.

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13-15. szám.

BAD-GASTEIN

fürdő leírása dr. Gáger kir. tanácsostól (télen Arcoban) megjelent Aug. Hirschwald-nál Berlinben.

ROHITSCH-SAUERBRUNN

Gyomor-, bélbajok, gyomor-, máj- és lép-daganatok, sárgaság, epekövek stb. orvoslására alkotott elismert gyógyhely. Hegyközlásban fekvő, viharok ellen védett enyhe éghajlatú vidék, szép sétányokkal, kellemes gyógy- és üdülőhely, kényelemmel berendezett lakházakkal.

Gyógyeszközök: Glaubersó tartalmú savanyúvíz, ivókúra, tej-, savó- és kefirgyógymód, szénsavdús aczélfürdők, hidegvíz-gyógymód, nyílt uszoda, massage és villamos gyógyeljárás.

Az idény május 1-étől október 1-éig tart.

Felvilágosítással és a gyógyintézetet ismertető leirással szívesen szolgál díjmentesen a **gyógyintézet igazgatósága Rohitsch-Sauerbrunnban** (Posta- és távirat-állomás) Stájerországban.

A Rohitschi Tempel és Styria forrás kitűnő savanyúvíz főraktára Hoffmann Józsefnél Budapesten, Báthory-utca.

Vegy-, górcsövészeti és bacteriologiai ORVOSI LABORATORIUM

Budapesten, V. ker., Váci-körút 60. sz.

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudatum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAJ GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

AUSSEE Dr. Balkányi Miksa

(télen Budapesten a gyógygymnastika és massage szakorvosa) megkezdte (ezidén 10-ed-zer) Ausseeban fürdőorvosi működését.

Bártfafürdő

Dr. HASENFELD OSZKÁR

volt klinikai gyakornok Tauffer tanár klinikáján fürdőorvosi gyakorlatát Bártfán június 1-én megkezdte és szívesen szolgál e gyógyhelyet illető bárminő felvilágosítással.

Lakás: Bártfa, Divald-villa.

BUDAPESTI

GYÓGYMECHANIKAI (Zander) INTÉZET.

Testgyógyászat, svéd gymnastika, massage.

Budapest, VIII. ker., Muzeum-körút 2. sz. a.

(Nemzeti színház bérháza, I. emelet.)

Rendelő orvosok: Dr. REICH MIKLÓS, Dr. SÜMEGI JÓZSEF.

Telefon: 54-20.

Halli jodfürdő Május 1-jétől fogva SPITZMÜLLER V. dr. Felső-Ausztriában.

fürdőorvosi működését ismét megkezdte.
(Télen Arco.)

VÉDŐJEGY.



Univ. med. Dr. PÉCSI DANI nyilvános

tehénhímlő-termelő intézete

BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot a következő árakon szállít:

1 fiola 2-3 egyénre ---	120 fillér
10 vagy több fiola a ---	100 fillér
1 fiola 10-15 egyénre ---	3 korona
1 fiola 50 egyénre ---	450 fillér
1 fiola 100 egyénre ---	9 korona
Epiermin, egy tubus ---	100 fillér
Üres fiola darabonként ---	2 fillér
" fővócsa darabonként ---	4 fillér
Tárgylemez darabonként ---	8 fillér
Oltó gerely kausuk-tokkal ---	2 korona
Portóért és csomagolásért ---	80 fillér

A Kassa-Oderbergi vasút állomása. DARKAUI JODFÜRDŐ

(Osztrák-Sziléziában), 5 órányira Bécestől, 7 óra Berlin, Budapesttől.

Évad május 15-től október 15-ig.

Legerősebb jodbromforrások a continensen

az egyetlen fürdő, melyben tiszta jodlúgban fürödni lehet.

Legnagyobb kényelem, jelentékeny újításokkal, mérsékelt árak, árnyas ültetvények, ivókúra stb.

Kisérlet nélküli gyermekek az igazgató-főorvos felügyelete alatt az új „Gyermekotthon“-ban, mely a Sz. Boromaeus-rend testvérei felügyelete alatt áll, gondos kezelésbe és ápolásba vétetnek

Bővebb felvilágosítással szolgál, s előrajzokat ingyen küld

Dr. Degré Vilmos, ig. fürdőorvos.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT.

Szerkeszti BÓKAY JÁNOS tanár.

KIR. ORVOSI EGYETEM
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

TARTALOM. Eredeti közlemények: *Böke Gyula* dr.: A külső hangvezetékbeli három éves gyermeknél véres műtét útján eltávolított idegen test esete. — *Preisich Kornél* dr.: Közlemény a „Stefánia” gyermekkorházról. I. A diphtheria bakteriológiájáról. — II. A diphtheria vegyes fertőzéseiről. — *Torday Ferencz* dr.: Közlemény a budapesti „Stefánia” gyermekkorházról. Sclerodermiához csatlakozott hemitrophia progressiva esete. — *Berend Miklós* dr.: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházról. Xeroform a gyermekek bőrbántalmainál. — **Irodalomszemle:** I. *Könyvismertetés.* — II. *Lapszemle.* — *Vegyesek.*

A külső hangvezetékbeli három éves gyermeknél véres műtét útján eltávolított idegen test esete.¹

Közlő: *Böke Gyula* dr., egyetemi tanár.

Idegen testek gyermekeknél leggyakrabban játékból jutnak a külső hangvezetékbe; ilyenek különféle gyümölcsmagok, buza- vagy más gabonaszemek, cseresznyemag, kukoricza, bab, szentjánoskenyér, gyöngyök, kavicsok, kis tejfogak, babaujjak, papírgombolyagok és más efféle tárgyak, majdnem mind gömbölyű sima felületű tömött, illetőleg kemény testek.

Az idegen tárgyak eltávolításának módja a külső hangvezetékbeli, a legrégebb időktől mostanáig, az általános gyakorlattal foglalkozó orvosok részéről kellő figyelemben nem részesült, s noha már *Celsus* azt ajánlotta, hogy a fülbe jutott idegen tárgyak eltávolítása legjobban kifecskendezés által történik, azt látjuk, hogy ezen egyszerű eljárás foganatosítva nem lesz, hanem műszereket használnak az orvosok, melyek czélszerűtlenek és sem az eltávolítandó tárgynak, sem a helynek, hol azokkal működni lehet, nem felelnek meg.

Hogy miért történik ez ily formán, annak is megvan a magyarázata, az idegen tárgy a mag, a kavics, a gyöngy stb. a fül nyílásában fekszik és valóban szinte csábitólag hívogatja az orvost, hogy azt egy csiptetővel megfogja, de mi történik? A csipő szárai nem férnek a külső hangvezeték fala és az idegen test közzé, a kemény sima gömbölyű testnek periferiája lesz csak megfogva és erről az eszköz lesikamlík s ezen mozgással az idegen tárgy beljebb lesz tolvá; az orvos azonban sikertelen beavatkozásától nem akar elállani, folytatja czélszerűtlen eljárását, folyton beljebb tolvá az idegen testet, miközben a külső hangvezeték takaróját megsérti, vérzést, fájdalmat okoz és végre is kénytelen abban hagyni az eltávolítási kísérletet. De hová jutott az idegen test? Legjobb esetben a külső hangvezeték belső végére, annak sinusába; máskor a dobhártya elröncsolásával a dobüregbe és ott genyező kórfolyamatot s ennek következtében esetleg agyhártyalobot hoz létre, melynek következtében halálos kimenetel is állhat be.

Ily halálos kimenetelt okozó czélszerűtlen eltávolítási kísérlet az irodalomban 13 van feljegyezve, *Sabatur*, *Champonillon*, *Weinlechner* két esete, *Wendt*, *Fränkel*, *Zaufal*, *Berolt*, *Urbantschitsch*, *Sexton* és *Schubert* által — mindezen esetekben kis haszontalan tárgyakat találtak a dobüregben: kis papírgombolyagot, kavicsot, kávémagot, szentjánoskenyérmagot, babszemet és minthogy ezen eseteket nem azok közölték, kik az idegen testet beljebbtolták, bizonyosnak vehetjük, hogy többször történik az, hogy a fülbe jutott idegen tárgyak, czélszerűtlen eltávolítási kísérletek után halálos kimenetelt okoznak.

Hogy mi történjék, ha ily czélszerűtlen eltávolítási kísérletek folytán az idegen tárgy a külső hangvezeték fenekére, öblébe jutott, vagy a dobüregbe tolatott, erre vonatkozólag már *Aeginai Pál* ajánlotta a műteti beavatkozást és pedig azt, melyet most is követünk, t. i. hogy a fülkagyló mögött a külső hangvezeték porcós részének átmetszésével út keresünk, melyen az idegen testhez juthatunk. Az eljárás

ellen azonban többen voltak, míg csak újabb időben azt *Tröltsch* nem ajánlotta és a 70-es évek óta ezen műtét sikerrel lett végezve *Schwartz*e, *Eyselt*, *Roose*, *Langenbeck*, *Moldenhaus*er, *Orne Green*, *Back*, *Kohn* és többek által.

Esetünk vázlatosan a következő: H. . . . Lajos 3 éves fiúcska 1897. november 25-dikén lett a „Stefánia” gyermekkorházba felvéve; négy nap óta baloldali erős fülfajásról panaszkodik, anyja előadása szerint kavics jutott fülébe.

A jól kifejlődött és különben egészséges gyermek bal külső hangvezetékének fenekén sima felületű fénylő kis babnyi nagyságú idegen test látható, mely kutatóval való tapintásnál kökemény, erősen beékelt, nem mozdítható; a külső hangvezeték fala tiszta, genyedés nincs.

November 27-dikén, miután 26-dikán többszöri sikertelen kifecskendezés után, fülkanál, illetve hegyes horoggal, az extractio nem sikerült, narcosisban véres műtétet végeztem. A fülkagyló mögött és vele párhuzamosan 4 centiméter hosszú félholdalakú bőrmetszés után a fülkagylót mellfelé tolvá a külső hangvezeték porcós részét átvágtam; ezen puha részek horoggal mellfelé húztam s a csekély vérzés csillapítása után a külső hangvezeték fenekén, annak mellfelé irányuló öblében a kavicsot egészen jól láttam. Az, e helyen beékelve feküdt, úgy hogy azt megmozgatni nem lehetett és hogy ezt elérhessem és az idegen test mögé juthassak, a hangvezeték csontfalából vésővel és kalapácsal körkörösön egy-egy vékony esontréteget véstem ki, mire kis fülkanállal az idegen test mögé jutva azt helyéből kiemelni és eltávolítani tudtam.

A fülkagyló, illetőleg a borseb csatut varrattal egyesítve lett, a külső hangvezetékbe pedig sterilgaze-tekeres tolatott azon czélból, hogy a porcós-hártyás rész a csonthoz rögzítessék, annak odanövése végett.

A műtét után harmadnapra a gyermeknél vörheny mutatkozott, melyet valószínűleg kívülről hozott magával, az ezzel járó láz azonban a műtét által ejtett seb összenövését nem hátráltatta, a varratok által egyesített rész per primam gyógyult s csak az alsó részén, egy lencse nagyságú hely nem egyesült és ezen át a külső hangvezetékben fecskendezett bórsavoldat kifolyt.

A kötés minden ötödik napon megújított és december 29-dikéig a seb úgy a fülkagyló mögött, valamint a külső hangvezetékben összeforrt; genyedés nincs és a külső hangvezeték belülről egészen rendes, úgy hogy azon a dobhártyát egészen jól lehet áttekinteni.

Nem fejezhetem be cikkemet, hogy ismét ne hangsúlyozzam, hogy az egyedüli czélszerű eljárás idegen testek eltávolítására a fülből annak langyos vízzel való kifecskendezése egy 200 gram vizet felvevő fecskendővel, a fülbe jutott vizsugar ugyanis, a dobhártyáról visszaverődve, az idegen testet magával kifelé sodorja.

Még azon esetekben is, hol az előremet czélszerűtlen eltávolítási kísérletek által a külső hangvezeték takarója lehorzsolatott és hol ennek következtében lob és genyedés lépett fel, mindenek előtt ennek megszüntetése legyen feladatunk, mire ismét kifecskendezéshez nyuljunk és ha hetek is multak el, az idegen test még mindig napfényre jöhet ily eljárással. Midőn azonban komolyabb tünetnyek lépnek fel, melyek mélyebbre ható elváltozásokból erednek, akkor nézetem szerint is minden tétova nélkül mielőbb radikális véres műtét-hez kell folyamodnunk.

¹ Az eset gyógyultan bemutattattott a budapesti kir. orvos-egyesületben.

Közlemény a „Stefánia“ gyermekkórházból.

I.

A diphtheria bakteriológiájáról.

Közli *Preisich Kornél* dr., kórházi segédorvos.

Több éven át, diphtheriás betegeknek klinikai észlelése mellett, bakteriologikus vizsgálatokkal nyert tapasztalataimról kívánok röviden beszámolni. Három irányban tettem főleg megfigyeléseket: 1. a *Löffler-féle* vagyis valódi és a *pseudodiphtheria* bakteriológiája közötti különbséget kerestem; 2. a *vegyes fertőzés jelentőségét* kutattam; 3. *vége folytattuk más helyen már jelzett vizsgálatainkat annak megállapítása céljából, hogy diphtheria-reconvalescensek serum-kezelés után mennyi ideig maradnak fertőzőképesek.* Utóbbi vizsgálatokat *Linzbauer* dr. kórházi orvostársammal együtt végeztem és ezekről külön fogunk beszámolni.

Hogy a diphtheria biztos kórismézéséhez bakteriologikus vizsgálat szükséges, azt ma már alig vonja valaki kétségbe és ha vannak is egyesek, kik a *Löffler-féle* diphtheria-bacillusnak kórok tekintetében sajátos jellegét el nem ismerik, ez jó részt onnan van, mert kerül észlelés alá diphtheriás, jobban mondva rostonyás izzadmánnyal járó folyamat, melynek létrehozatalában nem a *Löffler-féle* diphtheria-bacillus, hanem egyéb bakteriumok szerepelnek mint azt *Löffler, Hüter, Zarnico, Emmerich, Beco, Martin* és mások is elismerik. A legkülönbözőbb mikroorganizmusoknak tulajdonítanak olyan képességet, leginkább pedig a streptococcusnak. De az ilyen kórfolyamatok úgy fertőzés mint kórjósolat és gyógykezelés tekintetében más megbíralás alá kerülnek és igazi diphtheriának csak azon kórfolyamatot ismerjük el, melynek előidézőjeként a *Löffler-féle* diphtheria-bacillus kimutatható.

A mi ezen bacillusnak kimutathatóságát illeti, az távolról sem oly bizonytalan, mint azt különösen utóbbi években azon számos közlemény feltüntetni képes, melyekben a pseudodiphtheria-bacillusnak gyakori előfordulását és azon nehézségeket tárgyalják, melyek annak biztos elkülönítését a valódi diphtheria-bacillustól csaknem lehetetlenné teszik. A vizsgálók álláspontjuk szerint két csoportba oszthatók: egy részük a pseudodiphtheria-bacillust elég jól elkülöníthetőnek tartja, így *Roux* és *Yersin, Kolisko* és *Paltauf, Bernheim, Escherich, Klein, Zarnico, Draer, Abel, Neisser* és mások. A felismerést alaki és tenyésztési sajátságok mellett szerintök főképpen állatkísérlet teszi lehetővé, így tehát virulencia hiánya volna a pseudodiphtheria bacillusa és a valódi diphtheria bacillusa közötti legállandóbb és leginkább számot tevő különbség. A vizsgálók másik csoportja, melyhez *Fränkel, Gerber* és *Podack, Schanz, Davalos, Wright* és mások tartoznak, csak virulencia tekintetében tesz különbséget pseudodiphtheria és valódi diphtheria-bacillus között, a mennyiben a pseudodiphtheria-bacillust gyengült, virulentiáját veszített diphtheria-bacillusnak tekinti. A két csoport tehát egy ponton, a virulencia kutatásában találkozik és a zavart mégis, a mint látni fogjuk, ez okozza.

Valamennyi szerző megegyezik abban, hogy a valódi diphtheria bacillusának virulentiája majd erősebbnek, majd pedig gyengébbnek található, sőt a virulencia megszűnését is akár hányszor lehet tapasztalni és sajátságos módon mégis a pseudodiphtheria és valódi diphtheria bacillusa között a virulencia fokában keresik a mérvadó különbséget. Csak *Ritter* munkájában találtam e tekintetben eltérést, ő az állatkísérlettől kifogástalan eredményt nem vár.

Hogy a virulencia foka avagy hiánya mi módon állapítható meg, arról bővebben szólni e cikk keretében nem képezheti feladatomat, csak annyit akarok e helyen megjegyezni, hogy ez irányú kutatások, a mennyiben csak a beoltandó bacillus vétetik tekintetbe, igen tökéletlenek, még ha több állaton sőt több állatfajon történik is a kipróbálás; rendszerint pedig csak 1—2 állat használtatik ehez. Tapasztalható, hogy egy nyúlra vagy tengeri malacra legvirulensebb bacillus esetleg a legenyhébb emberi diphtheriából származik, máskor pedig kiterjedt súlyos tiszta diphtheriából kitenyésztett bacillus

csak igen kevésbé virulensnek bizonyul. Klinikailag pedig ismeretes dolog, hogy egy helyről egy időben történt fertőzés egy esetben enyhe, más esetben, a legsúlyosabb lehet, egy harmadikban pedig ugyanazon bacillusok hónapokig tartózkodhatnak a garatban a nélkül, hogy bajt okoznának. Itt tehát ismeretlen és így czéltudatosan elő nem idézhető, sokak által dispositio neve alatt összefoglalt momentumok szerepelnek. Absolut virulentiát meghatározni ez idő szerint tehát nem is vagyunk képesek.

Vizsgálataim alatt, melyeknél mindig a bacillusok kitenyésztését használtam, a morfológia, a tenyészet és a festődés kellő támpontot nyújtottak arra, hogy a differenciális diagnoszt pseudo- és valódi diphtheria-bacillus között megtegyem. Bizonyosság szerzése céljából többször végeztem állatkísérletet és valódinak vett diphtheria-bacillussal csak kivételesen maradt az eredmény negatív, míg pseudodiphtheria-bacillusaimmal az állat mindig életben maradt, semmi káros hatást megállapítani nem tudtam; kitűnt ebből, hogy tévedés, ha olyan fenforoghat, csak igen ritka és egy olyan bakteriummal történik, mely a valódi és a pseudodiphtheria-bacillus között áll. En azonban ilyen közbülső fajnak felvételére semmi támpontot nem leltem, mert mások után magam is meggyőződtem arról, hogy a virulens diphtheria-bacillus ismeretes és még nem ismeretes körülmények között virulentiáját elveszítheti vagy visszanyerheti, mint az némely avirulensnek vett diphtheria-bacillustenyészetemmel meg is történt, több állaton való passage, egyszer pedig úgy látszott, kedvezőbb összetételű táptalaj nyújtása után. A különbség pedig a virulens diphtheria-bacillus és ezen hypothetikus bakterium-faj között csak a virulentiában nyilvánult, alakra, tenyészetre, festődésre, az előbbivel tökéletesen egyezett. Ezek után természetes, hogy ezen közbülső bakteriumfajnak létezését tagadásba kelle vennem.

Hátra volt most annak további kutatása, hogy a pseudodiphtheria-bacillus és a virulens diphtheria-bacillus között vannak-e olyan különbségek, melyek azoknak kétségtelen elkülönítését lehetővé teszik? Mint említém én kezdettől fogva e két bakteriumfajt, a továbbiakban leírandó már mások által is elég részletesen ismertetett sajátságok alapján, különös nehézség nélkül megtudtam különböztetni s megkülönböztethetőségnek ezen könnyűsége keltette fel bennem egy időre azon gyanút, hogy talán nem is azt tekintem pseudodiphtheria-bacillusnak, mit mások, nálamnál jártasabb vizsgálók; ezért összehasonlítás céljából *Pertik* tanár laboratóriumából és *Seiffert*-től *Lipcséből* szereztem be pseudodiphtheria-tenyészeteket, ezek kételyeimet eloszlatták.

A különbségek melyek a pseudo-diphtheria és a virulens diphtheria bacillusi között a differenciális diagnoszt megadják, a következők: 1. a *morfológia*. A virulens diphtheria-bacillus legalább tuberculosis bacillus hosszával bír, karsúságra is körülbelül azzal egyezik, de a tenyészet kora, a tápanyag minősége, az átojtások száma szerint jóval hosszabb és vastagabb is szokott lenni; fiatal tenyészetben kevésbé bunkós, idősebb és többször átojtott tenyészetben nagyobb végi duzzanatokkal bír, sokszor szemcsés, néha fonalakat is képez. Viszonylagos elrendeződése szabálytalannak mondható. A pseudo-diphtheria-bacillus rövidebb, vastagabb, egyenletesen vastag vagy egyik vége felé vékonyabb. Alakját és nagyságát sem a tenyészet korával sem többszörös átojtással nem változtatja. A bacillusok párhuzamos elrendeződése feltűnő.

2. A *tenyészet*. *Löffler-féle* vérsavón mindkét bakterium-faj egyenlően gyorsan és fejlődik, a v. d. bac. coloniája valamivel sárgább színárnyalatot ad, mint a ps. d. bacillusé. Agar-agaron a ps. d. bac. tenyészet már az első 24 órában valamivel bujább, de ugyanazon képet adja, mint a másik. Bouillont a ps. d. bac. inkább teszi zavarossá, mint a v. d. bac. és azon sajátsága, hogy nem savanyít, míg a v. d. bac. a bouillont savanyítja, mielőtt újból alkalissá tenné, a többivel együtt csak úgy értékesíthető, ha parallel vizsgálat végeztetik.

3. A *festődés*. Úgy a v. d. mint a ps. d. bac. *Löffler-féle* methylenkével igen jól festődik, fiatal tenyészetben is a

v. d. bac. polusai ugyanazon festanyaggal, ugyanannyi ideig festve sötétebb kékes-vörös színárnyalatot mutatnak, a bac. középső szakasza csak kevés festanyagot vesz fel; ps. d. bac. nál pedig ugyancsak jobban festődnek a végek, mint a középső rész, de a festődés még sem oly intenzív, úgy, hogy *polustesticsek* tulajdonkép meg nem különböztethetők. Elesebben tűnik fel ezen különbség 24 óránál idősebb és még inkább többször átojtott tenyészetek bacillusain, a v. d. bac. középső része vagy annak egyes szakaszai, mintha festanyagot egyáltalán fel nem vennének, míg a polusok és egyes szemesék igen erősen festődnek. Ezen különbség láthatóvá tételében rejlik a Löffler-féle methylenkével való festésnek előnye más festanyagokkal, pl. fuchsinnal szemben, melylyel különösen fiatal bacillusoknak festődése sokkal elmosódottabb.

Az újabban Neisser által ajánlatba hozott festés is a leírt különbség feltüntetésére irányul és kétségtelenül jól alkalmazható, előnyeit a Löffler-féle festés fölött annyiban tapasztaltam, hogy kezdőknek 24 óránál is fiatalabb tenyészeteken a különbség inkább fog szembetűnni.

Nem maradhat szó nélkül, hogy némelyek mint *Fibiger* és *Spronk*, a ps. d. bacillusnak pathologikus hatását tételezték fel, illetve látták. Ezen körülmény némely zavart volna képes okozni, nemcsak a bakteriologiai, hanem a klinikai diagnosiban is, csak hogy *Fibiger* állítása feltevés és emberre vonatkozik, miután állatokban bacillusával kárt okozni nem tudott. *Spronk* állításaival pedig sok más vizsgáló lelete ellenkezik, többek között *Abel* 50-féle ps. d. bac.-t próbált ki és egyik sem bizonyult pathogennek, az én ps. d. bacillusaim is ártalmatlanok voltak.

Az elmondottakból folyó zárkövetkeztetésem az, hogy a *pseudodiphtheria-bacillus* egy különálló bakteriumfaj, mely a valódi *diphtheria-bacillus*hoz sok tekintetben hasonlít ugyan, de attól elég könnyen és biztosan elkülöníthető. Valódi *diphtheria-bacillus*nak tekintendő azon bacillus is, mely azzal morfológiai, tenyésési és festődési sajátosságokra nézve teljesen megegyezik, ha mindjárt *avirulens*nek bizonyul is.

II.

A diphtheria vegyes fertőzéseiről.

A klinikai diphtheriának különböző megjelenési alakjai és különböző súlyosságú lefolyása keltették bennem azon törekvést, hogy kutassam, vajon létezik-e összefüggés a bakt. lelet és a megbetegedés módosulatai között, mert theoretice tetszetős azon felfogás, hogy a diphtheria-bacillust kísérő microorganismusok alakítják a kórfolyamatot a szerint, a mint egyik vagy másik bakterium van fölényben. A septiciform és septicus eseteket különös figyelemmel kísértem, ezekre *Genersich* czikke után főnököm, *Bólay* tanár volt szives figyelmemet felhívni.

Több száz betegnél végeztem bakt. vizsgálatot, a betegeknek nagy számát közvetlenül észlelhettem. Nem volt egyetlen esetünk sem, melyben a diphth. bac.-t tisztán nyertem volna, több vagy kevesebb streptococcus, staphylococussal vagy a nélkül, mindig volt található, kevesebbszer staphylococcus volt túlsúlyban. Ha tiszta diphtheriás folyamatról akarunk szólni, ez véleményem szerint klinikai megfigyelés alapján inkább tehető, mint bakt. vizsgálat útján. Klinikailag tiszta diphtheriának az tekinthető, melynél erősebb lobos reactio, még oly kiterjedt álhártyás izzadmány mellett is a diphtheria székhelyén nincs és a mirigyek sem feltűnően beszűrődve, vagyis, a hol a kísérő pathogen csírok (leginkább a streptococcus) káros hatásukat ki nem fejtették, ezt pedig a bakt. lelet alapján megállapítani nem lehet.

Tapasztaltam azt, hogy igen súlyos esetekben többször a streptococcus volt túlsúlyban a tenyészetben, enyhébb esetekben pedig inkább a diphtheria bac., minthogy azonban nem állandóan van ez így, ezért az ilyen leletet értékesíteni nem lehet. Bakteriologiai lelet és klinikai kép között tehát állandó összefüggést épp úgy mint *Bigg*, *Bernheim*, *Deucher* és *Dungern* magam sem találtam; ezzel ellentétben *Raczynsky* és *Hellström* a bakteriumok associációjáról a lefolyásra és prognosira következtetni akarnak.

Hasonló helyzetben vagyunk annak megítélésénél is, hogy mennyiben hat károsan valamely kísérő bakterium különösen a streptococcus, mert ez a pathogen bakt.-ok között legállandóbb kísérője a diphth. bac.-nak. Ezen kérdésben is megbízhatóbb eredményt látszanak nekem adni klinikai megfigyelések mint az eddigi bakteriologiai vizsgálatok és magyarázatok.

A klinikus mondhatja meg azt, hogy ártalmatlanul van-e jelen a streptococcus vagy végzi-e káros munkáját, ilyenkor mindig súlyosabb a kórfolyamat, még pedig oly mértékben, a milyenben a streptococcus káros hatása kifejlődött. A klinikus a streptococcusnak hatását az erősebb lobos reactióban, a nagyobb mirigyduzzanatokban, a szájbűzben már korán ismeri fel, később a sepsisnek jelenségei nyujtanak neki bizonyosságot. *Genersich* azt találta, hogy a klinikailag septikus és a bakteriologice septikus diphtheria fogalmi egymást nem fedik, mert talált streptococust oly elhalt beteg vérében, kinél a kórfolyamat klinice septikusnak nem jeleztetett és volt eset rá, hogy septikus diphtheriánál streptococust a vérben nem talált. A sepsis ma csakugyan bakteriologiai fogalom, melynek alapján az csak akkor vehető fel, ha a streptococcus a véráramba jutott, mindazon által kétségbe vonható *Genersich*nek említett leleteire támaszkodó azon állítása, hogy a diphtheria bac. maga képes a klinikailag septikusnak jelzett tüneteket okozni; ilyeneket még oly kiterjedt tiszta diphtheriánál sem lehet soha észlelni, sem diphtheriatoxinnal sem pedig kulturának nagy adagjaival nem lehet előidézni. De tapasztalhatók septikus tünetek az olyan kórfolyamatoknál, melyeknél a streptococcus káros hatását a diphtheriás folyamat alatt nagyobb fokban kifejtette és ha streptococcus a véráramba nem jutott is még, annak anyagesere termékei oly mennyiségben szívódhattak fel, hogy a sepsisnek a klinikus előtt ismeretes tüneteit okozhatták.

A streptococcusnak káros associációja esetén a diphtheriás folyamat súlyosbodását bakteriológok több módon igyekeztek magyarázni. *Roux* és *Yersin*, *Barbier*, *Bernheim* és *Func* pl. a streptococcus káros hatását abban látják, hogy az diphtheriával való symbiosisban, ennek virulentiáját, méregtermelő képességét növeli. *Tangel* a streptococust azért nem tartja közömbösnek, mert nekrosist vagy sepsist okozhat; *Escherich* szerint a streptococcus a szervezet dispositióját növeli diphtheria iránt és *Roux*-ék ellenében a virulencia növekedését tagadja. *Dungern* azt veszi fel, hogy a streptococcus a szervezet ellentálló képességét gyengíti, a diphtheria bac. pedig a streptococcusnak a szervezetbe jutását könnyíti meg.

Úgy a virulencia, mint a dispositio, mint már mondtuk, relativ, illetve hypothetikus sajátosságok, melyek közül, hogy melyiknek van nagyobb szerepe az, a mint a szerzők vizsgálatait mutatják, sem tenyésztéssel, sem állatkísérletekkel biztosan eldönthető nem volt. Nekem kevésbé virulens d. bacillust, streptococussal való együttes és egymás melletti tenyésztésével virulensebbé tenni nem sikerült, lehet, hogy bár többféle eredetű streptococust használtam, egy ehhez alkalmas féleségre még sem akadtam. A klinikai észlelések azonban kétségtelenül arra tanítanak bennünket, hogy azon esetekben, hol a strept. hatását megfelelő lobos folyamat alakjában kifejtette, ott a diphtheriának specifikus hatása, a hűdés előbb és állandóbban következik be, ezt mint tényt említhetem csak, okának theoretikus fejtegetésébe hiába bocsátkoznám.

Megtanítottak bennünket ezen esetek arra, hogy kórjós-latunk felállításánál, a serum kezelés dacára is igen óvatosnak kell lennünk, mert legtöbbször nem tudjuk elég korán alkalmazni a serumot ahhoz, hogy a diphtheriatoxinnak végzetessé válható pusztító befolyását megakadályozzuk. Ezek azon esetek, melyeket klinikailag septiciform jelzettel szoktunk ellátni.

A streptococcus után leggyakrabban s staphylococcus alb. aur. és citreus is, azután egy kisebb diplococcus egy nagyobb coccus, a *Friedländer*-féle bac. és mások fejlődtek a diphtheria bac. mellett. Hogy ezek sok esetben módosíthatják a diphtheria klinikai megjelenését azt valószínűnek tartom, de

megállapítani nem tudtam. Erre nézve állatkísérleteim, melyekben diphtheria tenyészetén kívül nevezett kísérő bacteriumokkal végeztem az oltásokat, semmi tanúságot nem nyújtottak.

Következtetésem, melyeket megfigyeléseimből és vizsgálataimból levonhatok tehát a következők:

1. A bakteriologiai leletből a kórfolyamat természetére következtetni nem lehet. 2. A klinikus tudja megítélni azt, hogy a streptococcus a kórfolyamatban tevékeny részt vesz-e? 3. Septiform esetekben rendszerint a diphtheria-toxin okozza a halált. Végre 4. klinikai jelenségek féljogositják az észlelőt arra, hogy septicusnak kórismézzen olyan diphtheriás folyamatot, melynél streptococcus a vérben ki nem mutatható.

Irodalom: Abel: Archiv f. Heilkunde 1897 H. 4 és 5. — Abbot: Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. B. XII. p. 305. — Aronson: Berl. klin. Wochenschr. 1895 Nr. 25, 26. — Babes: Centralbl. f. Bakt. Ed. XI. — Baginsky: Berl. klin. Wochenschr. 1892 Nr. 9, 10. — Barbier: Arch. de med. experim. 1891 Nr. 3, p. 361. — Bigge H., Park W., Beebe A.: Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. Bd. XVII. p. 765. — Bernheim: Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskr. XVIII. 1894 p. 529. — Beco: Arch. de med. experim. 1896 VIII. Nr. 4. — Collon M. C.: Boston Journ. 1895, Jan. 17. — Cometti: La Pediatria Anno I. 1893 Nr. 3, 4, 5. — Dencher: Correspond.-bl. f. Schweiz. Aerzte 1895. XXV. — Dahmer: Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. XXII. p. 59. — Draër: Deutsch. med. Wochenschr. 1896 Nr. 18. — v. Dungern: Ziegler's Beitr. Bd. XXI. 1. — Escherich: Berl. klin. Wochenschr. 1893 Nr. 23. — Escherich: Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. XIV. — Escherich: Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. XV. — Fränkel C.: Berl. klin. Wochenschr. 1893 Nr. 11. — Fibiger: Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. XVIII. p. 450. — Funck: Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskr. 1894, XVII. p. 415. — Genersich: Jahrbuch f. Kinderh. 1894. — Gerber u. Podack: Deutch. Arch. f. klin. Med. Nr. 54. — Heubner: Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. XIII. p. 729. — Hellström: Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. XVII. p. 37. — Kolisko u. Paltauf: Wiener klin. Wochenschr. 1889 Nr. 8. — Kossel: Charit. Annal. XX. — Koplík: New-York medic. Journal 1894. — Loeffler: Veröffentl. des kais. Gesundheitsamt. XI. p. 421. — Nil Sjöbring: Eira. XIX. 5. — Martin: Annal. de l'Institut. Pasteur. 1892. — Mya: Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. XV. p. 900. — Neisser: Zeitschr. f. Hyg. XXIV. 3. — Nicolas: La semaine med. 1897 p. 37. — Park u. Beebe: New-York medic. Record, XLVI. 1894. — Peters: The Lancet, 1895. — Plaut: Deutsch. med. Wochenschr. 1894. Nr. 49. — Raczyński: Przeglad lekarski 1895 Nr. 9—11. — Reiche: Centralbl. f. innere Med. XVI. Nr. 3. — Ritter: Berl. klin. Wochenschr. 1894. H. 75. — Roux et Yersin: Annales d. l. Inst. Pasteur 1888 p. 629 és 1890. — Silberschmidt: Münch. med. Wochenschr. 1894. — Schanz: Deutsch. med. Wochenschr. 1896. — Spronck: Deutsch. med. Wochenschr. 1896. — Tangel: Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. XI. p. 379. — Welch: Americ. Journ. of med. Sc. 1894, Oct. — Wright: Boston med. and surg. Journ. 1894. — Zarniko: Centralbl. f. Bakt. u. Parasitenk. VI. p. 153.

Közlemény a budapesti „Stefánia“-gyermekkórházból.

Sclerodermiához csatlakozott hemiatrophia progressiva esete.*

Közli: Torday Ferencz dr. segédorvos.

A sclerodermia és hemiatrophia facialis progressiva a ritkább kóralakok közé tartoznak; a két betegség kombinációját eddig csak 13 esetben köztették. Hemiatrophia facialis diagnosisa alatt említik a tankönyvek és értekezések azon eseteket is, hol a facialis hemiatrophiához a testfél többi részének előrehaladó sorvadása csatlakozott.

Lewin és Heller² a sclerodermiáról írt monografiájukban 508 eset történetét közlik. 475 esetről összeállított statisztikájukban a 10 évnél fiatalabb megbetegedettek harminczhatan, a 10 és 20 év közöttiek, 69-en vannak. A sclerodermia egy chronikusan lefolyó bőrmegbetegedés, melyre jellegzetes, hogy spontan, lobtünetek vagy a szervezet általános megbetegedésének tünetei nélkül, kisebb vagy nagyobb kiterjedettségű területeken a bőr megvastagodik, elhalványul, tömötté, merevvé, deszkakeményiségűvé válik. Ezen elsődleges állapotból hosszabb-rövidebb idejű tartam után vagy visszafejlődik a normalis állapotba a beszűrődve volt bőrrészlet, vagy lassanként atrophizál az alatta levő lágyrészekkel együtt. A bőr rövidülése által előidézett contracturák és pseudoanchylosisok gyakoriak. A bonczani elváltozások³ pontosan megállapítva nincsenek. A vizsgálatok nagyrészt megegyeznek abban, hogy a bőr kötő-

szövege tömöttebb és vastagabb, hogy a ruganyos rostok megsaporodtak; ellenben a bórálatti kötőszövet, a zsírpárna, az izomzat atrophizált; sclerodactyliás esetekben La Grange vizsgálatai szerint a csontszövet is. Jelentékeny tünet a bőr-edények szűkülete, mely vagy a kötőszöveti kötegek és nyirk-sejtek által okozott nyomás, vagy az intima és media körkörös megvastagodásának következménye. A pigment gazdagság a rete Malphigiben és a coriumban a veritékmirigyek kitágulása consequív jelenségek. A sclerodermia prognosisa a gyermek- és felnőtt korban különböző. Lewin-Heller statisztikája szerint a 15 éven aluli gyermekek 31%-a gyógyul meg, a felnőtteknek csak 16%-a. Az elhaltak a gyermekkorban 10%-ot, a felnőtteknél 24%-ot tesznek ki.

Moebius⁴ szerint alig 100-nál több kétségtelen hemiatrophia facialis progressiva esetet közöltek az irodalomban. Steinert 90 esetéből 29 tíz éves koron innen betegedett meg. A Romberg által felállított kórképet Moebius így jellegzi: Az arcz valamely helyén a bőr elszíneződik és lassankint elvékonyodik. Az atrophikus folt többnyire szabálytalanul határolt; majd mint az olajfolt a papíron mindenfelé terjed, vagy csak egy bizonyos irányba, mikor is bemélyedések, barázdák keletkeznek. Vagy egy, vagy ezt követőleg több góczból indul ki a folyamat. A sorvadás olykor csak az arczfél kis területére szorítkozik, máskor az idők folyamán kiterjed az egész arczfélre, egyes esetekben átsap a középsonalon, sőt előfordult az egész arcz atrophija is. Ezen kívül többnyire a hajzatos fejbőr, kivételesen a fül és nyak bőre is bevonatik a bántalom körébe. Ritkán sorvad csak a bőr, többnyire a bőr alatti zsírszövet, az izmok és a csontok is. Az izmok működésüket azonban megtartják. Gyakran szünetel a sorvadó bőrmirigyek kiválasztása; a hajak vékonyodnak, kihullanak. A nyelvfél is atrophizál olykor, nemkülönbén a lágy szájpád és mandola is. A bántalom többnyire fájdalomtalan lefolyású; egyes esetekben trigeminus neuralgiák, izomrángások, massetergörcsök paraesthesiák és sympathikus tünetek észleltek. A többi testrészek rendszeren nem betegednek meg, de ismeretesek oly esetek, melyekben a törzsön és végtagokon is beállott a sorvadás és aránylag nagyszámúak azok az esetek, hol agyi tünetek is észleltek.

Úgy a sclerodermia, mint a hemiatrophia progressiva aetiologiája még nincs határozottan megállapítva, vannak, kik a két bántalom aetiologiáját hasonlónak, némelyek azonosnak tartják.

Kaposi a sclerodermia keletkezését lokális nyirkpangással hozza összefüggésbe, de tagadja Heller álláspontját, hogy a nyirkpangás a ductus thoracicus elzáródásának lenne következménye, hanem kénytelen távoli okként a központi idegrendszer által előidézett trophikus zavarokat felvenni, jöllehet, hogy idegrendszeri elváltozások többnyire ki nem mutathatók. A sympathicus villanyozására olykor javulás áll be; Schwimmer a bántalom okát a sympathicus megbetegedésében keresi. A megbetegedés olykor az idegek lefutását követi, a mi valószínűleg az idegeket kísérő edények elváltozásával van összefüggésben. A peripherikus idegek affectióját Schulze, Herzog és többen veszik fel. Eulenburg egy általános neuropathikus megbetegedésnek tartja a bántalmat.

A hemiatrophia facialis progressiva aetiologiájának magyarázatában még ma is teljesen ellentétes nézetek vannak. Romberg, a ki először ismertette ezen kóralakot, trophikus zavart vett fel. Lande, Bitot, Gintrac a kötőszövet önálló megbetegedéseinek tekintik a bajt. Újabban Moebius álláspontja jár közel ezen nézethez, ki, esetleg bacteriumok által előidézett fertőzést vesz fel, mely a bőrön vagy nyákhártyán behatolva elsődlegesen a bőrt, majd a többi alatta levő szöveteket sorvadásra bírja, de rendszeren még a bőr előtt a trigeminus érző rostjait támadja meg. Donáth⁵ csatlakozik ezen nézethez, hogy a hemiatrophiánál az idegek és erek lefutásától független diffus folyamat van jelen, mely válogatás nélkül a lágy részeket és csontokat sorvadásra bír. Ha a sympathicus megbetegedésének jellegzetes tünetei megvannak, ily esetekben szerinte ez szolgálhatott a bántalom okául. A bőr primaer elváltozásának valószínűsége ellen szól azon tény, hogy az

* Bemutattattott a budapesti királyi orvosegyesület 1898. évi január hó 22-dikén tartott rendes ülésén.

egyes esetekben a sorvadás nem mindig ugyanazon képleteket illeti, hol a bőr van leginkább elváltozva, hol a bőr alatti kötőszövet, hol a csontállomány. Klinikai észleletek és Mendel, Jolly, Homén bonczolási adatai tanúsítják, hogy az arcz féloldali sorvadása a trigeminus pályával némi összefüggésben áll. Jendrassik⁶ hangsúlyozza azonban, hogy egyrészt érzési elváltozások e kórképnél ritkák, másrészt, hogy hosszú ideig is fennállott érzéstelenség a trigeminus területén arczsorvadásra nem vezet. Az izmok zavartalan működése a trigeminus mozgató ágának megbetegedését kizárja. Jendrassik a hemiatrophia facialis okát a fej együttérző ganglionjai sérülésében keresi; a testen egyebüttl előforduló hasonló sorvadásokat pedig a gerincevelőlől kijövő ramí communicantesek és esetleg a határfonatok ganglionjainak sérülésével hozza összefüggésbe.

A sclerodermia és hemiatrophia közti rokonság valószínűségét Eulenburg⁷ már 1882-ben vitatta. Lewin és Heller a sclerodermiát a nyultvelőben levő vasomotorius központ vagy a környi edénymozgató idegek laesiójából kiindult angio-tropho-neurosisnek tekintik, melynek első sorban az edények megbetegedése, majd a bőr infiltrációja és végül atrophiaja a következménye. Ugyanezen okból támadt táplálkozási zavar folytán a bőr sorvadásához a többi lágyrészek és csontok is csatlakozhat, mi a sclerodermia és hemiatrophia közti rokonságra mutat. Stephan a sclerodermia, a hemiatrophia és Morbus Basedowi közös angio-tropho-neurosis eredetét vesz fel azon alapon is, hogy a sclerodermia combinatioja ezen bántalmakkal néhány esetben észleltetett.

Az alább leírt esetről előbb az egyik felső végtagon, majd évek múlva ugyanazon arczfélen fejlődött a sclerodermia. A bántalom kezdete óta észlelés alatt álló betegnél ez idő szerint csak a bőr atrophiaját lehet látni. Az arczfél újabb eredetű sorvadása előfutárja volt a teljes féloldali sorvadásnak.

* * *

B. Dezső, 13 éves. A gyermek szülei és nagyszülei sem ideges, sem idült fertőző betegségben vagy bőrbajban nem szenvedtek. Beteg a 7. gyermek, 9 testvére él és egészséges. A beteg mint jól fejlett gyermek született, hat éves koráig semminemű jelentőségteljesebb betegségen nem ment át; ezen időig köztakaróján kóros elváltozások nem folytak le, valamint a két testfél teljes symmetriáját sem zavarta semmi sem. Ekkor, 1890 nyarán, a jobb kéz hát hirtelen támadt, fájdalomtalan megduzzadását vették észre a nélkül, hogy azt valamivel oki összefüggésbe hozhatták volna; egyidejűleg a jobb vállon és karon végig, a bőr két ujjnyi szélességben, csikyszerűleg kissé felemelkedett, tömöttebb tapintatú és halványabb színű lett. A duzzanat több heti fennállás után visszafelődött és utána előbb a kéz hátán, majd folytatódott a többi helyeken is a bőr elvékonyodott, fényesebb, fehérebb, feszesebb lett. Ezen folyamat a jobb kéz ujjaira is áterjedt; mintegy 6–8 hét alatt a kezdeti duzzanatot a bőr atrophiaja, a felső végtag jelentékeny soványodása és az újjak mérsékelt contracturája váltotta fel. Ezen állapotban mutatattott be kórházunkban 1890. szeptember havában. Mult év végén újból felvétellett. A jobb felső végtagon ez idő alatt semminemű változás nem állott be. Mintegy három év előtt azonban észrevették, hogy a jobb arczfél soványodni kezd, eltorzul, s hogy az arczbőr az állkapocs mentén sötétebb színű. A bal vállon és felkaron látható bőrelváltozás keletkezésének idejéről nem birnak tudomással. A kéztakarón levő elváltozás évek óta egy állapotban fennáll, ellenben alig egy fél éve veszik észre, hogy a gyermek jobb fele jelentékenyen soványodni kezd. A soványodást először a jobb mellkasfélen vették észre, majd az arcz előrehaladó eltorzulása tünt fel; az alsó testrészek teriméjének csökkenése szintén néhány hó előtt indult meg. A gyermeknek a mult- és közelmultban is csak jelentéktelen hurutos betegségei voltak, jó közérzetét sem fájdalom, sem paraesthesia soha sem zavarta. Az utóbbi időkben azonban rosszabbul tanult, s állítólag gyöngébb felfogású.

A korához képest gyengén fejlett és táplált, satnya izomzatú fiú teste jobb felének kisebb teriméje feltűnő. A koponyatető két fele részarányos, homlok- és faldudorok mindkét oldalt egyenlően prominálnak. Hajzat egyenletesen sűrű. Mindkét szem segéd- és védőszervei épek, szemrések egyenlően tágak; a szemtekék rendes méretűek, a kettő között különbség nem mutatható ki. Az alsó szemhéjszemgödrü barázda jobboldalt kissé kifejezettebb. A jobb járomív kevésbé kiemelkedő, laposabb; innen aláfelé az arcznak úgy esontos, mint lágyrészei jobboldalt jelentékenyen kisebb teriméjűek. A jobb fülkagyló 3 mm.-rel kurtább a balnál s jobban álló. A sulc. nasolabialis jobboldalt szintén mélyebb, az ajkak jobb fele rövidebb. Jobb szájrész magasabban áll, az ajkak szétválásánál a száj jobb fele tágabb; a szájrész zárásánál ellenben annak jobb fele nem záródik teljesen, hanem a fogak kissé láthatók maradnak. Mimikus arczmozgásoknál az arczjáték mindkét oldalon egyformán élénk. A jobb orrezimpa vékonyabb s a megfelelő ornyílás tágabb. Az állkapocs jobb fele vékonyabb s egyúttal kissé laposabb. Az állgödröske jobb felé áttolt, az áll jobb fele keskenyebb. Az arcz bőre

egészben barnás, a jobb arczfél bőre némileg sötétebb, kissé keményebb tapintatú, kivált az állkapocs felhágó ága mentén.

A szájrőről dr. Antal János fogászati assistens barátom által készített lenyomaton látható, hogy a kemény szájpap jobboldalt valamivel magasabb és hogy az alsó fogmedernyűtvány jobb fele valamivel vékonyabb; jelentékenyen keskenyebb és jóval vékonyabb a jobb nyelvfél is, nemkülönben a jobb lágyzájpadfél és mandola. Hasonlóképp kisebbnek látszik gégetükri vizsgálatnál az epiglottis jobb fele is (Baumgarten E. dr.).

A nyak jobb felén, mely egészben véve jelentékenyen kisebb teriméjű, az izmok körvonalai élesebben tűnnek elő s közöttük mély barázdák képződtek. A bőr ezen félen vékonyabb, rajta az apróbb erek is jól áttűnnek. A jobb váll magasabban áll, a kulcsesont görbületei domborúbbak, de jelentékenyen rövidebb és vékonyabb. A mellkas jobb fele laposabb, a bordaközök jobboldalt kifejezettebbek, a lágyrészek jelentékenyen megfogytak, a venosus érhalózát jól áttűnő. A jobb lapoczka valamivel magasabban áll, méretei jelentékenyen kisebbek és kevésbé „repül”, mint a bal; hasonlóképpen a gerincoszlop és a basis scap. közti távolság jobboldalt kisebb. A mellkas bőre a sternum markolatának megfelelőleg tenyérnyi terjedelemben sötéten elszinesedett, fénylő; a bal lapoczka tövisalatti árkából kiindulólág, a bal felkia feszítő oldalára átterjedő s a könyök felé lassankint eltűnő, mintegy három harántujnyi széles sáv alakjában a bőr barna, fénylő, hegszerű rajzolatú, érdesebb, keményebb tapintatú, mindenütt azonban könnyen redőbe emelhető. Hasonló elváltozást a jobb vállizületet fedő bőr is mutat. A jobb felkar jelentékenyen soványabb, valamint gracilisebbnek



tapintható a jobb humerus is, a satnyább izomzatot és megvékonyodott bőrön át. A jobb felkar bőre a sulc. bicipitalis int.-nak megfelelőleg ép; egyebüttl szabálytalanul keresztveződő, sekély barázdák által finoman recézett, esillámfényű, keményebb, kissé száraz tapintatú, az izomzat felett csak nehezen szedhető redőbe. A két alkar közti részaránytalanság még szembeötlőbb: a sovány, de különben normális bal alkarhoz képest a jobb úgy szőlővén csupán esont és bőr. A bőrelváltozás azonban csak az alkar ulnaris szélére szorítkozik, hol a könyöktől a kéztőig le húzódnó, két ujjnyi széles, keresztben recézett, nehezen redőbe emelhető, esillámfényű sáv látható. A jobb kéztőizület mozgathatósága minden irányban tetemesen korlátolt. A lágyrészek itt, valamint a kézközépen és ujjakon jelentékenyen megfogytak, kivált a 3–5. ujjaknak megfelelőleg. A 2–5. ujj mérsékelt volaris flexióban van, melyből teljesen ki nem egyenesíthetők. A bőr a kéztőizület és kézközépesontok felett vékony, feszülő, a normális bőrnél kissé keményebb, recézett, redőbe alig emelhető, mintegy hártyszerű. A jobb kéz nyomóereje jelentékenyen csökkent ugyan, de egészben a jobb felső végtag izomereje kielégítő. A jobb segypofa jóval kisebb teriméjű, e farredő magasabban áll. A medence jobb fele alacsonyabb és ennek megfelelőleg a aut. sup. a baloldalinál mélyebbre esik. Úgy a penis és scrotum jobb spina fele, valamint a jobb here is a baloldalhoz viszonyítva, szembetűnően kisebb. Az alsó végtagok közti eltérés kevésbé feltűnő, mint a felsőkön. A jobb alsó végtag 1 cm.-rel rövidebb és csak valamivel soványabb a balnál. Járás teljesen normális, végtagok mozgásai koordináltak.

A barnás színű köztakarón a tapintó, hő- és fájdalomérzés mindenütt egyaránt rendes. Úgy a faradocután, mint a galvanocután bőrérzékenységben eltérés sem található. A bőrreflexek kiválthatók, izzadás mindenütt egyenletes. A villamos vizsgálat prompt ideg- és izomingerlékenységet

mutat. Az inreflexek mindkét oldalt kiválthatók; térdreflexek kissé fokozottak. Az ízérzés a nyelv mindkét oldalán úgy az elülső, mint a hátsó harmadban rendes, nemkülönb a szaglász is. Hallás mindkét oldalt egyaránt jó; látóélesség mindkét szemén teljes, színlátás jó; úgy a tárgy-, mint a színes látóterek normális kiterjedésűek; szemfenék ép (Vidor Zs. dr.). Jendrassik tanár úr szíveskedett a beteget Röntgen-sugarakkal átvilágítani. Határozottan kivethető, hogy a jobb ulna és kéztő-csontok vékonyabbak, a többi csontok között különbséget nem látni.

Méreték: Testhossz 147 cm., fejkörület 53·5 cm., orrgyökötől porus acust.-ig j. 10·0, b. 10·5 cm., spina mentalis-porus acust.-ig j. 11·0, b. 12·2 cm., angulus mandib. spina mentalis-ig j. 8·4, b. 9·6 cm.; jobb fülkagyló hossza 6·7, b. 7 cm.; nyak jobb fele 17·5, b. 19 cm.; szegycsont közepétől proc. acrom.-ig j. 15·5, b. 17 cm. Mellkas fél kerülete j. o. 33, b. 34·5 cm. Spina scap. hossza j. 12, b. 13 cm., spina scap. ang. scap. j. 10·3, b. 11·5 cm. Acromion cond. ext. j. 28, b. 29 cm., olecranon-ulna végéig j. 21, b. 22·5 cm. kéztőizülettől kis ujj végéig j. 11, b. 13 cm. Körfogat felkaron j. 15·8, b. 18·5 cm., a könyök felett j. 15·2, b. 16·8 cm., alkaron j. 11·5, b. 14·3 cm., kéztőn j. 12, b. 13·6 cm. Tenyér kerülete j. o. 12·9, b. 15·7 cm.; spina ant. sup.-symphysis j. 13·0, b. 14 cm., spina ant. sup. cond. int. fem. j. és b. 47·7 cm., czomb körfogatát j. 38·2, b. 40 cm., térdizületlen j. 31, b. 32 cm., alszár felső harmadán j. 25·2, b. 27 cm., bokában j. 18·3, b. 19·4 cm.

Szövet-tani vizsgálat: A bőr egészben véve vékonyodott, száru-réteg rendes, Malpighi-réteg általában vékonyabb, helyenként egy-két rétegfé. Corium ruganyos rostjai tetemesen megszaporodtak; collagen kötegek inkább aránylagos fogyást mutatnak. Véredények és bőrmirigyek rendesek, pigmentációban eltérés nincs.

Irodalom. 1. Stephan, Sclerodactylie. Berl. kl. Wochenschr. 1896. 2. Lewin-Heller, Die Sclerodermie. 3. Kaposi, Hautkrankheiten. 4. Moebius, Umschrieb. Gesichtsschwund. Nothnagel spec. Path. 5. Donath, Hemiatroph. facial. progr. Klin. füzetek 1897. 6. Jendrassik, Az arczsorvadásról. Orv. Hetil. 1897. 7. Eulenburg, Progress. Gesichtstrophie u. Sclerodermie. Zeitschrift f. klin. Med. V.

Közlemény a budapesti „Stefánia” gyermekkórházból.

Xeroform a gyermekek bőrbántalmainál.

Irta Berend Miklós dr., egyet. tanársegéd.

A néhány év előtt a gyakorlatba bevezetett Xeroformot (tribromphenol-bismuth) először mint belantiseptikumot vették alkalmazásba. (Hueppe.¹) Használata csak lassan terjedt, gyermekeknél eddig alkalmazva alig volt. Külsőleg először bubóknál, torpid fekélyeknél ajánlotta Heuss² mint a jodoform pótszerét.

A sebészi gyakorlatba Paschkeis,³ Metall,⁴ Grünfeld⁵ vezették be, általános alkalmazásra azonban mindeddig nem talált. Grünfeld az első, a ki felemelti gyorsan szárító hatását genyedéseknél és nedvező eczemánál. Hogy a közlött kedvező kritika dacára a Xeroform általános elismerésnek nem örvend, annak részint az az oka, hogy újabb időben az aseptikus kezelés a poralakú antisepticumok alkalmazását csökkenté, részint az, hogy más újabb készítményekkel, mint a Dermatol, Aiol, kell megállania a versenyt.

Miután pedig a modern chemia újabb gyógyszerek dolgában oly „embarras de richesses“-t hozott létre, hogy azok gyakorlati értékét megbírálni alig lehet, másrészt a tapasztalat azt bizonyítja, hogy ezen, sokszor nagy garral földicsért gyógyszerek legnagyobb része rövid idő alatt vagy szükség-telennek vagy direkt károsnak is bizonyul, nem kis felelő-séget vállal magára az, a ki egy újabb gyógyszert ajánlani mer. Leszek bátor a következőkben kimutatni, hogy a Xeroform, legalább a mi a gyermekgyakorlatot illeti, sok tekintetben hézagpótló szer. A Xeroform majdnem szagtalan, ezitromsárga, majdnem iztelen finomabb por, mely vízben és alkoholban oldhatatlan, 2%-os sósavban oldódik. Melegítésre csak 120°-nál bomlik el és így sterilizálható, a mi nagy előnye a jodoform fölött. Másik nagy előnye, hogy sem belső, sem külső alkalmazásban nem izgat és nem fejt ki mérgező hatást, minek legjobb bizonyítéka az, hogy Hueppe 6—8 gm. Xeroform belső alkalmazására sem látott káros mellékhatásokat. A többek által végzett bacteriologikus kísérlet antiseptikus hatását kellőleg beigazolta s e tekintetben is kiállja a jodoformmal a versenyt, mely utóbbi csak akkor steril, ha levegőn nyitva nem állott.

¹ Hueppe: Berl. klin. Wochenschrift 1893. 162. 1.

² Heuss: Therap. Monatshefte 1896, April.

³ Paschkeis: Wien. klin. Rundschau 1897, 693. 1.

⁴ Metall: U. ott.

⁵ Grünfeld: Wiener med. Blätter 1897, 14. Ján.

Tapasztalataink szerint gyermekeknél soha káros mellékhatást nem fejt ki. Bókay János dr. igazgató, egyetemi tanár engedélyével a Xeroformot a „Stefánia” gyermekkórház ambulatóriumában több mint 200 esetben alkalmaztuk s ma e gyógyszert a kórházi fekvő betegeknek is alkalmazzuk, mint a jodoform pótszerét, melyet csak ott nem képes helyettesíteni, a hol granulatio-képződés előmozdításáról van szó. A Xeroform hatása azon alapul, hogy az alkalikus szövetnedvekkel érintkezve, tribromphenol és Bismuthoxydra hasad, mely utóbbi antifermentatív és szárító, míg az előbbi bactericid hatást fejt ki az érintkező testfelületen. Legkiterjedtebben alkalmaztuk a Xeroformot a gyermekek sokszor oly makacs nedvező eczemáinál. Voltak eseteink, melyeket heteken át kezeltünk a szokásos szerekkel, melyek 1—2 nap alatt teljesen meggyógyultak Xeroform alkalmazására.

Sietek megjegyezni, hogy a Xeroform csakis ott hat, a hol magával a bőr vagy sebfelülettel érintkezik. Minden esetben szükséges tehát a pörkök, varok teljes eltávolítása s csak ez után alkalmazandó a Xeroform, melyet vagy poralakban, vagy 5%-os kenőcs alakjában használtunk. Kivált azon arczeczemáknál, melyek az első év második felében oly gyakoriak és makacsok, melyek a gyermeknél általános viszketést hoznak létre, továbbá az eczema seborrhoicum capitis-ből eredő általános eczemánál láttunk igen szép eredményt. Az oly gyakori intertrigo, melynek kezelése sokszor nehéz, 48 óra alatt majdnem biztosan beszárad Xeroform-behintés alatt.

15 esetben használtuk a Xeroformot a köldökgyógyulás zavarainál, minden esetben gyors volt a gyógyulás, úgy hogy bátran merjük ajánlani köldökkötésekre az eddig szokásos salicyl-amyllum hintőpor helyett, melynél nagyobb antiseptikus hatása és sokkal nagyobb siccativ képessége van.

Eczema impetiginosumnál különösen gyorsan szünteti meg a genyedést és vezet gyógyuláshoz.

Jó eredménnyel alkalmaztuk továbbá Rhinitis scrophulosa, eczema introitus narium és otitis externa eczematosa eseteiben. Külön megemlítenének tartjuk, hogy néhány chronicus otitis media esetében, a hol igen bő és bűzös váladékképződés volt jelen, mely sublimat-fecskendések és bórsavbefúvásokra nem javult, néhány Xeroform-insufflatio után a váladék csökkent és bűze is csökkent.

Sok esetben tapasztaltuk, hogy fájdalom, viszketés, általános nyugtalansággal járó eczemáknál a gyermek Xeroform-behintés után rögtön megnyugodott.

Még néhány szót a Xeroform alkalmazási módjáról. Az arczon, továbbá a bőrredőkben mindig csak hintőpor alakjában alkalmaztuk, a fejen legtöbbször kenőcs alakban. Még egyszer hangsúlyoznom kell, hogy a gondos letisztítása és lemosása a nedvező felületnek az egyedüli feltétele a Xeroform hatásnak. Nem szabad nagyon sok hintőport használnunk, mert különben meglehetősen nehezen leválasztható pörköket képez. Ezen legzezálszerűbben úgy segíthetünk, hogy gaze-darabokat hintünk be Xeroformmal s úgy alkalmazzuk az eczemas felületre a kötést.

Ha az eczema beszáradása megtörtént, úgy a kezelést chronicus esetekben még abban hagynunk nem szabad, de ekkor tovább használnunk a Xeroform-hintőport nem elegendő. Ilyenkor gyakori mosások, és 5%-os Xeroform-zink, vagy Xeroform-praecipitatkenőcsre térhetünk át.

Ez azonban csak igen makacs esetekben válik szükségessé.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

„L'alcoolisme chez l'enfant, ses causes et ses effets en pathologie mentale” par le Dr. Antony Rodiet. Paris, 1897. Carré et Naud. (99 oldal.)

Örömmel üdvözljük az előttünk fekvő kis monografiát, mert ismét alkalmunk nyílik a gyermekkori alkoholizmus által okozott kóros folyamatokba betekintést szerezni, különösen üdvözljük pedig azért, mert alaposan végigszlelt esetek kapcsán a már ismert meggyőződést, hogy az alkohol vészthozó, különösen a gyermek idegrendszerére, újból megerősítve látjuk.

Szerzőnek a Vancuse-i asilumban alkalma volt számos esetben a gyermekkori alkoholismust észlelni, a mely esetek közül azonban csak négyet választ ki, nyilván a legtanulságosabbakat; oly eseteket, a melyeknek élet- és kórtörténetét úgyszólván a születéstől fogva egészen azon időig, a mikor az asilumba kerültek, előadja. Sz. részletesen felsorolja a kóros tüneteket, a melyek között a gyermekek felvették, továbbá reámutat azon sokféle okokra, a melyeknek tanulmányozását szükségesnek tartja.

Mi nemcsak azt látjuk, hogy az iszákosság és az idült alkoholismus a gyermekkorban előfordul, hanem azt is, hogy az alkoholismus oly betegség, a mely sokkal gyakrabban mutatkozik a gyermekeknél, sem mint azt képzelnők.

Az alkoholismus okai közül első sorban említi a hereditást, a mely úgy a szoros értelemben vett alkoholismussal szerepel, mint az alkoholikus tébolyodottságnál is. Számosak azonban az alkalmi okok is, mint: a nevelés, úgy a szülőké, mint azoké, a kikre a gyermekek bizna vannak; a környezet (az apa, a testvérek stb. rossz példája); a szegénység; a pajtasok által való elcsábítás és azok kicsapongásai; a foglalkozás. Felsőre a szerző physiologikus okokat is, a melyek, bár ritkán — fiatal, a pubertásban lévő gyermekeknél, különösen pedig fiatal leányoknál előfordulnak; a mikor a leánykák először megkapják a havi bajukat, hajlamosak az alkoholismusra. Előidéztetik az alkoholismus gyakran a szesz italoknak gyógyezelőköl való adagolása által is, és e téren úgy az orvosok, mint a laikusok az alkohol adásával visszaélnék. Sőt vannak oly esetek is leírva, a melyekben az alkohol hatását az anya vagy dajka tején át a csecsemőre gyakorolta.

Szerző felhozott eseteiből kitűnik, hogy úgy az iszákosság, mint az idült alkoholismus ugyanazon formákban és ugyanazon tünetekkel lép fel a gyermekkorban, mint azt a felnőtteknél látjuk. Főként a hallucinatók, az érzési és a mozgási zavarok azok, a melyeket leggyakrabban észleljük.

A prognózis nagyon komoly oly esetekben, a melyeknél a hereditás kimutatható. A mi a gyógyeljárást illeti, ugyanazon elvek szerepelnek, mint a felnőttek alkoholismusánál és itt a főszólyt a prophylaxisra helyezi.

A monografia oly világosan tünteti fel az említett viszonyokat, oly objectivitással tárgyalja a szóban forgó témát, és e mellett oly kellemes modorban írja le szerző eseteit, és oly élénk színekkel ecseteli e társadalmi bajt, hogy annak olvasását nemcsak a gyakorló orvosoknak ajánlhatjuk melegen, hanem kötelességünk volna a művelt laikusok figyelmét is reáirányítani, mert hisz az alkoholismus nagy elterjedtségének leküzdésénél azokra is van szükségünk.

Grósz Gyula.

II. Lapszemle.

Henry Koplik. Sporadicus cretinismus s megkülönböztetése az idiotia alakjaitól s más betegségektől. New-York Medical Journal. Sept. 4. 1897.

Henry Koplik. A sporadicus cretinismus korai felismerése, két veleszületett eset közlésével. Medical Record. Oct. 2. 1897.

Bár a főleg hegyi lakóknál az Alpeseben és Pyrenai hegyekben endemicen gyakran fellépő cretinismus a sporadicus cretinismushoz hasonló klinikus képet mutat, sőt *Kocher* szerint valószínűleg ugyanazon előidéző ok szerepelhet, e két kóralak mégis élesen megkülönböztethető. Nig az endemicus cretinismus egy elfajulási folyamat előrehaladott szakának tekinthető, mely strumával kezdődik s az athyreosis okozta zavarokban nyilvánul, addig a sporadicus cretinismus, vagy más névvel veleszületett vagy ifjúkori myxoedema, mely kórkép keretébe *Horsley* és *Barlow* a veleszületett angolkórt is veszik bele, független a strumától, s miként a közlendő esetekből kitűnik, a pajzsmirigy sorvadt, vagy pedig nincs jelentékenyebben kórosan elfajulva.

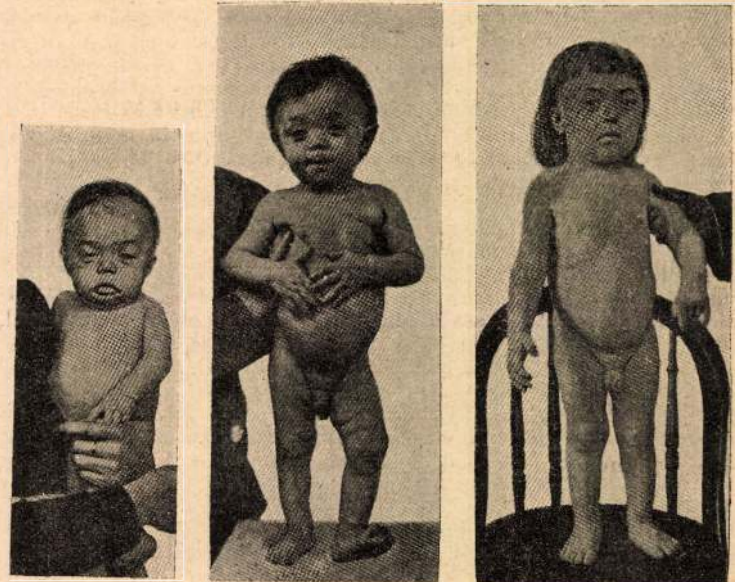
Az endemicus cretinnek koponyáját már *Ackermann* a rhachitikus fejalkat különös fajának tekintette; *Fodère* a strumával lévő összefüggésre utalt, s e kórképet a golyvás elfajulás előhaladott szakának tartotta. *Virchow* az első, a ki a koponya esontjainak korai összeforradását teszi felelőssé a szellemi fejlődés megállapodásáért s a koponya s arczkifejzés különös alakjáért; az alacsony homlok, széles orrgyök, előrenyúló alsó állkapocs *Virchow* és *Grawitz* szerint jellegzetesek a típusus cretinre s hasonlónak teszük azt az Eszkimó physiognomiájához. Kiálló pofacsontok, széles s vastag alsó áll, rövid és vastag nyak, lapos mell s elődomborodó has, valamint a hosszú csőves csontok idomtalan rövidege s vastagsága kiegészítik az endemicus cretin képet. A karok s lábak rövidek s izmaik petyhüdtek s a járás tántorgó. A bőr részéről azon jelenségek mutatkoznak, melyeket *Charcot* mint cachexie pachydermique irt le, kifejezett vérszegénység okozta halványságra az arczbőrön zöldes szín vegyül. A bőr ránczos mint öreg egyéneknek s vastagodott, mintha vizenyős volna; a haj rövid, durva s száraz; a nemi szervek többnyire durványosak. A legtöbb endemicus cretin süket, s néhány egytagú szón kívül nem is tud beszélni, többnyire kiabál, rőfög vagy jajgat; ha beszélni tudnak, nagy nehézséget okoz nekik a mássalhangzók kiejtése. Intelligentiájuk oly hiányos, hogy a legegyszerűbb dolgokat alig képesek megtanulni s logice be nem számíthatók. *Fodère* hívta fel először a figyelmet az endemicus cretinnek a pajzsmirigy szerepére, s a golyvát tartotta náluk fellépő degeneratio első jelének. 1882-ben *Reverdin* észlelte először a pajzsmirigynek golyva miatt eszközölt kiirtása után azon tünetcsoportot, melyet *Kocher* cachexia strumipriva név alatt foglalt össze, mely előhaladó vérszegénység s a végtagok vizenyőjének, a szemhéjak puffadásának felléptével s úgy testi mint szellemi elsatnyulással járt. Ezen tünetek azonosak az endemicus

cretinnél található állapottal. Golyvakiirtás után fájdalmak jelentkeztek a végtagokban, a legkisebb tevékenység után fáradtság lépett fel, a test hőmérséke csökkent, hajlammal a lehüléshez; a beszéd lassúsága, a kezek s lábak duzzanata mellett a bőr szárazsága s hajhullás észleltetett. A vérszegénység fokozódott, egy esetben a vörös vérszámok száma 2.800.000-re szállt alá. Fialat egyéneknek a test hosszúnövekedése megállapodott. *Horsley* hasonló állapotot tudott előidézni majmoknál a pajzsmirigy kiirtása után. *Ord* oly eseteket, melyeknél e tünetek voltak észlelhetők myxoedema névvel jelölt meg.

Hilton Fagge az első, ki a sporadicus cretinismust különválasztja az endemicustól s oly kórképet nevez úgy el, mely születéskor, vagy rövid idővel a születés után mutatkozik, s mely valószínűleg ugyanazon méregnek a pajzsmirigyre való hatása által okozza a myxoedemát vagy cretinoid elfajulást. A sporadicus cretinismuskor van azonban néhány oly jelensége, mely az endemicus fajnál nem fordul elő; míg az endemicusnál a koponyacsontok s varratok korai csontos összenövése észlelhető, addig a sporadicusnál azok záródásának hajlama hiányzik, a kutaesok és varratok hosszú ideig maradnak nyitva, a fogzás késik, s mégis az arczkifejzése mindkettőnél ugyanaz. Az endemicus alak nem kifejezetten myxoedemát, míg a sporadicusnál a bőrnek myxoedemája a betegség korai szakában egyik fő ismertető jel. Mindkét alaknál közös a hosszúnövekedés visszamaradásából származó törpesség s a vérszegénység.

Fletcher Beach statistikájában 52 myxoedemát eset közül 9 mutatta a betegség első tüneteit a születéskor, illetve a 9-ik hónap előtt; az első évig 2 eset, 1 éves korban 10, másfél éves korig 4 beteg. *Koplik* esetei is a korai megbetegedésekhez tartoznak.

Koplik első esete: Sporadicus cretinismus. H. G. 15 hónapos fiút 1895 október 10-én látta először. Szülei unokatestvérek, golyvájuk nincs; anyja ostoba, de egészséges asszony, ki a gyermeket rendes szülés után szoptatta. A gyermek 4 héten át sárgaságban szenvedett,



Kezelés előtt.

Hat hónapi kezelés után.

Tizenhat hónapi kezelés után.

egyéb baja nem volt; testvéreihez sohasem hasonlított, korához képest butának tünt fel, igen halvány volt s nyelve kiállott; fejét sohasem tudta tartani s székrekedésben szenvedett. Jelen állapot: Kinézés idiota-szerű, környezete iránt nem érdeklődik s többnyire bolond módjára nevet, nem játszik. Bőre ránczos s myxoedemás. Kezei szélesek s laposak, felettük a bőr ránczos s hűvös. Bőrszíne zöldesfehér, nagy fokban vérszegény. Szemhéjak oedemások, az orrgyök lapos, az ajak s a nyelv vastagok, utóbbi a szájon át kinyomul; foga nincs. Időnként belégzésnél krákog, a hang igen mély gégehang. A nyak rövid s vastag, a has nagy elődomborodó, körfogata 50 cm. A scrotum bőre vastagodott. A végtagok rövidek a testhosszhoz viszonyítva s törpe kinézését adják. Végbélhő 35-5° C., légzés 20, pulsus 80. Haemoglobin *Fleischl* szerint 18. Fehér vérszámok száma 18,600, vörössüké 5,460,000.

Thyreoid alkalmazása után egy héttel javulás észlelhető; a constipatio engedett. Két hét múlva a gyermek sokkal vidámabb, a szemhéjak puffadtsága csökkent, a végbélhő 36-3 C.-ra emelkedett. Haemoglobin 30. Két havi kezelés után a javulás jelentékeny, a gyermek játszik, a myxoedema tünetei az arczon jóval csökkentek, a nyelv kevésbé vastag. Haemoglobinérték 45. Öt havi kezelés után az orvos-egyletben bemutatva, a myxoedema tünetei eltűntek, a gyermek intelligens; a nyelv még kevésbé nagyobbodott, végbélhő 36-36-8 C. A haj megújult s finom selyemszerű. Bőrszíne rendes, haemoglobin 55. A fogak lassanként áttörtek. Egy évi kezelés után elég intelligens, jó természetű, játszik. Arca telt, 18 foggal bir, nyelve már nem nyomul ki, járn kezd. A nemi szervek még nagyok, úgyszintén a kezek is szélesek. Haemoglobin 65. Még nem beszél.

Jelenleg eléggé intelligens fiút látunk, ki járkál, s úgy tesz mint egy rendes, de sokkal fiatalabb gyermek. Még nem beszél, csak egytagú szókat ejt ki, jó természetű. Myxoedemának nyoma nincs. Haja hosszú s selymes; nyelve rendes, kezei még nagyok s laposak, hőfoka rendes

vagy majdnem az. Végtagjai nem igen erősek, de azért támasz nélkül jár. Vérszegénység tünete már nincs, haemoglobin 85. Napjában kétszer 1 1/2 gran thyreoidot kap.

II. eset. 20 hónapos leánygyermek, kít 1895. évi április 10-én vett kezelébe, s kinél a myxoedema tünetei különösen kifejezettek. Szülei unokatestvérek, egészségesek; anyjának a thyreoidea isthmusa fölött csekély, alig észrevehető duzzanata van, mely utolsó terhességében lépett fel. Anyja szoptatta; két hetes korában kb. négy hétig tartó sárgaságba esett. Az anya állítása szerint hatodik hónapja óta mindinkább gyengül és butul. Egy éves korában járnai próbált, jelenleg azonban már kísérletet sem tesz. Az utolsó két hónapban kezén és lábán tályogok léptek fel, melyek nem mutatnak hajlamot a gyógyuláshoz. Arca még idegennek is feltűnő módon megváltozott. Jelen állapot: Szellemileg fejletlen ostoba gyermek. Környezete iránt nem érdeklődik, figyelme élénk színek vagy fénylő tárgyak által sem kelthető fel. Bőre zöldessárga viaszos küllemű, különösen az arcon, haja gyér s igen száraz. Fejét csak igen rövid ideig képes tartani. Szemhéjai erősen puffadtak, az orrgyök lelapult, a pofák duzzadtak, az ajkak s a nyelv vastagok. Foga nincs; a hang mély gégehang. Has elődomborodó; végtagok törpék, bőrük vastagodott, myxoedemás. A vérkeringés igen renyhe, a bőr a leirandó tályogok körül kékes színű. Végbélhő 35-50 C., pulsus 100, légzés 22; kezek s lábak hidegek, a test bőre hűvös. Székletét renyhe. A bőr a végtagok fölött finoman ráncos; a jobb mutatónjón s bal alkaron, valamint a bal hüvelyken s bal lábón hónapok óta változás nélkül fennálló kékes alapú fekélyek, melyek tejsűrűhöz hasonló váladékok: választanak el s luetikus esontbantalomra emlékeztetnek. Vizelet fehérszemes. Haemoglobintartalom (Fleischl szerint) 25. Thyreoidkezelésre két hét alatt javulás mutatkozik. E rövid idő alatt az anaemia, a myxoedema s a tályogok visszafejlődésnek indultak, a végbélhő majdnem 1 fokkal emelkedett. Egy hónap múlva a gyermek élénkebb, a tályogok a végtagokon gyógyultak, a myxoedema majdnem eltűnt. Haemoglobin 40. A gyermek felülni próbál. Két hóval e kezelés megindítása után az első fogak törnek át. A harmadik hóban gyomorbehurut lép fel, mely miatt a thyreoidkezelést félbe kellett szakítani s ez két hónapon át szünetelt. Ezen idő alatt a myxoedema tünetei fokozatosan visszatértek, az arc, az ajkak s szemhéjak puffadtsága visszatért, székrekedés, szellemi tompultság újból előállottak, végül még a tályogok is újból feltörték. Az ismét megindított thyreoidkezelésre gyors s tartós javulás állott be, mely mai napig eltartott. 1896. októberben a végbélhő 36-80 C., a haemoglobin 70. A gyermek vidám, két hó óta járkal, a vérszegénység s myxoedema tünetei eltűntek. A leányka intelligens, játszik, beszélni igyekszik s bár ez nem tökéletes, de érthető. A 3 éves és 2 hónapos gyermek rendes két éves gyanánt tűnik fel. Gyógyszeradagja 2 gran thyreoidea naponta. 1897. március 1-én haemoglobin 85. Ez esetben a myxoedemás tünetek voltak előtérben. A leirt tályogok az endemicus cretinéknél is előforduló necrotikus góczoknak feleltek meg. Ez esetben különösen érdekes a kezelés ideiglenes megszakítása alatt észlelt jelentékeny rosszabbodás, míg az ismét megindított kezelésre a myxoedema tünetei újból gyorsan eltűntek. Jelenleg a gyermek járnai tud, nevetése intelligens, s több szóból álló mondatokban beszél. Kezei időnként még most is hidegek, de haja és bőre rendes.

III. eset. Congenitalis sporadicus cretinismus vagy myxoedema. 1896. december 24-én mint egy hónapos leánykát látta először. Testvére az első esetben leirt cretinnek. Rendes szülés után négy napos korában icterust kapott, mely hat hétig tartott; e miatt hozatott szerző-



Négy hetes korában.



Hat hónapi kezelés után.

höz négy hetes korában. Elég jól táplált, még icterikus gyermek. Arcz kifejezése feltűnően tompultnak látszik; a gyermek nem sír, csak erős bántalmazás után. Feje gömbölyű, alapján széles, a fejtető felé keskenyedő, oxycephal. Végtagok igen rövidek, de nem alakatlanok, a has kifejezetten gömbölyű. A bőr nem myxoedemás, de egész felületén érintésre hűvös; az ajkak kissé duzzadtak, macroglossia nagyfokú, a nyak rövid s vastag. Fejkörfogát 38 cm, anteroposterior átmérő 23, bitemporalis 20 cm; kutaes 3 1/2 x 2 cm. Nyilvarrat végig nyitott. Pajzs-

mirigy nem tapintható. Végbélhő 35-50 C. Haemoglobin 85. A gyermek buta, aluszékony, figyelme tapsolással fel nem kelthető. Hangja száraz, ugató.

Thyreoidkezelés mellett élénk, mosolyog s környezete iránt érdeklődik. Végbélhő 36-70 C.-ra emelkedett. A nyelv jelentékenyen vékonyabb lett, az arcz rendes kifejezést nyert. Játszik, nevet s kiált mint más gyermek, homloka szélesebb s már nem ráncos. Február 15-én haemoglobin 60, végbélhő 36-90 C. Pajzsmirigy sohasem volt tapintható, sem pedig a kulesesot felett zsírfelhalmozódás.

Ez esetben már az újszülöttnél volt a cretinismus constatálható, annál könnyebben, minthogy testvére is cretin. A felsorolt kifejezett objectív tünetek bizonyára súlyosbítottak volna, ha a kellő kezelés idejében meg nem indították. Feltűnő, hogy a betegség kezdeti szakában még anaemia nincs jelen, hanem csak ezután fejlődik ki s a kezelés dacára kezdetben súlyosbodik. Május 25-én, hat havi gyógykezelés után a leányka vidám s minden tekintetben rendes gyermekhez hasonlít. Felállni próbál s gagyog. Thyreoid adagja 1/2 gran napjában kétszer. Általában ezen eset 6 havi kezelés után sokkal kielégítőbb volt, mint az I. esetben leirt fivére, ki két évi thyreoidadagolás után még nem tud összefüggően beszélni s két éves gyermek benyomását kelti.

IV. eset. Kilencz hetes leányka. Szülei nem rokonok, egészségesek. Első gyermek, anyja szoptatja. Anyja születése óta veszi észre, hogy a leányka buta, szüleihez nem hasonlít; hasa nagy, a gyermek folytonosan kiabál s e miatt kilencz hetes korában lesz szerzőnek bemutatva, a ki nála cretinismus typicus tüneteit, de csekélyebb fokban kifejlődve, constatálja. Homloka alacsony s keskeny, orra széles, szemhéjai puffadtak, oedemások, ajkai vastagok, nyelve nagy, széles s vastag, időnként kinyomul. Hasa terjedelmes. A czombok s alszárak a törzs méreteihez viszonyítva törpék. Bőre zöldes színű, kezdődő myxoedemával; a karokon finoman ráncos, a bőr külső hőfoka jelentékenyen a rendesen alól áll, a kezek s lábak hidegek. Pajzsmirigy nem tapintható. Hangja száraz s mély. Végbélhő 36-50 C. Székletek visszatartottak. A haj azonban nem száraz s gyér, hanem sűrű és fénylő. Március 15-én a vér haemoglobin tartalma (Fleischl szerint) 105; a vörös vörsejtek száma 3,026,000, a fehér vörsejtek száma 13,500. Április 29-én a haemoglobinnérték 55, május 1-én 53, május 22-én a haemoglobin 65.

A körlefolyás a kezelés első hete óta állandó javulást mutat. A gyermek nyugodtabb s vidámabb lett. A puffadtság tünetei fokozatosan csökkentek, a nyelv duzzanata visszafejlődött, úgy hogy a nyelv már teljesen rendes nagyságú. A hőfok lassanként emelkedett, míg a rendes fokot el nem érte. A bőr elvesztette a zöldes színárnyalatot, s egészséges színű. Kiabálása már nem mély s ugató. A has már nem nagy és feszes, a lábak törpe kinézése eltűnt. Az arcz elvesztette cretinuszerű jellegét s tetszetősebb lett. A leányka fejlettsége 3 1/2 hónapos korának megfelelő. Anyját kezdi felismerni. Thyreoid napiadagja 1/2 gran.

Ezen eset tipikus congenitalis cretin. A cretinismus összes jellegző tünetei korai szakukban kifejezettek nála. A vér vizsgálata ez esetben bizonyítja, hogy a vér a betegség korai szakában még nem mutat elváltozást, nevezetesen, hogy még vérszegénység nincs jelen, mint egy még nem kezelt eset előhaladottabb szakában. Thyreoidkezelés mellett a kezdetben súlyos haemoglobinnérték lassanként emelkedett.

A felsorolt esetek szembeötlő módon bizonyítják, hogy thyreoidkezelésre a sporadicus cretinismus jellegzetes tünetei kedvező módon befolyásolhatók voltak, hogy a myxoedema tünetei csakhamar visszafejlődtek, hogy a testi fejlődés visszamaradottsága, a végtagok aránytalansága a törzshöz viszonyítva, a haj és hang sajátosságai, valamint a kifejezett vérszegénység s subnormalis hőfok ily kezelésre mind eltűntek. Bizonyítják azt is, hogy a szerencsétlen cretinnek az állandó szellemi tompultságtól megmenthetők, mindazonáltal ezen gyermekek szellemi tevékenysége még a legjobb esetben sem áll helyre oly fokig, mint a melyen más rendes fejlettségű gyermek kora szerint áll. Új szavak megtanulása, új fogalmak megszerzése sokkal nehezebben s igen lassan történik.

Azon kórokat, melyek cretinismussal vagy pseudocretinismussal felelősködtek, de attól tényleg jelentékenyen különböznek, Koplík négy csoportba osztja be, melyeket példákkal illusztrál. 1. Törpeség idiotiával. 2. Mongol typus idiotiával. 3. Általános lipomatosis. 4. Hydraemicus anaemia.

A törpe fejlettség és szellemi visszamaradottságot 10 1/2 éves gyermekek demonstrálják, mely azonban törpe, de arányos testhossz növekedés mellett a cretinismus előbb leirt jellegző tüneteit nem mutatja. Sokkal inkább téveszthető össze a mongol typusú idiota a veleszületett cretinnek, de a felsorolt példán, mely 5 1/2 hónapos fiúra vonatkozik, nem találhatók a myxoedema tünetei s a subnormalis hőfok. Lipomatosis universalis között 10 éves fiúnál a hosszúnövekedés visszamaradottságán kívül gyenge szellemi fejlettség által hasonlít némileg a cretinhez. Végül hydraemicus anaemia két ritka esetét ismerteti, melyekben az arcz puffadtsága s tompult kinézése részleges myxoedemára emlékeztet; ez esetekben a vizelet fehérszemes. A cretinismustól való megkülönböztetés annál könnyebb, mert a szellemi tevékenység nem áll alacsony fokon.

Löwy Leo.

C. Seitz: A vörhenyről. (Münch. med. Wochenschrift. 1898. 3. sz.)

A legutóbbi tíz év alatt, összesen 800 scarlatina-eset állott a müncheni egyet. gyermekpoliklinika észlelése alatt, 10-50% átlagos halálozással. E 800 esetről számol be közleményében szerző. A sc. előfordulását évszak- és időjárástól teljesen függetlennek találta, észlelt azonban kisebb családi és házendumiakat, melyek bizonyos helyi, ill. családi dispositio felvételére jogosítanak. Így voltak házak, melyekben

minden évben fordulnak elő sc.-esetek; másrészt pedig 349 egyes megbetegéssel 371 oly eset áll szemből, midőn egy családnak 2 (108-szor), 3 (31-szer), 4, ill. 5 tagja betegedett meg vörhenyben rövid időn belül. Családi dispositio mellett szól, úgy látszik, még ama körülmény, hogy ezek 13.4% halálozást mutatnak, az egyes esetek 7.9% mortalitásával szemben. Kor szerint leginkább hajlamosít sc.-ra a 2—5 életév, azután a 6—10. év közötti kor; a legkisebb százalékkal (3.9%) az első életév szerepel a betegedési statistikában, míg a halálozás ekkor a legnagyobb (40%). Vegyes fertőzést összesen 16-szor látott (köztük 8-at diphtheriával), kétszer pedig ugyanazon egyén 1, ill. 2 évben belül, másodszer kapott scarlatinát.

A complicáló veselőb gyakorisága szerző szerint szintén független az évszaktól, úgy hogy egyedül a járvány természetétől függ annak változó gyakorisága (így két évben 9 és 41%), nem pedig korai felkelés, meghűlés, helytelen étrend stb. azok a tényezők, melyek a veselőböt előidézhetik, bár szerző nem akarja mindezeknek, esetleg káros befolyását tagadni. A diazoreactiót számos esetben végezte, de mindig negatív eredményrel.

Az úgynevezett scarlatina-diphtheritist a genuin diphtheriától teljesen különálló folyamatnak tekinti szerző s irrelevansnak mondja, hogy újabban számosan ezen diphtheroid lepedékben a rendes streptococcusok mellett Löffler-féle bacillusokat is találtak, még pedig különböző szerzők az esetek 2—17%-ában. Ranke pláne 53%-ában, Seitz ily esetekben csak akkor vesz fel vegyes fertőzést, ha a Löffler-bacillusok túlnyomó, vagy legalább közel egyenlő számban vannak jelen a coccusok mellett és ha a diphtheria-bacillusok virulensek. Néhány bacillus számtalan coccus mellett nem dönt; különben is Baumgarten és mások kimutatták, hogy streptococcusok képesek a diphtheria-bacillusokat kiszorítani. De épen e lelet magyarázza ama tényt, hogy scarlatina-betegek másokat diphtheriával fertőzhetnek, oly tényt, melylyel régebben a két torokfolyamat identitását bizonyították. A 800 eset 200-szor volt alhártás torokfolyamattól kísérve, három esetben számos, négyszer csak néhány bac. diphtheriae-t talált és csak egyetlen egyszer észlelt post-diphtheriás hűdést. Ezek alapján a diphtheria-ellenes savó kezelést nem tartja indokoltnak. Végül megemlítendő, hogy szerző 12 esetben bakteriologikus vérvizsgálatokat végzett, de csak egyetlen esetben, a mely septikus tünetek közt halállal végződött, tudott streptococcusokat kimutatni a vérben. Linzbauer.

G. Guidi. Egyszerű és olcsó tejsterilizáló módszer. (La Pediatria. 1898. február.)



Guidi vizsgálatai szerint a hermetikus elzárásra teljesen elegendő. Ha az üveget a tejjel együtt vízfürdőbe tesszük és sterilizáljuk, a gummilapdát csak lazán illesztjük az üvegbe. Mikor a sterilizálás megtörtént, az üvegeket egyenkint kivesszük a vízfürdőből, miközben hüvelykujjunkkal a lapdát mélyebben beszorítjuk. A lehülés alatt a külső légnyomás a lapdát annyira beszorítja az üvegbe, hogy az teljesen hermetice zár és az így lezárt üvegekben a tej hosszú ideig eltartható. Egy kis hibája van az eljárásnak abban, hogy a lapda kivétele nem látszik egészen könnyűnek, miről azonban a Guidi-féle közlés nem emlékszik meg. Kétségtelen előnye a különben szabadalmazott eljárásnak az olcsóság, mert a Guidi-féle lapdák alig egy ötödrészebe kerülnek annak, a mit más zárókészülékekért fizetni kell. Berend.

Vegyesek.

— Az „American Pediatric Society“ idej évi gyűlését Cincinnatiában tartotta május hóban. A társaság jelenlegi elnökei: E. Holt, H. Koplík és Ch. G. Jennings, titkára pedig S. Adams. Az idej gyűlések főtárgya a Barlow-kór volt, melyre az adatokat a „Committee for the Collective Investigation of Infantile Scurvy“ szerezte be.

— A párisi „Société protectrice de l'enfance“, melynek főczélja az anyák szoptatásának terjesztése, márczius 13-dikán tartotta évi ülését. E jótékony egyesület 1865-ben alapított s fennállása óta anyák segélyezésére 322,000 frankot adott ki.

— G. Petit és L. Derecq, ismert francia szakorvosok „La Tuberculose infantile“ czimvel folyóiratot indítottak meg, mely két havi időközben fog megjelenni.

— A német természetvizsgálók és orvosok ez évi szeptember hóban tartandó düsseldorfi gyűlésén a gyermekgyógyászati sectio bevezető elnökei Josephson H. és Dormann F. doctörök.

— P. Budin, a párisi kitünő paediatra és szülész a Tarnier tanár halálával megüritült szülészeti tanszékre hivatott meg.

— Bordeauxban az újonnan rendszeresített gyermekgyógyászati tanszékét M. Moussous nyerte el.

— M. Seiffert Lipesében, R. Hecker Münchenben, Bruin pedig Amsterdamban a gyermekgyógyászatból magántanárrá neveztettek ki.

— A budapesti „Stefánia“ gyermekkórház és budapesti „Szt. László“ közkórház diphtheria-stadistikáját, mint érdekes bizonyítékát a gyógyászati-kezelés hatékonyságának, az alábbi táblázatokban közöljük:

I.

A budapesti „Szt. László“ közkórház diphtheria-stadistikája ¹		Fel-vétetett	Meg-halt	Gyógyult	Gyógyulási százalék
1893	összes diphtheriás esetek..	213	104	109	52.2
	nem operált esetek	160	61	99	61.8
	operált esetek	53	43	10	18.8
1894	összes diphtheriás esetek..	227	102	125	55.1
	nem operált esetek	176	57	119	67.5
	operált esetek	51	45	6	11.7
1895 serum	összes diphtheriás esetek..	401	80	321	80.1
	nem operált esetek	264	9	255	96.5
	operált esetek	137	71	66	48.1
1896 serum	összes diphtheriás esetek..	354	89	265	74.8
	nem operált esetek	277	45	232	83.7
	operált esetek	77	44	33	42.8
1897 serum	összes diphtheriás esetek..	291	56	235	80.8
	nem operált esetek	217	19	198	91.2
	operált esetek	74	37	37	50.0
Szerummal kezelt összes esetek	összes diphtheriás esetek..	1046	225	821	78.4
	nem operált esetek	758	73	685	90.3
	operált esetek	288	152	136	47.2

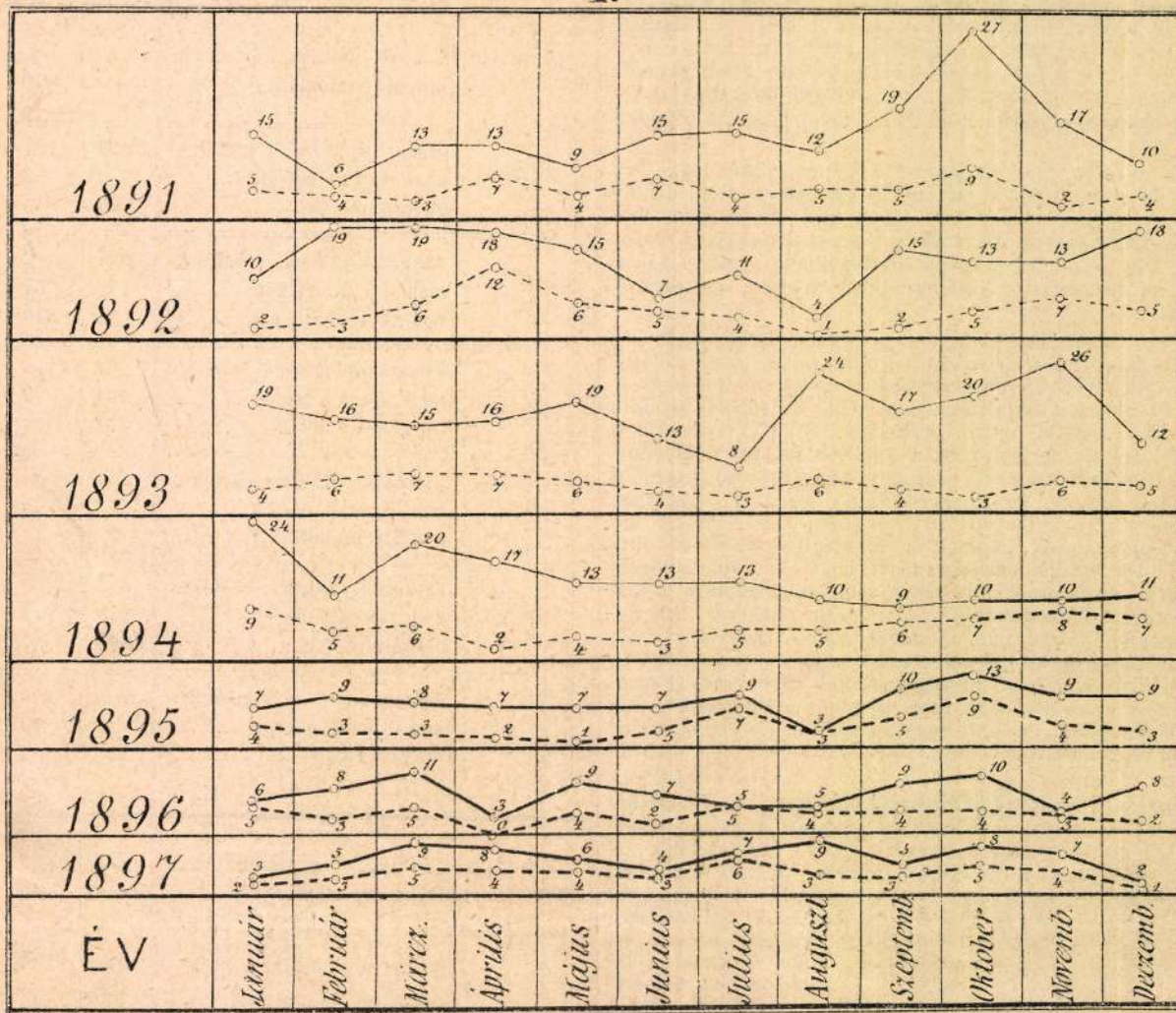
II.

A budapesti „Stefánia“ gyermekkórház diphtheria-stadistikája		Fel-vétetett	Meg-halt	Gyógyult	Gyógyulási százalék
1891—92. szept.—szept.	összes diphtheriás esetek ..	361	185	176	48.75
	nem operált esetek	185	68	117	63.24
	operált esetek	176	117	59	33.52
1892—93. szept.—szept.	összes diphtheriás esetek..	327	174	153	46.78
	nem operált esetek	138	48	90	65.21
	operált esetek	189	126	63	33.33
1893—94. szept.—szept.	összes diphtheriás esetek..	341	196	145	42.52
	nem operált esetek	145	57	88	60.68
	operált esetek	196	139	52	29.08
1894. szept.—1895. decz. (serum)	összes diphtheriás esetek..	402	109	293	72.88
	nem operált esetek	251	33	218	87.09
	operált esetek	151	76	75	49.66
1896. jan.—decz. (serum)	összes diphtheriás esetek..	225	84	141	62.23
	nem operált esetek	140	41	99	70.72
	operált esetek	85	43	42	49.41
1897. jan.—decz. (serum)	összes diphtheriás esetek..	184	41	143	77.72
	nem operált esetek	111	11	100	90.90
	operált esetek	73	30	43	58.90
Szerummal kezelt összes esetek	összes diphtheriás esetek..	811	234	577	71.14
	nem operált esetek	502	85	417	83.06
	operált esetek	309	149	160	51.77

¹ A táblázat összeállítását Gerlóczy Zsigmond dr. főorvos úrnak köszönhetem.

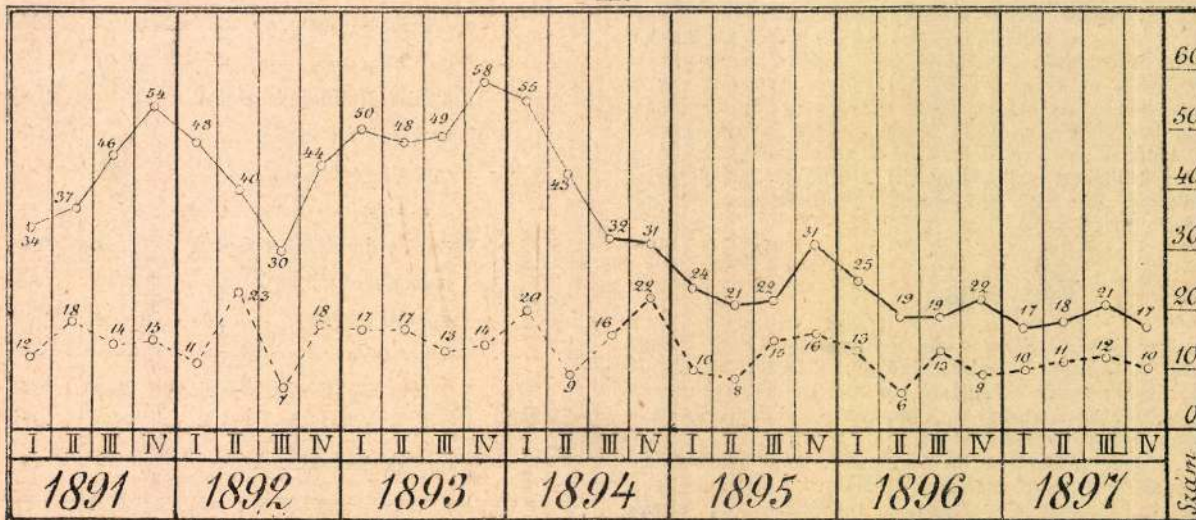
A fenti táblázatoknak kiegészítésére szolgáljon a budapesti „Stefánia“ gyermekkórház alábbi intubatio-statisztikája, melyben összesen 955 intubált diphtheriás eset sorsa van graphice feltüntetve.

I.



———— Felvétetett. - - - - - Gyógyult.

II.



———— Felvétetett. - - - - - Gyógyult.

Az egyenes vonal (I. tábla) az intubatióra került diphtheriás esetek számát jelzi hónapok szerint, — a tört vonal pedig az intubált esetek gyógyulását mutatja hónapok szerint.

A fenti adatok (II. tábla) negyedévi összegezésben vannak feltüntetve.

A vastagon ábrázolt vonalak a serumidőszakot jelzik (1894. okt. — 1898. január 1.)

— *Uj könyvek a gyermekgyógyászati irodalomban:* 1. L. d'Astros. Les Hydrocephalies. Paris. Steinheil. 336. o. 2. G. H. Fox. Skin diseases of Children. London. Churchill. 166. o. 3. E. Kirmisson. Traité des mala-

dies chirurgicales d'origine congénitale. Paris. Masson. 766. o. 4. G. Variot. La diphtherie et la sérumthérapie. Paris. Malaine. 560. o. 5. L. Landouzy. Sérothérapie. Paris. G. Carré. 530. o.

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.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Rózsa Félix: Közlemény a pesti izr. kórháznak Stiller Bertalan dr. egyetemi ny. rk. tanár vezetése alatt álló belgyógyászati osztályáról. Pericarditis calculosa dysphagiával. 285. l.
Áldor Lajos: A gyomorbetegségek túlságos sósavképződéssel járó alakjainak diaeto- és balneotherapiája. 286. l.
Tauszk Ferencz: Közlemény Korányi Frigyes ny. r. egyetemi tanár l. belkóródjáról. A hypertrophiás és atrophias májlob viszonya egymáshoz. 288. l.
Bosányi Béla: Fördőorvosi tapasztalatok. 289. l.

lokodi Sándor Balázs: Pellagra-esetek Kis-Küküllő megyében. 290. l.
Tarcza. *Haberern*: Madridi emlékek a IX. hygienikus és demografiai congressusról. 290. l. — *R.*: Az orvostanhallgatók számának esőkenése és annak okai. 291. l.
Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Dr. E. Finger*: Die Pathologie und Therapie der Sterilität beim Manne. 292. l.
Heti szemle és vegyesek. Országos orvosszövetség. — Bródy Adel-gyermekkorház évi jelentése. — A főváros egészsége. — A budapesti egyetem orvosi karának választásai. — A kolozsvári egyetem évvizára ünnepe. — Megjelent. — Kiténtetés. — Lakásváltozás. — A gonorrhoea kezelése protargollal. — Szt. Lukács-fürdő. — Herzel dr. — Baumgarten Samu dr. 293. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a pesti izr. kórháznak Stiller Bertalan dr. egyetemi ny. rk. tanár vezetése alatt álló belgyógyászati osztályáról.

Pericarditis calculosa dysphagiával.

Írta: Rózsa Félix dr.

A szívnek a szívburokkal való összenövése egy csaknem minden részében jól megvitattott és tisztázott dolog, melynek úgy pathológiája, mint klinikai képe közismeretes.

A szívburok a szívvel összenő; az összenövés az azt létesítő kötőszövet minéműsége és az összenövés fennállásának időtartama szerint különböző, néha egészen laza, néha pedig vastag kemény kéregként veszi körül a szívet. De sőt az is megeshetik, hogy az előrement szívburoklob genyes izzadmányának maradványa beszárad, elmeszesedik, a mikor egész kemény meszlemezeket találunk a szív körül. Ha pedig maga az összenövést létesítő kötőszövet, a fentemlített kemény rostos kéreg, meszesedik el, egy egész csontkemény páncél veszi körül a szívet. Ez a pericarditis calculosa, melyet már sokkal mostohább elbánásban részesítettek a kórbuvarók.

Kiterjedt ilyen elmeszesedésekről tesznek említést Louis, Géndrin, Kreysig stb. Chambers 85 pericarditis adhaesiva esete közt 5 esetben látott meszlerakodást. Laennec egy esetében pedig az egész szívet csontkemény meszkéreg vette körül.

Mint külön kórképet azonban le nem irták s nem is kórismézték. Ez a körülmény különben egyáltalában nem esodálatra méltó, ha meggondoljuk, hogy a pericarditis calculosa az élőben semmi olyan tünetet nem ad, mely a közönséges pericarditis adhaesiva kórképében benne nem volna, de sőt ez utóbbi sem jár mindig olyan manifest tünetekkel, melyekből a diagnosisra kétségbevonhatlan bizonyítékokat lehetne levonni.

Ha a betegnek különben billentyűhibája nem volt, a szíven, a szerint, a mint az összenövések a szívet vagy táplalkozásában zavarják, vagy mozgásában akadályozzák, majd a szívizomzat elfajulásának, majd a szív mozgása zavarainak ismert variabilis tünetei lépnek előtérbe. Mind e tünetek azonban hiányozhatnak is; de sőt az egyes autorok voltaképen még azzal sinecenek tisztában, hogy vajjon a pericarditis adhaesiva föltétlenül maga után vonja-e a hypertrophia és dilatatio súlyos következményeit, mint a hogy azt pl.

Hoppe vitatja, de mint a hogy ezt újabb időben Duchek, Friedreich és mások egyenesen tagadásba veszik. Az alább közlendő eset e részben az utóbb idézett szerzők megfigyeléseit látszik igazolni; legfőképen azonban azért érdekes, mivel egy az efféle bántalmaknál eddig egyáltalán nem észlelt tünettől, az oesophagus összenyomatása folytán végzetessé vált dysphagiával járt.

Íme az eset:

S. M. 45 éves vonatvezető. Felvétele előtt 5 hónappal elvesztette az étvágyát, de ezt csak szokott gyomorbaja ismétlődésének tudta be, majd a dereka kezdett fájni, három hónap előtt pedig azt vette észre, hogy a nagyobb falatok nehezen esúznak le a gyomrába és mellcsontja közepe táján valami nyomás féle érzést hagynak maguk után. Ez okból kisebb falatokra szorított, de csakhamar ezek is fájdalmat okoztak, majd megakadtak és csak néhány órai nyomás után mentek le. Egy hónap óta pedig csak nagyon apró vagdalt hússal, vagy folyadékkal bír táplálkozni. Öt hónap óta körülbelül 30 kilóval soványabb lett.

Felvételekor (1897. szeptember 25.) a cachectikus kinézésű, teljesen lesóványodott beteg bokái körül kifejezett vizenyő taláható.

Tüdők és szív határai a normalis viszonyoknak megfelelőek. A tüdők felett hátul szétszórortan néhány száraz szörtyzorej hallható. Szívcsücsöklés bimbóvonalon belül a 4-dik bordaközben alig tapintható, szív és nagy edények hangjai tiszták.

Szilárd falat, zsemlyedarab lenyelésénél nagy fájdalomról és nyomásról panaszkodik, melyet a sternum közepe tájára localizál. Azután nyálfolys kisérétében addig krakog, köhög, míg a falat visszajön, folyadékot azonban akadálytalanul nyel le. A kutasz a bázisgingban 12 cm.-nyire megakad s csak a 8 számú birja átjárni, kutaszolás után a beteg jobban érzi magát s kevés nagyon apróra vagdalt húst is bír nyelni. A következő napokon vastagabb kutaszszal kísértjük meg az áthatolást, de hiába.

Felvétele után 14 nappal a folyadékot is csak kortyonként bírja nyelni, 14 nap alatt másfél kilogrammal soványabb lett. Október 25. Esti hőemelkedések jelentkeznek, melyek azonban 38.2-nél nem emelkednek magasabbra. A lábakon észlelt vizenyő növekedett. A beteg végbelén át táplálta. Október 30. Tüdővizenyő, mors.

Boncsolás: A mellkas megnyitván, kitünt, hogy a tüdők csaknem egész terjedelmükben finom állhártyákkal a fali mellhártyához oda nőttek, a szívburokkal pedig totalis synechiák tartják össze. Mindkettő vérdúsabb, sok finom habzó savóval beszűrődött, de mindenütt légtartalmú. Az összenövések leválasztván, a szív egy kökemény páncél által vétetik körül, mely körülbelül olyanforma alakú, mint egy pecsétgyűrű, hátulsó széles lapja közepén egy sarkantyúban élesedik ki, mely mint egy pelotta nyomja be és teszi átjárhatatlanná a bázisgingot. Oldallapjai pedig előre felé meghosszabítva a szívcsücsnél találkoznak.

A Minich dr. úr által felvett, specialiter a szívről szóló jegyzőkönyvből idézem az alábbiakat:

„A szív összehúzódott állapotban van; felülete halvány vörhenyesen átívódott kötőszövetes czafatoktól egyenetlen; a czafatok a szívburok fali külső lemezének külső felületén tapadnak; a szívburok két lemeze mindenütt halvány vörhenyes szakadékonny kötőszövetes állhártyák által egyesítve van; a szívburok üre a két lemez összetapadása miatt teljesen eltűnt; a fali lemez a szív egyes részletein a zsigeri lemezről

az álhártyák elszakítása után levonható, csupán a szív harántbarázdája mentén áll fenn erősebb összeköttetés a két lemez között; e helyen ugyanis a szívburok lemezei közötti álhártyák egy 3–3½ mm.-nyi csontkemény meszes lemezzé alakultak, a mely egyfelől a zsigeri lemezzel, másfelől a szívburok fali részletével van egybe forrva; ezen meszes lemez a szív felületéhez alkalmazkodik és a szívet egy egyenetlenül széles gyűrű alakjában övezi körül a harántbarázdá tájékán. A meszes gyűrű három lemezből áll, a melyek egymáshoz kisebb nagyobb szöglet alatt hártnak össze. A pulmonalis kezdeti részének jobb szélénél kezdődik a baloldali lemez, mely a szív harántbarázdája felett fekszik és balfelé kissé lefelé halad; ezen lemez a kezdeti részen 2 cm. széles, míg a bal gyomrocs szélének megfelelő végénél 3½ cm. szélességet ér el. A gyűrűnek jobb lemezét képező részlete 8 cm. hosszú, 1½ cm. széles és az aorta bal szélétől a jobb gyomrocs széléig terjed; ezen lemez ugyancsak a harántbarázdá felett fekszik és a középvonalától ki és kissé lefelé halad; a baloldali lemezzel egy 1 cm.-nyi csúcsos nyujtvány által érintkezik, míg az összeköttetést a két lemez között a szívburok vastagodott és egymással egybeforrt lemezei közvetítik. A hátsó lemez a legnagyobb és a szív egész hátsó felületének majdnem felét foglalja el: ezen lemez a szív harántbarázdájától terjed lefelé és 4 cm.-rel a szívcsúcs felett ér véget, legnagyobb hosszátmérése a középvonalban 5 cm., harántátmérése pedig 6 cm.-nek felel meg; alakja egy concav szélekkel, illetőleg oldalakkal bíró egyenoldalú oly háromszögnek felel meg, a melynek csúcsai amputálva vannak és a melynek egyik oldala a nagyedények felé, csúcsa pedig a szívcsúcs felé tekint. A meszes gyűrű által a szív mintegy kifeszítve tartatik, a minek következtében asztalra helyezése után is megtartja alakját.

A szívfalzat baloldalt 9, jobboldalt 3 mm.-nyi, az izomzat fakó vöröses-barna, igen lágy morzsolékony; a szívrők, különösen a bal, kissé tágult, a coronaris és papillaris izomzat kissé lelapított, a szív főreit sárgás-vörhenyes elég szívós rostonyaalvadék tölti ki; a billentyűk bár széleiken kissé megvastagodottak, csomósak, elég épek; a függőér belhártyája sima.

A szívizomzat, szövettanilag vizsgálva, kifejezett zsíros degeneratio tüneteit mutatja, a mennyiben az egyes izomrostokon a harántesikolat csak elvétve mutatkozik és helyén apró fénylő csoppek látszanak, a melyek aether hozzáadására oldódnak. *Diagnosis: Synechia totalis pericardii; annulus petrificatus super furcam transversam cordis e petrificatio pseudomembranorum pericardii ortus; degeneratio adiposa diffusa myocardii.*

Ezekből kiderül, hogy itt a szívnek a szívburokkal való teljes obliterációja dacára alig volt hypertrophia s így az az élőben a szív részéről semmiféle tünetet nem is adhatott. A beteg észlelhető egyetlen objectív tünet a bárzsiniban talált akadály volt s ez, hozzávéve a kórelőzményi adatokat, melyek kizárólag a nyelési nehézségekről és lesóványodásról szóoltak, és a nagyfokú progressív emaciatiót: teljesen egy oesophagealis neoplasma felvételére utalt. S hogy ezen álarcz alatt voltaképpen mi rejlett, arról még a betegség lefolyásának utolsó napjaiban fellépett hőemelkedések sem világosíthattak fel bennünket, mert ez intermittens lázakat szükségképpen és természetesen a supponált kór kifolyásaképpen a neoplasma szétesésének kellett betudni. De hogy e lázak voltaképpen mit jelentettek, azt is megmutatta a bonczélet. Nem egyéb volt ez, mint egy mediastinalis lobnak tünete, melynek következtetésre a meszkéreggel fennebb leirt módon körülvevő szívet a mediastinalis pleuralemezekkel és ezeket a tüdővel összenöve találtuk. Így a szívet körülölelő két vastag csontkemény meszlemeznek befelé néző sarkantyúja mint egy az összenövés által odarögzített pelotta nyomta az oesophagust, képezvén a nyelés útjában egy elhárítatlan akadályt, mely illetékesen a táplálkozás lehetetlen volta miatt inanitióhoz, a beteg pusztulásához vezetett. A pericarditis calculosával járható eme körülményt legjobb tudomásom szerint eddig még nem irták le az irodalomban, pedig „ut figura docet“, az oesophaguson kívül álló, dysphagiát okozó okok között, az aneurysma, pericarditis, exsudatumok és mediastinalis tumorok etc. mellett ez is helyet foglalhat.

A gyomorbetegségek túlságos sósavképződéssel járó alakjainak diaeto- és balneotherapiája.

Áldor Lajos dr. fűrdőorvostól (Karlsbad).

(Folytatás.)

Azon többnyire egybehangzó tapasztalatok, melyek szerint a pepsin és a sósav elválasztása között egy állandóan meglévő parallelismus van jelen, a hyperchlorhydriára vonatkozó-

lag is állanak. Kivétel nélkül azt tapasztaltam, hogy a magas összaciditás eseteiben a gyomornedv pepsintartalma is fokozott volt. A pepsin quantitativ meghatározása nagy gyakorlati jelentőséggel nem bír, de semmi esetre sem felesleges, s azon igen nagyszámú esetekben, melyekben a pepsin quantitative határozta meg, igen jónak bizonyult a *Hammerschlag* módszere, azon módosítással, melyet rajta *Straussal* együtt eszközöltünk.

Hogy hol van az ép *összaciditás* határa s hol kezdődik a *hyperchlorhydria*, arra nézve szabályt felállítani nem lehet. Ebben a tekintetben nemcsak az egyéni különbségek is számbaveendőek, hanem kétségkívül az egyes nemzetiségek életviszonyai, különböző táplálkozás módjai is annyira különféleképpen befolyásolják a gyomornedv elválasztását, hogy nincs semmi esodálkozni való azon, hogy a különböző nemzetiségű észlelőknél más és más értékek szerepelnek. Így míg *Berlinben* 60 TA már hyperchlorhydriát jelent, addig *New-Yorkban* *Einhorn* ugyanezt az értéket az *euchlorhydria* határának tekintti. A lengyelek között *Jaworski* szintén nemcsak nagy értékeket talál, hanem igen gyakori bántalomnak tartja; éppen így *Riegelnek* gyakran van alkalma észlelni *Giessen* környékén, holott *Fleischer* Bajorországban ritkábban előfordulónak tartja a bántalmat, s a berlini kórodákon éppen esemény számba megy egy hyperaciditások betegnek észlelése. Hogy úgy az előfordulás gyakoriságára, mint a TA értékének magasságára vonatkozólag milyenek a hazai viszonyok, arra vonatkozólag az én szerény tapasztalataim nyilatkozatot még nem engednek meg, de azt hiszem, hogy a mi táplálkozási viszonyaink, fajunk élénk temperamentuma kedvező talajt képeznek egyrészt a normalisan magasabb aciditásra, másrészt a hyperchlorhydria gyakoribb előfordulására.

Hyperchlorhydriáról csak akkor beszélhetünk, hogyha a vegyi vizsgálat eredménye a jelenlevő klinikai tünetek által is támogatva van, mert bár a 70 saviságon felüli gyomornedveket kórosnak nevezik, de azért hyperchlorhydriáról csak akkor van jogunk szólani, hogyha az annak megfelelő klinikus tünetek is jelen vannak. *Einhorn* igen kiterjedt tapasztalatok alapján állítja, hogy észlelt egyéneket 100, sőt még azonfelüli TA-al, a kik azonban a legjelentéktelenebb gyomorzavarokról sem panaszkodtak. Magának a bántalomnak az aetiologiája bármilyen sokat vitatott kérdése is a gyomorbetegségek pathológiájának, még mindig meglehetősen homályos.

Schüle három alakját különbözteti meg. Az első: secretionalis zavar, jellemezve van a szabadsav fölöslege által; a második: általában az emésztés zavara, normalis szabad sósav mellett fokozott TA, tehát a kötött sósav megszorodása; a harmadik alaknál: úgy a szabad, mint a kötött sósav értéke fokozódott. Egy ilyen felosztásnak nézetem szerint, legalább gyakorlati szempontból, jogosultsága nincs.

Sem diagnostikus, sem therapeutikus szempontok nem kívánják a TA-ás egyes componenseinek külön meghatározását. *Jaworski* szerint a gyomornedv túlsavisa feltételeztetik vagy a secretáló apparatusnak organikus elváltozásai által, vagy fermentatív folyamatok által.

Ezen felosztásban ő belefoglalja a *Reichmann* által külön kórkép gyanánt és gondolom egész jogosultan leirt gyomornedv-folyást (gastrostueorrhoea). A legtöbb észlelő a hyperchlorhydria tipikus alakját gyomor-neurosisnak fogja fel, mely vagy egy kizárólag a gyomorra szorító tünet vagy részjelensége a hysteria, a neurasthenia és a melancholia tünetesortjának. Ez utóbbi felfogást képviseli *Fleischer*, *Mathieu*, *Bouveret*, *Ewald*, *Boas*, *Stiller*, *Oser*. Ellenben *Jaworski* a neurastheniát nem ismeri el a hyperchlorhydria alapjának.

Ezen utóbbi álláspontot még élesebben körvonalazza *Riegel*. Szerinte más gyomor-bántalmaknak bár kísérője lehet a hyperchlorhydria, az esetek legnagyobb részében önálló bántalomnak kell tartani. Ugyanazzal a joggal — mondja ő — mint a milyennel mi az atoniát és az ectasiát egy sajátlagos tünetesortnak, egy önálló kórképnek tekintjük, foghatjuk fel a hyperaciditást és a hypersecretiót egy épen olyan sajátlagos functiózavarnak. Ő elismeri, hogy sok hyperchlor-

hydria alak valódi secretorikus neurosis, de nem tartja jogosultnak ezt általánosítani. És abban igaza van, hogy csupán azért, mert nem vagyunk képesek a bonczani alapját megtalálni egy bántalomnak, azt azért ideges jellegűnek tartani jogosultak nem vagyunk.

A kérdés még eldöntöttnek nem látszik, tény az, hogy a bántalom gyakori kísérője egyéb gyomorbetegségeknek, legkivált ulcusnak, gyakran részjelensége egy általános neurosisnak, és feltűnő — és ezt legyen szabad épen a *Riegel* felfogásával szemben állítanom — azon körülmény, hogy igen gyakran fordul elő ideges tünetekkel kísért chlorosis esetekben. Hosszan fennálló vese- és epekövekhez társul, kifejlődik egy epe- vagy vesekólika nyomában, melyek mint ismeretes, a hysteria alkalmi, a neurosisok oki mozzanatai között gyakran szerepelnek. Észleltem több esetben ideges hajlammal bíró egyéneknél, a kiknél ezen állapot egyik jellegzetes tünete, ismertetője, a *Stiller* által először észlelt *costa fluctuans decima* is jelen volt.

Még ellentétebbek t. urak az adatok az oktani mozzanatokat illetőleg. A sok adat dacára nyugodt lelkiismerettel csak azt mondhatjuk, hogy a bántalom oktana teljesen ismeretlen. És bizonyos az is, hogy tartassék bár a hyperchlorhydria egy teljesen önálló bántalomnak, mint a milyen pl. a gyomortágulás vagy egy lappangó ulcus egyedül nyilvánuló tünetnek, vagy pedig egy általános vagy localis neurosis megnyilatkozásának, az esetek legnagyobb számában maga a hyperchlorhydria az, mely mint tünet a kórképet dominálja. A tünet maga az, a mely kezelést igényel és ismereteink mai állása mellett az észszerű therapia csak tüneti lehet. Egybehangzó tapasztalat az, hogy mihelyt a magasan savi gyomornedv közönbösítve lesz, a beteg subjectiv tünetei enyhülnek vagy el is tűnnek, hogy a tünetek akkor a leghevesebbek, hogyha a gyomorba oly anyagok vitetnek be, melyek annak nyákhártyáját fokozott sósav elválasztásra ingerlik és az elválasztott sósavat megkötni nem képesek. Ellenben kevésbé intensívek a beteg subjectiv érzései, ha nagy mennyiségben választatik el ugyan a sósav, de nagyobb mennyiségben is köttetik meg. Ennek megfelelőleg a hyperchlorhydriának legállandóbb tünetei az emésztés idejében fellépő gyomornyomás érzés, diffúz gyomorfájdalmak, felbőfőzés, hányási inger, ritkábban hányás, szédülés, fejfájás. A tiszta, minden szövődménytől ment esetekben ezen tünetek a gyomorbennék természetes úton való eltávolításával eltűnnek, ellenben ritkábban jelenlevő és többnyire pylorus-görcs által feltételezett gyomorbennék-pangás eseteiben az ingesták a sósav elválasztására további ingert képeznek s az említett tünetek hosszabb ideig való fennállását eredményezik.

De előfordul az is, hogy élénkebbek a gyomormozgások és ilyen esetekben természetesen gyorsan ürül ki a gyomor; az erősen savi gyomornedv, mely a vékonybélbe jutott, a bélbeli emésztést akadályozni fogja, ezekben a ritkábban előforduló esetekben hasmenés tartkítja a kórképet. Mondom, ezek a ritkább esetek, állandóbb tünet ennél a székrekedés.

Ha még ezekhez hozzáteszem azt, hogy én minden hyperchlorhydria esetében a vizeletet feltűnően alkalikusnak találtam és ebben a többi észlelők is egyeznek, úgy nemesak vázoltam a bántalom legklassikusabb tüneteit, de kijelöltem azt az irányt is, a melyet a therapeutikus momentumok mérlegelésénél szem előtt tartani szükségesnek vélek. A hyperchlorhydria első sorban diietetikus kezelést igényel.

A hyperchlorhydria szövődményektől ment alakjánál, a hol tehát a gyomornedv sósav- és pepsin-tartalma egyaránt fokozódott, a fehérje-emésztés tökéletes, és a [fehérjének a kihasználása is kifogástalan. Így tehát a fehérjével való táplálkozás első sorban van javalva. A hús- és tejanyagoknak az adását említi a klinikusoknak legnagyobb része első sorban. Ezenkívül különösen a tej és tojás jönnek első sorban tekintetbe nagy savmegkötő képességük következtében. A hús- és tejanyagoknál tekintetbe jön azonban a forma is, melyben azok nyújtanak, de ebben a tekintetben — bár az általános el van ma ismerve, hogy a hyperchlorhydriásoknak a legalkalmasabb a fehérjedús táprend — mégsem egyöntetűek a

vélemények. Sokan a jól kifőtt és úgynevezett gyenge hús- és neműeket ajánlják, azon az alapon, hogy ezek a gyomor nyákhártyája számára jelentékeny ingert nem képviselnek; de mások nem kevesebb joggal a nyers vagy félig nyers húsok adását tartják észszerűbbnek, mert, bár igaz, hogy ez utóbbiak a gyomornyákhártya izgatása által élénkebb sósavproductiót hoznak létre, de jelentékeny savmegkötő képességükkel fogva az elválasztott sósav legnagyobb részét meg is kötik. Nincs semmi csodálkozni való tehát azon, hogy az észlelők egy jelentékeny csoportja, *Rosenstein*, *Riegel*, *Fleischer*, *Penzoldt*, *Boas*, *Pick*, *Strauss* hyperchlorhydriások részére legalkalmasabbnak tartja a főleg fehérjeanyagokból álló táplálkozást. Ezekkel szemben áll egy szintén nem jelentéktelen csoportja a klinikusoknak, élén *Jürgensennel*, a mely az étrendben domináló helyet kíván a szénhidrátoknak és az ú. n. *vegetabilis* diaeta mellett harezol. Így *Fleiner*, *Rummo*, *Mathieu*, *Bouvet*, *Jacks* és *Sohlern*, *Dujardin-Beaumetz*. A két tábor *Jürgensen* egymással szinte kemény harezba vitte és bár ő tiszteletet érdemlő vezére a küzdelemnek, de az az izgatottsággal határos lelkesültség, melylyel az ügyét védi, exact alappal nem bír.

Az ő kiindulási pontját — klinikai tapasztalatain kívül — ugyanis az képezi, hogy mi nem tudhatjuk azt, hogy a túlnyomólag fehérje-táplálkozás nem képezhet-e egy különös ingert a sósav elválasztó folyamatokra. Nos hát ez csak egy felvétel, lehet, hogy jogosult felvétel, de ma még minden kísérleti alapot nélkülöz. Ezzel ellentétben ismeretes dolog, ha máshonnan nem, hát akkor *Ewald* és *Boas* vizsgálataiból, hogy mihelyt a sósav elválasztása a gyomorba bevitt tápanyagokkal kiváltott inger következtében jelentékenyebb mértékben megindul: az erjesztő, a mely a keményítőt saccharificálni képes, főnkre megy és így a keményítő emésztése az erősen savi gyomornedv által megakadályozva lévén, a szénhidrátok emésztetlenül fognak a gyomorban időzni. Ezzel az experimentalis alapon nyugvó ténynyel összhangzásban van az a tapasztalat, hogy a próbareggeli után nyert gyomorbennékben a göreső alatt nagy számmal találunk keményítőrögeséket, hogy a jodreactióval a saccharificatiót kimutatni képesek nem vagyunk, hogy szénhidrátokkal való táplálkozás után a betegek panaszai fokozódnak.

Ezek a tapasztalatok bennünket is azok táborába soroznak, a kik hyperchlorhydriásokra nézve legalkalmasabb diietetikus tartják a fehérje-anyagokból álló étrendet, károsnak a szénhidrátokkal való táplálkozást.

Ezzel a kérdést azonban eldöntöttnek nem tartjuk, már csak azért sem, mert a kizárólagos fehérjével való táplálkozás egy többnyire hónapokon át fennálló bántalomnál a betegek asztalának kevés változatosságot kölcsönözhet, a náluk sokszor jelenlevő ideges tüneteket kedvezőtlenül befolyásolja.

Hogy a zsírokkal szemben ezek a betegek hogy viselkednek, arra nézve csak véleményeket találhatunk, véleményeket, melyek azon századokra nyúl előítéletek befolyását hordják magukon, melyek következtében a zsírok a gyomorbetegek asztaláról mindig száműzve voltak. Vizsgálatokat, melyek a kérdést pro vagy contra világítják meg, ilyen irányban nem találunk.

Rosenheim az egyedüli, a ki azon tapasztalatának ad kifejezést, hogy a hyperchlorhydriás betegek a zsírt jól tűrik el. *Fleischer* is azt mondja, hogy a tiszta zsírok épen úgy türetnék el ezen betegektől, mint egészséges egyénektől. *Noorden* szerint a hyperchlorhydriás betegek sokkal rosszabban tűrik el a zsírokat, mint az anacid-gyomorbetegek. Mindezek azonban csak nézetek. Mindezt pontos vizsgálatok tárgyát a kérdés nem képezte, hogy hyperchlorhydriás betegek a táplálékokban felvett zsír mennyiségének milyen mennyiségét használták ki, nagyobb mennyiségű zsírok fokozottabb zsírvesztéssel jártak-e, jelentékenyebb mérvű felvétele a zsírnemű anyagoknak miként befolyásolta a szervezet háztartásának egyéb tételeit, a fehérje-anyagok kihasználását, hogy a zsírral való bő táplálkozás miként befolyásolta az objectiv tüneteket. Ezekre a kérdésekre óhajtok vizsgálataink eredményének közlésével feleletet adni. (Folytatása következik.)

Közlemény Korányi Frigyes ny. r. egyetemi tanár I. belkóródájáról.

A hypertrophiás és atrophiás májlob viszonya egymáshoz.

Tauszsk Ferencz dr. első tanársegéd és egyetemi m. tanártól.

(Folytatás.)

A fent közölt eset egyet igazol minden kétséget kizárólag: a hepatitis hypertrophica klasszikusnak mondható példánya átment a *Laennec*-féle cirrhosis kifejezett esetébe. És ha az egész irodalomban ez volna az egyedül klinikailag észlelt eset, úgy mégis feljogosítana annak a kijelentésére, hogy a hypertrophiás májlob átmehet az atrophiásba és hogy azok elfogása, kik a separáló nézeteket a két végletben állítják, tarthatatlan.

És ha előbb azok felfogásával foglalkoztunk bővebben, kik az átmenetelt tagadják, úgy az igazságnak megfelelően, kivált ily döntő bizonyíték birtokában, foglalkoznunk kell azok nézetével is, kik egyik vagy másik tekintetben ennek lehetőségét már állították.

Charcot szövettani differentiókra fektetett megkülönböztetése sok ellenvetésre talált. Az atrophiás májlob szerinte multilobularis, a kötőszövet újonnan képződés az interacinusos területekre szorítkozik és főleg venosus, vagyis a vena portae ágait veszi körül; ezzel ellentétben a hypertrophiás lob monolobularis, a kötőszövet újonnan képződés intraacinusos és biliaris, mi mellett az egyes acinusok között újonnan képződött epeedények láthatók.

Birch-Hirschfeld volt az első egyike, ki ezen felfogás ellen állást foglalt. Követték ezen felfogással, főleg szövettani vizsgálatokra támaszkodva, *Litten* (1878 ban megjelent dolgozatában), *Küssner*, *Simmonds*, míg *Mangelsdorf* a hepatitis hypertrophicának különválását nemcsak szövettani és kórboneztani alapon, hanem a mi elég túlzás, még klinikai tüneti szempontból sem tartotta megengedhetőnek. A szövettani képen egyes buvárok főleg az újonnan képződött epeedényeknek tulajdonítottak döntő szerepet, míg *Hanot* későbbi dolgozatában ennek ily jelentőséget többé nem tud be, kivált miután azokat *Brieger* a legkülönbözőbb májbántalmaknál, melyek kötőszövet-túlképződéssel jártak, kimutatni képes volt. Hiszen ha a *Charcot*-féle felosztás a szövettani képet illetőleg a valóságnak mindig megfelelné, úgy — mondja *Rosenstein* — post mortem, néhány májmetszetből megmondható volna, melyik a két különálló májbetegedés közül van jelen. A valóságban pedig ez nem így van. *Orth* is a felosztás ellen foglal állást: „nevezük az egyiket venosus vagy portalis, vagy ha a kötőszövetképződés a májviszerekből is kiindul, bivenosus májcirrhosisnak, a másikat biliaris cirrhosisnak és hozzájuk fel annak indoklásául, hogy a kóroktan is különböző, mégis szem előtt tartandó, hogy a kórtani folyamatok teljesen azonosak, hogy az epeedények újonnan képződése épenséggel nem képezi a biliaris cirrhosis külön sajátosságát és hogy a kötőszövet kiterjedésében sem állítható oly különbség fel, hogy az egyiknél insularis és monolobularis, a másiknál annularis és multilobularis“. Francia szerzők azon szöveti képre, melynél a kötőszöveti túltengés az epecsatornácskákra átterjed az interlobularis porta ágakra, a *portobiliaris* elnevezést óhajtják alkalmazni.

És ha a szövettani kép ily átmosódó jelenségeket enged felismerni, úgy ugyanazt kell mondanunk a két bántalom kórtanáról, kórboneztanáról és klinikai lefolyásáról is. A szabály alól annyiféle kivételek lehetségesek, hogy az elkülönítés melletti állásfoglalásban némileg megingat.

Így nem akarok újból a kóroktani viszonyokra visszatérni, de saját tapasztalatból casuistikus esetekre hivatkozni alkalmam elég van, hol a hepatitis hypertrophica kóroktani mozzanatai között az alkoholnak szerep jut. Egyáltalán egy nehezen megoldható kérdés, hogy mikor és milyen körülmények között vagyunk azon helyzetben, hogy az alkohol kórokozó szerepét elfogadni vagy kizárni feljogosítva lehetünk?

Requin és *Gubber* bár ismerték a hepatitis hypertrophicát, azt mégis csak az atrophiás májlob előstadiumának tekintették.

Stadelmann különbséget egyáltalán nem hajlandó elfogadni a két bántalom között: kóroktanukat azonosoknak mondja és szerinte a különböző tünetek egyaránt előjöhetnek úgy a hypertrophiás, mint atrophiás loboknál, miután azok csakis ugyanazon kórfolyamat különböző időszakait jelzik. Ki sem jellemzi jobban a zavart viszonyokat, mint *Senator*, ki a májlobok egy új beosztását kísérlette meg, mely szerint megkülönböztet portalis szemcsés májatrophiát, melynek alesoportjai a portalis májcirrhosis hypertrophiával, portalis májcirrhosis icterussal; második főcsoport a biliaris májcirrhosis következményes sorvadással, melynek alesoportja a biliaris májcirrhosis lépnagyobbodással és végtére a harmadik főcsoport, a melyhez a hypertrophiás, sárgasággal kapcsolatos májlobot sorolja. Tehát ezen felosztásból kitűnik, hogy *Senator* is hajlandó a májnagyobbodás átmenetét májkisebbedésbe elfogadni, bár annyiféle eshetőségre felállított beosztását még valamennyi esetre kielégítőnek nem is tartja.

Korányi tanár legújabb, a máj betegségeit tárgyaló munkájában kétséget kizárólag elfogadja a májkisebbedést megelőző májnagyobbodással járó stadiumot. Szabadjon a megfelelő kitételek idénem: „A kezdeti tünetek felvonulásának egy másik alakja, leginkább olyan egyénekénél, a kik a rendszeressé vált nagyobb mérvű szeszfogyasztás közben még időnként nagyobbfokú kiesapongást is követnek el, az acut túdulási vérbőségnél azon képe, . . . melynek főjelenségei a májnak duzzadása, kisebb- vagy nagyobbfokú érzékenysége, emésztési zavarok, néha subictericus szín és egyes esetekben láz. Ilyen rohamoszerű rosszullet minden következmény nélkül elmulhatik, de előbb vagy utóbb tökéletlenné válik a felépülés, a máj kissé duzzadt marad s daganatát minden újabb roham gyarapítja, az étvágy nem tér vissza teljesen és így a beteg közérzete a rohamközötti időszakokon is zavart marad és miután ezen állapotok hónapokig, de néha évekig elhúzódtak, a gyomorhurut és májdaganat állandóvá válik Ha alkalmunk van ezen, már kifejezett praescitikus időszakban megvizsgálni a beteget, akkor azt találjuk, hogy a májtompulat felső határa többnyire magasabban áll egy fél, vagy egy egész bordaközszel, az alsó széle néha a köldök magasságában, néha kivételesen még mélyebben tapintható, tömött, vastag, élesen kiemelkedik, a bevágányok erősen kifejezettek, a kitapintható májfelület kemény, sima. Ezen fokra jutva, a betegség képe lassankint kezd átalakulni s a hasürben kezdődő savó kiválasztással beáll a betegségnek második, ascitikus időszaka. Ezt jellemzi a savógyülem lassankinti növekedése mellett a máj térfogatának megkisebbedése, a mely legelőbb a mirigynek bal lebenyén jut kifejezésre azáltal, hogy a májtompulat baloldali határa mindinkább visszamegy a középvonal felé s lassankint oda törpül, hogy a kardnyujtvány és a jobboldali bordaív közt is alig mutatható ki; ha a máj alsó szélét kitapintani lehet, az tömöttnak, vékonynak, élesen mutatkozik s ha az ujjakkal aláhatolunk, néha rugalmasan kemény kaesuk lemezként felhajlítható az, sőt vékony hasfalakon át és kimivelt tapintás mellett néha nagyobb göbéseket vagy göbescsoportokat érezni a máj felületén vagy szélén. A máj terimének zsugorodása rendszerint lassan, hónapok alatt, néha mégis gyorsabban megyen végbe és fokozott alsó széle is mindinkább közeledik a bordaívhez. A zsugorodás előhaladása közben egyre növekedik a hasvízkór és ennek megfelelőleg növekszik a hasnak feszülése, feltolatik a máj s ha végre a savógyülem által feltételezett kopogtatási tompulat a bordaívhez közeledik, akkor a májat nemcsak kitapintani nem lehet többé, hanem a tompulatot sem lehet elkülöníteni a savógyülemről, ha csak a betegnek baloldali fekvésében a savó át nem helyezkedik s a máj alsó szélét ismét légtartalmú bélrészetek nem környezik.“

Szándékkal idézem szószerint *Korányi* tanár ezen leírását, mert kétséget kizárólag igazolják a máj átalakulásának lehetőségét és ezen átalakulás módozatairól felette értékes adatokat foglalnak magukban, minőket csak hosszú, évtizedekre terjedő megfigyelés képes szolgáltatni.

(Folytatása következik.)

Fürdőgyógyászati tapasztalatok.

Orvosi jelentés a szt. Lukács-fürdő 1897. évi betegforgalma felől.

Közli *Bosányi Béla* dr., a gyógyfürdő főorvosa.

(Folytatás.)

Az egyes idegszabákra nézve a következőkben számolunk be: *Ischias*. Minél több ilyenü betegség van alkalmunk látni, annál inkább meggyőződhetünk ama újabb felfogás helyességéről, hogy az ischias tulajdonképp egy gyűjtőnév gyanánt szerepel, melylyel az alsó végtagon számos változatban fellépő és korántsem csupán az idegre szorított, de a fájdalommal közös jellegével bíró bántalmakat jelezni szokták. Noha az orvosi terminológia szempontjából ezt helyeselni nem lehet, el kell fogadnunk szükség szempontjából, nem lévén lehetséges az alsó végtagon előforduló, sem helyi tüneteket, sem jellegzetes működési zavarokat nem okozó kóros jelenségeket közelebbről meghatározni. Nyilvánképp elég gyakran „ischias” név alatt jut thermalis kúra alá olyan bántalom, mely korántsem vonatkozik az idegre. Gyakorlatilag véve a dolgot, aggályok nem merülnek fel szükségképpen, mivel egyrészt a melegvízi kezelést kizáró központi idegbetegségek közé ezek nem tartoznak, másrészt az ischiassal könnyen felcserélhető izom, in, csontthártya stb. bajok ellenjavallatot nem képeznek és a lévízi kezelés háladatos tárgyait képezik.

Ischias-betegeink 66%-a férfi volt, 34% nő. A betegség többször volt (56%) baloldalon, kétoldali ischias ez évben kétszer fordult elő. Eseteink a könnyebbektől egész a legsúlyosabbakig változtak. Scoliosis hétszer volt jelen, a végtag atrophijája nyolcszor, három esetben láttunk izomrángásokat, mindháromszor az alsó végtag izomzatában.

A kezelés tartama 14 naptól 6 hétig terjedt, átlag 24 nap volt. A fürdőben gyógyult tökéletesen 72 százalék, jelentékenyen javult 12 százalék, javult 6 százalék, időnként elötte, vagy mint gyógyíthatatlan távozott 10 százalék.

Legsúlyosabbaknak bizonyultak az izomatrophiaival járó esetek. Hosszabb kezelést igényelnek, de jó prognosist nyújtanak a scoliosissal kapcsolatosak.

Érdekesebb idetartozó esetek:

P. 54 éves, nógrádi földbirtokos, ki január 15-dikén jött intézetünkbe. Már hosszabb idő óta járás után a jobb alsó végtagon némi fájdalommal kezdett. A fájdalom eleinte inkább a felszár közepére szorított és nyugvás alatt teljesen eltűnt. Négy héttel ezelőtt egy séta után a jobb alsó végtag mentén fellépett rendkívüli heves fájdalom az ágyba döntötték. Azóta folytonosan szenved, éjjel álmatlan, rövid enyhülést morphiumpinjekciók nyújtanak. Járni nem képes.

St. pr.: Erőteljes férfi, családi bajok nincsenek, mindig egészséges volt, mellkas és has szervei, központi idegrendszer teljesen rendesek, vizeletben idegen alkatrészek nincsenek és nem is voltak.

A jobb alsó végtag mozgásai felette fájdalmasak, de nem korlátozottak. Patella-reflex jelen van, nem fokozott, atrophia nincs, bőridegek érzése változatlan. Az ischiadikus jellemző nyompontjai mindenütt felette érzékenyek, már csekély nyomásra nagyon fájdalmasak. Beteg görnyedt háttal alig tud egy-két lépést tenni. Rendelés: 32° iszapfürdő, izzasztó pakolás, faradikus áram. Belsőleg: morph. c. phenacet. Beteg hordszéken viszik fürdőbe. Már az első fürdő után az éjjel teljesen nyugodt volt. Napközben kis sétát tesz, a hát egyenesedik. Harmadnapra gyalog megy fürdőbe, a belső szer használata elhagyatik.

Egy hét után némi zsibbadás áll fenn. A feltűnő gyors javulás ezen esetben a fürdők használatának kezdetével összehesik; ilyen meglepő, habár nem ily rövid idő alatti gyógyulás, nem tartozik a ritkaságok közé.

A gonorrhoeához szövődött ischias esetek közé tartozik a következő: M. P. 35 éves hivatalnok, M.-ről, augusztus havában gonorrhoea urethrae-vel betegedett meg. Négy héttel utóbb, mely időig zinc. sulf. injekciókat használt, a jobb alsó végtagban fájdalmak merültek fel, melyek úgy a járásnál mint fekvésnél nagy mértékben kínozták. A szeptember 27-dikén tartott vizsgálat alkalmával tipikus ischiast találtam. Nyompontok megvoltak, reflex rendes. A gonorrhoea még fennállt.

A kezelést mindkét bántalom ellen irányoztam és három hét múlva teljes gyógyulás állott be.

Míg a gonorrhoeás ízületi megbetegedések nagyon konok természetűek, felettebb hosszadalmas lefolyásúak és gyakran a megtámadott ízület maradandó károsításával végződnek, a hasontermészetű ischiasok, úgy mint az épen leirt eset, inkább jó indulatúak, aránylag gyorsan gyógyulnak.

Karideg-zsibbák. Idetartozó eseteink többször fordultak elő nőknél mint férfiaknál. Specialis kórokat nem találtunk, kivéve

egy esetet, hol a zsába influenza után lépett fel. A két oldalon egyforma számban lépett fel a baj.

Több ízben nem csupán a karidegben volt jelen, hanem a tarkó, hátsó fej és a borda közötti idegek hason affectiójával volt egybekötve.

A kezelésre nézve hasonló szempontok voltak mérvadók, mint az ischiasnál. Gyógyulási eredmény: 72% gyógyulás és jelentékeny javulás, 15% javulás, 13% változatlan.

A következő eset csakis *gyógykezelési szempontból* érdemel említést:

K. A. kisasszony N. K.-ról hüllés következtében már egy év óta szenved a jobb brachialis heves zsibbadásban. A karban fájdalmakon kívül folyton kellemetlen zsibbadás. Három héttel folytatott iszapfürdők, massage és villamosság, nem tudták ezen épen nem complicált esetet javítani. Ekkor a *vibrálás*hoz fordultunk. Öt ülés után a bántalom teljesen megszűnt és mint rövid idővel ezelőtt értesültem, a gyógyulás 8 hó óta állandó.

A többi kevésbé gyakori és aránylag kisebb jelentőségű ideg-zsibbák, úgy alakjukra, mint befolyásuk és gyógyulási arányukra nézve teljesen a fent részletezettekhez hasonlíthatnak.

A *neuritikus* folyamatok noha számra nézve nem nagyok, (az összes peripher idegbántalmak 6%-át teszik) sokalakú és változatos képpen léptek fel.

Igy két esetben a lefolyt polyneuritis következményeit féloldali hűdés képében láttuk. Mindkét betegnél gyenge féloldali paresis állott még fenn, midőn kezelés ezelőből hozzánk jötték.

Egy további betegnél, H.-né Tatáról, a neuritis mindkét alsó végtagon ismeretlen okból lépett fel és midőn a fürdőt felkereste, paraplegiás volt. Mindkét atrophias alsó végtagon anaesthesiás foltok, reflexhiány. Központi bántalom ki volt zárható. Erős faradikus áram hatás-talan. A bántalom lefolyása elég kedvező volt, a beteg javulva távozott.

Egy másik betegnél, St. N.-Beeskerekéről, furunculosis után heves karfájdalmak léptek fel, később mindkét felső végtag paritikus és par-aesthesiás lett.

A hűdés legerősebben az alkarok izomzatán volt kifejezve, kevésbé a felkaron és csak kis mértékben a vállon. Négy heti fürdő és massage teljes gyógyulást hozott.

Egyes idegek hűdése, előrement neuritis után, szintén több ízben volt észlelve. Igy W. úrnál Tatáról a jobb kar erős rándulása után fél évvel utóbb a váll izmai atrophiasak és paritikusak voltak.

A beteg csak egyszer mutatkozott és további sorsa nem ismeretes. L., 20 éves ács Szobiról; 1896. november havában egy hajókötél a bal tempor táján erősen megütötte. Ágyba került, nagy fájdalmak voltak a különben el nem változott végtagban és midőn pár héttel utóbb ki akart szállni az ágyból, nem volt képes sérült tagjának használatára.

Vizsgálat eredménye: Erőteljes ifjú, rendes szervezet, alkati vagy központi idegbántalom, csont- és ízületi sérülés kizárható. Passive minden mozgás könnyen eszközölhető. A bal alszár különösen alsó két harmadán tökéletes anaesthesia (nerv. cut. surae ext.), továbbá a láb hajlítása és a lábujj emelése (musc. tib. antic.) lehetetlen. Gyengültek továbbá a nyújtó-izmok is (extens. digit. commun. és peronaeus). Faradikus áramra nagyon gyenge összehúzódás.

A gyógyulás lassan haladt és a beteg, anyagi viszonyai hosszas fürdőbeni tartózkodást lehetetlenné tévén, 14 nap múlva némileg javulva távozott.

Biztosan meg nem határozható okokból támadt a hűdés a következő esetben:

T. J., 28 éves, földmives Kondorosról; a beteg csak annyit tud bajáról, hogy az év eleje óta emésztési zavarokban szenvedett. Lassankint az alkar és kéz izmai teljesen elgyengültek, nem volt képes tárgyakat megfogni.

Állapota az érkezésnél (április 26): A kevésbé jól táplált, halvány férfi szervei rendesek, alkati, luetikus és központi idegbántalom nincs jelen, ólommérgezésre nincsen támpont, a gyomor működése rendes. A fel- és alkarok izomzata sorvadott, a kéz és ujjak behajlítvá. Beteg önkényesen nem képes kezét és ujjait feszíteni, tárgyakat erősen megfogni. A hűdött részek érzése változatlan.

Elfajulási reactio nincs. Noha ólommérgezés nem lehetett bizonyítani, a tünetekből erre kellett következtetnünk, a miért is a beteget erőlyesen izzasztó kénes iszapfürdőbe küldtük. Egy havi fürdőzés és villamosítás után a paresis csaknem megszűnt.

Csak röviden akarom még a *neuritis gonorrhoeica* egy esetét említeni:

Sch., 26 éves kereskedőnél gonorrhoeikus fertőzés után 3 héttel lépett fel a bántalom a jobb plexus cervicalisban és mindkét oldalon a bordaközötti idegekben (egész a VI. bordaközéig). Állandó heves fájdalmak, nyomérzékenység a jelzett részeken. A heveny tünetekre való tekintetből csak langyos fürdőket és belső szereket, kúrát és phenacetint használtunk. A beteg három heti tartózkodás után javultan távozott.

(Folytatása következik.)

Pellagra-esetek Kis-Küküllő megyében.

Közli: lokodi *Sándor Balázs* dr. ezredorvos, a cs. és kir. katonai csapat-kórház igazgatója Medgyesen.

Érdeklődéssel olvastam azon pellagra-eseteket, melyek e lapok f. évi 22. és 23. számaiban a mult heteken tárgyalva valának. Már ezt megelőzőleg volt a szomszéd községből egy feljárt betegem, ki, a mennyire emlékezem, hasonló kórképpel jelent meg nálam, mint a leírás szerint az említett pellagrások. Elolvassva az említett közleményeket, azonnal keresésére indultam többé nem jelentkező betegnek, de miután házszámát nem tudtam, fáradságom eredménytelen maradt. Megvallom, akkor ezen esetben „napégetés” diagnoszt adtam, miután betegsége okául maga a beteg is ezt hozta fel.

Hat nappal ezelőtt két újabb beteg keresett segílyt nálam hasonló tünetekkel.

Ez eseteknek rövid leírását a következőkben közlöm, azon reményben lévén, hogy kartársaim azt szívesen veszik és hogy az szintén adatul szolgál a pellagra elterjedésének ismeretében.

1. *P. Nastasia*, darlaci földmives 34 éves nejeél mind a két kézháton és lábháton a bőr állítólag ezelőtt 14 nappal „napsütés” következtében szentes vörösbarna, duzzadt és fájdalmas lett; a fájdalmas helyeket a nő farkas-almafa levéllel szorgalmasan borogatta ugyan, de azok nem gyógyultak, sőt egyre terjedtek, sőt a fájdalmasságuk is fokozódott, s ezzel együtt egész testében elgyengültnek érezte magát.

Status praesens. Gyengébb fejlődésű, rosszul táplált, nagyon vészegény asszony. A kéz tenyéri és háti oldalán, a kéztőn, alkaron, a lábtalpon, lábháton, alszárak középső harmadáig terjedőleg a bőr szentes vörösbarnásán színezett, duzzadt, 1—4 cm. hosszú repedéseket (rhagades) mutat; fájdalmas, megvastagodott, néhol nagyon feszült, a kézháton és lábháton 1—6 cm. hosszú és 1—4 cm. széles darabokban hámlik, mely foszlányok világos kávé és szentes, szürkés barnás színűek, pergamen-szerűek, beszáradtak.

A hámlott helyeken az élénk vörös érzékeny irha szabadon fekszik; száraz, nem viskét, hólyagok nincsenek. Ezen kórfolyamat a jobb lábón a térdizület proximalis határáig terjed. Beteg végtagjait félig behajtván tartja, jajgat, active a fájdalmait s a bőr duzzadt-kemény volta miatt nem mozgathatja, passive jól mozgathatók. Patellar reflex fokozott. Az ajkak látható nyákhártyája a súlyos hasi hagymázban szenvedő annak tetőpontján lévő betegek ajkaira emlékeztet, azon eltéréssel, hogy a rhagadeseket pörkök nem fedik, sőt a nyákhártya darabokban foszladozva pergamen-szerűleg kiszáradva hámlik le.

Az orron előjelei mutatkoznak a végtagokon nagyfokban mutatózó kóralaknak. Száj nyákhártyája, nyelv duzzadt, vörös, fájdalmas, középfokú salivatio. Nyelés fájdalmas, facialis reflex mindkétoldalt fokozott.

Beteg állítólag rosszul és keveset alszik, túlérzékeny, nála psychikus zavarokat nem constatálhattam. Kisebfbokú lázai vannak, étvágya rossz, naponta többször van híg széklete. Vizeletében fehérje-nyomok. Véré vörös vérsajt tartalmát nem határozhattam meg, mert jóllehet a hadügyi költségvetés 30 millió többletet mutat az előző évvel szemben, mégis kórházaink nagyobb része ázsiai módon van újabb orvosi eszközök tekintetében felszerelve.

2. *K. Demeter*, 13 éves fiú Kis-Kapusról, szegény oláh földmives gyermeke. Tíz napja beteg, nem tudja mi okból keletkeztek lábán és tarkóján bőrbántalmak.

Status praesens: Nagyon lesoványodott, gyenge esontrendszerrel bíró, igen nagy fokban anaemikus fiú, tarkóján a bőr tenyéri területen szentes vörösbarnásán elszínezedett, megvastagodott, beivódott, érdes, fájdalmas. Hasonlóan van elváltozva mindkét láb talpán, hátán, egyezőval a lábujjaktól a bal lábón az alszár középső, a jobb lábón a czomb distalis, illetve a térdizület proximalis határáig. A lábátakon és tarkón a bőrön mély repedések látszanak, a bőr 1—7 cm²-nyi darabokban pergamen-szerűleg beszáradván hámlik. E helyeken az élénk vörös irha látható. A bőr a leírt helyeken nem viskét, rajta hólyagok nincsenek. A leírt folyamat az ép bőrrésztől eléggé élesen határolt.

Étvágya nincs, has puffadt, keményebb légpárnatapintatú, széklete állandóan híg, naponta 3—4-szer. Reflexek mint előbbi esetemnél. Járni nem és állni is csak a bal lábón tud. Végtagjai active nem, passive jól mozgathatók. Vizeletben fehérje nem mutatható ki. Psychikus zavarok ez ideig nem mutatkoztak, beteg nagyon elesett, prognosis rossz. Mindkét betegnél erős táplálást, roborans szereket s ut habeat aliquid Ol. limit rendeltem; tervem antiphlogistikus eljárást is alkalmazni.

Ezen esetek — mint látható — a Purjesz és Marschalkó tanárok által leírt esetekkel teljesen azonosak. Ezen eseteket sem lehet összetéveszteni, úgy mint azokat, az erythemával, azoknak nagyobb területre, sőt egy testrésztre terjedő, nagyfokban való beszűremkedő, a nap által nem süttött helyeken is fellépő tulajdonságaik miatt. Még kevésbé lehet összetéveszteni erysipelással, mert fellépési helyükön folytonossági hiány nem volt, továbbá mert élesen határoltak. Miután viskétnek, eczemára se emlékeztettek.

Ezen kóralakok aetiologiájáról semmit sem írhatok, igaz, hogy ők rossz, földszintes lakásban élő és csak kukoriczával táplálkozó egyének, de pálinkával, a mit ma már a köznépek legtöbbször egészségileg ártalmas összetételben szoktak elárúsítani, nem éltek; kukoriczájuk, a mihez a szegény erdélyi földmives igen jól ért, mindig jól van conserválva s lisztjük is egészséges.

Ezeket óhajtottam egyelőre közzétenni a felmerült pellagra-kérdésre vonatkozólag. A kórfolyást és esetleg újabb jelentkező eseteket mindenesetre továbbra is éber figyelemmel fogom kísérni. Medgyes, 1898. június 7-dikén.

T Á R C Z A.

Madridi emlékek a IX. hygienikus és demografiai congressusról.

(1898. április 10—17.)

Közvetlenül az előre nem sejtett, s az amerikaiak által ki-erőszakolt háború kitörése előtt voltak kénytelenek a spanyolok a már régebben ezen időre kitűzött hygienikus és demografiai congressust Madridban megtartani.

S habár a megnyitásra egyes dolgok elrendezésében némileg meg is késtek, s a rendezésben itt-ott érezhető hiányok is mutatkoztak, a congressus mégsem volt eredmény és tanulság nélkül valónak mondható sem tudományos, sem általános művelődési szempontból.

Egy congressus, a melyen egy Brouardel vesz részt, s a Pasteur-intézet szerepel; melyen Köhler képviseli a „Gesundheitsamt”-ot, s az egyes német államok egyetemei s tudományos intézetei kiváló kiküldöttekkel vesznek részt; melyen Löfflerrel, Behringgel, Ausztriából Gruberrrel, Juraschekkel találkozunk, s melyen az európai s az Európán kívüli minden csak félig is civilizáltak mondható nemzet és állam kiváló kiküldöttekkel képviselteti magát, mindenesetre számottevő lapját fogja betölteni a tudományos haladás történetének.

Mindenesetre elég sajnálatos, hogy Magyarország hygienikusai ezen congressuson csak csekély számban jelentek meg s mint előadók egyáltalán nem is szerepeltek.

Minden egyes nemzet tagjai egy elnököt választottak maguk közül, a ki azután a congressus vezetőségével közvetlenül érintkezett. Mi, a congressus magyar tagjai, egyhangúlag Chyzer Kornél min. tanácsost választottuk meg elnökünknek, s belé helyezett várakozásunk- és bizalmunkban nem is csalódtunk. Oly lelkes odaadással felelt meg ezen nem csekély fáradozással járó tisztjének, hogy mindnyájunkat, egyenkint és összesen nagy hálaóra kötelezett.

Neki köszönhetjük, hogy a congressuson Magyarország, mint teljesen különálló állam szerepelt, mindenkor s mindenütt a francia nyelvet használva Ausztriával szemben markáns elkülönítő jelül.

Neki köszönhetjük, hogy kiváló nagykövetünknek, Dubsky grófnál tett látogatás után a regenskirályné bennünket magyarokat külön fogadott. Ez a fogadtatás az udvarnál mindnyájunkat felejthetetlen és mély benyomást hagyó kedves emlékekkel gazdagított. Sajnálom, hogy nem tartozik e lap keretébe ezen fogadtatás minden egyes szavát és momentumát reprodukálni. Fényes tanúbizonysága lehetne ezen félórai beszélgetés annak, hogy Spanyolország élén mily fenkölt gondolkodású, nagy műveltségű és nemeslelkű uralkodónó áll.

Elnökünk eszközölte ki azt is, mindnyájunk érdekeit egyaránt állandóan szívén hordva, hogy a belügyminister ebédjén a magyar congressisták túlnyomó része vehessen részt. Az ebéd a Teatro Real színpadján s részben benyúlva a nézőterre is folyt le; az előkelő spanyol társaság pedig páholyokból nézte, nemzeti zene hangjai mellett az asztalnál nyüzsgő életet, miközben a spanyol nemzeti színben sárga és vörös fény árasztotta el a társaságot. Itt is a már-már kitörendő háborút megelőző élénk hazafias tün-
tetések jutottak kifejezésre.

Elnökünk eszközölte ki azt is, hogy nagykövetünknel ebédre voltunk hivatalosak, melynél a legimponálóbb szívességű fogadtatásban volt részünk. Chyzernek köszönhetjük, hogy a „La Niña Boba“ előadásán, melyre a legtöbb congressista csak az előadás utáni napon kapta meg a jegyét, Lope de Vega mesteri vigjátékában spanyol színpadon, a legminuciosusabb történeti hűséggel, a Prado-museumban látható Velasquez-képek után készült costume-ökben gyönyörködhattunk. Elnökünknek köszönhetjük végre, hogy egyéb fogadtatásoknál is részt vehettünk, a látni s hallani valókból hiányt nem szenvedtünk, s ezáltal az ottani orvosi és kulturális viszonyokba betekintést nyerhettünk.

A congressus megnyitását megelőzőleg nagyszombat estjén a Teatro Realban, filharmonikus zenekar hangversenyén találkoztunk először. Ez egy ismerkedési estélynek felelt meg, melyen a kizárólag spanyolul beszélő belügyminister néhány szóval üdvözölte a congressus tagjait. A mellékteremben pedig gazdag buffét volt elhelyezve, mely szinte igen élénk látogatottságnak örvendett.

Maga az ünnepélyes megnyitó ülés másnap, husvét vasárnapján tartatott a „Palaco de la Biblioteca y Museos Nacionales“-nek másutt alig látható remek szőnyegekkel ékesített dísztermében. Itt ismét a belügyminister üdvözölte spanyolul a congressust s azt megnyitották nyilvánította, mire az egyes államok képviselői tartották megnyitó beszédeiket. Ezután következett volna a kiállítás megnyitása a királyné által, ki azonban ép ezen napon súlyos gondokkal terhelt feladatának volt kénytelen megfelelni a kitörendő háborút illetőleg, mint azt utóbb a fennebb említett fogadtatásnál maga mondta nekünk.

A congressus tagjainak nagy része elsielt az ülésről, hogy részt vehessen az évad első nagy megnyitó bikaviadalán.

A congressus üléseit a Biblioteca y Museos Nacionales palotájának termeiben tartotta és pedig az I. és II. sectio (bakteriologia és a fertőző betegségek prophylaxisa) a földszinti termekben; a többi 8 szakosztály pedig az egymásba nyíló emeleti termekben ülésezett. Ezekben a termekben a modern képek rendkívül érdekes gyűjteménye látható, a mi természetesen nem vált a csendes munkálkodás előnyére. Nemesak hogy az egyes sectiók üléstermei tárt ajtókkal nyíltak egymásba, hanem még a terem egy részét elfoglaló s ülésező hygienikusok körül nagyszámú, a képtár remekműveiben gyönyörködő, fel- s alájáró érdeklődők is folyton zavarták a nyugalmat és csendet.

Az előadások túlnyomó részét, sajnos, spanyol orvosok, spanyol nyelven tartották, spanyolul pedig vajmi kevés látogatója tudott a congressusnak; a spanyolok közt viszont alig akadt egynehány, a ki más európai nyelven, ha azt értette is talán, beszélt volna. Tudom, hogy az egyik sectióban csak harmadik napon került a sor nem spanyol előadóra, s akkor is csak azért, mert az illető előadó, egy kiváló német tudós, kijelentette, hogy ha rájuk nem kerül a sor, kénytelenek lesznek a congressust elhagyni.

(Folytatása következik.)

Az orvostanhallgatók számának csökkenése és annak okai.

(Vége.)

III. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül azon okok között, melyek az orvostanhallgatóknak folytonos számbeli apadását okozhatják, azon körülményt, hogy az utolsó időben a *tanulás is sokszorta nehezebbé vált*, mint volt régebben.

Nemesak az orvosi tudománynak az utolsó időben annyira gyors fejlődése teszi ezt, mely a tanulót egészen igénybe veszi, mely szükségessé tette azt, hogy a tanuló a legtöbb szakmával gyakorlatilag is kénytelen foglalkozni, a klinikumokon laboratoriumi foglalkozást üzni s nem egyszer egész napokat a kórodákon eltölteni; nemesak *többet* kell tanulniok ma az orvostanhallgatóknak, nemesak *nehezebb* az orvosi tudományokban kellő jártasságot szerezni mai nap, hanem és főleg az által van majdnem elviselhetetlenné fokozva a tanulás nehézsége, hogy mai *szigorlati rendszerünk célszerűtlensége* olyan helyzetet teremt a tanulóknak, melyben sikeresen alig végezhetik tanulmányaikat.

Nem lehet ezélünk, de nem is szándékunk részletezni mai szigorlati rendszerünknek hibáit, melyek javítását, a szigorlati rendszernek pótlását jobb, ezélszerűbb másikkal, már 5 év előtt megsürgette az orvosi kar tanári testülete. Csak reá akarunk mutatni arra, hogy mai szigorlati rendszerünk mellett a tanuló soha sem foglalkozhatik azon tantárgygyal, melyet épen az előadásokon hallgat, hanem egész tanfolyamata alatt más tárgyat tanul, mert szigorlatra kell készülnie, és más tárgyat hallgat s így kétszeresen nehezzé válik minden tárgy elsajátítása, mert mire ezen tárgyból tesz szigorlatot, ismét más tárgyat hallgat.

Felettebb nehezíti azonban a vizsgálatokat az, hogy az orvosdoktori oklevél elnyerése után, ha az életben jobban javadalmazott állásokat (minők a tisztii orvosi állás, községi orvos stb.) kíván elnyerni, még újabb minősítvényi vizsgálatokat is kénytelen az orvostanhallgató kiállani az *iskolaorvosi vizsgálat*, a *tisztii orvosi* és a *törvényszéki orvosi képesítő vizsgák* alakjában, melyek, bár azok jogosultsága iránt kétség nem lehet, mai alakjukban nemesak hogy messze túl lönek a czélon, de felettebb terhesek a tanulóra. Csak rámutatunk azon visszásságra, hogy azon tanuló, ki a közegészségtanból — tehát a tisztii orvos legfontosabb szaktárgyából — az orvosdoktori oklevél elnyerése céljából már az egyetemen egyszer tett vizsgálatot, a tisztii orvosi vizsgán újra és pedig még háromszor (írásban, gyakorlatilag és szóbelileg) tesz vizsgálatot. Az egyetemen kiállott törvényszéki orvosi szigorlat után még háromszor (szóval, gyakorlatilag és írásban) kénytelen vizsgálatot tenni a törvényszéki orvosi vizsgálaton, melyen még a szülészet, sebészet, kórbonecztanból is újra kell vizsgálatot kiállania. Hogy ezen vizsgálatokat az is nehezíti, hogy a képesítő vizsgálatokon a tanulóra nézve egészen idegen vizsgálók szerepelnek, az a dolog természetében fekszik. Mindezekhez számíthatjuk ezen képesítő vizsgálatoknak költségeit is, melyek a díjakon kívül az egyetem székhelyen eltöltendő több heti tartozkodás, előkészítő cursusok stb. költségeiből állanak.

És ennyi vizsgálat, ennyi idő és pénzáldozat után az orvos a kezdet nehézségei előtt áll s kénytelen mindama bajjal megküzdeni, melyeket az orvosok megélhetésére nézve vázoltunk. Minden qualificatio birtokában kénytelen megérni, hogy a törvény világos intézkedése ellen olyanokat alkalmaznak a hivatalos állásokra, kik ezen minősítvénynyel nem bírnak s alkalmaz maga a kormány, mely ezen minősítvényi vizsgákra szorítja orvosainkat!

Ezzel rámutattunk azon intézkedésekre is, melyekkel nemesak orvosi rendünket, hanem az ország legfontosabb ügyeinek egyikét, az egészségügyet érintő ezen hanyatláson segíthetni vélünk.

I. Kivánatosnak, de sőt ma már elodázhatatlan szükségeseknek tartjuk, hogy a körorvosi hivatalos állások *államosítottassanak* vagy legalább *állami* segélyezéssel egy bizonyos tisztességes minimalis fizetéssel láttassanak el. Nagy áldozattal járna ez az ország részéről, tudjuk, de nemzetünk java követeli ezen kiadást, mely bizonyára sokkal jövedelmezőbb, és egészséges, életképes nemzedék biztosítása általbizonyára époly okadatolt volna, mint azon folytonosan növekvő milliók, miket fegyveres békénk évente elnyel.

Ezenkívül az orvosi ténykedések díjának megállapítása szabályozandó és méltóvá teendő azon orvoshoz, ki 18—20 évet töltött el tanulmányaival, kitől az állam annyi ingyen munkát követel, kit annyi felelősség terhel működésében, ki minden idejét a közönségnek szenteli, nem egyszer a maga és családja egészségének kockáztatásával.

II. Az orvostanhallgatók helyzetén kell segíteni az által, hogy:

a) a mostani tandíjrendszer megváltoztatandó s a régi leczkepenzrendszer állítandó helyre, hol a tanuló anyagi viszonyaihoz mérten az órák száma szerint többet vagy kevesebbet költhetett egyetemi tanulmányaira;

b) megkönnyítendő a tandíjmentesség az által, hogy a tanári kar belátása szerint engedhesse el azt, úgy mint régebben, meg szabott határ nélkül;

c) a tanév mostani beosztása volna megváltoztatandó oly értelemben, hogy a tanulási idő jobban kihasználtsék s a tanulás és tanításra legalkalmasabb téli hónapok alatt kevesebb vacatio tartassék. A tanév régiebb beosztása, mely a műegyetemen most is érvényes, már egy hónapi nyereség volna a tanítás számára (I. félév szeptember 1-jétől december 31-dikéig; II. félév január

6-dikától június 30-dikáig). Legészszerűbbnek mutatkoznak azonban a tanév kezdetét a katonai szolgálat kezdetével egybehangzóan október 1-jére áttenni. (I. félév október 1-jétől márczius 31-dikéig; II. félév április 1-jétől július 31-dikéig).

d) kívánatos volna a katonai szolgálatnak olyan rendezése, mely az orvostanhallgatók részéről kevesebb időáldozatot követelne.

III. A szigorlati rendszer volna megváltoztatandó, de ezzel együtt reformálandó a tisztí orvosi és a törvényszéki orvosi képesítő vizsgálat is oly módon, hogy az új szigorlati rendszerrel összhangzásba hozassanak s így a tanulók felesleges megterheléstől meneküljenek. Óhajtható volna, hogy ezen képesítő vizsgák az illető szakmák egyetemi képviselői által tartatnának.

Ezen intézkedések, jól tudjuk, még magukban nem tennék az orvosi rendnek s az orvostanhallgatóknak helyzetét oly fényessé, minőnek azt az érdekeltek vérmes reményei álmodják. Kétség-telenül nagyot lendítenének azonban az orvosi rend anyagi helyzetén s tekintélyén, és így ismét vonzóbbá tennék az élet küzdelmeibe törekvő fiatalság számára azon pályát, melynek oly nagy feladat jut a nemzet erejének fentartásában és fejlesztésében.

R.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Die Pathologie und Therapie der Sterilität beim Manne. Von Dr. E. Finger, a. o. Professor an der Universität Wien. Leipzig 1898. Verlag von Arthur Georgi. Preis 3 Mark.

Ama korábbi felfogást, mely szerint a meddő házasságnak a női házasság a fő oka, lényegesen megváltoztatták az utolsó évtizedek buvárlatai, kiderítvén, hogy e feltevés a valóságnak meg nem felel és hogy a házasság sterilitása sokkal gyakrabban írható a férfi, mint a nő rovására. Mint legfontosabb tényező a blenorrhoea szerepel, mely sok férfit termékenyítésre képtelenné tesz, vagy ha ebbeli képességüket nem is érinti, az által, hogy ily bántalomban szenvedő férfiak hitvestársukat ragályozzák, közvetett úton okozzák a házasság meddőségét.

E tétel fejtegetése képezi az előtünk fekvő nagybecsű monografia bevezető részét, önkéntelenül felhíván a figyelmet a sterilitás okaiként szereplő bántalmakra, melyeknek pathológiáját és terapiáját e műben új megvilágításban, anatómiai és physiologiai vizsgálatok, valamint bő klinikai tapasztalatok alapján tüztesen és egyöntetűen feldolgozva találjuk. A mű két nagy részre oszlik; az egyik az impotentia coeundi, a másik az impotentia generandi kóralakjainak méltatásával foglalkozik.

Az impotentia coeundi aetiologiai momentumait két csoportban találjuk összefoglalva. Az egyikben ama okok szerepelnek, melyek a genitáliák vagy a központi idegrendszer kóros elváltozásaira vezethetők vissza, a másikban azok, hol ily elváltozások ki nem mutathatók. A peripherikus idegek bántalmazottságát tárgyaló fejezetben szerző ama kutatásait közli, melyek az ondódomb megbetegedésére, mint az impotentia coeundi igen gyakori, de eddig kevésbé méltatott okára vonatkoznak. Kimutatja, hogy a masturbatio és egyéb nemi excessusok tükkörrel megállapítható catarrhalis elváltozásokat okozhatnak a p. prostaticában, különösen a caput gallinaginisen és kimerítően taglalja a sokat üzött coitus interruptus okozta káros hatásokat. Utóbbiakat akkép magyarázza szerző, hogy normalis coitusnál az ejaculatio beálltával a penis, különösen pedig a p. prostatica jelentékeny vérteltsége physiologiai módon megszűnik és a functióban volt szervek az erectio és ejaculatio centrumaival együttesen működésen kívül való állapotba helyeztetnek. Minél erőteljesebb az erectio és minél energikusabb a működő izmok contractiója, annál tökéletesebb a vérrel dúsan telt szerveknek ad normam való kiürülése. De épen ezen feltételek hiányoznak a coitus reservatusnál. Ennél egyrészt hyperaemia marad vissza a genitáliákban, mi gyakran ismétlődően, catarrhalis állapotot idézhet elő, másrészt az ondódombtól a gerinczagi központokhoz futó idegeknek és a központoknak gyakori és mindannyiszor sokáig tartó irritatiója gyenge-

ségre, functionalis zavarokra vezethet. A kankó, mely az idegekben dús p. prostaticában jelentékeny szöveti elváltozásokat idézhet elő, szintén impotentia coeundi okozhat az ondódombtól a gerinczagi központokhoz futó idegek által közvetített állandó irritatio következtében. De mind az itt említett ártalmak (onania, sexualis excessusok, coitus interruptus, urethritis gonorrhoeica) még ezenkívül az erectio centrumának anaesthesiáját okozhatják, a mennyiben gyakori ondóvesztésre vezetnek és így leszállítják ama ingert, melyet a telt ondóhólyagok az erectio centrumára gyakorolnak.

Az impotentia coeundi ama tényezőiként, melyek az erectiónál szereplő szerveket anatomicé érintetlenül hagyják, de azért muló, könnyebb, vagy súlyosabb functionalis zavarokat okozhatnak, felsorolvák egyes idült bántalmak, gyógyszerek és egyéb különböző ártalmak. Ugyanitt tárgyalják azon ártalmak is, „melyek a psychikus agyközpontokat befolyásolják”. A *symptomatologiában* a kóralakok három csoportban foglaltatnak össze: az erectio tökéletlen volta vagy teljes elmaradása, a nemi gyengeség (reizbare Schwäche), melynek fő jellege fokozott libido és korai ejaculatio és a paralytikus impotentia csoportja.

Az impotentia generandihoz tartozó kóralakokat a mű második részében szintén könnyen áttekinthető módon csoportosítva találjuk. Az egyik csoportban a sperma pathologiai elváltozásai által (azoospermia, oligospermia, nekrospermia) okozott impotentia alakjai, a másodikban a sterilitás ama alakjai tárgyalják, melyek az ondókiürülés akadályozottságának következményei és végül relativ sterilitás cím alatt az impotentia ama formái vázolják, midőn a férfi csak egyes nőkkel szemben tanusit nemi tehetetlenségét.

A mint ezen rövid ismertetésből látszik, Finger munkájában végig vezet az olvasót tárgyának nagy területén, melyet annyira sikerült systematikusan rendeznie, hogy annak áttekintése szerfelett könnyűvé válik. Az anyag egyöntetű, rendszeres és kimerítő feldolgozása, a gyakorlatban fontos momentumoknak kellő kidomborítása, a tanulságos illustratiók, a céltudatos therapia gondos tárgyalása nemesak nagy tudományos értéket kölesőnöznek a műnek, hanem méltóvá is teszik ugyanoly általános elterjedésre, minőben Fingernek többi nagybecsű munkái részeseülnek.

Feltek Hugó dr.

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. június 10.

Országos orvosszövetség. Az országos orvosszövetség igazgató tanácsa 1898. június hó 5-dikén ülést tartott, a melyen a tanács tagjai nagy számmal jelentek meg. Ott voltak: Kétyi Károly elnök, Schwarzer Ottó és Konrad Márk alelnökök, Jendrassik Ernő főtitkár, Diebala Géza és Grósz Emil titkárok, Hochhalt Károly pénztárnok, Csatáry Lajos, Flesch Nándor, Hőgyes Endre, Müller Kálmán, Schermann Adolf budapesti; Berger János, Berkovics Miklós, Ferbstein Márk, Földi Emil, Farkas Benő, Józsa András, Koreek György, Kovács Sebestyén Endre, Laehne Ernő, Löcherer Tamás, Lenk Gusztáv, Mátray Ferencz, Major Ferencz, Novák Endre, Petz Lajos, Pollák Sándor, Raitsich Lajos, Szigethy János, Schlesinger József, Tauscher Béla, Thuróczy Károly, Varga Zsigmond, Zöldi János. Elmaradásukat kimentették: Árkóczy József, Herczka Károly, Haupt Godofried, Löcherer Lőrincz, Bene Sándor, Mezihradzky Kálmán, Süßmann Hermann, Hangel Ignác, Nuszer Lajos, Faragó Ödön, Serly Gusztáv, Ujfaluassy József, Boszkovics Mór. A folyó évi június hó 1-jéig megalakult fiókszövetségek száma: 48, tagjainak száma 2100. Pést megyében és Bács megyében a fiókok alakulásban vannak. A belügyminiszter ő nagyméltósága leirata a községi és körorvosok fizetésének a megyei pénztárból való kiutalványozása ügyében hozzá intézett felterjesztésre megérkezett. E leiratból kiténik, hogy eddig 23 vármegye fizeti körorvosait a megyei pénztárból, s hogy a miniszter úr a vármegyei hatóságok ilyen irányú törekvéseit készségesen támogatja. De a törvényhatóságokat rendelői úton nem kötelezheti erre, mivel a jelenlegi törvények a kérdés megoldását teljesen az önkormányzati hatáskörbe utalják. A miniszter végül kilátásba helyezi, hogy a közigazgatás államosításakor ezen viszonyok javítására gondot fog fordítani, addig is azon várakozásának ad kifejezést, hogy a vármegyék, ott a hol az anyagi viszonyok megengedik, a körorvosok méltányos kérelmét teljesíteni fogják. Az igazgató tanács Csatáry Lajosnak Novák Endre és Thuróczy Károly által módosított indítványára elhatározta, hogy a fiókszövetségek meghallgatásával az elnökség az egyes törvényhatóságokhoz s egyszersmind a főispánokhoz fog fordulni a fizetésrendezés kieszközlése céljából.

A főtitkárnak a szövetség hivatalos lapjának ügyeiről tett előterjesztését a tanács egyhangulag tudomásul vette s buzgó s eredményes munkásságáért köszönetet szavazott. Elnök azon alkalomból, hogy egy kartárs szaklapokban a nyitrai megyei administratiót hevesen támadta,

mivel a körorvosok fizetésüknek a megyei pénztárból való kiutaltatásakor károsodtak volna s e hír illetékes helyről nyert informatio alapján megokolatlannak bizonyult: felkéri a kartársakat, hogy csakis alapos tájékozás után mondjanak a felmerülő kari ügyekben nyilvános kritikát.

A főtitkár két fontos indítványt nyújtott be, az egyik az alapszabály módosításáról, a másik pedig az országos orvosszövetség *saját kebelén belől* megalkotandó nyugalomdíj intézményéről szól. A congressus lesz hivatva az alapszabályok módosításához hozzájárulni, valamint a nyugalomdíj ügyében a fentjelzett elv alapján működő bizottságot kiküldeni, mely a teljesen kidolgozott tervet legkésőbb az 1899-dik évi congressus elé tartozik terjeszteni.

Felmerült konkrét kérdés alkalmából az igazgató tanács kimondta, hogy a szövetség rendes tagja csak orvos lehet. Konrad Márk indítványára a tanács egyhangúan vita nélkül hozzájárult a budapesti fiókszövetség azon határozatához, melylyel egy, a szövetség elnökét sértő s valótlan állításokat tartalmazó cikk megjelenése alkalmából kijelentette, miszerint Kélti Károly önzetlen, önfeláldozó működéséhez — úgy a tanítás, mint a közügyek terén — a gyanúnak még árnyéka sem fér, s a melylyel iránta érzett változatlan tiszteletének és nagyrabecsülésének adott kifejezést. Egyszermind kimondta, hogy az igazgató tanács elítéli s a tisztességbe ütköző cselekedetnek nyilvánítja az ilyen rágalmon alapuló névtelen cikk szerzését és közlését.

Novák Endre indítványára elhatározták, hogy ezental a közegészségügyet érintő törvényjavaslatok tárgyalását napirendre tűzik s a betegsegítő pénztárak működését legközelebb megbeszélés tárgyává teszik. A congressus időpontjúl szeptember 4-dikét, határozatképtelenség esetén október 2-dikét tűzik ki, (az alapszabályok módosítására ugyanis körülbelül 600 tag jelenléte volna szükséges, valószínű tehát, hogy véglegesen csak a négy héttel később összehívandó congressus fog dönteni, mely feltétlenül határozatképes).

Az elnök a congressus tagjai számára kedvezményes vasúti jegyek engedélyezését fogja kérni.

Mint látjuk, az országos orvosszövetség folyton izmosodik, tagjainak száma szaporodik, a fiókszövetségek munkássága megindult. Hogy e lelkesedés tartós is legyen, hogy az összetartás állandósuljon, arra a nyugalomdíj és segélyezés ügye fogja a legszilárdabb kapcsolatot létesíteni.

A pesti izr. hitközség Bródy Adél-gyermekórháza, mely Grósz Gyula dr. kórházi főorvos vezetése alatt áll, közelebről tette közzé első évi orvosi jelentését. Közöljük belőle a következőket:

E gyermekórház 3 osztálylal rendelkezik: 1. *belgyógyászati osztály*, ehhez tartozik a főépületben elhelyezett belgyógyászati osztályon kívül az *észlelő állomás* (quarantine), a mely arra szolgál, hogy valamely fertőző betegre gyanus beteg a diagnosis megállapításáig elhelyezhető legyen, továbbá elkülönítő osztályok *diphtheriás* és *skarlátos* betegeknek; 2. *sebészeti* és 3. *szembeteg-osztály*.

Az elmúlt évben összesen 81 ágy állt rendelkezésre, és pedig a főépületben 40 ágy, az észlelő állomáson 3, a skarlát-osztályon 18 és a diphtheria-osztályon 20 ágy.

Ez ágyakon 385 fekvő beteget ápoltak és pedig a belgyógyászati osztályon 247 beteget (ezek közül volt összesen 92 fertőző, 58 diphtheriás és 34 skarlátos), a sebészeti osztályon 75 és a szembeteg-osztályon 63 beteget. A 385 beteg összesen 10,032 ápolási napot töltött az intézetben, melyekből egy betegre átlag 26 nap esik; a 98 fizető betegre 1690 ápolási nap esik, a 287 ingyenes betegre pedig 8342. Külön szobán ápolatott 23 beteg kíséreléssel, ezek közül volt 20 fizető, 3 ingyenes; ezek összesen 273 napot töltöttek a kórházban.

Összesen 49 haláleset fordult elő, a mi 12,73%-nak felel meg. Szükségnek tartjuk azonban felemlíteni, hogy ezek közül 11 haldokolva hozatott a kórházba. Ezen számot levonva az előbbiből, marad 38 (9,84%), a mely halálozási százalék kedvezőnek mondható. Kórbonecolás 32 esetben történt. Ezeket *Preis Hugó* dr. akadémiai tanár végezte. Összesen 4022 bejáró beteg kezeltetett, és pedig belgyógyászati 2607, sebészeti 796, szembeteg 619. Himlő elleni védőoltásban részesült 120 gyermek.

Az orvosi segélyt kórházunkban igénybe vett *gyermek*ek száma az 1897-dik ében tehát összesen 4527 volt.

A belgyógyászati osztályon 2605 bejáró és 247 fekvőbeteg kezeltetett, összesen tehát 2852 beteg.

A sebészeti osztályon 796 bejáró és 75 fekvőbeteg kezeltetett, összesen tehát 871 beteg. A sebészeti osztályon végzett műtétek száma: 278.

A szembeteg-osztályon 619 bejáró és 63 fekvőbeteg fordult meg, összesen tehát 682 beteg. A szembeteg-osztályon végzett műtétek száma: 35.

A belgyógyászati osztályon végeztetett: 27 esetben intubatio, (ezek közül 4 esetben secundaer tracheotomia); 2 esetben tracheotomia idegen test miatt; 1 esetben tracheotomia papilloma laryngis miatt; 9 esetben retropharyngealis tályog megnyitása; 3 esetben empyemánál bordaresectio, 1 esetben thoracopunctio és thoracocissio empyemánál; 1 esetben laparotomia peritonitis tuberculósánál; 1 esetben strictura oesophaginál rendszeres tágitás és számos esetben tályogmegnyitás.

A kórházban mint fekvő beteget kezelték: 58 diphtheriásat, 34 skarlát-, 1 orbánc-, 8 typhus abdominalis- és 2 polyarthritiis rheumaticában szenvedő beteget. Ezekon kívül a kórház nyilvános rendelkezésin még a következők fordultak meg: 31 morbilli, 7 erysipelas, 11 varicella és 23 febris intermittens.

Diphtheriás betegeknek a serumtherapiát alkalmazták és pedig főleg a belügyminisiteriumtól kapott állami serumot. 58 esetük közül 40 meggyógyult és 18 meghalt, a halálozási arány tehát 37,3%.

A gyermekórházban a főorvoson kívül mint osztályos rendelő orvosok működtek: *Alapy Henrik* dr. és *Mohr Mihály* dr.; mint alorvos: *Frank Arthur* dr.; mint segédorvosok: *Benda Adolf* dr., *Stein László* dr. és *Kelmen Dávid* dr.; mint gyakornok: ifj. *Szenes Zsigmond* dr.

△ **A főváros egészsége.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1898. május 22-dikétől 1898. május 28-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 440 gyermek, elhalt 238 személy, a születések tehát 202 esettel múltak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncóló toroklob 2, böhkurut 1, kanyaró 1, vörheny 1, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekági láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 6, agykéreg 7, agyvérömleny 3, rángások 9, szervi szív-aj 19, tüdő-, mellhártya- s böglob és bögghurut 27, tüdőgümő és sorvadás 45, böhkurut és böhlob 22, carcinomata et neoplasmata alia 10, méhrák 2, Bright-kór és veselő 15, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 12, erőszakos haláleset 17. — A fővárosi közkórházban ápolatott e hét elején 2174 beteg, szaporodás 639, csökkenés 706, maradt e hét végén ápolás alatt 2107. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1898. május 28-dikától június 4-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 6 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 19 (meghalt —), vörhenyben 46 (meghalt 3), kanyaróban 86 (meghalt 2), roncóló toroklobban és torokgyíkban 14 (meghalt 3), trachomában 10, vérhasban — (meghalt —), böhkurutban 12 (meghalt —), orbáncban 14 (meghalt —), gyermekági lázban — (meghalt —).

△ **A budapesti egyetem orvosi karán** a választásokat folyó hó 7-dikén ejtették meg. Az 1898/8-dik tanévre dékánvá választották *Klag Nándor* tanárt; kari jegyzővé *Genersich Antal* tanárt; kari könyvtár felügyelő lett *Högyes Endre* tanár; szigorlati elnökhelyettesek lettek *Plász Pál* és *Thanhoffer Lajos* tanárok. A folyó hó 8-dikán tartott rektorválasztó gyűlésen pedig a budapesti egyetem rektor magnificusává *Mihalkovics Géza* tanárt választották meg.

— **A kolozsvári egyetem évzáró ünnepét** f. hó 6-dikán tartották, melyen első sorban a király alapító levelét hirdették ki; azután *Lechner Károly* e. i. rektor tartott nagy érdeklődéssel beszédet a tudomány czéljairól. Utána *Farkas Lajos* tr. olvasott fel egy tudományos értekezést, mire a pályadíjakat osztották ki. Végül *Lechner* rektor mondott záróbeszédet. A közoktatásügyi ministeriumot *Tóth Lajos* dr. osztálytanácsos képviselte.

○ **Megjelent.** *Prochnow József* dr.: A samaritanus-egyesület 1897-diki évkönyve. Az egyesület 1897. folyamán 3457 frt 32 krt osztott ki kórházi lábadozó betegek segélyezésére és 893 frt 54 krt karácsonyi segélyezésre; hét évi fennállása alatt pedig 23,944 frtot. Tökéje 44,775 frt 90 kr; teszen ki. — *Hammersberg Árpád* dr. Tátra-Lomnicz hygienikus gyógyintézetének prospektusa. — *Lakits Ferencz* dr. és *Prochnow József* dr. titkároktól: A magyar orvosok és természetvizsgálók 1897-diki évi Trensében tartott XXIX. vándorgyűlésének munkálatai. Budapest, Franklin-társulat. 1898.

— **Kitüntetés.** *Dirner Gusztáv* dr. budapesti egyetemi m. tanárt a szerb király a szerb közegészségügy terén szerzett érdemei elismeréséül a Szent Száva-renddel tüntette ki.

△ **Irsai Arthur** dr. tanár lakását Váci-körút 19. sz. alá tette át.

—r. **A gonorrhoea kezelése** protargollal Wenscher dr.-tól (D. Med. Zeitung 1898 Nr. 5). Szerző félelmi tapasztalatait közli ezen szerről, melyet Neisser elvei szerint, a prolongált injectiókkal, de erősebb concentrációban alkalmaz. Naponként 3—4szer 1/2 oldatot fecskendezett a húgycsőbe s a folyadékot egyszer fél óráig, később 5 perczig visszartartotta a húgycsőben. Egész heveny gonorrhoeánál sem panaszkodtak a betegek fájdalomról, a csekély égetés néhány percz alatt elmúlt; csak két esetben kellett kissé gyengíteni az oldatot. Felűnő volt az elválasztás gyors csökkenése. Betegknél, kik gonorrhoeával s bő genyes elválasztással kerültek a kórházba, nyolecz napi kezelés után alig volt secretio. Szerző gonorrhoeánál a protargollal igen kényelmes és kitűnő szernek nyilatkoztatja ki.

Szt. Lukács-fürdő

téli és nyári

gyógyhely.

A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 m²-méter nagyságú ny.ott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és üdítő-fürdők. *Lakás és teljes étetés hetenként 27 frt* (közepes ár). Prospektust küld ingyen az igazga óság **Budapest.**

Dr. Herzel 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.

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitűnő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett napi négy forintért vétetnek fel. Bővebbet 1/2—1/24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Teréz-körút 22. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület (XX. rendes ülés 1898. évi május hó 28-dikán.) 294. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (II. rendes ülés 1898. február 24-dikén és márczius 3-dikán.) 296. l. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 297. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XX. rendes ülés 1898. évi június hó 4-dikén.)

Elnök: Székács Béla; jegyző: Dieballa Géza.

Oedema maculae luteae symmetricum.

Mohr Mihály: Másfél éves gyermeket mutat be, kit folyó évi május hó 26-dikán vettek fel a pesti izr. hitközség Bródy Adél gyermekkórháza belgyógyászati osztályára spastikus hűdéssek miatt. Az anamnesis semmit sem tudott kideríteni. Az ideggyógyászati diagnózis megállapítása végett a szemtükri vizsgálatot kérték.

Ekkor kitűnt, hogy mindkét pupilla középtág, fényre renyhén reagál. A gyermek a fényt keresi. Szemfenékben mindkét macula luteát egy másfél papillányi kékesfehér folt foglalja el, mely elmosódott határokkal megát az ép szemfenékbe és melynek közepét ötöd papillányi terjedelemben sötét meggyzörös folt foglalja el. A papilla sem határban, sem kiemelkedésében valamely feltűnő elváltozás nem látszik, mindössze színe valamivel halványabb és az edények valami csekélylyel szűkültek. Azóta bemutató naponta vizsgálja és többen látták az esetet, mely változatlan.

A mi most a mindkét szemben *symmetriásan* jelenlevő *oedema retinae in reg. maculae luteae* illeti, ennek magyarázata nagy nehézségekbe ütközik.

Oedema retinae a macula lutea táján klinikus tünete az embolia art. centr. retinae-nak, de ezzel együtt, sőt ezt megelőzőleg természetesen az arteriáknak feltűnő szűkülete, esetleg csak fonalszerű megjelenése és a vénáknak rövid ideig tartó duzzanata, majd elvékonyulása következik. A hiányos táplálás következtében beállt atrophia n. optici et retinae csak később lépnek fel.

Embolia art. centr. ret. rendszeren csak az egyik szemben lép fel; a másik szemben csak nagy ritkán és rendszeren sokkal később.

Az embolia art. centr. retinae-hoz hasonló kép lép fel azon esetekben, melyekben a központi látóhártya-útóter circuliója nem valamely embolia, hanem más ok által van megátolva. Például retrobulbaris vérzés nyomja össze a n. opticust és benne az arteriát (H. Pagenstecher), vagy vérzés van magában a n. opticusban (Magnus), vagy vasomotoros befolyás által (epilepsia retinae Jackson), mely a nem részletek felől váltathat ki (Pristley Schmidt), pl. a gyermekágyban (Königstein).

Hogy embolia-e valóban az ilyen kórkép, azt az embolus származási helyének kimutatása megerősíti. Embolus ellen szól a mindkét oldali együttes fellépés.

Esetünket tehát emboliának nem tarthatjuk. Nem már azért sem, mert a papillának emboliás külleme nincs és nem is tudunk kimutatni olyan helyet, melyből embolia származhatnék. Fel kell tehát vennünk, hogy angioneurosisis eredetű az oedema, bár a papillán az edény-szűküllet kiskökü.

Az angiospasmus gyakori fellépésének, vagy ha nem is nagy mértékben való, de állandó voltának tulajdonítható, hogy bár az edény-szűküllet kiskökü a papillán, mégis a macula lutea tája, mely saját edényzettel nem bír és a környező arteriák által táplálatik, ha ezek szűkülnek, ezt a szűkülletet azonnal megérzi. Hogy ezt a papilla is megérzi, mutatja a papillának is, bár mérsékelt fokban való elhalványodása, a mi a bántalom hosszabb idejű fennállása mellett szól. E mellett szól az is, hogy a meggyzörös folt már kissé barnásba megy át.

Az idegbántalom minéműségét, a mennyire ez adott esetben megállapítható, Grósz Gyula fogja előadni; a szembaj és az idegbántalom összefüggését, illetőleg ennek mechanizmusát bajos megállapítani, talán az autopsia fog világot vetni az esetre.

Grósz Gyula: A gyermeket mult hó 26-dikán vették fel; az anamnesisből nagyon keveset tudtak meg. Az anya gyermekével nem sokat törődött s így a gyermek fejlődéséről nem is tud sokat mondani, úgy, hogy ezen neurologikus esetben a különben fontos anamnesisből nem sokat lehet kideríteni. 11 hónapos koráig szopott, addig sem beszélni, sem járni nem tudott. A szülés rendes volt. Fél évvel ezelőtt vették észre, hogy a gyermek sem kezét, sem lábait mozgatni nem tudta, azokat spastikusan tartja; teljesen apathikusan fekszik, nyugodt, a környezetéről tudomást nem vesz. Feje rhachitikus, főleg a parietalis dudorok dudorodnak ki erősen; a fej körfogata 40 cm., frontooccip. átmérő 16 cm., bitemp. 11, bipariet. 13, homlokmagasság 3 cm. A gyermek karjait könyök és kéztőizületben behajlítva tartja, alsó végtagjai spastikus állapotban, lában equino varus állásban vannak. Ezen spasmus, mely az összes végtagokon észlelhető, időnkint majd enged, majd fokozódik, s a gyermekkori spastikus diplegia képét adja; a reflexek élénken fokozódtak. A gyermek hallását illetőleg: csak nagyobb lármára rezzen össze, látása nincs, csak fényérzése van.

A diagnózis illetőleg: mindkét oldali cerebrális baj forog fenn; ha a klinikai tüneteket összevetjük, s mindazon diplegiákat, melyek eddig bonczellel le vannak írva, szem előtt tartjuk, akkor azt mond-

hatjuk, hogy ebben az esetben positiv diagnosit felállítani nem lehet; lehetséges, hogy mindkét oldali diffus sclerosis, vagy meningealis vér-ömlenyből származó kétoldali agykéregbeli folyamat, vagy porencephalia van jelen; ezért kérték a szemtükri vizsgálatot, mely egy eddig kevésbé ismert leletet derített ki; a constatált szembe elváltozást az agyi tünetekkel nem igen lehet összefüggésbe hozni.

Goldzieher Vilmos: A bemutatott eset egyike a legszebb kórképeknek. Szólvolt az első, ki ezen meglepő szemtükri képet *Magnus-sal* egy időben felfedezte s már 1885-ben az orvosegyesületben bemutatta; szólvolt a maculában levő elváltozást fejlődési hibának tartja, a mint ezt bonczetani leletek bizonyítani látszanak.

Ezen kórképet *Sachs* „Amaurotische familiäre Idiotie“ néven írta le, s a betegség, mely eddig 26 esetben lett megvizsgálva, s a melynek több bonczellele is van, a következő klinikai képet adja: eddig mindig csecsemőknél fordult elő, a csecsemő az élet első hónapjaiban jól érzi magát, később mutatkozik a szellemi tehetség csökkenése, a gyermek apathikusá lesz, mely később idiotismussá válik, majd az izmok általános gyengesége lép fel, mely hűdésé válhatik, marasmus is társul hozzá, a reflexek tipikusát nem mutatnak, majd fokozódtak, majd esökkentek, s azután lép fel az amaurosis, a mi a jellegzetes retinalis elváltozással függ össze.

Szólvolt *Magnussal* egy időben, később *Knapp*, *Hirschberg* is leírta a tükri képet: a macula luteában fehéres-zölde elszinesedett korong van, melynek jeilege, hogy fényserű reflexet ad, mint az a bemutatott esetben is kitűnően látszik és ezen a fényt erősen reflectáló korong középpontjában van egy vörös folt, mely hasonlít az emb. art. centr. retinae-nél előforduló cseresznyepiros folthoz, később atrophia papillae, teljes vakság lép fel.

A prognózis rossz: a gyermekek csak pár évet élnek. A bonczellet eddig nem adott kimerítő felvilágosítást, de megmagyarázza a leletet: veleszületett degeneratio az agykéregben, az egész agykéreg atrophikusnak látszik és a nagy pyramidsejtek vagy hiányzanak vagy atrophizáltak; sovadásos degeneratio a gerinczagyban. *Sachs*, ki több ilyen bonczelleletet leirt, nem hiszi, hogy acquirált degeneratio volna jelen, hanem veleszületett fejlődési hibának tartja; a macula lutea lelete szintén valószínűleg ehhez tartozik; talán az új festési módokkal a macula luteában is ganglion-sejtelváltozásokat találnának.

Grósz Gyula: Nem járul Goldzieher véleményéhez, mert hiszen abhoz, hogy a *Sachs*-féle familiaris idiotiát felvegyék, szükséges volna mindenekelőtt a pontos anamnesis, a mely azonban — mint említ — felette hiányos és megbízhatlan. A szemézi diagnosishoz nem szólhat, neurologikus szempontból pedig mondhatja, hogy nézetét *Schaffer* is osztja, ki a gyermeket látta. Az eddigi ismereteink alapján — és itt *Freund* monographijára hivatkozik — nem vagyunk abban a helyzetben, hogy a cerebrális diplegiák eseteiben a klinikai képből az agybeli kórbonczetani elváltozásra következtethessünk. Lehetséges, hogy azon elváltozások vannak jelen, a melyeket *Sachs* leirt, de azt biztosan állítani nem lehet.

Mohr Mihály: Köszöni Goldzieher hozzászólását; a *Sachs* közlöménye elkerülte a figyelmét. A kép megfelel az embolia art. centr. retinae-nél előforduló macula lutea oedemának. A magyarázata nézve említette, hogy az labilis, az esetet több szemész látta, oedemának tartotta, de nem tudta magyarázni. Várjuk meg a bonczellet, ez majd megmutatja, milyen elváltozás van a macula lutea táján és az agyban.

Ichthyosis-esetek.

Alpár (Aschner) Arthur: Az ichthyosis oly bőrbántalom, mely a legtöbb esetben a születés utáni első években szokott fellépni, a serdülési korban éri el fejlődésének tetőpontját és ezen stadiumban, eltekintve egyes ingadozásoktól és a gyógyítás által elért eredményektől, az egész életen át fennáll. Az alább leirt eseteknél az ichthyosis különféle alakjai igen szépen vannak kifejlődve. Az ichthyosissal t. i. a bőrelváltozások különféle fokozatot érnek el és ezek szerint különféle alakot is szoktunk megkülönböztetni. Egy alakkal, mely a legenyhébb és a kifejlett ichthyosissal számos esetben a kezdeti stadiumot szokta képezni, igen sok embernél találkozunk, ezen alaknál az egész köztakarón, különösen a végtagok feszítő oldalain, sűrű, gombostűfejnyi göböcskék láthatók, melyeknek közepe finoman pikkelyes, ezen alakot „lichen pilarisnak“ nevezzük. A tulajdonképeni ichthyosissal az egész köztakaróra kiterjedt elszarusodott hámtülképződést látunk, mely a bőrnek rezés kinezést ad; vagy pedig az elszarusodott hámképződés annyira fokozódik, hogy az egész test vagy ennek legalább is nagyobb része sűrű pikkelyekkel fedett, melyek lencse, egész körömfény és még nagyobb lemezeket képeznek, a bőr niveaujából kiemelkednek és középköku a bőrhöz odanőttek. A bőr hal- vagy kigyószzerű kinezést nyer, piszkos-barnásan pigmentált, a betegek úgy néznek ki, mintha még sohasem fürödtek volna. Ezen alakot „ichthyosis serpentinának“ nevezzük. Az „ichthyosis hystrix“ képezi a bántalomnak legnagyobb fokát, igen ritka, az irodalomban csak néhány eset van említve, itt az

előbb említett elváltozások mellett, vagy ezek nélkül, a bőrből néhány milliméternyire kiemelkedő szemülesszerű vagy tüskeszerű szaruképletek láthatók. Valamennyi alaknál azon tendenciát látjuk, hogy a szárusodás a fejtől lefelé mindinkább nagyobb mérvet ölt. Betegeimnél, kik hét tagú családot képeznek, az ichthyosisnak majdnem valamennyi alakja képviselve van. A hat gyermek közül, kik apuktól örökölték betegségüket, az első teljesen epibőrű, háromnál nagyfokú lichen pilaris látható. Az öt éves fiúnál nagyfokú lichen pilaris mellett átmenet az ichthyosis serpentinaéba. Ha a gyermek köztakaróját közelebről megtekintjük, látjuk, hogy egész köztakarója igen sűrű gombostüfejni göbcsékekkel belepert, az egész köztakaró finom reszelőtapintatú és finom pikkelyekkel borított. Az apánál és a 18 éves leánynál a testnek felső részén a bőr inkább a bőrredőknek megfelelőleg csak rezezték, lefelé terjedve, különösen az alszárakon számos vékony szarúlemezzel fedett és az ichthyosis serpentina enyhébb alakját mutatja. A 16 éves fiúnál az előbbi alaknak fokozottabb stadiumát látjuk, a mennyiben a szarúlemezek itt néhány milliméternyi vastag vasos képletekké alakultak, a fiú az ülep-től kezdve a lábujjhegyig valóságos pikkelypánczéllal borított. Hasonló elváltozások, mint ezen 16 éves fiúnál, láthatók egy másik 24 éves betegnél, kinél a bántalom 7 éves korában lépett fel állítólag először és azóta egyformán persisztál, csak hogy a lemezfelrakódások itt még nagyobb mérvben fejlődtek ki, annyira, hogy járásában némiképen akadályozva van, a bőr a térdizület körül mély berepedéseket mutat, miáltal kiskövi fájdalmak is váltatók ki. Ezen beteget már a dermatologiai társulatban is bemutatta, a midőn a testén néhány papula volt és e miatt némelyek vitásnak tartották a kórisme helyességét. Beteg körülbelül 10 hét előtt sclerosist acquirált, egy hét múlva ezen papulák még jóval szaporodtak, azonban ezen papulák luetikus papuláknak bizonyultak, a beteg jelenleg az első eruptionalis stadiumban van. A kórisméhez ezen esetben szó sem fér, eltekintve attól, hogy a bántalomnak kezdete, lefolyása és tünetei teljesen az ichthyosis mellett szólnak, a bőrelváltozások teljes hasonlóságot mutatják a 16 éves fiúval. Ezen betegnél is az örököltésg kimutatható, atyjának bőre szintén ichthyolikus bőrelváltozásokat mutat, két fivérének bőre azonban egészséges. A mi a bántalomnak aetiologiáját illeti, ez rendszeren a bőrnek veleszületett praedispozícióján alapszik, rendszeren az egyik szülő szenved a bántalomban. A prognos quoad vitam jó, ezen bántalmas bőrelváltozások az összerögzítésre rossz befolyással nincsenek. Quoad sanationem a prognos igen rossz, a betegeknek állapotán csak javítani lehet, a mennyiben mindazon eljárásokat alkalmazzuk, melyek a bőrnek puhítására és desquamálására alkalmasak; ilyenek a gyakori fürdők és felpuhító kenőcsök, minelyt azonban ezen kezelést beszüntetjük, a bántalom régi állapotába visszatér.

A prurigoról.

Tauffer Emil: Előadó kifejtve a *Hebra-féle prurigo*-nak klinikai tüneteit reátér más, a *prurigo Hebrae*-hez hasonló bőrbántalmak klinikai jellemzésére. Elmondja azon tüneteket, melyekben utóbbiak a *Hebra-féle prurigo*-tól különböznek és azokat a melyekben ezzel megegyeznek. Megemlíti azon eltéréseket, melyek a *Hebra-féle prurigo*-hoz hasonló bántalmak csztályozására vonatkoznak s elfogadja *Brocq* ajánlatát, hogy ezek „*prurigo simplex*” név alatt foglaltassanak a *Hebra-féle prurigo*-val egy csoportba. E nézetet indokoltan tartja az elsődleges tünetek histologiai azonossága alapján, melyet számos bemutatott górcsói készítménnyel bizonyít. Hystologiai leletei következőben foglalhatók össze: Ugy a *Hebra-féle prurigo*-nál, mint a *prurigo simplex*-nél az elsődleges tünetek azonos *serosus transsudatióban* állanak, mely a *papillaris cutis-rétegben* jelentkező, *sejtűs, lobos göbcsében és vele egyidejűleg a Malpighi-rétegben* fellépő *epithel elváltozásokban* nyilvánul. Utóbbiakra nézve nem áll fenn oly különbség, melyet *Unna* egyikre és másokra vonatkozólag leír. Az epidermisben mind két alaknál lépnek fel oly *epithelnekrosisok*, a melyet *Unna prurigo simplex*-re nézve mondott *jellezőnek* s ép úgy képződhetnek *hólyagszerűen*, (a *Leloir-Tavernier* által leírt „*kyste epidermique*”) úgy az egyiknél, mint másíknál. Ezen elsődleges elváltozások legtöbbször *verejtékmirigyektől és hajtüszöktől függetlenül* lépnek fel, de találhatók azokkal *szoros összefüggésben is*, miként azt a készítmények igazolják.

A *véredények peritheliális sejtmeinek burjánzását* előadó a másodlagos elváltozásokhoz sorolja, melyekhez az epidermicsapok későbbi burjánzása u. n. *akanthosisa, festenylerakódás a bőrben, a collagen-rostok vastagodása, másodlagos impetigo, eczemához hasonló artificialis bőrlobok* fellépése és a *cruralis mirigyek hyperplasiája, az u. n. prurigobubók* járulnak.

Részletesen tárgyalja ezután a prurigobubók *histologiai képét*, melyet előadó ír le először. A hyperplasiát *endothelialis sejtek és monocuclearis lymphocyták tetemes szaporodásának* valamint *új folliculusok képződésének* kell tulajdonítani. E hyperplasia chronikus lobos jellegű s a septumok nagyszámú plasmasejteket és Ehrlich-féle hízalt sejteket is tartalmaznak. E két utóbbi sejt faj a *folliculusok állományában nem fordul elő*.

Másodlagos szerepet tulajdonít előadó azon mikroorganizmusoknak is, melyeket elvéve egy-egy primaer efflorescentiában vagy azok környező kötőszövetében sikerült kimutatni. Aetiologiai szerepük ezeknek nem lehet, mert csak oly efflorescentiákban találhatók, melyeknek infectiója a hajtüszök vagy a szaruréteg útján a felhám felülete felől történhetett. A vizsgált nyirkmirigyekben festési eljárásokkal mikroorganizmusokat kimutatni nem sikerült. Tenyésztés útján azonban három bacteriumfajt talált: rövid bacillusokat, sarcina luteát és egy cladothrix-fajt. A második és harmadik ezek közül eleve saprophytának volt

tekintendő; a bacillusokkal azonban beojtván egy tengerimalacot, az 14 nap múlva gyomor fekélyekben pusztult el. Vérből készült lemezek coccusok tiszta culturáját adták. Ki van tehát zárva, hogy a bacillusok okozták halálát. Két más tengerimalac, melyet 14 nap múlva ugyanazon bacillus-culturából ojtott be, életben maradt.

E mikroorganizmusok tehát nem tekinthetők pathogéneknek, hanem csak saprophytáknak, melyek a bőrlaesiók folytán kerültek a nyirkmirigyekbe. *E saprophytákat kell azonban a nyirkmirigy hyperplasia okának tekinteni.*

A mondottak után nem talál előadó elegendően indokolt alapot arra, hogy a prurigót infectióból származtassák. Nem lehetetlen ugyan, hogy emberbe való közvetlen oltás útján esetleg prurigót lehessen előidézni, de sokkal valószínűbb, hogy a prurigo a chronikus urticariával egy csoportba tartozó bántalom s alighanem *tozidermianak* tekintendő. Azon körülmény, hogy prurigo legtöbbször tuberculosus szülőkől származó, vagy tuberculosusan terhelt, scrophulosus egyéneken szokott fellépni, annak megfigyelésére hív fel, vajjon a prurigo nem tarozik a *tuberculosis tozidermiái* közé.

Schein Mór: A bécsi iskola, mint előadó is mondta, azon nézetet vallja, hogy a prurigo mindig az első 2-3 életévben kezdődik és az egész életen át tart. Ezen felfogásból indul ki, midőn a differentialis diagnosist más rokonbántalmakkal szemben megállapítja. Könnyű ugyanis a prurigo Hebrae tipikus eseteire ráismerni: az alkarok és alszárak bőre a feszítő oldalon száraz, megvastagodott, jobban tapad az alaphoz, s arról le nem emelhető. Az egyes hajszálak szárazak, porral behintettek látszanak; a bőr itt erősen pigmentált; az inguinalis mirigyek megnagyobbodtak, kemények, fájdalmatlanok. Ha ezen tipikus elváltozásokat megtaláljuk s a prurigo száraz, véres pörkkel fedett göbcséi jelen vannak, úgy könnyű a diagnosist. Nehézség csak akkor merül fel, midőn a prurigo mitis és más bőrbántalom közt kell választanunk. A bécsi iskola szerint leginkább a lichen urticatus hasonlít a prurigohoz. Előadó azt mondta, hogy eczema papulatum és pruritusoz szokták a bécsiek azon eseteket sorolni, melyekben a prurigohoz hasonló kép nem egészen tipikus localisatióval jelentkezik valakinél, mint később acquirált betegség. Ezzel szemben mondhatja szülő, hogy nem pruritus és nem eczema papulatum diagnosisa merül ott fel, ha egy felnőtt ember a prurigohoz hasonló kórképet mutat, mely csak 1-2 év óta, vagy még rövidebb ideig áll fenn; a bécsiek ilyenkor prurigo és lichen urticatus között választanak. Ha elváltozások vannak jelen, melyek arra vallanak, hogy a betegség sok év óta áll fenn, akkor azt mondják, ceteris paribus, hogy prurigo; ha nincsenek jelen oly secundaer elváltozások, melyekből a betegség igen hosszú tartamára lehet következtetni, úgy azt mondják: lichen urticatus. Ez utóbbi betegséget a gyomor-bélhuzam zavaraira vonatkoztatják s megfelelően kezelik. Nem akarja szülő eldönteni, hogy ezen álláspont helyes-e, csak megjegyzi, hogy petitio principii rejlik abban, ha egy esetben az anamnesist veszik kiindulási pontul, más esetben nem, ha már eleve abból indulnak ki a bécsiek, hogy a prurigo mindig csak az első életévben fejlődik, holott az anamnesist különben tekintetbe nem veszik. A mi a prurigo bubókat illeti: a „Berliner klin. Wochenschrift”-ben egy munka jelent meg e héten *Dohi* japáni orvostól, a ki azt állítja, hogy már a prurigo legelső stadiumában, midőn az urticaria jelei vannak csak jelen, találhatók az illető kis gyermekeknél megnagyobbodott inguinalis mirigyek.

Krompecher Ödön: Látta a praeparatumot, de nem endothel hyperplasiának, hanem lymphocyták megszorodásának tartja. A másik megjegyzése, hogy hogyan képzeli *Tauffer*, hogy a folliculosok ujonnan képződtek. Valamely folyamat folytán vagy elpusztul, vagy szaporodik a folliculus, de hogy ujonnan képződik, nem érti.

Tauffer Emil: *Schein*-nek csak azt válaszolhatja, hogy főleg *Neumann* az, ki a lichen urticatust felveszi. Nem tartja helyesnek beszélni lichenről, a hol lichen nincs. Lichen csak kettő van: lichen planus és lichen ruber acuminatus. A francziáknál is innen származik a nagy chaos, hogy többféle folyamatot vesznek egy név alá. Nem acceptálja, hogy ilyen kétes esetekben mást, mint urticaria chronica vagy prurigo elnevezést használjanak. *Dohi* vizsgálatait ismeri, de újat nem tartalmaznak. A mit a nyirkmirigyhyperplasiáról mond, azt már *Neumann* a 80-as évek elején mondta. Szóls is foglalkozik e kérdéssel.

Krompecher ellenében az endothel kérdésben, támaszkodik azon festési differentiára, melyet a praeparatumok feltüntetnek, azután *Pertik* tanára. A mi a follicularis újképződést illeti, azt azon összehasonlításból kellett deducálnia, melyet normalis mirigygyel tett, melyben a folliculusok száma relative kisebb; ezért felveszi, hogy új esirközpontok fejlődnek, mint a májhyertrophianál, vagy májszövet regenerationál. Ezért nem tartja lehetőtlennék a follicularis újképződést.

Pertik Ottó megnézte a *Tauffer* készítményeit és morphologic tényleg fel kellett venni, hogy van endothel újképződés is, de megkérdezte *Tauffert*, hogy látta-e a friss metszlapot, mert ez a levegőn elváltozik. Azt mondta, nem. T. i. van eset, a mikor nem mirigysejtek, hanem endothelisejtek képződnek: hyperplasia endothelialis, de metszlapjuk tömött, síma, egyenletes, mint subcut gyuladással, holott a hevenylobos mirigy puha, lágy. De ezen puha mirigyeknek sajátáguk, hogy friss metszlapon levegőn megsárgulnak, megbarnulnak, rozsdabarna színűek lesznek. Ezen színeződés olyan jellegű, hogy belőle szokták biztosan a lymphmirigy macrocellularis hyperplasiáját diagnosizálni. *Tauffer* erre a metszlapon nem figyelt és így mondhatta szülő, hogy endothel hyperplasia fenn nem forog. Ilyen formán a véleménykülönbség magyarázatot lel. Természetesen a follicularis újképződés nyilt kérdés marad.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(II. rendes ülés 1898. február 24-dikén és márczius 3-dikán.)

Elnök: Navratil Imre; titkár: Polyák Lajos.

Hangot adó perforált újszülött agykészítménye.

Ónodi Adolf: Tauffer Vilmos egyetemi tanár kiváló szívességéből egy perforált újszülött agyvelőjét vizsgálhattam meg; az újszülött a műtét után még lélegzett és hangot adott. A megkeményített agyvelő vizsgálata az agyféltekék sérülései mellett mutatta, hogy az agyvelő a mellő ikertelepek magasságában a nyultvelőtől el van választva. A hátsó ikertelepek és a Varol-hid teljesen épek, a mellő ikertelepek proximalis részlete és az agykocsiányok el vannak roncrolva. A jobb agykocsiány roncrolása annak külső áttetsző, alig egy mm. vastag felszínéig terjed. Azonban egy fél cm.-nyire ezen felette vékony összefüggés fölött a látótelepbe hatol kifelé egy 2 cm.-nyi mély sérülés, úgy hogy az agyat elválasztó roncrolás csaknem teljesen mondható. Ezen észlelet, mely emberen végzett kísérletnek felel meg, megegyezik egy állatkísérletünkkel, melynél az agytörzs teljes átmetszésére a mellő ikertelepek magasságában a hangképzés még fenmaradt. Bemutatja ezen utóbbi kísérletnek megfelelő agykészítményt kutyától. Felemlíti Kehrer esetét, melynél csak légzés volt és a vagus-terület teljesen ép volt, csak a hátsó agy az ikertelepekkel hiányzott. Az ennek megfelelő agykészítményt kutyától is bemutatja, melynél a nyultvelőnek a vagusterület fölött való átmetszésére a hangképzés megszűnt és csupán a légzés maradt meg.

A gége légző és hangképző idegeinek készítménye.

Ónodi Adolf: A készítmény lótlól származik és bizonyítja, hogy sikerült az elkülönített légző és hangképző idegek kötegeket az alsó gégeidegben, a nyakon, a mellkas felső részén a sympathikus összeköttetések keresztlátva a vagus törzsébe követni és így azon bonczani tény felismeréséhez jutni, hogy a gége kettős működésének, a légzésnek és hangképzésnek megfelelően a légző és hangképző idegek kötegei a központoktól a gégeizmokig, mint egységes elkülönített idegek kötegei haladnak. Az elkülönített légző és hangképző idegek kötegei hossza a gégeizmoktól a sympathikus összeköttetésekig 66 cm., ezen részletben ednek fölülük légesőágak. Az elkülönített idegek kötegei hossza a vagus törzsében 22 cm. és könnyen követhetők. Az elkülönítés súlypontja ama hurok, melyet az alsó gégeideg a nagy edénytörzsek körül képez. Itt vannak a sympathikus összeköttetések, az ansa Vieussenii és a rami cardiaci. Ezen helyen a hangképző köteg elkülönítése aránylag könnyen ment, mint a készítmény is mutatja, két összeköttetés volt jelen, az egyik az ansa Vieusseniiel, a másik a ramus cardiacussal. Azonkívül látunk egy kis összeköttetést a légző és hangképző kötegek között. Annál nehezebb volt a légző köteg elkülönítése, mintegy beagyazva volt a sympathikus fonalaiban, nyolcz összekötő ágat tudunk constatálni, mint azt a készítmény mutatja. Az ansa Vieussenii dúcától két köteg megy a ganglion stellatumhoz, két vékonyabb ág a szívhez menő idegekhez; a légző köteg öt fonállal függ össze ezen ágakkal. Az ansa Vieussenii a ramus cardiacussal összekötő ágtól két fonál megy a légző köteghez, azonkívül feljebb még az ansa Vieusseniiel újlag összefügg egy fel- és leszálló fonállal.

A készítmény két felismert tényt demonstrál:

1. A légző és hangképző kötegeknek a vagusban és az alsó gégeidegben elkülönített bonczani lefutását.
2. Az elkülönített légző kötegeknek szoros összefüggését a sympathicussal és a szívhez menő ágakkal.

Chorditis vocalis inferior hypertrophica esetei.

Navratil Imre: I. B. J., 15 éves, földműves fia. Felvételt 1898. január 7-dikén. A beteg 4 hó óta rekedt, 5 hét óta rekedtsége fokozódott, légzése nehéz; 8 nap óta valóságos fuldoklás fokozódott. Január 8-dikán tracheotomia inferior Schleich-féle infiltratív anaesthesiában.

Mindkét hangszalag halvány, bár kissé vastagodott; mozgásuk teljesen szabad. Mindkét hangszalag alatt a gége oldalainak nyákhártyája és a hangszalagok alatti nyákhártya halvány rózsaszínű duzzanata, laposdad duzzanat alakjában szűkíti a gégeének a hangrés alatti ürterét oly annyira, hogy az legmélyebb belégzésnél is csak 1/2 mm.-nyi rést hagy a levegő számára. Diagnosis: Chorditis hypoglottica hypertrophica simplex. Két hét óta intubációval tágitjuk a gége ürét s azóta ma már 1 mm.-nél szélesebb rést mutat.

II. K. S., 37 éves, napszámos. Felvételt 1898. február 18-dikán. A beteg most másodizben kereste fel osztályunkat. Először 1897. február 24-dikén vétett fel. Akkor előadta, hogy 9 hó óta rekedt, néhány hét óta nehezen lélegzik. Diagnosizunk akkor laryngitis hypertroph. hypoglottica volt. Mindkét hangszalag épsége és szabad mozgása mellett a hangszalagok alatti nyákhártyának halvány rózsaszínű duzzanata, nemkülönben a gége mellő fali nyákhártyájának duzzanata a hangrés alatt rekesz módjára szűkítette a gége ürterét. A beteg 1897. február 28-dikán éjjelkor fuldoklás lepte meg, a miért rajta a tracheotomia inferior végeztetett. Azután még egy ideig osztályunkon kezeltetett; saját kívánatára canule-lel távozott. Folyton munka után járt, néhány hét óta azonban rosszabbul van, gégejében fájdalmakat érez; nyelése is fájdalmas. E miatt vétette fel magát f. hó 18-dikán. A betegnél luesre vonatkozó semmi támpontunk nincs, a mellkasi szervek épek.

A gégeben első itt tartózkodása óta lényeges változások állapíthatók meg. Az akkor teljesen ép hangszalagok most vastagodottak, piszkos halványszínűek. Az aryporezok fölött a nyákhártya duzzadt.

A bal crico-arytenoid ízület ankylotikus, a bal hangszalag nem mozog. A csak nehezen megkülönböztethető hangszalagok alatt a gége ürét minden oldalról halványsárgás színű, tömött rigid szövet tölti ki, úgy hogy gégeür voltakép nincsen, holott első bejüvetelekor még 3 mm.-nyi rés maradt. Intubálás lehetetlen, elastikus húr bevezetése cocainozással alig sikerül.

Azon körülménynél fogva, hogy azóta a képlet nagyobb kiterjedésű, jóval tömörebb, s a bal gyűrűkanna ízületet megkötötte, a diagnosist scleromára kellett tenni. Ha hűrokkal való tágitás nem vezetne eredményre, betegnél előadó módszere szerint laryngofissióval, a melyet évek óta alkalmaz jó eredménnyel, fogja kimetszeni a gégeből a scleromát.

III. L. O. 58 éves, gyógyszerész. Felvételt 1898. február 18-dikán. A beteg hat hó óta rekedt, nehéz légzés néhány hét óta; utóbbi időben könnyebb fuldoklási rohamok. Evekkel ezelőtt szívbetegségben szenvedett. Bal szívűtélterés, diastolikus zörejjel a szívűcs felett. (Endocarditis és endoarteritis chron. deformans.) Kemény, kissé peczelő pulsus.

Mindkét hangszalag ép, jól mozog. A hangszalagok alatt két oldalt egy-egy halványpiros, laposdad duzzanat emelkedik a gége ürébe, a melyek hangképzésnél érintik egymást. A mellő commissura alatti nyákhártya hasonló módon emelkedik be a gége ürébe, a mi által az lényegesen szűkül.

Rekedt hang, nehéz, zörejes belégzés.

Beteg bár tagadja a luesst, némi jelek mégis arra vallanak, hogy a hypertrophikus nyákhártyát a hangszalagok alatt ily eredetűnek tartjuk. A nyakon alkalmazott szürke kenőccsel való bedörzsölések s belsőleg jodkali adagolás a betegnél tényleg a hypertrophizált nyákhártya, tár lassú, visszafelődését eredményezik.

Zwilling: Én 1887-ben foglalkoztam ezen tárggyal egy cikemben, mely a Wiener klin. Wochenschriftben jelent meg. Mindazon folyamatokat felsoroltam, melyek ezen hangszalag alatti dudorok képződéséhez vezetnek és mondtam, hogy ez az elnevezés csak klinikai szempontból jogosult. Ismereteink hiányosak voltak, mert azóta *Störk* is azt mondja az utána elnevezett blennorrhoeáról újabb művében, hogy ez nem más, mint rhinoscleroma. Figyelmeztetni akarok arra, hogy a rhinoscleroma-dudorokban némely esetben sorvadást lehet észlelni, a mi a diagnosizra nézve fontos, mert a bacteriologiai vizsgálat ebből a szempontból nem megbízható.

Az első és második esetet tükörrel nézve szintén scleromának tartanám, a harmadik úgy tűnik fel, mintha lezajlott perichondritis után maradt volna vissza, lues folytán.

Baumgarten: Előadó úr a második esetre azt mondta, hogy ott nem sokat vár az intubációtól, hanem a részletes elcindálást fogja végezni. Erre az a megjegyzésem, hogy az egyik eljárással ki kell egészíteni a másikat, mert tudjuk, hogy a scleromát, ha csak a gégeére van is localisálva, az excisióval nem lehet teljesen meggyógyítani, mert a kiirtott részek újranőnek. *Tokolovski* azt ajánlotta, hogy ilyen esetekben az excisio után pótlólag vezetessék be a tubus, ilyenkor sikerül az intubatio. Én magam is pártolom az excisiót, főleg azon czélból, hogy később intubációt lehessen végezni.

Polyák: Általánosságban óhajtók a scleroma bacteriologiai diagnosizához a *Zwilling*er megjegyzése alapján néhány reflexiót fűzni. Egyetértek vele abban, hogy a bacillus kimutatásával a váladékban vagy culturákban a diagnosiz még nincs eldöntve, mert a Frisch-féle scleroma-bacillusok, úgy mint a vele rokon Friedländer-féle bacillusok, vagy mint a Loewenberg-féle ozaenococcusok és a Fraenkel-Weichselbaum-féle diplobacillusok a felső légutak nyákhártyájának normalis váladékában is jelen lehetnek és onnan kitenyészthetők. Igazi diagnosizikus jelentősége a scleroma-bacillusnak csak akkor van, a hol a szövetségben mutatjuk ki, metszetekben is a jellegző festési módok segítségével, főleg pedig akkor, ha a Mikulicz-féle sejtekben, vagy azoknak szét-pattanása után a nyirkresekben szétömölve látjuk őket. Miután a scleroma kezdeti szakában, főleg a gégeében, subglottikus duzzanatoknál ritkán jövünk azon helyzetbe, hogy excisiót végezhesünk diagnosizikus czélból, azért itt legnehezebb a positiv diagnosiz eldöntése és legtöbbször meg kell elégedve lennünk a klinikai tünetek alapján nyert valószínűségi diagnosizissal.

Morelli: Nálunk én voltam az első, ki ily esetet tárgyaltam és a gégeből és orrból kiirtott daganatokban, melyeknek centrumában szét-esés is volt, *Babes* és *Hutyra* a szövetségben kimutatták a bacillust. Azonkívül egy újabb észlelt esetenben sikerült a daganatba bemetszés után sterilisált tüvel kiemelt váladéknak gelatinába való beoltása útján tiszta kulturákat kapni és ezért azt hiszem, nem kell szövettani vizsgálat, hanem egyszerű culturákkal is sikerül a kétes diagnosist eldönteni.

Némái: A kóralak, mely chorditis voc. inf. hypertrophica név alatt ismeretes, nem egészen zavarható össze a rhinoscleromával. A chorditis voc. inf. magában véve klinikai kép, mely körbonczatlanilag különböző esetekben különböző. Emlékszem olyan esetre, mely hangrés-szűkület miatt légesőmetszésre adott okot, ezután spontán javult a beteg, felszívódásnak indult a duzzanat. Az ok egyes esetekben lehet scleroma, máskor ismeretlen okból jön létre kötőszövet túltengés és van olyan is, melyet légesőmetszés után a fekvő canule izgatása hoz létre. Most észlelek hasonló esetet egy leánynál, kinél gyermekkorában légesőmetszést végeztek két gyűrűvel a cricoidea alatt, és ott, a hol a canule fekiúdt, most két köteg látszik; ha ez a két köteg valamivel feljebb fekiúdnék, akkor úgy imponálna, mint egy chord. voc. inf. hypertrophica. A scleromát klinice úgy ismerem meg, hogy ez egy dudorzos daganat, ellenben a chord. inf. hypertr. úgy imponál, mint a hangszalag megvastagodása, sima.

Polyák: Nem vontam kétségbe, hogy az esetek legtöbbszörében sikerül a scleromabacillust culturákban kitenyészteni, ebben félreértett **Morelli** kartárs úr, sőt minél kevesebb cautelával jár el a váladékvétel-nél, annál biztosabban fog sikerülni a kitenyésztés; hanem azt mondtam, hogy a kitenyészett bacillusnak, melynek kórokozó természete bebizonyítva még maig sincs, culturákban nincs diagnostikus értéke, és pozitív értelemben diagnostice csak akkor dönt a bacillus kimutatása, ha azt a szövetszövetekben, a Mikulicz-féle sejtekben találjuk.

Morelli: Magában a szövetben is volt bacillus.

Navratil: Az intubatio a chorditis voc. inf. hypertrophica azon eseteinél van indicálva, melyek nem scleromás természetűek és a melyeknél a tágitás gyógyulásra vezethet. A scleromáról ellenben tudjuk, hogy tágitással gyógyítani nem lehet, a tágitással elért csekély eredmény csak rövid ideig tart; épen ezért én sclerománál nem az intubatiót, hanem a radicalis beavatkozást, az excisiót tartom helyén valónak, a mely módon eddig három esetet operáltam és kiújulás egyik esetben sem következett be.

Hangszalaghüdés struma kiirtás után.

Navratil Imre: V. J. 22 éves, szobaleány. Felvételt 1897. december 21-dikén. A leánynak három év óta fennállott jókora ökölnyi strumája folyó évi január 11-dikén irtatott ki a cystába beagyazott baloldali recurrensnek 2 1/2 cm.-nyi részletével együtt, Kocher-féle haránt-metszéssel, Schleich-féle infiltrációs anaesthesiában. A műtét óta a gége egyébkénti teljes épsége mellett a gége balfelének hüdése (teljes recurrens hüdés) áll fenn. Utóbbi időben (villanyozásra?) határozott javulás mutatkozik. A hangszalag és gyűrűkanna izület bemutatóskor közel a rendeshez végzik működéseiket. Bemutató úgy véli, hogy a végek egyesülhettek. Ily hüdést és ennek visszafejlődését észlelte már husz stiumectomia után.

Ötödizben kiújult papilloma multiplex esete.

Navratil Imre: B. K. 25 éves, szabónő; négy ízben operálta bemutató a betegét gégeszemölcsdag miatt. Első ízben 1891-ben, azután 1892-ben, majd 1893 és 1895-ben. A szemölcsdag első és második esetben a mellső eresztékben volt, a harmadik ízben a baloldali Morgagni-gyomrocsonból, közel a mellső eresztékhez, negyedik ízben pedig szintén közel a mellső eresztékhez, de a jobb oldali Morgagni-gyomrocsonban fészkelt. Mind a négyeszer közel egy kis mogorónyi daganatot távolított el bemutató endolaryngealis úton a gégeből.

Műtétek után a beteg mindannyiszor teljesen tiszta gégével, ép hangszalagokkal és hanggal hagyta el az intézetet.

A szemölcsdag mind e mellett kiújult és a második recidivát leszámítva, a harmadik és negyedik esetben, bár közel az első kiindulás helyéhez, de mindig más és más helyen történt meg.

A beteg most ötödször jelentkezett, de nem úgy, mint az előbbi esetekben, egyes szemölcsdaggal, hanem a felső gégeüregben lévő sokszoros szemölcsökkel, melyek úgy a légzést, mint a nyelést jelentékezően nehezítik.

A bemutató betegnél előadó még egy ízben az endolaryngealis operálást fogja alkalmazni. Azon esetre, ha ezen immár az ötödik szájon át való operálás után is mutatkoznék kiújulás, laryngofissiót fog alkalmazni és így irtja ki majd a szemölcsdagokat, azok alapi nyálkahártyájával együtt, a mint ezt számos esetben végezte teljes és tartós eredménnyel.

Előadó rámutat azon fontos körülményre, hogy a jelen esetben az eredeti és a háromszorosan ismétlődött egyes szemölcsdag volt mindig, míg az utóbbi ötödik esetben már sokszorosá vált.

Polyák: Szabadjon ez alkalommal általános kortáni szempontból vetni fel egy kérdést. Előadó úr úgy tapasztalta, hogy olyankor, midőn laryngofissiónal a papillomát úgy operálja, hogy a nyálkahártyaalapot vele együtt metszi ki, akkor az többé ki nem újul. Hasonlót tapasztalunk többször endolaryngealis műtéteknél is, ha éles műszerrel és az alapon operáltuk a papillomát, csak hogy azt is tapasztaljuk, hogy új papillomák nőnek más helyeken, sokszor nem is a szomszédságban. Most már tekintve azt, hogy laryngofissiónal az egész gégenyálkahártyát kiirtani nem lehet, kérdés, hogy milyenek itt a kilátások a recidivára az érintetlen helyeken? Theoretice itt sem vagyunk óva a recidiva ellen, de előadó úr, kinek laryngofissióval operált esetekről bő tapasztalatai vannak, bizonyára fog tudni ezek alapján felvilágosítást nyújtani.

Navratil: Papilloma simplexnél nem tartom indicálnak a gége felmetszését és a nyálkahártya kiirtását, hogy a recidivát úgy előzzük meg, mert endolaryngealis műtétnél is van kilátás recidiva mentes gyógyulásra; papilloma multiplexnél pedig az egész gégenyálkahártyát ki kell metszeni, akkor aztán kiújulásról nem lehet szó.

Légsömetszés tuberculosus perichondritis miatt.

Navratil Imre: B. S. 32 éves, férjezett napszámosnő. Felvételt 1897. július 26-dikán, elbocsátott 1897. augusztus 22-dikén. A beteg fuldokolva hozatott be az intézetbe. Rögtön tracheotomia végeztetett. A vizsgálat kiderítette, hogy a gyűrűkanna-izületek merevségén kívül, úgy a bal, mint főleg a jobb áhgangszálagnak és a gégefödő kanna-redőknek lobos megduzzadása okozza a gége szűkületét. Mindkét, de főleg a jobb oldali tüdőcsészban hurut. A beteg hatodik hónapban terhes.

Hő reggel 37.6°, este 38.8°; elég bő váladék, melyben bacillusok nem találtak. Enyhe antipyresis után a láz megszűnt és köptetőkre a váladék jelentékezően kevesbedett. Már a harmadik héten visszafejlődött a gégedaganat és a baloldali gyűrűkanna-izület merevsége, úgy hogy a beteg elég tág hangréssel, betömeszelt canule mellett a szájon át lehelhetett. A beteg a negyedik héten kibocsátott a kórházból, a

canult azonban bemutató, tekintettel a beteg terhességére és a majdan bekövetkező gyermekágyra, a mikor tudvalevőleg gümös betegoknél a gége meglévő betegsége fokozódni szokott, nem távolította el, utasítván a beteget, hogy a kiállott gyermekágy után jelentkezzék. Most két hónapja mult a gyermekágyának, a gége, leszámítva a jobb gyűrűkanna-izület némi kötöttségét, rendes.

Bemutató figyelmeztet ezen eset kapcsán a légsömetszés fontosságára, mint souverain lobellenes gyógytényezőre, mely mellett gümös jellegű porczlob is visszafejlődhetik, természetesen a tüdők nem nagyfokú megbetegedése esetén.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A tápasatorna carcinomájának két esetét mutatta be **R. Frank** a „K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien“ április 22-diki ülésén. Az egyik esetben pylorus-carcinoma miatt 7 év előtt történt a gyomor-resectio, a másik esetben pedig egy tetemes nagyságú coecum-carcinoma távolítottatott el 6 évvel ezelőtt. A kórisme helyessége annak idején mikroskoppal is beigazoltatott. Mindkét beteg a műtét óta egészséges és jelenleg is kitünően ézi magát.

A párisi „Hôpital des Enfants-Malades“ 1897. évi diphtheria-statistikájáról számolt be **Sevestre** a „Société médicale des hôpitaux“ április 29-dikén tartott ülésén. A kórházba 580 diphtherias beteget vettek fel, kik közül 101 halt meg, vagyis 17.41%; ha azonban levonjuk az első 24 óra alatt elhaltakat, szám szerint 43-at, akkor a halálozás százaléka csak 10.80. Az 580 beteg közül 99-nél a diphtheria-bacillusok mellett egyidejűleg streptococcusok voltak jelen, ezen betegeknél a halálozás 32.32%-ot tett. A gyógyítás serum alkalmazásából állott; e mellett torok- és orr-irrigálásokat végeztek 59% os Labarraque-oldattal vagy súlyos esetekben 1%-os chloral oldattal. Olyan esetekben, a mikor az alhártyák túlságosan hosszú idő mulva sem tüntek el, még jod-tincturát vagy salol-port is használtak. Croup-eset összesen 341 volt. Ezek közül 203-nál intubatiót végeztek, 19.70% halálozással. 21 esetben az intubatio után tracheotomia végeztetett, 17 esetben pedig azonnali tracheotomia szükségessége állott fenn.

PÁLYÁZATOK.

4342/898. sz.

Tót-Komlós községben megüresedett községi orvosi állásra pályázatot nyitok; felhívom pályázókat, hogy kérvényeiket hozzám f. hó 26-dikáig annál inkább benyújtsák, mert később beérkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Az állás javadalmazása évenként 600 frt. Látogatási díjak következőleg vannak szabályozva, s ezen szabályozás pályázóra kötelező:

1. Községelyre nem szoruló vagyontalan napszámosoktól 15 kr.
2. Házzal bíró napszámosoktól 20 kr.
3. Ház- és földtulajdonosoktól vagy egyéb foglalkozásúaktól 30 kr.
4. Éjjel vagy a község külterületén ezen díjak kétszerese szedhető.
5. Műtétek díjazása egyezség tárgya.
6. Községelyre utalt szegények ingyen gyógykezelendők.

Oroszháza, 1898. évi június hó 3-dikán.

Szalay József dr., tb. főszolgabíró.

1-1

3103/898. ki. sz.

Csikmegye felelősi járáshoz tartozó Gyimesbükk, Gyimesfelső és Középlak községekből alakított gyimesi közegészségügyi körben az orvosi állomás lemondás folytán üresedésbe jövén, annak betöltése végett ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állomással 600 frt évi fizetés, 40 frt lakbér és mint kinevezendő csik-gyimesi pályaorvosnak az Ajnádtól Gyimesig terjedő 313 km. hosszú vonalszakaszon a pályaorvosi teendők végzéseért évi 300 frt tiszteletdíj jár. A községekkel és a Gyimesbükk területén levő fűrésztelepek tulajdonosaival egyezség útján megállapítandó látogatási, láttelel- és bizonyítványkiállítás díjakon kívül kórosvos a védhímlő-oltásért és újraoltásért az országos érvényű díjakat felszámíthatja és a bíróságok felhívására végzett szakértői működéséért a szokásos díjakat igényelheti. Székhelyén a halottkémlést és hűszemlét a szabályszerű díjak mellett végezni s községeit havonként kétszer beutazni és akkor a jelentkező betegeket ingyenesen ellátni tartozik. A magánlátogatásokra felektől fuvart követelhet.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében eddigi gyakorlatukat is igazoló okmányokkal felszerelt kérelmüket hozzám 1898. évi július hó 2-dikáig nyújtsák be. A választás Gyimesbükkben 1898. évi július hó 3-dikán fog megtartatni.

Csik-Szereda, 1898. évi június hó 5-dikén.

Fejér Sándor, főszolgabíró.

3-1

5430/898. ki. sz.

Baranya vármegye baranyavári járáshoz tartozó és Magyar-Bóly szék-helylél Magyar-Bóly, Lapáncsa, Illoeska, Német-Károk, Lőcs-Szent-István, Villány, Virágos és Hercegg-Szent-Márton községek szövetkezetéből álló közegészségügyi körben szervezett kórosvosi állás megüresedvén, ezen évi 500 frt fizetéssel és a megállapított látogatási díjak élvezetével egybekötött állásnak választás útján való betöltésére ezzel pályázatot nyitok s a választás határidejéül 1898. évi június hó 30-dik napjának délelőtti 10 óráját, helyeül pedig Magyar-Bóly község tanástermet tűzöm ki.

Ehhez képest felhívom pályázni kívánókat, hogy szabályszerűen felszerelt ez irányú kérvényüket 1898. évi június hó 28-dikáig bezárólag hozzám annyival inkább nyújtsák be, mert a netán később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Dárda, 1898. évi június hó 7-dikén.

Stenge Ferencz, főszolgabíró.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Áldor Adolf és Sternberg Géza: A pellagráról. 298. l.
Munk Jakab: Néhány jodoformpótló szernek therapeutikus értékéről, különös tekintettel a tannofórma. 300. l.
Tauszk Ferencz: Közlemény Korányi Frigyes ny. r. egyetemi tanár I. belkóródjáról. A hypertrophiás és atrophias májlob viszonya egymáshoz. 301. l.
Bosányi Béla: Fürdőorvosi tapasztalatok. 302. l.
Lengyel Soma: Újabb pellagra-esetek a Máramaros vármegyei közpótlóház belgyógyászati osztályáról (Igazgató: Szilágyi István dr.) 303. l.
Tárca. *Haberern*: Madridi emlékek a IX. hygienikus és demografiai congressusról. 304. l.
Irodalom-szemle. *Könyveismertetés. Bölkay, Kélli, Korányi*: A belgyógyászat kézi-

könyve. 305. l. — *Lapszemle. Piccardi*: A calomel-felszívódásról befecskendezések útján. 306. l.

Hetiszemle és vegyesek. Az orvostanhallgatók számának csökkenéséről. — A főváros egészsége. — Stefánia-gyermekkórház közgyűlése. — A millenniumi közegészségi és orvostügyi congressus küldöttsége a belügyminiszternél. — A magyar orvosok vándorgyűlése. — A pellagra állása Kolozs-, Szilágy- és Szatmármegyében. — A pellagra által a szemén előidéztet elváltozások. — Védekezés a tüdővész ellen. — Kinevezés. — Fürdőink látogatottsága. — A kolozsvári egyetem orvosi karának választása. — A budapesti orvosi kör balneológiai kirándulása. — A szülészeti poliklinikum forgalma. — A budapesti általános poliklinika forgalma. — Lakásváltás. — Fürdőorvos. — Ajánkozás. — Pheisin és Cosaprin influenzánál. — A sápkór gyógyításáról. — Felhívás előfizetésre. — Szt. Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Baumgarten Samu dr. 306–307. l. Pályázatok — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A pellagráról.

Közlök: *Áldor Adolf* dr., a nagy-károlyi közpótlóház igazgató-főorvosa és *Sternberg Géza* dr. kórházi másodorvos.

A jelenleg a Királyhágón túl fellépett tömeges pellagrás esetek s a kolozsvári tanárok e tárgyra vonatkozó érdekes közleményei, valamint a N. Somkuton május hó 29-dikén keltezett, Niederman dr. ministeri tanácsos, Konrád Jenő igazgató-főorvos és Farkas Jenő közegészségi felügyelő urak által szerkesztett s a nagyméltóságú m. k. belügyminister úrhoz felterjesztett s a „Gyógyászat” e heti számában közölt jelentés mellett nem tartjuk érdektelennek és feleslegesnek a pellagráról eddig tett tapasztalatainkat s a kórházban jelenleg is ápolás alatt levő két pellagrás beteg kórtörténetét röviden közzétenni.

1887-ben Takács Sándor dr. n.-somkúti járásorvos úr Áldor dr.-hoz címzett, augusztus 28-dikén kelt, jelenleg is meglevő levél kíséretében pellagra (Takács szerint magyarul sümörös poklosság) kórismével utasított kórházunkba egy Kardos Pelagia nevű, pusztahidegkuti (Szatmármegye) 30 éves beteget, kinél profus diarrhoea mellett nagymérvű vesania és cachexia is volt jelen és ki 62 ápolási nap után a kórházból gyógyulatlanul — felgyógyulás kilátása nélkül — szállított haza.

A nagy-károlyi közpótlóház nyomtatásban megjelent, 1894. évi működéséről szóló kórházi kimutatásában Sternberg dr.: „Jegyzetek az 1894. évi kórházi gyakorlatból” cím alatt közöl egy pellagra-esetet, melynek szövegét — a tárgy actualitásánál fogva — szösz szerint itt adjuk:

Szabó Pál 36 éves, földmives, kakszentmártoni (Szatmármegye) lakos, 1894. évi május 10-dikén 291 sz. a. vétetett fel. Már a múlt év tavaszán is mutatkozott mindkét kézhátán bőrlöb, ez idén is tavaszkor kezdett mindkét kézháta viszketni s kifejezett erythema fellépni; nagyfokú lesaványodás, folytonos hasmenés, dyspeptikus panaszok; tüdő, szív rendesek, vizeletben semmi rendellenes alkatrészt. Térdreflex fokozott, hangulata nagyon változó, néhány évig a beteg kizárólag kukorica-kenyérrel táplálkozott. A fenti tünetek alapján semmi kétségünk nem volt, hogy pellagrával van dolgunk, a tavaszkor ismétlődő erythema, a makacs hasmenés és cachexia, a psychikus sptacrában a csekély intelligentiájú betegnél a hangulat feltűnő változékonysága alkották a kór-képet, mely a folytonos tengeri lisztből készült kenyérrel táplálkozás aetiologikus momentumának figyelembevételével csak pellagrának volt tekinthető. Beteg gyógyulatlanul távozott.

Kórházunkban ez idő szerint ápolat két beteg kórtörténete a következő:

Róka Ignáczné Illajun Flóri, 25 éves, férjes, foglalkozás nélküli, részteleki (Szatmárm.) lakos, 1898 május 15-dikén 331 sz. a. lett felvéve.

A vesanius beteg anyjától, ki csak románul beszél, s nagyon csekély intelligentiájú, a kórelőzmények nagyon hézagosan tudhatók meg. Atyja régebben meghalt, anyja s egy testvére él. Családjában elmebaj elő nem fordult. Már mult évben is beteg volt, kezéről s lábáról a bőr lehámolt. Az idén három hó előtt betegedett meg nagy hasmenéssel, úgy, hogy sokszor székletete alája ment, később elmebántalom tünetei mutatkoztak nála, s miután otthon nem bírtak vele, bezállították a kórházba. A nagyon sápadt, vézna, gyenge nöbeteg bejövetele első napjaiban nagyon nyugtalan, sír, visít, mindig menni akar. Az egész köztakaró sápadt, látható nyákhártyák halványak. Mindkét kézhátán az előkar alsó harmadáig a bőr barna, megvastagodott, chagrainszerű kinézést mutat, helyenként repedéssé. A két szemlőlk felett, a homlok közepén, az orrhátán, mindkét pofafélen, az állon a bőr sötét-barnán festenyzett s miután e festenyzettség mindkét oldalt csak az arez egy részére terjed ki s éles határral megy át a halvány bőrrészletbe, ez az areznak sajátzeri küllemet kölcsönz. A láb hátakon csak kis helyen van a bőr barnás elszinesedése s érdessége kifejezve. Hőmérsék rendes. Tüdőkben kóros elváltozás nincs. Testsúly 45¹/₂ kg. Pupillák középtágak, egyenlők, reagálnak. Szívcsúcson gyenge systolikus zörrej. Apaczazörrej a bulbus jingularis felett nem hallható. Perczenként 103 érverés. Hasmenés nincs. Térdreflex nagyon élénk; sem lábelenus, sem facialis phaenomen nem váltható ki. A nagyon nyugtalan beteg néhány nap alatt bromkalium adagolására nagyon esendes lett s maniakális tünetei valóságos stuporba csaptak át. A psychikus tünetek mellett feltűnő volt a beteg legnagyobb fokú anaemiája s cachexiája, melyet semmi vérvesztés nem előzött meg.

Terhes sohasem volt, körülbelül egy év óta nem menstruált. Uterusa majdnem infantilis. Kórisménk felállításánál először malariacachexiára gondoltunk, de sem léptumor nem volt jelen, sem az előremet váltólázrohámok iránti kéredezősködésünk e feltevést nem támogatta; ezután a perniciosus anaemiát vontuk diagnostikus raisonnementünk körébe s a vérvizsgálat meglepő eredménnyel járt.

A vér már makroszkopie is vizenyős kinézésű, a haemoglobin-tartalom (Fleischl-féle hoemometerrel meghatározva) leszált 25⁰/₀-ra, a vértestecsek jelentékeny kóros alakú elváltozásokat mutattak: részint sok mikrocyta, részint legkülönbözőbb alakú degenerációk, valóságos poikilocytosis, a vértestecsek száma (piros vérszettek) 5.000.000 (Thoma-Zeiss szerint meghatározva), a fehér vérszettek száma jelentékenyen meggyarapodott. A vörös vérszettek száma kizárta tehát az anaemia perniciosát, bár a többi vérelváltozás ennek megfelelőek voltak, de miután anaemia perniciosánál a legjellegzőbb tünet a piros vértestecsek számának jelentékeny apadása, ezt esetünkben nem találva, e kórisménket sem tarthatuk fenn. Ezután lettünk figyelmesek a jellegzetes — bár már csak maradványaiiban s nyomaiban látható — bőrelváltozásra s állítottuk fel a pellagra kétségtelen diagnosist. Beteg két éven át kizárólag tengerikenyérrel s e lisztből készült ételekkel táplálkozott, de a tengeri minőségéről töle felvilágosítás nem nyerhető. Vizelet vizsgálatának eredménye: fajsúly 1020, erősen alji vegyhatás, sem fehérjét, sem cukrot nem tartalmaz, csekély indican kimutatható. Az alkalmazott roboráló eljárás, tinct. arsenicalis Fowleri és tinct. ferri pomati adagolása mellett állapota némileg javult, öntudata visszatért, kérdésekre válaszol, különben esendes, szótlan, s jelenleg nála katalepsia-szerű állapot észlelhető.

Érdekesen demonstrálhattuk ugyanis helybeli tisztelt kartársainknak — midőn a két pellagra esetet bemutattuk — a flexibilitas cerea musculorum typikus képét. Ha ugyanis beteg fejét, felső vagy alsó végtagjait bármily posztóba hozzuk, ő e helyzetet megtartja s felemelt karral órákig marad egy helyzetben

s e viaszhajlíthatóság és merevség nála nem meglepő, miután ép a katalepsiás állapotok leggyakrabban társulnak súlyos anaemiákhoz.

A kórházunkban ápolat másik pellagrás folyamat még heveny stadiumában van s midőn e beteg Áldor dr. ambulantiáján jelentkezett, a kórismét rögtön pellagrára tette s ez okból vette is fel a kórházba, hol az anamnestikus adatok, a kórkezdést apró minutiosításai a magyarajkú, intelligens betegről pontosan megtudhatóak voltak, mint azt következő kórtörténete is igazolja:

Gyárfás Andrásné szül. Kapitány Erzsébet, 36 éves, férjes, nap-számos neje, tyukodi születésű, jelenleg urai (Szatmár.) lakos, 1898. június 9-dikén 400. sz. alatt vétetett fel. Atyja 70 éves, egészséges; anyja gyermekágyban halt el, 5 egészséges testvére van. Hatszor szült, 5 gyermeke él, legifjabb 2 éves. Tisztulását 14 éves korában kapta meg, most hat hét óta nem volt. Ez év március havában betegedett meg. *Baja szájfájással kezdődött, ajkain, nyelvén, torokában fájdalmas hólyagok keletkeztek*, melyek részint felpattantak, részint beszáradtak; e szájfájása hat napig tartott s ezt követte gyomorfájás, émelygés, hányás, később hasában heves fájdalmak, hasmenés erőltetéssel, naponta 4–5-ször ürülés. A bántalom kezdete után 7–8 héttel kezei és lábai megpirosodtak, dagadni kezdtek, később a bőr felhólyagzott s belőle zavaros vízszerű folyadék folyt ki. Jelen állapot: Az elég erős csontrendszerű, 44 kg. súlyú beteg lesoványodott, rosszul táplált. Mindkét kézháton, az ujjak háti felületén, a kéztőizületen és az alkar alsó harmadában a bőr nagy foszlányokban lehámolt, szárukemény, sárgás színű, sok helyen az irha szabadon fekszik, közben egyes szigeteken a bőr csak barnás-veresen elszinesedett, megvastagodott, több helyen berepedezések, rhagadések, melyek az ujjak és kéz tenyéri felületére is áttérjednek és egyes mélyebb berepedésekből kevés vér is szivárog elő. Mindkét lábháton a bokaizület felettig terjedve, fentihez hasonló, de még kifejezettebb elváltozások a bőrön. A lábhátról az epidermis nagy czafatokban lóg le. Az orrhegyen és jobb orrszárnyon epidermishámolás. Az alajkon a nyákhártya epithelrétege beszáradt, sárgás, mint herpes után. Gyomor és has nagyon érzékeny, úgy hogy a beteg kért bennünket, hogy heves fájdalmai miatt vizsgálatnál erős nyomást ne gyakoroljunk, ótvágytalanság, naponta 3–4-szer híg, fájdalmas erőltetéssel járó ürülés. Hasfalak lesoványodtak, aorta abdominalis pulsatiója tapintható. A bal pupilla tágabb mint a jobb, mindkettő jól reagál. Érzékszavár nincs. Térdreflex fokozott, láb-clonus és facialis phaenomenon ki nem váltható. Tüdők felett percussionalis eltérés nincs, bal tüdő felett érdes légzés, szörcs-zörejek. Szívhangok egyenletesek, tiszták, gyengék. Érverés könnyen elnyomható, percenként 84. Hőemelkedés nincs. Mindkét vese Israel módszere szerint kitapintható, megnagyobbodott. Vizelet erősen alcalikus kémhatású, erős phosphattartalmú. Fajsúlya 1022–25, sem fehérjét, sem cukrot nem tartalmaz, hanem sok indicant, Acidum muriaticum concentratum, 5% calcium hypochlorosum-oldat és chloroform-mal eszközölt kémleléssel kifejezett szép indicant-reactio. Vizeletüledék górcsó alatt semmi rendellenest nem mutat. Faeceseekben a bacillus maidis ki nem mutatható. Vérvizsgálat: vértestecsek száma 5.000.000, rendes, fehér vérszövetek jelentékenyen megsaporodva, kifejezett leucocytosis. Haemoglobintartalom 85%. Vértestecsek jelentékeny alakú elváltozást nem mutatnak. Bajának keletkezését illetőleg előadja, hogy falujukban eddig mindig buzakenyeret ettek, de a múlt évben az áríz buzatermésüket teljesen elvitte és az eszések miatt későn vetettek tengerit, mely éretlenül és nedvesen szedtetett le.

A pellagrának mint külön kóralaknak létezése már kérdés tárgyát nem is képezi, valamint az sem, hogy éretlen, nedves, megromlott tengerivel való táplálkozás által okoztatik. A kór lényegét illetőleg azonban különbözők a felfogások, de legtöbben intestinalis autointoxicatióknak tartják. Ez esetben fontos a megbízható beteg azon állítása, hogy *baja szájfájással kezdődött és lehet, hogy a kórokozó agens* már a szájfájást követő gyomor- és bélelváltozások arra utalnak, hogy az ártalom a tápasatornán át jut a szervezetbe. Az idegrendszerbeli bélelváltozások későbbi resorptio folytán tünetek.

Eredeti Neisser tanár felfogása a pellagráról. Ő ugyanis 1887-ben, tanársegéd korában, az osztrák kormány megbízásából Ausztria Fridul tartományában tanulmányozta a pellagrát s ennek eredményeként egy értékes és érdekes monografiát írt e tárgyról, később egy szellemes — de tagadhatlanul exotikus — „Haematologikus Tanulmányok“ című munkájában fontos szerepet juttat a pellagrának; e tanulmányban azon nézetének ad kifejezést, hogy a pellagra a sympathikus egy rendszerbántalma, kiemeli ugyanis, hogy a pellagra esetek közös tulajdona a hyperleucocytosis s különösen az eosinophil-sejtek megsaporodása s miután a fehérvérsejt-szaporodás a bántalom kezdeti szakában is megvan, a midőn még anaemia nem fejlődött ki, nem lehet e leucocytosist a csontvelő vért-

pótló működésének tekinteni s miután több más bántalomnál s különösen a pellagrát jellegző bőr-, ideg- és bélbajjal analogiába hozható bántalmaknál, így tetaniánál, puerperalis maniánál, pemphigusnál, bélintoxicatióknál szintén az eosinophil-sejtek jelentékeny megsaporodását találta, mindezeket egy közös okra vezeti vissza és oda concludál, hogy a sympathikus az eosinophil-sejtek tulajdonképeni secretorikus idege s e feltevésnek némi kísérleti támpontot is nyújt azáltal, hogy pilocarpin bőr alá fecskendezése után izzadás és salivatió kivül átmeneti leucocytosis is jön létre.

A vértagokon és a bőrmás helyén is létrejövő kütteget, dermatitist, semmikép sem lehet az erythema solareval identificálni. E betegünk is az ágyban feküdt, mezítláb nem járt s így a napnak némely szerzőktől említett cauterisatio provocatoria befolyása sem jöhet szóba. Erythemák létrejötte a tápasatornából felszívódott anyagok folytán elég gyakori jelenség, csak az urticariára, bizonyos gyógyszerek utáni exanthemákra, romlott sajt és burgonya utáni általános erythemára utalok; de feltűnő a pellagránál a bérelváltozások localisatiója, szerény véleményünk szerint a bérelváltozás periferikus jellege itt a legszembeötlőbb momentum s ennek okát abban kereshetjük, hogy bizonyos trophoneurotikus hatások, vasomotorikus befolyások okozzák az elváltozásokat s azért nyilvánul ez a periferikus részeken, mert itt a circulatio a leggyengébb s némi analogiát az ergotismusnál találunk, hol a gangraenák mindig a környi részeken fejlődnek; és míg eddig azon körülményt, hogy a baj leginkább tavasszal jelentkezik, a nap befolyásával okadatolták, ezt talán magyarázni lehet azzal, hogy a tél végén a készlet fogytával a táplálkozás minőségileg és mennyiségileg silányabb lesz s ez okozza tavasszal a pellagrát.

A vizeletbeli elváltozásokat illetőleg további figyelembe vételre érdemes a mindkét esetről észlelt erősen alji vegyhatás. Ezen esetről a kifejezetten nagy indicantartalom az intestinalis tünetek praevaleálásánál nem meglepő. A vérbeli elváltozást illetőleg a már méltatott leucocytosison kivül ezen esetről a rendestől feltűnően eltérő lelet nem volt, de az előbbi esetben a 25%-ra leszállt haemoglobintartalom, a piros vértestecsek kóros alakú elváltozása, microcytaemia és poikilocytosis feltűnőek s magyarázzák a rendkívüli nagyfokú anaemiát és cachexiát s miután a vérképző szervezetben, sem a lépben, sem a mirigyekben, sem a csontvelőben feltűnő elváltozás nem volt, nagyon valószínű, hogy azon esetről — melynél különben is az idegrendszer részéről kóros elváltozások a legszembeötlőbbek — a vérképzést befolyásoló idegműködésben van a pathologikus elváltozás, a mint azt éppen Neisser a sympathicusban keresi.

Ezen eset még csak néhány nap óta áll kezelésünk alatt; az erythemára a még Takács dr.-tól ajánlott 1% carbolvíz-mosást használtuk, továbbá roboráló eljáráson kivül belsőleg bismuthot és salolt s tanninoldattal magas bélbeöntéseket alkalmaztunk; ily módon a fájdalmas hasmenéseket már jelentékenyen szüntettük s a baj nem kezdetleges volta dacára a restitutio ad integrumot reméljük.

E két kutas betegen kivül Áldor dr. június 13-dikán még következő — ambulantiáján jelentkezett — pellagrát észlelte:

Szilágyi T.-né Nics Judit, 30 éves, oláh-gyűrűsi (Szatmármege) lakos, tavasz óta beteg, kizárólag kukoriczával táplálkozott. Baja szájfájással kezdődött, a nyelven jelenleg is fehér foltok, fissurák s egyes duzzadt helyek láthatók, szájpád piros, belövelt. Mindkét kézháton, előkar alsó harmadában, lábháton jellegzetes kütteg. Mezőre ez évben nem járt. Hasmenése még nincs. Menstruatiója van rendszeren. Nagyon anaemikus kinézésű. Állítása szerint édesanyja, Nics Józsefné, 50 éves, szintén ottani lakos, ugyanezen bántalomban szenved.

Midőn a fentiekben az általunk észlelt pellagra-esetekről beszámoltunk, ismételen ki akarjuk emelni, hogy a bántalom kezdete a szájf-, nyelv- és torokban, az erythema létrejötte teljesen függetlenül a nap befolyásától, a vizelet erősen alji vegyhatása, a nagy indicantartalom a vér fontos elváltozásai további megfigyelésre érdemes jelenségek. Az eddig több oldalról közölt esetek számából is láthatjuk már, hogy sajnos, a múlt év silány termése majdnem megvalósította ezen század-

ban azon képet, mit ragyogó phantasiájú írónk, Jókai Mór „A jövő század“ regényében a malrosso, a pellagra miserorum elterjedéséről fest, hol a tudornő által egész találóan eseteli a pellagra tüneteit — kivéve abban, hogy a bajt érintkezés által is ragályozónak, contagiosusnak mondja, de kiemelve még azt is, mit talán a jelenlegi tapasztalat is igazolni fog, hogy a pellagra inkább a női nemnek, a esekélyebb ellentállási képességű s rosszabbul táplálkozó nemnek a bántalma. S a pellagra mostani nagy elterjedtségéből csak ismételtelen láthatjuk azt, hogy a betegségek egy jelentékeny részének a nyomor a teremtője s terjesztője is és minden hygienikus törekvésnek kiindulási pontja, alapja és végeztelje nem lehet más, mint a nép közgazdasági jólétének emelése, anyagi existenciájának javítása s ez egyszersmind a hygienikus törekvések sikerének, ha nem is kizárólagos, de egyik sarkalatos követelménye.

Néhány jodoformpótló szernek therapeutikus értékéről, különös tekintettel a tannoformra.

Irta: *Munk Jakab* dr., Duna-Szerdahely.

Mig a mult század zárójelenetét nemzeteket és országokat döntő véres események képezték, addig a most letűnő század utolsó évtizedeit részint korszakalkotó találmányok és felfedezések, részint folytonos újítások és javítások jellemzik, melyek mintegy a világbéke hajnalának derengését jelezve, nemcsak az iparra és művészetekre, hanem nagyon jelentékeny mértékben tudományunkra is kiterjeszkednek; jóllehet ebben a mindenütt és mindenben újításokra törő általános versenyben, mely mindennek, a mi régi, hadat üzen, nem kis része van annak, a legtöbb emberrel közös tulajdonságnak, mely minden újat kész örömmel karol fel. Pedig nincs ága a tudománynak, hol nagyobb fontossága volna az újításokkal szemben tanusított zárkozottságnak, mint épen az orvosi tudomány, hol a kifejezett vélemény kétszeres súlylyal esik a mérlegbe, mert beláthatatlan consequentiákat von maga után a könnyelműen nyilvánított vélemény. Kiváló vegyészeink, kik gyógyszereink tárházát már sok nagyon értékes szerrel gazdagították, tudatában vannak az új praeparatumok készítésénél reájuk nehezedeő súlyos feladatnak és iparkodnak az alkalmazásban álló gyógyszerek hiányain vagy azok elégtelenségén a lehető leglelkiesmeretesebb módon segíteni.

De az elméletnek a gyakorlat a próbaköve és épen ezért csak hosszas klinikai észlelés után lehet valamely gyógymód vagy új gyógyszer értékéről biztos véleményt mondani. Ezt az elvet tartván szem előtt, igazolva van eljárásom, hogy csak most publikálom tapasztalataimat egynéhány oly szerről, melyek már többé-kevésbé hosszú idő óta vannak használatban és melyekről már több ízben értekeztek, de azért használhatóságuk még nincs kellő világításba helyezve. Kétségtelen, hogy azon számos chemiai praeparatum nagyrészét, melyek újabban készitődtek, azon praeparatumok képezik, melyeknek közös célja: a szélteben alkalmazott jodoform pótlása, melyet mióta Mosetig a sebészi gyakorlatba bevezetett, nagymérvű elterjedést nyert és méltán, mert kiváló tulajdonságai nem egykönnyen pótolhatók egy surrogatummal. De intensiv szaga és némely egyének a jodoformmal szemben tanusított intolerantiája, továbbá a közbe-közbe előfordult mérgezési esetek és végül túlmagas ára miatt kívánatos volt egy oly pótló anyagra szert tenni, mely tökéletesen ugyanazon hatás mellett a jodoform említett hátrányos tulajdonságait nélkülözze. Tényleg sikerült is jelentékeny számú pótlószert találni, de ezeknek a jodoform felett birt közös előnyükön — a szagtalanságon — kívül többnyire meg volt az a *kis* hátrányuk, hogy hatástalanok voltak.

A már számottevő praeparatumok közül különös figyelmet érdemelnek saját tapasztalásom szerint: a *jodol*, *dermatol*, *airol* és a legújabb időben a legszélesebb körben alkalmazást talált *tannoform*, a gallus-savnak formaldehyddel való condensatiós terméke. Daczára, hogy e szerek mindegyikét, mint a jodoformmal egyenértékűt ajánlották, mégis hosszabb kipróbálás

után arra a meggyőződésre jutunk, hogy a nevezett praeparatumok minden előnye mellett is, némely esetben még sem nélkülözhetjük teljesen a jodoformot a sebkezelésben. Épen ezért nem lehet eléggé elítélni az oly eljárást, mely egy különben értékes új szert alig hogy napvilágot látott, mindjárt mint universalis specifikumot állit előtérbe, minek természetesen az a hátrányos következménye van, hogy az igazi, valódi értéket is csak hosszabb idő mulva tanuljuk meg ismét méltányolni.

Olyan szerek, mint az *ichthyol*, nem minden nap állittatnak elő, sőt még ennek is, és ez természetes, meg van a maga határolt indicatiója s távol van attól, hogy egyetemes szerként szerepeljen.

A jodol, mely elsőnek lett a jodoformot pótló szerek közül a praxisba bevezetve, nem vált be. Ha jodollal hintünk be egy genyedő sebfelületet, úgy ez túlerősen impregnálódik a sebbe és nem mozdítja elő a sarjadzást; tehát általánosságban nem használható a sebkezelésben, még ha szintén magas árától el is tekintünk. De igenis sikerrel alkalmazható kisebb fókélyeknél, minő pl. az *ulcus molle*, melynél félt, hogy a jodoform szagával áruulová válik. Ily esetekben a daganatot tiszta creolinba mártott Bruns-féle vattával többször intensive bekenem és csak azután hintem be jodollal. Ezen naponta ismételt kezelés mellett az *ulcus* néhány nap után eltűnik. Ugyanezt a hatást idézi elő a *dermatol*, az *airol* és a *tannoform*. Azonfelül *sikerrel* alkalmaztam a jodolt *serophulosus ozaenanál*, mint felszívópor, természetesen megelőző desinfectio után, ha sikerül a mellett a *patiens* hygienikus viszonyait megjavítani és ha a *causalis momentumot* kellő figyelemben részesítettük.

A *dermatol*nak is jodoformot pótló szernek kellene lennie, de csak mint hintőpor bir hatással amylummal keverve a gyermekek felevődésénél, továbbá *seborrhoea* és *intertrigónál* szárító por gyanánt. Azonfelül sikerrel alkalmazom a *dermatol*t belsőleg, *béllhurtnál*.

Az *airol*t szintén hosszabb időn keresztül alkalmaztam a sebkezelésben, de akár új, akár genyedő *processusoknál* használhatatlannak mutatkozott. Ugyanis a seb váladékával való érintkezés közben bomlásnak indul a hamúszerű por és a sebre rakott gaze-zel együtt deszkakeményesű massát képez, mely a sebváladék lefolyását akadályozza és ez által a gyógyulást jelentékenyen késlelteti. Más irányban nem kísérleteztem az *airollal*, kivéve *lágycékelyeket*, melyeknél, mint említém, szintén hatásos.

Végül a *tannoformra* térek, melylyel több szerzőnek ajánlatára számos kísérletet tettem és miután még eddig nincs eléggé megállapítva, mikor van indicálva használata és milyen a hatása, ez arra késztet, hogy e téren tett tapasztalataimról részletesen referáljak.

Mindenekelőtt megjegyzem, hogy a *tannoform* azokhoz a szerekhez tartozik, melyek therapeutikus értékük mellett a veszélytelen kezelhetőség előnyével dicsekedhetnek. Azon orvos részére, ki rendelő órájában nagyszámú beteget kezel sebészileg, megbecsülhetetlen előnye van az oly szernek, mely minden további előkészítés nélkül, úgy a hogy van, használható. E szempont vezérelt engem, midőn a carbolsavat és a sublimatot már évek óta rendelő szobámból száműztem, mert ezek még az orvos kezében is nagy vigyázatra intenek. Nézetem szerint nem tanácsos a *patiens* kezébe carbolsav-oldatot, vagy sublimat-pastillákat adni; ez által már számos mérgezés történt, hisz a közel multban is épen egy orvos lett áldozata ily végzetes tévedésnek.

A külső kezelésben a következő esetekben alkalmaztam sikerrel a *tannoformot*:

1. A sebkezelésben. a) Friss sebeknél a *tannoform*nak szárító tulajdonságánál fogva kitűnő hasznát lehet venni, különösen oly esetekben, mikor kötést alkalmazni a seb fevésénél fogva bajos. Ha például friss, nem nagy terjedelmű, szűrt, vágott vagy zúzott sebek jönnek a kezelés alá, úgy a vérzés csillapítása és gondos desinfectio után a sebet *tannoform*mal hintjük be, mire a seb felett szilárd réteg képződik, mely alatt a seb néhány nap alatt beheged. Ugyanezen ered-

ményt érte el Ebersson¹ kartárs is friss sebeknél. Egy ízben sem találtam, hogy a tannoform a friss sebeket izgatná, mint ezt egy orvos² felhozta. Állításom illusztrálásul csak a következő három esetet hozom fel, melyek a törvényszéki orvosi praxis szempontjából is jelentőséggel bírnak: Mult évi július hóban egy 8 éves kis leány jött apjával rendelésemre azzal a panaszszal, hogy egy más egy égetett téglának darabjával oly erősen dobta meg a kis leányt, hogy felső ajka meghasadt. Tényleg erőművi úton előidézett nyulajkat találtam, melyet előzetes desinfectio után esomós varrattal egyesítettem és utána a sebet tannoformmal behintettem és a mennyire lehetett, be is kötöttem, meghagyván, hogy harmadnapra ismét jelentkezzen. Ez időben a kis leány meg is jelent, de kötés nélkül, mert ez még az első éjszaka leoldódzott. A seb már behegedt és feketés-szürke réteggel volt fedve. A varrásokat csak az ötödik napon távolítottam el és tökéletes összenövészt constatáltam, úgy hogy a sebet 8 napon aluli gyógyulási tartamának jelenthettem ki.

Mult évi július hó 20-dikán egy 15 éves pinezérfiú állítottatott elém, kinek fejéhez egy kocsis puttonyt vágott, mi áltai 5 cm. hosszú, tátongó, tarajos szélű vérző sebet szenvedett. Hivatalosan felszólítottam, adjam véleményemet, vajjon súlyos-e a sértés, avagy nem. Az egészen a csontig hatoló seb vérzésének csillapítása és desinfectiálása után azt összevarrtam, behintettem tannoformmal, de véleményem adását a további lefolyás megfigyeléséig halasztottam. Ebben az esetben is a tannoform behintése által szilárd pörk képződött és miután a gyógyulás a 8-dik napon tökéletes volt, a sértülést könnyűnek nyilvánítottam.

Egy két éves gyermek mult évi szeptember hóban egy törött sörös üvegre esve, egy 1½ cm. hosszú sebet ejtett magán, közel a bal szem szögletéhez, a szemöldök alatt. A seb varrásába a szülők nem egyeztek bele, mire a fentebb említett módon kezeltem. A gyógyulás a tannoform képezte pörk alatt 3 nap alatt történt. Ily kedvező lefolyású esetet még számosat észleltem, a miből következtethető, hogy a tannoform exsiccatorikus tulajdonságánál fogva friss sebeknél kitűnő takarószert, a nélkül, hogy a sebeket irritálná. A mesterségesen előidézett pörkkel csak a természetet utánózzuk, a mennyiben gyakran a beszáradt vér képez ily védő pörköt, mely alatt a seb beheged, de alatta genyedés támadhat, mi a fentebb említett kezelés mellett elkerülhető.

b) Genyedő sebeknél és fekélyeknél, melyek csak a felületen székelnek, szintén alkalmazhatjuk a tannoformot, de mélyebbre terjedő genyedéseknél nem ajánlható, mert az általa képzett pörk a seb váladékának lefolyását akadályozza és nem segíti elő a sarjadzást. Itt csak a jodoform van helyén.

2. Bőrbetegségek közül különösen kiemelendő a varicosus lábszárak nedves eczemája³ felületes fekélyekkel, továbbá az intertrigo és excoriatiók, mely bajoknál kiválóan előtérbe lép a tannoform szárító hatása.

3. Lábizzadásnál a tannoform felülmúlhatlan hatású, mit már több szaktekintély megerősített. Minden más praeventív intézkedés nélkül sikertült rövid idő alatt egyéneket e makaes bajból kigyógyítanom, a nélkül, hogy hetek, hónapok multával a recidiva beállott volna. A beteg lábát, alapos fűrdés után, tannoformmal behintem és ez által a legkitűnőbb eredményeket érem el.

Belsőleg is jó sikerrel alkalmazom a tannoformot. Vidékünkön a kedvezőtlen éghajlati viszonyok befolyása alatt az úgynevezett orosz nátha endemice lép fel és az állandó hyperaemikus állapotát idézi elő az ornyákhártyának, mely különösen a hideg idő beálltával dagad meg és ez által az orron való lélegzést annyira lehetetlenné teszi, hogy a cauterizáláshoz szükséges nyúltni. Tiszta tannoformnak hosszabb időn keresztül való insufflatiója által a patienteknek jelentékeny könnyebbülést szerzünk, sőt kevésbé makaes eseteket ki is gyógyítunk. Gégecatarrhusok is nagyon gyorsan gyógyulnak

tannoform által. Dyspeptikus, typhosus és tuberculosus diarrhoeánál, valamint bélvérzésnél a tannoformot késhegyenkint minden hozzáadás nélkül rendelem. A közönséges catarrhalis természetű diarrhoea csakhamar elmúlik, a typhosus és tuberculosus természetűek pedig kevésbé bővekké lesznek, míg a bélvérzés, oly esetekben, midőn ferrum sesquichloratum nem használ, tannoform használata után elmúlt. Végül pedig suppositorium formájában, belső aranyeres csomóknál nagyon ajánlható.

Összefoglalva tehát, tapasztalásom szerint a tannoform használata a következő esetekben van indicálva.

1. Friss, nem nagyon terjedelmes sebeknél és felületes fekélyeknél.

2. Nedves eczemák, intertrigo és excoriatióknál.

3. Lábizzadásoknál semmi más ismert szer által nem pótolható.

4. Közönséges ozaenánál és gégehurtnál.

5. Diarrhoeánál, bélvérzés és aranyeres csomóknál. Ez utóbbi ellen a következő compositiót ajánlom:

Rp. Tannoform. 2'00

Extr. Belladonn. 0'10

Butyr. Cacao qu. s.

u. f. l. a. suppositoria Nr. 10.

S. 2 drb használandó naponként.

Közlemény Korányi Frigyes ny. r. egyetemi tanár I. belkórodájáról.

A hypertrophiás és atrophias májlob viszonya egymás hoz

Tauszlc Ferencz dr. első tanársegéd és egyetemi m. tanártól.

(Folytatás.)

Hiszén ezekben olyan tények foglaltatnak, melyek ellen még a legmegrögzöttebb hívei a dualistikus felfogásnak sem zárkozhatnak el. Ma Rosensteint tekinthetjük annak, ki legerősebben kardoskodik a hepatitis hypertrophica és atrophica elkülönítése mellett. De ő maga elismeri, hogy a hepatitis hypertrophicanál bizonyos tünetek észlelhetők — kivételesen —, melyek az atrophica jellegző tulajdonságai közé tartoznak és viszont találkozhatunk elvéve a hepatitis atrophicanál olyan jelekkel, melyek a hepatitis hypertrophica sarkalatos mozzanatai közé tartoznak. A hasonlatosságot ott, hol a különbség a lényegben fennáll, csak látszólagosnak mondja. Igen találó azon hasonlat, melyet állításának megerősítésére használ, midőn a máj és vese analog elváltozásai között párhuzamot von. „Ma a zsugorvise kórboneztani képe annyira tisztázott, hogy nyilván nem találkozik senki, a ki feltételezi, hogy azt egy vesenagyobbodás előzi meg, vagy azt talán parenchymatosus veseloból származtatja. A parenchymatosus nagy vese másodlagos zsugorba mehet át: a másodlagos zsugorvesébe.“ „És a mint ez a vesénél történhetik“ — mondja Rosenstein — „létesülhet ez“ és ebben van állításának egyengető része „a májnál is“. „Ha ez létesül, ha a nagy máj másodlagos zsugorba megy át, akkor megtaláljuk az összes, az atrophias májlobra jellegzetes pangási tüneteket a vena portae ágaiiban. Tehát a folyamatoknak eredetileg eltérő volta dacára, úgy, mint a vesénél, fejlődhetik egy klinikai kép, mely az alaptevő különbségeket többé felismerni nem engedi. Azonban még ekkor sem áll a megkisebbedés, mely az ezelőtt megnagyobbodott májat illeti, arányban a megkisebbedés azon fokával, mely a genuin májzsugornál látható.“

Messzire vezetne, ha a klinikai kép átmosódásának igazolására klinikánk nagy beteganyagából casuistikus példákat sorolnánk fel. Másrészt anyagunk nem elég nagy, hogy statistikai összeállítások alapján messzire menő, zárt meghatározások között álló következtetések alapját képezze. Az adatok nagysága bizonyos ingadozásoknak lehet alávétve különböző összeállítások szerint, de ez a tények valóságát érinteni nem fogja.

A hepatitis interstitialis atrophica jellegző tünetei között van a hypdrops ascites és lépnagyobbodás, de hiányzik az icterus. Körtörténeteink sorából pedig elég példát sorolhatnánk fel — a mint az különben Korányi tanár fent említett szavai-

¹ Aerztlicher Central-Anzeiger. Wien, 1897 Nr. 26.

² Monatshefte für praktische Dermatologie. Hamburg, 1896 XXIII. Bd.

³ Nässendes Eczem.

ból is kivethető —, hogy icterus a hepatitis interstitialis atrophica tipikus lefolyású eseteinél is előjöhethet. Ha az icterus ezen előjövételére atrophias májloboknál nem is mernék számadatokkal szolgálni, úgy mégis talán közel járok a valósághoz, ha állítom, hogy hepatitis atrophica minden 7—8-dik esete az, melynél icterus észlelhető. Az, hogy az icterus itten, ellentétben a hypertrophicánál észlelve, csak kiesiny, az esetek egy részében állhat ugyan, végérvényes szabályul azonban ezt fel nem állíthatni. Nagy anyag felett rendelkező orvosok gyakorlatukból nyilván könnyen idézhetnének eseteket, hol hepatitis atrophicánál jelentékeny, az egész testre kiterjedő icterust láttak, másrészt az I. belkóródán mostan is van hepatitis hypertrophica kifejezett példánya észlelésünk alatt, hol a köztakaró csekély sárga színeződése mellett a vizeletben epefestenyek a legérzékenyebb reakciókkal sem mutatathatók ki.

És analogok a viszonyok a hepatitis hypertrophicánál. Jellegző a máj- és lépnagyobbodás, az icterus, de hiányzik a hydrops ascites. „Cirrhose hypertrophique sans ascite avec ictere” mondja a francia iskola.

Ha szigorúan ezen szabályhoz tartanók magunkat, a kórismét ezen különben is ritka bántalomra állíthatni csakis a legeslegritkább esetekben állana módunkban. Vagy azon kényszerhelyzetbe jövünk, hogy szakítva a definitio szigorú szabályaival, ide a többi kellékek jelenléte mellett azon eseteket is soroljuk, hol hydrops ascites jelen van.

Feljogosítva érezzük magunkat erre, ha a hepatitis hypertrophica lényegét szolgáltató, *Hanot*-tól származó casuistikus eseteket vesszük szemügyre, a mint azt *Heinecke* összeállította.

- I. eset sectionál csekély hydrops.
- II. „ „ „ „
- III. „ „ hasban vér.
- V. sok hydrops (véres).
- VI. hydrops
- VII. 2—3 liter hydrops.

I. *Goluboff* esete nagy ascites.

II. *Freyhan* esete 3 liter hydrops; vagyis XIV eset közül 8-nál volt számbavehető hydrops.

Kiener (Semaine méd. 1893.) egy bonczolt eset kapcsán javaslatba hozza a cirrhosis hypertrophica sárgasággal járó eseteit *Hanot*-féle kórnak nevezni. A betegnél hydrops is volt és a góresői vizsgálat hepatitis interstitialist és parenchymatosát vegyesen mutatott.

Magam az I. belklinika hepatitis hypertrophica anyagának áttekintése után úgy találtam, hogy körülbelül az esetek egy harmadában hydrops ascites volt jelen. Ezen hydrops nagyságáról nyilatkozni nem akarok. Szívesen elismerem, hogy az esetek többségében a hydrops túlnagy nem volt, de másrészt hepatitis hypertrophica ilyen eseténél 15 liter savót is volt alkalmunk lebozsáthatni. Tehát a folyamat fokozatbeli különbségei lehetnek jelen, de ez a lényegét nem érinti.

A hepatitis kórlefordulására és kórbonecztanára külön példákat felhozni nem akarok. Szabadjon itt *Kelly* tanár úrnak 1890-ben közölt esetere utalnom, valamint *Korányi* tanár leírására a Belgyógyászat kézikönyvében.

De saját nézetem igazolásául — habár csak kivonatossan — 3 kórtörténet közlését tartom szükségesnek, melyek a hepatitis hypertrophica jellegző képét mutatták, melyek hydrops ascitissal kapcsolatosak voltak és bonczolás alá kerültek.

I. R. K. 45 éves, úszómester neje. Kiállott betegségek közül váltólázat, kanyarót említ. Szeszkes italokkal mindig bőven élt. Baja kilencz hó előtt étvágytalansággal, lesoványodással kezdődött, mihez csakhamar sárgaság társult. Három hó óta hasa térfogatban nagyobbodik, légzése nehéz.

Beteg erősen lesoványodott; bőre piszkos-sárga színű. Has erősen eldomborodó; jobb bordaív alatt resistens képlet tapintható; csekély szabad hasvízkór. Tüdők feltoltak. Szív magasabban kezdődik. Máj és lép jelentékenyen megnagyobbodottak. Tüdők felett hurutos zörejek. Pulmonalis II-dik

hangja ékelt. Vizelet kevés, idegen alkatrészek közül epefestenyét tartalmaz. Székletét agyagszerű, két heti klinikai tartózkodás alatt több ízben kisebb hőemelkedések (38° C.). A halál kimerülés tünetei között következett be.

Bonczjegyzőkönyv: A hulla középtermétű, középtáplált, köztakarója vizenyösen beszüremkedett, hátán sok hullafolttal. Hajzata barna, a láták egyenlőek, a nyak rövid, vastag, a mellkas domborodó, a mirigyek középnagyok, petyhüdték, a has tágult.

A fejbőr halvány, a koponyaboltozat középvastag, szivacsos, a kemény agyburkok mérsékelten feszült, a lágy agyburkok nedvdúsak, belöveltek; az agy közép vér- és nedvtartalmú, gyomrocsookban kevés savó. A pajzsmirigy bal lebenye tyúktójas nagyságú, elmeszesedett falzatú, sárgás-barna, nyúlós anyaggal megtelt tömlővé alakult át, a jobb lebeny diónyi, barna-vörös, mogyorónyi mézsgócot tartalmazó, metszfelülete szemcsézett.

A gége és légcső nyákhártyája halvány, kevés szívós nyákkal fedett. Mindkét tüdő alsó lebenye beszüremkedett, vérbő. A jobb tüdő alsó lebenyének alsó részlete kékes-barna, petyhüdt, légtelen, metszfelülete sok légtelen, sötét vért nyújtó.

A szívburokban kevés tiszta sárga savó, a szív petyhüdt, izomzata halvány vörös-barna, szakadékonny üreibe kevés, lazán alvadt vér.

A hasüregben kevés, rostonyacszafatokkal kevert savó.

A máj jóval nagyobb, szívós, tömött, halvány-barnavörös, felülete szemcsés, metszcsnél szerzeg, metszfelülete zöldes-barna, halványbarna, sárgás, kisebb-nagyobb szemcséket mutat; az epehólyag középnagy, benne barnasárga, nyúlós epe. A lép nagyobb, petyhüdt, burka vastagodott, ráncos, a metszfelület barnavörös gyurmája könnyen kivakarható.

A gyomor gázok által mérsékelten puffadt, nyákhártyája ráncos, vastagodott, palaszürke, sok szívós nyákkal fedett. A belekben középennyiségű pépes, epétől megfosztott bélsár, nyákhártyája halvány.

A vesék valamivel nagyobbak, tömöttebbek, barnavörösek, burkuk könnyen leválasztható, a húgyhólyagban kevés zavaros húgy, nyákhártyája halvány.

(Folytatása következik.)

Fürdőgyógyászati tapasztalatok.

Orvosi jelentés a szt. Lukács-fürdő 1897. évi betegforgalma felől.

Közi *Bosányi Béla* dr., a gyógyfürdő főorvosa.

(Folytatás.)

Heveny csúsz utóbajai.

Több mint 14 százaléka az észlelés elé került összes beteganyagnak a heveny csúsz utóbajai — már a mennyire azok az ízületekre vonatkoznak — jött fürdönkbe. Nincsenek azonban ideszámítva a gonorrhoeikus alapon létesült ízületi bántalmak (4.1%), melyeket az alább felsorolandó okoknál fogva külön csoportba foglaltam, de ha őket is, mint fertőzésből eredt heveny-izületi csúsz idefoglaljuk, úgy látjuk, hogy csaknem egy ötödrésze a fürdő betegforgalmának oly betegekből áll, kik kívánatosnak tartják a lezajlott heveny baj után a fürdő használatát. A gyakran proteusz-szerű, véget alig érő sokizületi lobok ellen, a thermalis kúra sok esetben valóságos megváltás. *A mi a klimatikus kúra jelentősége a légutak heveny betegségei után, ugyanaz a thermalis fürdő a polyarthritist után.* Nem kis számú beteg akkor jön a fürdőbe, midőn a lázas állapot megszűnté után már hetek, sőt hónapok teltek és a tagok használhatósága még mindig nem tért vissza, a fájdalmak folyton megújulnak. Mások makacs ízületi merevedéssel, izzadmányokkal, lob utáni vastagodásokkal és izom-atrophiaival keresnek segítséget a forrásoknál, miután a pharmacologia szereit már rég kimerítették.

A heveny csúsz utóbajai 62 százalék férfi és 38 százalék nőbeteg volt kezelés alatt. Mint biztosan kimutatható ok 40 százaléknál az angina szerepel, a többi nem tudta, honnan jutott a bajhoz, illetve hülésnek tulajdonította a betegség keletkezését.

Egyesek a baj kitörése után már néhány nappal jöttek fürdőhasználatra. Ezeknél a fürdőhasználat *csakis lázmentesség* esetében volt megengedhető és még ilyenkor is a kombinált salicyl-fürdőkezelést alkalmazom, mely abban áll, hogy egy félórával fürdés előtt 1—1.5 gm. salicylsavas natront veszen be a beteg. Nézetem szerint, melyet gyakori tapasztalat beigazolt, az ilykép adagolt gyógyszer hatását a fürdő okozta hőemelést jelentékenyen fokozta és míg azelőtt elégszer a lázalan heveny csúznál heves reactio folytán a megkezdett fürdőtől elállnom kellett, mostanában 6—8 ilyen fürdő után a salicylt elhagyom és a fürdőkúra zavar-talanul fejeződik be.

Azon fontos kérdésre, vajjon mely időpont legalkalmasabb heveny csúznál a fürdőkúra megkezdésére, általánosságban, és a mennyiben ily sokalakú betegségnél határozott pontok megállapíthatók, csak annyit lenet mondani, hogy lázzal kapcsolatos esetekben a hévvízi kezelés nem kezdhető előbb, mint a láz megszűnése után 3—4 héttel. A míg izkörüli friss duzzadások, és ha azok csak a kis ízületekre vonatkoznak is, *újából* jelentkeznek és a míg a bántalom „vándorol”, a fürdőt nem kezdhetjük a nélkül, hogy esetleg napokra azt ne kelljen megszakítani. Ellenben állandó módon hetek vagy hónapok óta fennálló ízületi sub-acut lobok, ha a bőr kissé lobos is, minden aggály nélkül és a jó siker biztos kilátásával fürösztelhetők.

A heveny csúzos lob által létesült zsugorodások különös figyelmet igényelnek. Míg néhány esetben oly elváltozással jöttek a betegek, hogy a kötőszövetes vagy esontos összenövésék folytán a fürdőhasználat előtt műtéti beavatkozás vált szükségessé, mely szintén az intézetben végeztetett, több esetben visszatért csupán a thermalis behatás alatt az ízület mozgékonyasága. Ilyen betegeknek a massage és az izülethajlító készülékek jó szolgálatot tettek, de nem egyszer még ezek nélkül is láttam a teljes siker létesülését.

Továbbá fontos kérdést képez a heveny csúz leggyakoribb szövődményének, az endocarditis és a szívburoklobnak viszonya a meleg fürdőköz. Singer (Der acute Gelenksrheumatismus, Wien, 1897.) szerint a polyarthrititis eseteknek 72 százalékában fellép a szívburoklob, mások még magasabb arányokat tüntetnek fel. Másrészt el van ismerve és újabban ismét több oldalról lett hangsúlyozva, hogy a fejlődő endocarditis hosszabb időn át sem fel nem ismerhető, sem pedig nem okoz a beteg által észrevehető tüneteket. Ezt megállapítva, azt kell kérdeznünk, vajjon miként viselkednek az ilyen betegek a hévvízi kezelés alatt, mert hiszen természetesen post-polyarthritikus betegek között egy bizonyos számú egyénnek kell lenni, kiknél az endocarditis már folyamatban van, de a fentjelzett körülményeknél fogva az nem volt kórismézhető.

Ha ezen sorozat számos betegén végig tekintek, constatálhatom, hogy a meleg fürdők és az alatta értendő erélyes izzasztó methodusaink is, elenyészőleg csekély kivételektől eltekintve, szívbéli zavarokat nem idéztek fel. Ezen körülményekből talán szabad következtetnünk, miszerint a fejlődő vagy lappangó endocarditis nem befolyásoltatik észrevehető és kedvezőtlen módon a hévvízi eljárás által. Noha minden olyan eset, melynél a rendes vizsgálat vagy subjectiv panasz szívbaj fennállására nézve gyanút keltett, szorgosan távol lön tartva a 29°-nál melegebb fürdőtől, mégis a fentebb jelzett körülményeknél fogva biztosra vehetjük, hogy a fentebb jelzett körülményeknél fogva biztosra vehetjük, hogy a fürdők tehát nem rosszabították ezek állapotát észrevehető fokban. Ez különben nem áll ellentétben a szívbetegek meleg fürösztése körüli tapasztalatokkal. Beneke, Heitler és mások közleményei szerint a szívbántalmak a meleg fürdőt nem zárják ki. Első sorban a szívizom elégtelensége az, melynél a fürdők rosszul türetnek és ezek igénylik leginkább a körültekintő óvatosságot. A heveny csúz utóbajai túlnyomólag a nyári időnyen kívül, tehát jobbára a téli és kora tavaszi hónapokban jöttek az intézetbe és tagadhatlan, hogy a betegre nézve kedvező körülmény a gyógyfürdőknek egész éven át tartó használhatósága. Így pl. a lefolyt évben a szeptembertől—áprilisig terjedő téli évadra a heveny csúz utóbajainak 67%-a, a tulajdonképi főidényre csak 33%-a jut.

A gyógyulási illetve javulási arány a heveny csúz utóbajainál elég kedvező. Az esetek 72%-ában teljes gyógyulást,

illetve *jelentékeny javulást láttunk*, 15% javult, míg 13% a fürdőben nem volt sikerrel kezelhető.

Ide tartozó betegek közül csak néhány szokatlan helyen és felette súlyos alakban fellépett kóresetet kivonatossan akarunk felsorolni.

V. Szabolcsi földbirtokos, 40 éves, erőteljes férfi, érkezése előtt már harmadik hónapja szenvedett polyarthritiben. A betegséget angina előzte meg. Csak kevés ízület (két váll és a bal sternoclavicularis) volt megtámadva. A betegséget elejétől kezdve rendkívül heves fő- és jobb-oldali fülfájások kísérték. Felvételnél a beteg igen lefogyott; a bal sternoclavicularis ízület mintegy kétszeresére vastagodott. A jobb kar mozgásai akadályozták. Kínzó fej- és fülfájás. (Fülvizsgálat nem mutatott eltérést, rendes hallás.)

Légzés rendetlen, változó, majd gyors és felületos, majd ritka és mély. A hőmérsék esténként magasabb.

Tekintettel a hőemelkedésre eleinte csupán belső szerelés alkalmaztatott, később lehetséges volt a fürösztés, de a főfájás és légzési zavar, melynek okát több oldalról történt vizsgálat után sem tudtuk felderíteni, még soká fennállott és a fürdőkúrát nagy mértékben zavarta.

Angina folytán támadt, nagy gyorsasággal polyarthritishoz és endocarditishoz vezető esetet láttunk V. főszolgabíró neje-nél. A betegség az ideszállítást előtt három héttel anginával vette kezdetét. A megejtett pontos vizsgálat szerint érkezésnél a következő diagnoszhoz jutottunk: angina follicularis, polyarthrititis rheumatica, endocarditis, pericarditis. Az angina szövődményeinek ilyen gyors együttes és ritka fellépését eddig nem volt alkalmunk látni. A beteg, mint fürdőkúrára nem alkalmas, kórházba szállítottott, honnan hosszas szenvedés után, gyógyulva (?) távozott. Közlebbbi értesítés nem érkezett.

A polyarthrititis által okozott súlyos változások képét nyujtotta L.-né, D.-ből, ki május havában vétetett fel az intézetbe. A bántalom 1896. október elején előzmények nélkül könyökizületi szaggyatásokkal kezdődött. Magas láz (40.8) mellett az alsó végtagok legtöbb nagy ízületei, továbbá a két könyök és jobb kéztőizület lobosan betegedtek meg. Tübszörös javulásra ismételt visszaesések következtek és a beteg nyolcz havi szenvedés után következő állapotot tüntette fel: Mindkét alsó végtag a Poupert-szalagig nagy mértékben vizenyösen keményen dagadt, ízületi körvonal sehol sem látható, a végtagok sem activ, sem passiv (fájdalmak miatt) nem mozgathatók. A felső végtagok ízületei, a bal kéztő supinált állásban merevségétől eltekintve, rendesek és használhatók. Szív rendes, vizeletben nincs fehérnye. Táplálkozás nagy mértékben lefogyott.

A nagy oedema folytán eleinte nem lehetett megállapítani, vajjon az alsó végtag mely ízületei merevek és vajjon mi okozta ezen szoktalan nagy terjedelmű és sajátzerű vizenyőt.

Izzasztó iszapfürdők, diuretikus szer és massage, pólyázás használata által az ízületek fájdalmassága szünt, a vizenyő apadt s okkor lehetett megállapítani, hogy az intraarticularis összetapadáson alapuló merevség a következő ízületekre terjed: bal csipő, bal térd, mindkét boka.

Részben merev volt a jobb térd. Nyolcz heti intensiv fürdőkezelés után az oedema jobbára eltűnt, a végtagok használata kezdett visszatérni; mankókra támaszkodva hagyta L.-né a fürdőt és javulása a fürdőkúra óta folyton halad.

(Folytatása következik.)

Újabb pellagra-esetek a Maramaros vármegyei közpórház belgyógyászati osztályáról. (Igazgató: Szilágyi István dr.)

Közli: Lengyel Soma dr. kórházi másodorvos.

Igéretemhez képest közlöm a kórházunk belgyógyászati osztályára felvett negyedik pellagra-esetet.

Hodor Palágyeczka, 66—70 éves, görög-katholikus, napszámos Szarvaszóról. Felvétetett 1898. évi június hó 6-dikán, 641. jegyzőkönyvi szám alatt. Két és fél hó óta beteg. Nagyfokú gyenge-égét hasmenésekre vezet vissza, melyek kezdettől fogva jelentkeztek nála. Szűk viszonyok között élt s rosszul táplálkozott.

Jelen állapota: Az erősen lesóványodott beteg nagyon elgyengült, járn képtelen. Fájdalmakról panaszokodik, melyek a térd és alszárban székelnek. Kissé kábult, különben öntudata zavartalan, tájékozott, kérdésekre vontatottan bár, de eléggé értelmesen felel. Hőmérsék 36.1—36.7 között váltakozik. Érverés 72, légzés kissé gyorsult.

Mindkét kézhat és alkar annak középcépig egyenletesen sötétbarnán színezett, pikkelyszerűen megvastagodott, repedezett epidermis-sel. A tenyerek bőre sajátosságos *westphaliai sonkához hasonló sötétbőrös színnel, fényű és tapintatú*. A lábhaták és bokaizületek bőre majdnem symmetrikus kiterjedéssel hasonlóan elváltozott. Ez az első beteg, kinél sem gingivitis, sem pedig a hasfalak merevsége, a gyomor feszes puffadtsága nincsen jelen.

Régebbi pellagra-betegeinknél a kórlefolyás a következőkép alakult.

1. *Bercs Jerina*, 39 éves, napszámos Felső-Kalinalvárról. Felvételt 1898. május 20. 569. sz. alatt. Az epidermis már majdnem mindenütt regenerálódott, így az áll már teljesen tiszta, sima, puha. A régi epidermis helyenkint még erősen tapadó megvastagodásokat képez, így az orr porcós részén, a glabella felett, az ujjak háti felületén, helyenként laza czafatokban válik le.

A beteg táplálkozása, étvágya kissé javul, de még mindig nagyfokú izomgyengeség van jelen. Járni alig, támogatva képes. Hasmenése kisebbfokú. Junius 1—7-dikéig naponként két egész három híg székletét. Hőmérséklete 36.1—36.6 között váltakozik. Főpanaszát még mindig a *gyomor puffadtsága* képezi, mely olyfokú, hogy a mellkas alsó részlete hordószertűen tágnit.

Májtomputat nincsen, egyedül a 4-dik bordaközben van a mamillaris vonalban egy vékony alig kimutatható tompultabb csik.

2. *Dán Jónás*, 40 éves, napszámos, k. apszai lakos, felvételt 1898. május 6. 506. sz. alatt.

Junius 1. Hasfalak deszkaszertűen kemények, gyomor feszült. Éjjel 3 híg székletét, egyszer hány. Egész éjjel nyugtalan, nagyon sokat kiabál, értelmetlenül dadog. Nagyfokú rángások a felső végtagokban. Teljes anorexia.

Junius 2. Nappal apathikusán fekszik, éjjel delirál. Profus hasmenések.

Junius 3. Nagyfokú hányinger, mely táplálék vétele után fokozódik. Négy híg székletét. Csendes, éjjel nyugodt.

Junius 4. Hányás megszűnt, etetés ellen erőlyesen védekezik. Nyugtalan, ágát elhagyja, időszakonként fogesikorgatás.

Junius 6. Állandó anorexia, profus hasmenések. A legkisebb helyzetváltoztatásra hangos ordítással reagál.

Junius 7. Beteg somnolens, csendesen hallucinál, érverése hitvány, alig tapintható.

3. *Drinics Petru*, 61 éves, napszámos, f.-rónai lakos. Felvételt 1898. május 20. 571. sz. alatt.

Beteg állapota fokozatosan javul, hasmenései megszűntek. Étvágya jó. Táplálkozása javul.

T Á R C Z A.

Madridi emlékek a IX. higienikus és demografiai congressusról.

(1898. április 10—17.)

(Vége.)

Maga a kiállítás ugyancsak a Biblioteca Nacional öt földszinti termében foglalt helyet; ezenkívül a nagyobb tárgyak, mint pl. a katonaságnál használt desinfectoerek, kocsik stb. az udvaron voltak felállítva.

A külföldről Franciaország, Németország, Ausztria és Magyarország állítottak ki egyetmást, különben Spanyolország dominált. Budapest székesfőváros kiállítása mindjárt a belépésnél tünt szembe, s igen jól volt elhelyezve. Ott láttuk a Dorottyateza csatornázásának tervét rajzban és mintában, két nagy statistikai graphikus táblázatot Budapest lakosságának halandóságáról stb.

A spanyol higienikus intézetek tabellái közt Madrid s a nagyobb városok, intézetek, így az oltóintézet, Pasteur-intézet, bacteriologiai intézetek stb. voltak képviselve. Nem volt érdektelen az egyes spanyol városokra (Barcelona, Burgos) vonatkozó régebbi higienikus munkák kiállítása sem.

Leggazdagabb a spanyol katonai egészségügyi kiállítás volt, bár ebben sem volt semmi eddig nem ismert, vagy másutt nem használt dolog, egy szóval semmi új vagy különös, kiállítva.

A congressusi iroda egyik termében a különböző államok általános vagy részletes higienéjét tárgyaló munkák és különlenyomatok nagy számban álltak a congressus tagjainak rendelkezésére, melyek között a magyar kir. belügyminiszterium megbízásából szerkesztett, s Magyarország jelenlegi közegészségügyi organisatióját röviden, de igen áttekintően tárgyaló füzet „Das Gesundheitswesen Ungarns“ ezim alatt nagy kelendőségnek örvendett. Ugyanez francia kiadásban is kiosztatott.

A congressus berekesztő ülése a központi egyetemen a belügyminister s az egyes államok képviselőinek záróbeszédeivel zárult. Magyarország itt is, mint a megnyitáskor, a francia nyelvet használta az osztrákok németjével szemben. A mi elnökünk,

Chyzer rövid és velős beszédével ép úgy, mint a megnyitó ülésen is, általános tapsvihart keltett.¹

A congressus tartama alatt és utána is, utazásaim közben, a legkülönbözőbb nemzetiségű congressisták ajkáról volt alkalom igen elismerő nyilatkozatokat hallani a budapesti congressus fényes és nagyszerű rendezéséről!

A congressus ideje alatt a spanyolok kórházait és nyilvános humanitárius intézeteiket is igyekeztek bemutatni. Érdekesebb kórházuk a 9 millió francnyi összegbe került, s még nem egészen kész kórház *epileptikusok* részére, mely kocsin Madridtól 1 1/2 órányira fekszik s még pusztá, kopár helyen, pavillon-rendszerben épült, a melyhez az igen *díszes katonai kórház* mellett juthatni el.

Modern új épület a már használatban lévő *gyermekkórház* is, mely 200 ágyra van berendezve. Minden kórterem egy más-más szentnek nevét viseli. Mindegyikben a központi fűtésen kívül egy kis vaskályha is van. A felső világitással bíró műtőterem padozata márvány, cementtel kitöltve. A sebészi osztályon, a hol coxitikus betegnél equinus-állásban alkalmazott distractiót is láttam, 7 orvos van alkalmazva. A kórház igazgatója a sebeszet egyetemi rendes tanára. Nagy számban vannak az orvosok mellett apácák és papok alkalmazva, hogy a gyermekeknek lelki segílyt nyújthassanak. Fertőző betegeket ide nem vesznek fel. Van a kórházban különben egy fényes kiállítású templom is 3 oltárral, s szépen festett ablakkal, melyek üvegfestése egymaga 45,000 francba került.

A *S. Juan de Dios*-kórház bőrbetegek és bujakórosok részére, szintén pavillon-rendszerben épült. Midőn a congressus tagjai meglátogatták, a lepra-betegek egy 40 ágyat tartalmazó külön lepra-osztályon voltak elhelyezve.

Midőn azonban e sorok írója a congressus utáni héten látogatta meg a kórházat, a leprás betegek a többi kórtermekben elszórtan feküdtek más betegek közt, sőt egyes leprások egyáltalán nem is voltak láthatók, mert a délutáni órákban a városban szabadon sétálhatnak.

Kissé meglepett az is, hogy a syphilisben szenvedő nőbetegek, valamint a többi bőrbeteg is, saját ruhájában, nem pedig kórháziban fekszik, a mi bizony nem mindig szolgál a tisztaság előnyére. Hogy ott is rakonczátlankodnak a kéjhölgyek, bizonyítja az a külön épült 8 czella, melyekbe azokat szükség esetén elzárják. Ezek a czellák különben rendszerint mind el vannak foglalva.

A kórháznak van egy szép nagy muzeuma a különböző bőrbetegségek viaszpraeparatumaival, melyek készítésére különben egy állandó szobrást tartanak.

Ezen kórházban is ép úgy, mint az egyetemi sebészi klinikán, a műtőhelyiség üvegfalal van elkülönítve a hallgatóság, illetve nézőközönségtől; utóbbi helyen az üvegfalon állandóan víz csurog, hogy a levegő áthatolása teljesen lehetetlenné váljék. A sebészi klinika műtőtermében különben egy körülbelül 40 cm. hosszú mesterséges fül van elhelyezve, melynek „hallójárata“ az üvegfalon keresztül a hallgatóság számára fentartott helyre vezet, hogy a tanár, ha jónak látja, ezen át intézhesse bizonyára teljesen aseptikus szavait a hallgatósághoz.

A madridi orvosegylet az egyetem nagy amfiteátrumában, a hol különben a bámulást érdemlő remek freskók kötötték le figyelmünket, fogadtatást rendezett. Ez alkalommal Cajal tanár, a nagynevű histologus tartott 1 1/2 óráig tartó díszelőadást legnagyobb sajnálatunkra a számunkra érthetetlen spanyol nyelven, mert más nyelvet nem beszél.

Nem is kell emlitenem, hogy a congressisták legnagyobb része Madridon kívül Toledot, Granadát, Cordobát, Sevillát, Barcelonát stb. is meglátogatta s beutazta Spanyolországot, hogy a kápráztatón szép mór építészeti maradványokkal s a spanyol népszokásokkal megismerkedjék. Utazgatásaink közben egy-egy Spanyolországban éledgelő honfitársunkkal is találkoztunk. Escorialban pedig a Pantheonban járva, a fejedelmek sírjai közt évszám nélkül egy nem érdektelen felirást találtunk:

„Maria, Hungariae, regina“.

„Diligite Justitiam, qui judicatis terram“

Haberern.

Az egyes érdekesebb előadásokról lapunk más rovatában fogunk kivonatossan megemlékezni.

IRODALOM-SZEMLÉ.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: Bókay Árpád, Kétli Károly, Korányi Frigyes. IV. kötet. 1897. Dobrowsky és Franke kiadása.

(Folytatás.)

A *tüdővészről* szóló nagy fejezetet *Korányi Frigyes* tanár írta meg. Megilletődéssel fogunk az emberiség legöklőbb ellenségének, a „földnek emberek által lakott részét állandóan elborító mephitikus atmosphaerának“ tárgyalását bevezető, rövidségükben találó és költői sorok olvasásához. Perczig nem lankadó érdeklődéssel, a kielégített várakozás érzésével kísérjük tovább a nagy műnek minden lapját, s elolvasásakor azon őszinte örömmel teszünk le kezünkől a könyvet, mely minden hazafiasan gondolkodó orvost eltölt, midőn hazájának tudományos irodalmát egy ilyen lépéssel előrevinni látja.

A *történelmi rész*, a rendes keretet messze túlszárnyaló gazdagsággal olyan sorrendet követ, mely egyrészt az időbeliségének is szigorúan megfelel, másrészt a betegségről szerzett ismereteinkben egyes korszakot alkotó felfedezések, mintegy magvak körül logikai sorrendben csoportosítja az egytől tartozó tényeket. Így *Bayle*, *Luennec*, *Virchow*, *Villemin* (a bűvárlat modern kísérleti irányának megteremtője, a gümőkórnak mint átlátható hatány által feltételezett fajlagos és fertőző megbetegedésnek megállapítója), *Koch* (a gümöbacillus felfedezése által a gümős tüdővésznek minden — habár különböző — alakjában, mint egységes megbetegedésnek kimondója) tanai: mindmegannyi fundamentális oszlopok, melyeken a tüdővész ismeretének épülete nyugszik, mint önálló iskoláknak megteremtői, külön szakaszt nyertek.

A tüdővész *kóroktana* elsősorban a Koch-féle „bacillus tuberculosis“ ismertetésével, annak festési, biológiai stb. viszonyaival foglalkozik, majd annak az emberi szervezethez való viszonyát széles mederben tárgyalja. A gümöbacillus *megtelepedési módjának* fejtegetésében különös figyelmet érdemelnek a kísérletek olyan sterilizált tenyészetekkel, melyek elhalt bacillusokat tartalmaznak; az ilyenek által előidézett gümőalakú szövetburjánzások „az élő bacillus okozta gümöktől csupán a sajtosodás hiánya és a kötőszövetképződéshez való nagy hajlandóság által különböznek. Ezen kísérleteknél nem egy szaporodó mikroorganizmus életnyilvánulásairól, hanem csakis a protoplasmatestekben tartalmazott bacterium-protein toxikus hatásáról lehet szó.“ Továbbá ki van mutatva, hogy a gümöbacillusok oldható anyagokat termelnek, s a lobtermékek sajtosodása valószínűen a feloldott bacterium-toxinok hatására vezethető vissza. Ezen nagy horderejű vizsgálati eredmények a későbbiekben még beható taglalásban részesülnek.

További fontos kérdések: *hogyan jut a gümöbacillus az emberi szervezetbe? s melyek ama feltételek, melyek mellett az emberi szervezetbe jutott gümöbacillus képes a tüdővést létrehozni?*

Az első kérdésre nézve a fertőzött levegő belégzésének elsőrangú szerepét kitűnő példákkal megvilágítva látjuk, majd a tápcsőn át való fertőzésnek módja, a bőrön át történhető fertőzésnek lehetősége után a tüdővésznek közvetlenül beteg egyének-ről egészségesekre való átterjedése kerül sorra; ez utóbbinak fejtegetésében a tüdővész betegekkel közös háztartásban való élésnek veszélyeit saját tapasztalataiból vett meggyőző adatokkal illusztrálja s azután a házasettel járó még közvetlenebb érintkezésnek befolyását, esetleg a nemi szervek útján lehető fertőzést tárgyalja.

Az *öröklődés* fejtegetésében a gümöbacillusnak a szülőkről az ébrényi szervezetbe való bevitelét, s ily módon a gümőkórnak közvetlen örökölhetőségét ez irányú pontos észleletek alapján bebizonyítottak tekinti; míg a csirabeli fertőzésnek (ovulum, sperma által az ébrényre átvitt gümőkór) előfordulását — bár theoretikailag mindkettőt megengedi — nem tartja valószínűnek. Az öröklés lényegét természetesen nem a vírus, hanem a hajlam átvitelében találja, mely rendszerint már a testalkatban nyer kifejezést.

A *hajlamosság* kérdésénél a habitus phthisicuson kívül a belső szervek viszonyainak, a szív átlagosan kicsiny, a tüdő nagy

voltának, a fokozott sebzeékenységnek, a görvélykórnak beható taglalását találjuk. A másodlagosan fejlődő gümőkórnak alkalmi okai gyanánt ismert *betegségek* tárgyalása közben a hörgővérzésnek beható tanulmányt szentel, s végeredményben azokkal szemben, kik a tüdővérzést mindig következménynek és sohasem oknak tekintik, oda konkludál, miszerint egyes esetekben a haemoptoe a tüdővész alkalmi okát képezi.

A kor, nem, táplálék, égalj méltatása után, a tüdővész leggyakrabban a csücsban való localisatiójának okaira tér reá, s azokat: a szövet hiányos táplálásában, a kóros termények kisebb mozgékonyágában és a tüdőszövettel való huzamosabb érintkezésében találja.

Az *immunitást* fejtegetve, kiváló figyelemben részesíti Kochnak 1897. évben ismertetett tuberculinjét, melynek előállításában Koch tudvalevőleg azon elvből indult ki, hogy az állati szervezeteknek bacillusok nagy mennyiségével való elárasztása az immunitas bizonyos jelét vonja maga után.

A *gümő szöveti fejlődésének*, a kísérleti gümőkór haematogen és belehelési alakjának, s *Baumgarten* ide vonatkozó nagybecsű vizsgálatainak ismertetése közben, reátér a dualisták tanára, mely a vegyes fertőzés elvéből kiindulva, a gümösen megbetegedett tüdőben a gümőképződést és a tüdőgyuladást folyamatos nemcsak szövetileg, hanem kóroktanilag is különböző két dolognak (az utóbbit pneumonia-microbák által létrehozott) tekinti. Ezzel szemben *Baumgartennak*, újabban *Fraenkel* és *Troje* által hathatósan megerősített álláspontjára helyezkedik, mely a tüdővész kórfolyamatnak egységes volta mellett bizonyít. A helyszüke nem engedi, hogy a gazdag *kórbonczani* részzel bővebben foglalkozzunk; a belgyógyászt e becses szakaszban kiválóan a caverna-képződésnek részletes fejtegetése fogja érdekelni.

A *tünettan* ezen subjectiv és objectiv jelekben gazdag betegségről értékes személyi tapasztalatokon alapuló, ékes stylusával vonzó képet ad. A *szövődmények* után a *lefolyás* és *kimenetel* tárgyalásában főleg az önálló tuberculotikus tüdőlob kórképének mesteri rajza köti le figyelmünket. A *kórjólattan* szerző nyomtákkal emeli ki azon nagy befolyást, a melyet a tüdővész gyógyíthatóságára nézve a betegek lelki tulajdonai gyakorolnak.

Az egész műre a *prophylaxisnak* és *gyógyjeljárásnak* szentelt rész teszi fel a koronát. A kiváló szerzőnek ezen irányban tudományos és társadalmi téren kifejtett nagybecsű tevékenysége adják magyarázatát azon meleg előszeretetnek, mely e hatalmas fejezetnek minden sorából kisugárzik s arra az erős individualitásnak bélyegét nyomja.

Az óvintézkedések sorában a tüdővész betegek köpetének megsemmisítése, a tápanyagokra való közegészség-rendőri felügyeletnek kérdése stb. után az egyéni óvójeljárásnak szentel tág teret, kiemelve, hogy ennek már a tüdővész származásra gyanus gyermek születésénél kell kezdődnie. A nagytapasztalati orvos gondos szemével kíséri tovább a gyermek életének minden fázisát, kiterjesztve figyelmét az életpálya megválasztására, az orvos nehéz szerepére a házasság kérdésénél, midőn „egy fiatal ember olyankor áll ezen kérdés előtt, a midőn kedélyvilágát már egy olyan szenvedély uralja, mely miatt talán képes volna egészséges mellkasába is golyót röpíteni, hogyan hasson akkor reá a hidegen mérlegelő, gondolkodó orvos tanácsa?“ s ebből levonja a következtetést, hogy: „megelőzőleg kell a szülőknak adott felvilágosításnak és az ebből levont nevelési módnak hatni, és akkor gyakorlati haszna is lehet. Ugy, a mint a fiatal, erőteljes papnövendékek és gyakran a katonák is, a házasságról való lemondással néznek az élet elé, úgy elérhető ez a tüdővészénél is, ha belátás és tapintatosság hatnak össze.“

A már felismerhető gümős tüdőmegbetegedéssel szemben először is kötelességévé teszi az orvosnak, tapintatára bizott módon, felvilágosítani a beteget bajának természetéről. A gyógyjeljárás javalatainak és eszközeinek kijelölésénél a betegségi szakasz irányadó voltára utal. A tartozkodási hely megválasztásának elsőrangú fontossággal bíró kérdésében a szerző által már régen hangsúlyozott, újabban *Dettweiler* által kiemelt követelményeknek, a szabad levegőn lehetőleg sokat tartózkodásnak módozatait s ennek üdvös hatását kitűnő megvilágításban látjuk. A klimatikus helyek megválasztásának és hatásmódjának részletes tárgyalása minden gyakorlattal foglalkozó orvosra nézve egy meg-

becsülhetetlen tanulmány, melyet emlékezetébe vésni el ne mulaszson. Itt találjuk egybegyűjtve azon fontos elveket is, melyek a szerzőt a jól berendezett gyógyintézetek ügyében kifejtett, osztatlan halát és elismerést érdemlő tevékenységére bírták.

A specifikus és általános hatású gyógyeljárásoknak gondos ismertetése után, áttekintve azon eszközöket és eljárásokat, a melyekkel manapság a tüdővész ellenében, praeventív és curatív irányban rendelkezünk, természetesen az előbbieknél nyújtja az elsőbbséget, míg a curatív eszközök közt legfeljebb a klimatohygiénikus gyógymódot helyezi. A mi pedig a tüdővésznek specifikus gyógymódját illeti, idézzük a szerzőnek befejező szép szavait: „Ha visszatekintünk arra, hogy milyen különböző utakon és módszerekkel küzdötte ki az orvosi tudomány az egykor öldöklő syphilisnek, a himlőnek, malariának, rabiesnek, diphtheriának, a sebinsfectionnak specifikus gyógymódját, miért mondanánk le arról, a mi a küzdelem erőforrása és sokszor a siker útjának megvilágítója, a történelemre támaszkodó azon reményről: hogy a különböző orvosi tudományterületek terén serényen folyó intensív kutatásnak sikerülend a tüdővész specifikus gyógymódját is megtalálni!”

(Vége következik.)

II. Lapszemle.

A calomel-felszívódásról befecskendezések útján értekezék Piccardi. Már de Michele tanulmány tárgyává tette, miből áll azon folyamat, ha calomelt bőr alá vagy izomba fecskendezünk és kísérleteiből azon következtetést vonta le, hogy a szövetekbe befecskendezett calomel helyben lassan lefolyó lobos reactiót idéz elő, mely a calomelt mint idegen testet betokolja, míg végre a szöveti nedvek behatása következtében sublimáltá alakul és ezen alakban felszívódik. Szerző azonban még azon kérdéssel is foglalkozik, vajjon a calomelnek átalakulása csupán a szöveti nedvek vegyi reactióján alapszik-e, vagy pedig a calomelrészecskék körül felhalmozódott leukocyták nem vesznek-e ténylegesen részt az oldatlan sónak átalakulásánál. Mielőtt kísérleteibe belebocsátkozott, meggyőződést szerzett, hogy a vívőszer, melyben a calomel suspendálva van, a felszívódásra befolyással nincsen, ez teljesen közömbös. Kísérleteit két irányba terjesztette ki. A calomelt először a peritoneumba fecskendezte, azon ezelől, hogy behatóbban tanulmányozhassa a leukocytáknak viselkedését a calomel testecskéikkel szemben, kiindulva azon kísérleti tényből, hogy a leukocyták a porszerű testecskéket protoplasmájukba felveszik és így a nyirkeringés útján továbbviszik; másodsor befecskendezte a calomelt az izmok közé és ezen kísérleteinek eredményeit következő pontokban foglalja össze: 1. A calomelnek határozottan chemotaktikus hatása van a leukocytákra és míg a sublimáltá váló átalakulás meg nem kezdődik, ezek által felvétethetik. Mihelyt azonban az átalakulás kezdetét vette, a calomelnek chemotaktikus képességéhez a sublimatnak chemotaktikus hatása is hozzájárul, ellenben a leukocytáknak phagocytar tevékenysége megszűnik. 2. A phagocytismus tehát a szervezetnek csak azon részeiben történik, a hol a keringés a legélénkebb és a leukocyták a calomelhez juthatnak, még mielőtt ez átalakulását megkezdí. 3. A hasürben, mely éppen ezen követelményeknek megfelel, a leukocyták a calomelrészecskéket bizonyos ideig a befecskendezés után felvehetik és el is vihetik a retrosternalis és mediastinalis mirigyekbe, a hol azután az átalakulás végbemegy. 4. A bőr alatti és izomszövetben a leukocyták a calomelt csak körülveszik, a nélkül, hogy felvennék és elvinnék azt, minek következtében az átalakulás csupán a befecskendezési helyen történik és a szervezetnek nedve által eszközölhetik. (Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. XLI. Hft. 2.) *Alpár (Aschner) Arthur*

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. június 17.

Az orvostanhallgatók számának csökkenéséről. A *Matlekovits Sándor* szerkesztésében megjelenő „Magyarország közgazdasági és köznevelődési állapota ezeréves fennállásakor és az 1896. évi ezredéves kiállítás eredménye” című nagy gyűjtőmunka IX-dik kötete most hagyta el a sajtót. A felső oktatás fejezetét *Berzeviczy Albert* írta, a töle megszokott

alaposággal, széles látókörrel és meggyőző világos stílussal. A kötet 646-dik oldalán, visszatekintve a magyarországi felsőbb oktatás állapotára, a *jövő feladatai* szempontjából három kérdéssel foglalkozik: „az egyik: egyetemünk általán csekély száma, illetőleg az egyetemi és szakiskolai rendszer kérdése az intézmények tovább fejlesztésénél; a másik az orvosi pályára lépő s a hazában e hivatásra képzett ifjak aránytalanul csekély száma; a harmadik a jogi képzésben és képesítésben ma mutatkozó visszasságok”. *Berzeviczy* az első kérdéssel kapcsolatban nyilatkozik: „a magyarországi felsőbb oktatás jövő fejlődésének irányát okvetlenül az egyetemnek szaporításában s az egyetemi rendszerhez való mentül teljesebb csatlakozásban kell keresniünk”. A második kérdésre vonatkozólag álláspontját így körvonalozza: „a nélkül tehát, hogy egész határozottan állítani akarnók azt, hogy Magyarországon a joghallgatók száma ma az állam és társadalom szükségletéhez képest túl nagy, annyit biztossággal mondhatunk, hogy az orvostanhallgatóké aránytalanul csekély, s hogy az ebből eredő bajok megelőzésére — egyéb, talán az orvosi pálya s az egészségügyi szolgálat viszonyai-ban rejlő hibák orvoslásán kívül — mindenesetre intézkedések szükségesek az orvosképzés terén is. A kolozsvári egyetem klinikai szakainak jobb elhelyezése és felszerelése kétségkívül fokozni fogja ennek az orvosi karnak a vonzó erejét. De ezenkívül okvetlenül szükséges még egy orvosi iskolának felállítása s miután az matematikai — természettudományi kar nélkül nem is képzelhető, de az előbb elmondottakhoz képest az egyetemi rendszer fokozott érvényesítésére is kell törekedniünk: kimondhatjuk, hogy szükséges — különösen az orvosképzés szempontjából is — egy harmadik egyetemnek mielőbbi felállítása.

Berzeviczy álláspontja tehát ugyanaz, a melyet 1894-ben megjelent: „Közművelődésünk és a harmadik egyetem” című füzetében kifejtett s a melyről e nagy értékű dolgozat ismertetése alkalmával ugyanezen helyen (Orvosi Hetilap 1895. 5. sz.) részletesen nyilatkoztunk. Minthogy pedig *Berzeviczy* is már három év előtt — igen helyesen — azt kívánta, hogy a harmadik egyetem létezésére legyen s ennek feltételül azt állította fel, hogy „kittinően legyen ellátva a tanulás és tudományművelés minden tényezőivel, továbbá, főleg hogy a tanári illetmények elég nagyok legyenek arra, hogy jeles erők jogosult igényeit is kielégíthessék”: ezzel szemben ma is áll az, a mit *Mihálkovics* (Mikor és hol állítsassék fel a harmadik egyetem?) mondott: „szingyldő egyetemre szükség nincsen, az a közművelődésre hasznot nem hajt, elégedetlenséget teremt és felesleges terhet ró az adófizetőkre”.

△ A főváros egészsége. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1898. május 29-dikétől 1898. június 4-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 417 gyermek, elhalt 229 személy, a születések tehát 188 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, ronesoló toroklob 3, hökhurut 2, kanyaró 1, vérheny 2, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekági láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 1, agykéreg 21, agyverőmleny 16, rángások 7, szervi szívhaj 16, tüdő-, mellhártya- s hörgőlob és hörhurut 37, tüdőgümő alia 10, méhtrák —, Bright-kór és veselob 8, angorkór 1, görvéllykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 10, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 10, erőszakos haláleset 19. — A fővárosi közkörházakban ápolottak e hét elején 2107 beteg, szaporodás 679, csökkenés 707, maradt e hét végén ápolás alatt 2079. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1898. június 4-dikétől június 11-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 8 (meghalt —), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 13 (meghalt —), vérhenyben 34 (meghalt 3), kanyaróban 91 (meghalt 1), ronesoló toroklobban és torokgyíkban 12 (meghalt 1), trachomában 20, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 9 (meghalt —), orbáncban 8 (meghalt —), gyermekági lázban — (meghalt —).

— **A Stefánia-gyermekkorház egyesület közgyűlése.** A *Stefánia* özvegy trónörökösne főhercegasszony védnöksége alatt álló pesti szegény-gyermekkorház-egyesület mult vasárnap tartotta meg *Zichy Agost* gróf elnöklésével 59-dik évi rendes közgyűlését. *Halász Dezső* titkár felolvasta a választmány évi jelentését, mely az egyesület állapotát úgy anyagi, mint erkölcsi tekintetben kielégítőnek mondja. A mult esztendőben a gyógyintézetet összesen 14,917 bejáró beteg látogatta, az intézet ágyain 685 beteg részesült ingyen ápolásban, a fizetési osztályokon pedig 357 gyermek orvosi segélyben. A kórházat fennállása óta a mult év végeig összesen 401,850 beteg látogatta, s ez idő alatt a kórház ágyain 29,062 beteg nyert ingyen ápolást, a fizetési osztályokon pedig 7903 beteg gyermeket ápoltak. Az 59 év alatt tehát összesen 438,815 gyermek részesült orvosi segélyben. Az egyesület vagyona 403,827 forint 30 krajczár. Kiadása volt a mult évben: 116,234 forint 93 krajczár. Bevétele ugyanennyi. A tisztikart egyhangúlag újból megválasztották. *Bókay János* igazgató-főorvos jelentése szerint a mult évben ápolott betegek közül gyógyultan vagy javultan elbocsátottak 755-öt, nem gyógyult 50. Meghalt 170 (kik közül 22-öt haldokolva vittek be). A halálozás 18-3%. A kórházi kiadások összege: 26,213 forint. Egy beteg ellátása e szerint gyógykezeléssel együtt 20 forint 12 $\frac{1}{2}$ krajczárt igényel, melyből egy ápolási napra 61 $\frac{1}{2}$ krajczár esik.

— **A millenniumi közegészségi és orvosügyi congressus küldöttsége** *Korányi Frigyes* tanár főrendiházi tag vezetése alatt f. hó 15-dikén tisztelgett a képviselőházban *Perczel Dezső* belügyministernél, kinek átnyújtotta a congressus tárgyalásairól szóló munkálalatot. A

küldöttség megjelent tagjai voltak: *Fodor József, Frank Ödön, Plosvay Lajos, Jordán Ferencz, Kélli Károly, Pertik Ottó, Rákosi Béla és Ruffy Pál.* *Korányi Frigyes* rövid beszédben köszönetet mondott a miniszternek a közegészségügy terén tanúsított buzgólkodásáért s azért is, hogy a congressus tiszteletbeli elnökségét elfogadta. A miniszter megköszönte a figyelmet, kijelentvén, hogy a congressus munkáját kegyes emléköl örzi.

△ **A magyar orvosok vándorgyűlése.** A magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlésének állandó központi választmányára *Chyzer Kornél* miniszeri tanácsos elnöke alatt tartott ülésén elhatározta, hogy a jövő évi vándorgyűlést *Szabadkán* tartja. Ugyanezen az ülésen választották meg a tisztikart is, a következők eredményel. Elnök: *Schmausz Endre* főispán, alelnökök *Kertész Sándor* dr. városi tiszti főorvos, *Entz Géza* dr. műegyetemi tanár, *Pavlovics Simon* megyei tiszti főorvos. Titkárok *Békffy Gyula* dr., *Csillag Károly* dr., *Jablonowsky József* dr. az állami rovtartási állomás főnöke, *Révfi Jenő* dr. palicsi főorvos. A helyi bizottság elnökének *Mamuzsich Lázárt*, Szabadka polgármesterét választották meg.

— **A pellagra állása Kolozs-, Szilágy- és Szatmármegyében.** A belügyminiszer által a pellagra tanulmányozására kiküldött, *Niedermann Gyula* dr. miniszeri tanácsosból, *Konrád Jenő* dr. kórház-igazgatóból és *Farkas Jenő* dr. közegészségügyi felügyelőből álló bizottságnak május 29-dikéről kelt első jelentése mindenekelőtt a kolozsvári egyetemi klinikán megfordult esetekről számol be (*Lechner* tanár elmebeteg-klinikáján egy pellagra-eset, *Parjesz* tanár belklinikáján 4 fekvő és 4 bejáró pellagra-beteg, *Marschalkó* tanár bőrbeteg-klinikáján 2 beteg). A továbbiakban a Kolozs-, Szilágy- és Szatmármegyében a bizottság által talált pellagra-esetek leírását találjuk. Kolozs megye 6 községében, melyeket május 20-dikától 23-dikáig vizsgált meg a bizottság, 36 pellagra-esetet és 3 pellagra-gyanús esetet talált; és pedig Nagy-Kalotán 12 eset, 2 gyanús eset; Bökényben 9 eset; Jákótelken 4 eset; Oláh-Bikalon 8 eset, 1 gyanús eset; Oláh-Gyerő-Monostoron 1 eset; Merán 2 eset. Szilágy megye zilahi közközházában május 25-dikén 4 pellagra-beteg fekvő; Felső-Kékes-Nyárlón 4 esetet; Romlottban 1 esetet; Szamos-Szaplakon 3 esetet; Csömörön 2 esetet és Juón 5 esetet (utóbbi két helyen ezeken kívül még 1, illetve 2 gyanús eset is) talált ottlétét (május 26. és 27-dikén) a bizottság. A mi végül Szatmármegyét illeti: a nagy-somkúti kórházban 1 esetet, Hosszúfalán 3 esetet, Magasfalván pedig 2 esetet állapított meg május 28-dikán.

A bizottság tapasztalatai szerint a pellagra fellépése a lakosságnak majdnem kizárólag tengerivel való elégtelen táplálkozásával hozható összefüggésbe, a mely táplálkozási mód a bejárt községekben a jelen évben a szokásosnál is silányabb a következő okokból: 1. mert a múlt évben a termés általában igen rossz volt; 2. a legtöbb meglátogatott községben három év óta sertésvész uralkodik; 3. a juhállomány méte miatt nagy veszteségeket szenvedett. Ily módon a lakosságnak telen át egyáltalán nem volt hústápláléka. Súlyosbította a helyzetet a tavalyi esős év óta nagy mértékben uralkodó malária.

— **A pellagra által a szemén előidéztet elváltozások.** Minthogy az utolsó időben a magyar tudományos világ érdeklődése az országban — sajnos — kiterjedten előforduló pellagra-esetekre irányult, nem lesz talán fölösleges, ha az eseteket észlelő kartárs urak figyelmét a szemén található elváltozásokra felhívjuk.¹

A leggyakoribb tünet, a melyről a pellagrás betegek panaszkodnak, a *hemeralopia*, az alkonyatban való rossz látás, az úgynevezett faskashályog, minek oka nyilván az általánosan alászállott táplálkozásban rejlik. Ilyen hemeralopia fordul elő a keleti népek hosszú börtjei után, valamint az olyan lakosságban, a melynek hústápláléka nincs; ez tehát torpor retinae s az ideghártya hiányos táplálásának eredménye.

Hasonló jellegűek a *cornea* betegségei, melyek mint fekélyek és elhalások jelentkeznek a melyek keletkezését nyilván a corneának anatómiai szerkezete (vérerek hiánya) elősegítheti; a lefolyás hasonló a gyermekek keratomalaciájához.

A mi az elváltozások harmadik csoportját illeti, melyek a *látóideg* hyperaemiájában, sorvadásában s néha mint egyszerű anbiyopiák jelentkeznek, ezek keletkezésére két eshetőség foroghat fenn: vagy a pellagránál szereplő vírus közvetlenül támadja meg a látóideget, vagy pedig ezek bántalmi csak a központi idegrendszer degenerálásának részjelenségeit képezik. Előbbi eshetőség mellett szól *Stroppa* 2 esete, a melyekben a látóideg és chiasma sorvadását anatómiai úton mutathatta ki, míg utóbbi eshetőség mellett foglalnak állást *Tebaldi*, ki az izgatott állapotú betegek szemfenekében a papilla vérbőségét, a depressió állapotokban pedig a látóideg sorvadását észlelte, valamint *Schmidt-Rimpler* is.

Minthogy a szemén élőben és bonczoláskor található elváltozások a pellagra lényegének, mint sok más bántalomnak megérthetőséghez hozzájárulhatnak: ezek figyelemmel kísérése nagyon érdemes.

— **Védekezés a tüdővész ellen.** E cím alatt *Pávai Vajna Gábor* kartársunktól Pozsonyban esinos füzet hagyta el a sajtót, melyben szerző közrebozsítja azon népszerű előadásait, melyeket ugyanily cím alatt a magyar orvosok és természetvizsgálók trencsényi nagygyűlésén és a pozsonyi orvostermészettudományi társulatnak népszerű tudományos estéin a múlt évben tartott. Az 57 nagy októvra terjedő munka felőleli és megvilágítja a kérdés minden oldalát, népies közérthető nyelven

¹ E tárgygyal főleg olasz szerzők: *Stroppa, Tebaldi, Rampoldi* foglalkoztak. Közléseik lényege a „Jahresbericht für Augenheilkunde“ évfolyamaiban található.

átnézetet nyújt e fontos napi kérdés jelen állapotáról, mint olvasmány élvezetet kelt, e miatt nagyon alkalmas arra, hogy általa e tárgygya vonatkozólag a nagy közönségben helyes ismeretek terjedjenek el.

— **Dirner Gusztáv** dr. egyet. m. tanárt a közoktatásügyi miniszter a budapesti bábaiskola igazgató-tanárává nevezte ki. E bábaiskola felállításával a bábaképzés a budapesti kir. magy. tud. egyetem köréből elvonatott. *Taufer* tanár, ki eddig a bábaképzést vezette, az orvosi karon a szülészeti és nőgyógyászati oktatást fogja vezetni az orvostanhallgatók számára, párhuzamosan az I szülő és nőgyógyászati klinikai tanszékkel.

— **Fürdőink látogatottsága:** *Balaton-Füred* V./31. 220; *Herkulesfürdő* VI./5. 999; *Tarcsa* VI./5. 81; *Lipék* V./29. 401; *Tátrafüred* VI./5. 152; *Új-Tátrafüred* VI./6. 204; *Császárfürdő* I—V. 239 belakó, 120,813 fürdővendég.

○ **A kolozsvári egyetem orvosi karán** az 1898/99-diki tanévre dékáná *Davidá Léó* dr.-t, jegyzővé *Buday Kálmán* dr. tanárt választották.

□ **A budapesti orvosi kör balneologiai kirándulást rendezett** *Hainiss Géza* egyetemi m. tanár vezetése alatt. E hó 8—12-dikéig *Buziást, Marillavölgyet* és *Herkulesfürdőt* keresték fel. A fürdőigazgatóságok és orvosok mindenütt nagy előzékenységgel ismertették meg a legkisebb részletekig fürdőik berendezését és nagy köszönettel és melegséggel fogadták mindenhol a hazai fürdőügy fellendítésének igaz szolgálatot tevő orvosokat.

— **A budapesti általános poliklinika** segélyét május hóban 2291 egyén vette igénybe, a kik összesen 10,272 rendelést kaptak.

△ **A szülészeti poliklinikumot** május hóban 167 esetben vették igénybe.

△ **Hütl Hümér** dr. lakását IV., Molnár-utca 24. sz. alá tette át.

— **Böckel Béla** dr. a zoványi timsós vasgáliczos fürdőn (Szilágy vármegye) gyakorlatát megkezdte.

— **Ajánlkozás.** Fialat orvosi július havára vidékre ajánlkozik helyettesnek. Tudakozódní lehet Budapest, Podmaniczky-utca 53. szám földszint 1. ajtó alatt.

— **Phesin és cosaprin influenzánál.** Az influenzánál jelentkező láz és fejfájásnál, mint tudjuk, igen racionális antipyretikus szereket adni, kivált olyanokat, melyek káros mellékhatásokat nem okoznak. Újabb időben a baseli czég, *Hoffmann, La Roche & Cie.* két készítményt állított elő, melyek a gyakorlatban nagy jelentőséggel bírnak, t. i. a *phesint* és *cosaprint*, melyek közül az első a phenacetin sulfoderivatja, a másik az antifebrin. A *phesin* vöröses-barna por, könnyen edző, sós izzal, a *cosaprin* szürkés-fehér enyhe sós izzó por, mindkettő vízben igen könnyen oldódik. Mindkét készítmény erőlyes antipyretikus hatással bír s influenzánál igen gyorsan kifejti hatásukat; kellemetlen mellék-tünetek nem szoktak mutatkozni, mint az antifebrin és phenacetin adagolásánál. A láz 39—40° C.-nál a *phesin* vagy *cosaprin* 0.5 grammos két órai adagolás után már 4 óra múlva a rendszerre száll alá. A kínzó fejfájás megszűnik s a közérzet szemlátomást javul. A hát és lumbalfájdalmak kevesbednek és az influenzát gyakran kísérő ideges tünetek is.

— **A sápkór gyógyításáról** a moszkvai congressuson sokat vitakoztak és sokféle nézetek nyilvánultak annak kóroktana és gyógykezelése felől. A chlorosis mint autointoxatio, mint az egész organismus degeneratiója s a vérkészítő szervek hiányos funkciójából eredő általános betegség állítottat oda. Csakis a vásra s a sápkór gyógyítására nézve egyeztek meg a nézetek. Kivált *Noorden* tanár, ki a chlorosist a fanosodás alatt végbe menő változásokkal összefüggésben leyönök tartja a vasnak értékét elvitathatlannak mondja s hatását a vérkészítő szervek excitatórára vezeti vissza. *Noorden* elítéli a folyékony táplálékok, pl. tejnek túlságos élvezését s a viz- és zsírdús ételek helyett sok fehérnyéből álló étrendet ajánl. Ezen hatás elérésére leginkább a rövid idő óta forgalomba hozott *Vas-Somatose* alkalmas, azaz húsból előállított fehérnyekészítmény organikus összeköttetésben vassal, mely által a chlorotikusnak nem csak fehérnyét tömény alakban, hanem könnyen felszívódó vasat is nyújtunk. Ezen *Vas-Somatose* (Ferro-Somatose) nemcsak legjobban felel meg a fent idézett követelményeknek, hanem a gyakorlatban is hatásosnak bizonyult (l. *Roos, Therapeut. Monatshefte* Nr. 9).

Felhívás előfizetésre!

Lapunk előfizetőit tisztelettel kéri a kiadóhivatal az előfizetési díjak mihamarabb beküldésére, hogy a lap expedálásában zavar ne történjék.

Szt. Lukács-fürdő

téli és nyári
gyógyhely.

A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

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

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húsgyógyászati beteg** külön szobára kitiűnő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett napi négy forintért vétetnek fel. Bővebbet 1/22—1/24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Teréz-körút 22. szám.

Rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. **Nagy kénes iszapfürdő,** douche-massage, kö-, kád- és gőzfürdők, uszodák. *Lukács és teljes ellátás hetenként 27 frt (középes ár).* Prospektust küld az igazgatóság Budapestben.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat (IX. bemutató szakülés 1898. május 18-dikán.) 308. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (II. rendes ülés 1898. február 24-dikén és márczius 3-dikán.) 309. l. — Személyvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 310. l.

Közkórházi orvostársulat.

(IX. bemutató szakülés 1898. május 18-dikán.)

Elnök: Rózsaffy Alajos; jegyző: Terray Pál.

Lépechinococcus műtett esete.

Herczel Manó: Echinococcus tömlők a lépben igen ritkák. Hirschberg csak 73 esetet tudott az irodalomból összeállítani, szerinte a hólyagféreg megbetegedéseknek csak 3%-a illeti a lépét és König szerint a hasúri echinococcusoknak csak 1%-a esik a lépbe. Műtét tárgyát ezen megbetegedések nem gyakran képezik, sokszor nem is lesznek az élőben kórimézve és csak a bonczisztalon ismertetnek fel. A ritka eset a következő:

G. R. jászberényi születésű 30 éves eseléd, 6 év óta érzett időközönként jelentkező, szűró fájdalmakat a bal hypochondrium tájékán. 1 év óta étvágytalan, 3 hónap óta veszi észre hasa fokozatos nagyobbodását, négy hét óta fájdalmai annyira fokozódtak, hogy munkaképtelen lett, időközönként hidegrázása volt, mely magától elmúlt.

Felvételkor a lesoványodott, halvány nőbeteg bal mellkasának alsó része kiszélesedett, a has balfelé hatalmasan elődomborodik, a bal hypochondriumban domb alakjában erősebben kipúposodik, ezen helyen a különben halvány és tág vénákkal tarkított bőr halvány-pirosan elszínesedett, de nem vizenyős. A hasnak ezen nagyfokú megnagyobbodását egy emberfejnél jóval nagyobb, gömbölyded daganat okozza, mely a hasüreget balfelé tölti ki, nem mozgatható, a légzési mozgásokat alig követi. Belső határa a bordaívától kiindulva a középvonalig, alsó domború határa a köldök és symphysis közötti távolság közepéig terjed, eléri alul a bal spina anterior és superior és innét ferdén halad hátra, majd felfelé a 12. bordáig. A daganat nem egyforma consistentiájú, a középvonal felé sokkal tömöttebb és dudoros tapintatú, a többi része sima felületű; élénken hullámzik; a tömöttebb, legzélesebb helyen 3 ujjnyi széli rész mindenek szerint a túltengett lép által képezetetik, mint egy sapka ül a sokszorta nagyobb tömlőn, melytől elég élesen elhatárolódik. A kopogtatási viszonyok a jobb mellkas felett normalisak, baloldalon a tüdő és szív határai 1 bordaközzel feltöltve, hátul a lapoczká szögletétől lefelé a kopogtatási hang tompa. Szívcsúcs fölött systolikus zörejt, bokák bőre kissé vizenyős, vizeletben kevés fehérnye alakelemek nélkül. A vérvizsgálat a vörös vérszámának csekély apadását és a fehér vérszámot, főleg a többmagvúaknak szaporodását mutatta ki. Mindezek után *Herczel Hochhaltal egyetlen lépechinococcusra tette a diagnosist*, melynek helyességét a próbapunctio által nyert folyadék, mely horgokat tartalmazott, és a műtét teljesen igazolta.

Lépechinococcus-műtétéknél három eljárás jöhet szóba: 1. a tömlőnek és a lépnek in toto eltávolítása; 2. a tömlőnek kivarrása és megnyitása; 3. a punctio. Tekintettel egyrészt a tömlő nagyságára, a várható összenövésekre, a lép túltengett voltára, másrészt a beteg elesettségére, a jelenlevő szív és veseműködési zavarokra, melyek hosszabb ideig tartó beavatkozást nem engedtek meg, Herczel a tömlő megnyitását határozta el, annál inkább, mert eddigi tapasztalatok szerint ezen eljárás adja a legjobb eredményeket.

A műtétet Herczel márczius 10-én aethernarcosisban végezte oly módon, hogy a bal bordaszéllel párhuzamosan futó 16 cm. hosszú bemetszést végzett a bőrben; az izomzatot 4 cm.-nyi hosszban felhasítván, kitért, hogy a tömlő ezen helyen a hasfalakhoz erősen oda van tapadva. Így a tömlőt kivarni nem kellett, hanem mindjárt meg lehetett nyitni, mire 2-5 liter tiszta folyadék és számos echinococcus-hólyag ürült a nagy tömlőből.

A lefolyás kedvező volt. Az 5. napon beteg lázas lett, a váladék bűzösé vált, kalium hypermanganicum-oldattal való bő öblítések után a bűz eltűnt, beteg láztalan lett. Jelenleg beteg meghízott, fehérnye a vizeletben alig észrevehető nyomokban. A vörös vérszám megcsökkent, a haemaglobin-tartalom növekedett. A bal bordaív alatt még egy körülbelül 4 mm. átmérőjű, 6 cm. hosszú sipolyment látható, mely kevés genyert secernál.

Prurigo esete.

Havas Adolf: A 16 éves fiú gyermekkorától óta szenved azon viszkető bőrbajban, amely nála most is fennáll. A köztakaró a végtagok feszülési oldalán, a keresztcsont táján sötétbarnás, egyes fehéres kendermagnyi hegekkel, vagy barnásvörös, beszáradt vérből származó pörkökkel fedett, különösen az alszárak köztakarója merev, feszült, pörkökkel fedett. A térdalj és lágyék táján a bőr puha, normalis. Az inguinális mirigyek tetemesen megnagyobbodtak. Az úgynevezett prurigo-göbök most rajta nem észlelhetők. Két körülményt kíván most a bemutatás alkalmából felemlíteni. Először, hogy a prurigót gyógyítható bántalomnak tartja, csak az szükséges, hogy kellő időben kezdessék meg a gyógykezelést. Ott, ahol a bőrön a secundaer változások, hegeseések már bekövetkeztek, természetesen javítani nem

lehet. Hebra azon állítása tehát, hogy a prurigo gyógyíthatatlan, túlhatalodott állapont. Hebra és utána mások említék, hogy feltűnő gyakran tapasztalható, hogy prurigós gyermekek tuberculotikus szülőkötől származnak. Szólok ezt, jóllehet sok százra teheti az általa észlelt prurigós eseteket, eddig nem észlelte, pedig a hol csak tehette, utána járt a dolognak. A téves felfogás tehát onnan származhatik, hogy a nagyon elterjedt tuberculosis folytán néha tuberculotikus szülők gyermeke is prurigóban szenvedett és így ezen körülményt aetiologice érvényesítették.

Nékám Lajos: A londoni congressuson vita folyt a felől, hogy prurigonál a primaer affectio a papula-e vagy pedig a primaer baj ideges alapon nyugszik és *Besnier* nézetét fogadták el, hogy primaer idegbaj trauma után hozza létre a laesiot, mért pl. zinkgelatina-boríték alatt a bőr sima marad, de ha ki van téve a levegő, ruha stb. behatásának, akkor typusos képet kapunk.

Nagyfokú hólyagvérzéssel járó morbus maculosus Werlhoffii esete.

Deutsch Arthur: A beteg május 16-án jelentkezett a klinikai rendelésen ama panaszszal, hogy egy napja véres a vizelete. A középterméti mérsékeltlen táplált beteg egész köztakaróján elég sűrűn elhelyezett gombostűfejnyi, lencsenagyságú vérzések láthatók; hasonló elváltozások constatalhatók a sclerákon, conjunctivákon, nyelven, nyelvvalatti nyálkahártyán, foghúson. Beteg lázas, szervi elváltozás nem található. *Blenorrhoea* betegnek nem volt. A hólyagvérzés most már negyedik napja persistál.

Letzerich tudvalevőleg újabban a bacillus purpureae haemorrhagicaet izolálta, melylyel sikerült a megejtett állatoltási kísérletek alkalmával pozitív eredményt elérni; hasonló eredményekről referálnak *Tizzoni* és *Giovannini*. *Petrone* már ezen szerzők előtt oltott állatokba morb. macul. W.-ban szenvedők véréből pozitív eredménnyel; nálunk *Körmöczy* és *Fischer* egy streptococcus brevist tenyésztettek ki purpurások véréből; szóval ezen kutatók leletei arról látszanak bizonyosságot tenni, hogy esetenként a purpura haemorrhagica fertőző természetű s azért helyes *Zeissl* ama beosztása, mely szerint a purpura haemorrhagicaet 1. microorganismusok és toxinok, 2. chemiai folyamatok, 3. cachexia, 4. idegbefolyások okozhatják. Hogy az ezen kóralakoknál fellépő vérzések a véredények rupturája, vagy diapedesis, avagy mindkettő útján jönnek létre, még eldöntve nincs. Némelyek a véredényfalakban fellépő hyalin-degeneratiókat tudják be a vérzéseket, bár mások láttak hyalin-degeneratiót a nélkül, hogy vérzés lépne fel a véredényfalon keresztül. *Hayem* szerint endoarteritis obliterans oka a vérzésnek. *Kogner* thrombosisnak tudja be a vérzést hyalin-degeneratióval kapcsolatban, a mennyiben neki 13 esetben sikerült bőrvérzésnél a thrombust az arteriákban, a vénákban s capillariskban kimutatni. *Unna* újabban ama nézetnek ad kifejezést, hogy ezen említett körülményeket a vérzés okául nem fogadhatjuk el, hisz akárhányszor lép fel thrombosis vérzés nélkül. Szerinte a vérzés túlnyomóan véredényruptura által jön létre, ritkább a diapedesis útján való vérzés. A ruptura okánál úgy nyilatkozik, hogy a vérzést specialis bacteriumok idézik elő vagy legalább a véredény falát befolyásolják olyaténképen, hogy fala könnyebben reped meg.

Onicho-atrophia esete.

Sellei József: A bántalom 3 hó óta áll fenn a kéz körmein. Lábujjak körmei normalisak. A kéz körmei, kivéve a bal IV. ujj körmét, mely a rendestől nem tér el, általában megvékonyodtak. A körömlap lemélyedve, a köröm distalis vége, a köröm széle felemelkedő az ujjpercetől és az ujjpercetre görbülve arra hajlik. A körömvégek, a körömperekek 1-3 mm.-re piszkos-szürkésen elváltoztak. A bántalom oka neurotikus.

(Folytatása következik.)

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(II. rendes ülés 1898. február 24-dikén és márczius 3-dikán.)

Elnök: Navratil Imre; titkár: Polyák Lajos.

(Vége.)

Gummás gégesyphilis esete.

Polyák Lajos: A beteg 42 éves, felügyelő a salgótarjáni kőszénbányákban, f. é. február 10-dikén vétetett fel a szt. János-kórházba. Bajára vonatkozólag előadta, hogy mult év április 10-dikén bányamunka közben hosszabb ideig kötésig vízben állott, másnapra erős torokfájása támadt, mely azóta folyton tart, két hónappal később rekedt lett és nehézség lépett fel nála, fájdalmak és rekedség folyton fokozódtak, folyadékok nyelésénél gyakran félrenyelt, kevesett köhögött, többnyire csak éjjel, midőn erős főfájásai is voltak. Vért nem köpött, nem lázalt, nem izzadt. *Julius* és november havában egy-egy ízben fuldoklási rohama volt. A nehézség légszész azóta lassan fokozódott, a köpet igen sok, de csak nyúlós nyákos, étvágytalan lett, lesoványodott. 22 év előtt penisén

fekélye volt, melynek jellegét adni nem tudja, kiütése nem volt akkor, csak kevés torokfájása, kenőkrát sohasem használt.

Jelen állapot február 11-dikén: Etvágytalan, láztalan, nehéz légzés közepes stridorral, nyelési fájdalmak, a gége kívülről tapintásra igen érzékeny. A lágy szájpad balfele kissé paretikus. Az epiglottis körülbelül háromszoros volumenjére megnagyobbodott, vastagon infiltrált, biborvörös belső nyákhártyával borított, középső részén ék alakú elhagedt defectus, a mellett közvetlenül egy ék alakú, belső duzzadt nyákhártyával borított, heges széli előugró porcreszéslet. Az epiglottis szélein és petiolaris részén a nyákhártya kissé áttünő, szalonnás fényű, elzsírosodott. Kannaporcok, aryepiglottikus szalagok, valódi és álhangszalagok nagyfokban diffuse infiltráltak, élénken belövetek, hurkaszerű kinézésűek és duzzanatuk által nagyfokban szűkítik a gége felső és középső írét. A mellkas kissé lapos, egyenlő kiterésekkel. Hátral mindkét esűs felett körülbelül a lapoczközi táj közepéig tompa a kopogtatási hang, a légzés pedig nyújtott, kissé érdes színezettel. A légycshajlatokban megnagyobbodott mirigyek.

A kórisme ez esetben lues és tuberculosis közt volt eldöntendő. Daczára a csűsok felett hátul talált tompulatnak, mely különben jellegző hallgatózási eltérésekkel nem járt, a diagnosist valószínűséggel luesre állítottam fel. Köpet, mely vizsgálatra alkalmas lett volna, nem ürített ki, a beteg csak nyákot köp. Lues mellett szólott, daczára a homályos kórelőzménynek, a gégetükörkép, mely teljesei megfelelt a *Levin*-féle gummás természetű diffuse infiltratumok képének a szétesés előtti stadiumban. Nem akarok ezúttal a gummás gégesyphilis ezen alakjáról fejtegetésekbe boesátkozni, miután ezt a legközelebbi ülésen egy előadás keretében óhajtom tárgyalni, most az esetre vonatkozólag csak annyit jegyzek meg, hogy az eddigi eredmény megerősítette a valószínűséggel állított diagnosist. A beteg eddig három subliminjejectiót kapott 5 napi időközökben a *Lukasevics* és *Irsai* által ajánlott 5 cgm.-os adagban, az utolsót tegnap délelőtt. A nyelési fájdalmak két nap alatt eltűntek, a közérzet t-temesen javult, a nyelés most már jól megy, folyadék csak néha okoznak köhögést, a nehéz légzés sokat engedett, az étvágy jobb, a gége érintésre többé nem fáj és erősebb köhögés csak néha éjjel jelentkezik, a fejfájás megszűnt.

A gégeben a duzzanat jóval kevesebb, de a kép még, bár kisebb mértékű duzzanattal, egészen változatlan, csak az elzsírosodás tünetei mosódtak el. Fekély nem képződött. A tüdőesűsok felett a tompulat jórészt feltisztult, a légzés kissé érdes.

Rosszindulatú daganat a jobb orrban.

Polyák Lajos: A 45 éves nőbeteg f. é. február 21-dikén vétetett fel a szt. János-kórházba. Baja 6—7 év előtt egy terhesség alatt, nátha és időnkénti orrdugulás alakjában kezdődött és a szűlés után sem javult. Két év előtt vidéki orvosa „lencsényi vadhúst” látott az orrban, kétszer is próbálta kacsasal operálni, de nem vett ki semmit, csak nagy vérzést okozott, az orr pedig még jobban eldugult. Tíz hó előtt egy másik vidéki orvos az időközben kívülről is megdagadt jobb orrból fogóval több ízben rántott ki apró darabokat nagy vérzés mellett, műtét után harmadnapra roppant erős fejfájás lépett fel, mely három hétig tartott. Azóta a daganat kívül-belül nőtt és mindkét orr eldugult.

A f. hó 22-dikén végzett vizsgálat a következő képet nyújtotta: Az orrhát jobb fele tetemesen duzzadt, a jobb orrnyílásban mellül egy nagy, tömött, kevésbé dudorzos, csűcsán kissé crodált, nem nagyon vérzékeny daganat fekszik, mely az orrt teljesen kitölti és a sűvényt egészen áttolta a baloldalra. Sondával alul, felül és a sűvény felé egész jól körüljárható, reá kacs a daganat nagysága miatt nem illeszthető és hátul a choanán át az orrgaratürbe kisdiónyi terjedelemben domborodik elő.

A daganat helyzete és a sondázás után nyert alaki benyomás szerint a rendkívül nagy fokban megnagyobbodott jobb alsó kagylónak felel meg, természetét illetőleg a klinikai kép fibrosarcomára enged gyanakodni. A daganatból tegnapelőtt késsel jókora darabot metszettem ki szövettani vizsgálat végett. Ezen vizsgálat eredménye fogja majd a művi beavatkozás alakját és fokát megszabni, miről annak idején lesz szerencsém beszámolni.

Morrelli: Azon kérdést intézem bemutató úrhoz, milyen műtét eljárást tart helyesnek, mert hasonló eseteket magam is operáltam. A daganat oly nagy, hogy kérdésessé válik, hogy Langenbeck szerint operáljanak-e, vagy úgy, a hogy én operáltam, midőn a kemény szájpad resectiójával fűrógéppel tettem hozzáférhetővé a daganatot. Az én esetemben is több collega próbálta siker nélkül a daganat eltávolítását, de csak vévesztést okoztak a betegnek. Az általam végzett operatio után kiűjulás 7 év óta nem mutatkozott és a beteg ma is munkaképes.

Polyák: A daganat így klinice fibrosarcomának látszik előttem, a histologiai vizsgálat most folyik és így csak ennek befejezte után lehet majd a diagnosist és a műtét beavatkozás módját, melyet *Ludvik* igazgató főorvos úr fog végezni, eldönteni. Annak idején bátor leszek az esetről beszámolni.

Ostitis mastoidea sine otitide.

Krepuska Géza: L. J., 58 éves, jászberényi lakos, azzal a panaszszal jött, hogy két hónap óta zűg a balfüle, tíz nap óta a feje fáj és a fűlkagyló felett daganatot vesz észre, mely napról napra növekszik. Fűle annak előtte soha sem fájt, sem nem folyt.

St. pr. A beteg jobb fűle teljesen ép. A bal halántékon, a falcsont alsó részletére és a csecsnyujtvány alapjára kiterjedő, a kagylót teljesen be- és kifelé nyomó, gyermekökűnél nagyobb, a környezetbe lejtűsen átmenő, csak a kagyló megett és felett kissé pirosas, különben ép bűrrel fedett, egész terjedelmében téstástapintatú, a széleken ke-

mény, a kagyló megett kissé hullámzó, nyomásra elég érzékeny daganat van. A külső hangvezető a felső fal szerfeletti duzzanata következtében tetemesen szűkült, úgy, hogy csak kutató segélyével való felnyomása után sikerül a mélybe tekinteni; a külső hangvezető bőre ép, nem macerált; kevés, félig folyékony fűlzsírral fedett, dobhártya a duzzanat miatt nem látható, csecsnyujtvány középső részlete kissé duzzadt ugyan, de a csecsnyujtvány csűcsa teljesen normalis bűrrel fedett és teljesen érzéketlen Jugularis mentén, valamint a nyakon semmi eltérés. Beteg láztalan.

A bemutatás azért indokolt, mert a tályog elhelyeződése, egy heveny genyes dobűreglob tüneteinek és egy újabb fűlbaj hiánya a bemutatásban azt a nézetet kelti, hogy itt a sziklacsont valamely, talán inkább a pikkelyes részének önálló csontlobja van. Tekintettel a bűntalom renyhe lefolyására, a bemutató hajlandó bizonyos valószínűséggel ezen bajt vagy felűletes luetikus csont- és csonthártyalobnak vagy gűmőkóros csontlobnak venni.

Különben végleges diagnosist csak műtét után adhat, a mely alkalommal bővebben szándékozik az esetről értekezni, ezűlja a mai bemutatásnak csak az, hogy a beteget ezen sajátágos elhelyezés és feltűnően nagy kagylófeletti és előtti tályoggal a műtét előtt mutathassa.

Syphilitikus vomer-necrosis készítményének bemutatása.

Polyák Lajos: A 34 éves beteg, kitől ezen készítmény származik, 1897 január 23-dikán keresett fel első ízben. Három év előtt súlyos syphilit szerzett, mely ismételt higanykűrű daczára is folyton új eruptiókkal járt. Két év előtt esillapíthatlan fejfájások és álmatlanság léptek fel, egyidejűleg bűzűs pűrkűk ürűltek ki az orrból. Pár hó múlva ezen tünetek megszűntek. Egy év óta azonban a fejfájások és pűrkűk kiválasztás újból megindultak és az orrból tűrhetlen bűz terjed szűjfel.

A beteg néha horkolt, reggel szűja és torka szűraz, az orrgaratűr- és garatból szűraz pűrkűket köp. Tűbb oldalról mint ozaenás lett kezelve, egyik orvos a porcös sűvény perforatíóját is megállapította.

A bűzűs pűrkűkkel teljesen kitűmött orrűrež kűtakarítása után, melynek nyálkahártyűja fellazult, apró, felűletes fekélyekkel borított és könnyen vérzékeny volt, kiderűlt, hogy a porcös sűvény teljesen ép, a csontos sűvény azonban teljesen hiányzik. A bűzűs pűrkűkbe burkolt és teljesen levált vomer az orr hátsó részében laposan keresztbe fekiűt és sondával jól volt mozgatható.

A rendkűvűl érzékeny beteg az eltűvolításba akkor nem egyezett bele, egyelőre 10 hétig jodkalit szedett nagy adagokban, orrát naponta többszűr mosta és a vidéken folytatta foglalkozását. November 21-dikén jelentkezett eltűvolítás ezűljából, bűz az orrban ekkor már nem volt, a fekélyek rűg elhagedtek és a *Hartmann*-fogóval megragadott nagy csontot sikerűlt a bal orrűjratba hozni és ezen át meglehetősen erűkifejtéssel a sokkal kisebb orrnyíláson át kihűzni.

A csont, a mint láthatjuk, szélein necrotikus, helyenként resorbeált és rajta egy jókora spina is látható.

Ugynevezett vérző orrsűvényhabarcz készítményének bemutatása.

Zwilling Hugó: A készítmény, melyet bemutat, 50 éves ember jobb orrűregéből származik. A beteg azon panaszszal jött bemutatához, hogy körülbelűl egy év óta a jobb orrfél eldugult, igen gyakran „ki-marad a lélegzete”, gyakran vérzik az orra. A rhinoskopia anteriorinál sűtétkékes-piros daganat látható, mely a jobb orrfél elűlsű részét majdnem egészen kitűlti, kutaszzsal való vizsgálat után kiderűl, hogy ezen daganat az orrsűvény jobb porcös feléből indul ki. A daganat kacs segűlyével lett eltűvolítva, mire az orrlégzés egészen szabad lett. A szövettani vizsgálatot *Polyák* tagtűrs úr lesz szűves ezűkűzűlni. Bemutató a daganatot úgynevezett vérző orrsűvényhabarcznak tartja.

Acidum trichloroaceticummal behegesztett dobhártya-defectus.

Szenes Zsigmond: Az operativ fűlsebűszet manapsűg úgyszűlvűn napról napra tapasztalható fejlűdése mellett első látszatra bizonyos fokű visszaesűre utalna oly eljárás propagálása, mely a dobűri genyedések conservativ kezelésűt ezűlozza. Azonban tekintetbe vève egyrűszűt azon körűlműnyt, hogy a conservativ eljárás kevésbé veszűlyes az operativ beavatkozásnál, másrűszűt pedig, hogy még a legradikalisabb művi beavatkozás után is akárhűyszűr nem sikerűl a genyedű folyamatot állandóan megsűntetni: talán mégis jogosulttű teszűk, hogy egyes szűrek gyűgyítű hatására figyelműnkűt tereljűk. Utűbbi körűlműnyt szemmel tartva, az *acidum trichloroaceticum*ra kívűnom a tagtűrsűk figyelműt felhűvűni az imént bemutatott eset képesűn.

Dr. G. Gy., 29 éves, bankhűvatalnok 1896. november 16-dikán követűkező panaszszal jelentkezett: 11 éves korűban kiállott *scarlatina* óta bal fűlből folyás, mely éveken át folytatott specialis kezelűs daczára is mindig csak rövid idűre szűnt, hogy azután ismét ki-kiűjűljűn; kezelűtek töbű helyűtt, Budapesten és Boroszlűban *Gottstein* tur. poliklinikáján.

Jelen állapot: Jobb fűl normalis.

Bal fűl: Kűlsű hangvezető mélyében kevés zűldes geny; kifecskendés és kiszűritás után a dobhártya hátsű felében lencsűnyi defectus, a dobhártya töbűi része bűgyadt; a defectuson át bevezetűt Meyer-fèle sondával sem a hallűcsontocskűkon, sem a dobűreg falain cariest vagy necrosis nem constatálhattam; a defectuson át bevezetűt Botey-fèle intratympanalis tűkűr segűlyével a dobűreg nyálkahártyáján schol granulatiűt nem találtam.

Hallűkűpessűg jobbaldalt normalis. Balaldalt beteg az orát a fűlkagylűhoz nyomva inkább csak vezetűs útján hallja; C₁-t, C₃-t és C₂-t erűs megűtűsűre rövid ideig légvűzetűs útján is hall, C₁-t, C₂-t és A-t csak csontvezetűs útján percipial; a sutogást a fűlkagylű előtt sem hallja a

beteg bal fül; szöcső segítségével a bal fül a közeperejű hangokat jobban hallja, mint a nélkül. Ezen szembeszökő hallóképességi differentia daczára a fejtetőre helyezett hangvilla rezgéseit egyik fülbe sem lateralizálja a beteg.

A kórkép egyszerű *otitis media suppurativa chronica sinistra* volt, mint az scarlatina után igen gyakori.

Kezdetben a bal fül kezelése a szokásos volt. Kifeeszkendés és kiszáritás után kezdetben sublimatgaze-, később jodoforgaze-csik vezetett be a fülbe, a suppuratio mindinkább csökkent, úgy hogy december 12-dikén edzhettem a defectus széleit első ízben acidum trichloroaceticummal. A reactio abból állott, hogy másnapra mérsékeltén secernált a dobüreg, de az is csakhamar megszűnt a másodnaponként eszközölt kifeeszkendezésre. A következő edzést 1897. január 2-dikán végeztem, hasonlóan tettem január 13., 21., 29. és február 6. és 15-dikén; a reactio mindinkább csekélyebb genyedésben nyilvánult, a defectus maga pedig szemlátomást kisebbedett, míg február 27-dikére teljesen bezáródott. Ezidőtől kezdve a beteget még néhány ízben láttam, és ma, majdnem egy évvel később, a kép változatlan. A dobíri genyedés ugyanis teljesen megszűnt, a defectus helyén egy fénylő heg, mely a dobüreg belső falához odanőtt és Siegle-féle pneumatikus tölcser segítségével sem mozgatható. Hallóképesség tekintetében az állapot alig változott, de tekintettel a 18 évig fennállott volt dobíri genyedésre, mely rövid időre bár, néha-néha szünetelt, a dobhártya-defectus fennállása miatt azonban mindig ki-kiújult, az eset ma, a defectus behegedése után, gyógyultnak tekinthető.

Az acidum trichloroaceticumra vonatkozólag csak azt kívánom említeni, hogy *Domas* már 1839-ben állította elő és miután különböző specialista részéről mint edző szer nyert alkalmazást, *Okuneff* 1895-ben fül-, gége- és orrbántalmak esetében gyógyértékére újabban figyelmeztetett, hivatkozván *v. Stein* már 6 évvel előbb publicált eredményeire. *Halász* tagtársunk 1896-ban, majd később újabb esetek alapján számolt be a szer kitűnő gyógyértékéről, hasonlóan nyilatkozott *Gomperz* a bécsi fülorvosok 1896. júniusi ülésén, majd *All*, *Gruber* tnr. bécsi fülklinikáján és végül *Baruck* a gráci fülklinikán végzett kísérletei alapján nagyon dicséri az acid. trichloroac. gyógyértékét a dobhártya-defectusok behegedését illetőleg.

A szer előnye a szerzők egyhangú nézete szerint a dobhártya regenerációjának előmozdításában nyilvánul. Hátrányul említendő a nagy fájdalomosság, mely az edzéssel jár, az előzetesen foganatosított cocaineanaesthesia daczára; e fájdalomosság azonban nagyon individualis és rendszeresen csak rövid ideig, néha 10 percenél alig tovább tart.

Az edzést követő reactiv lobot *Schujeninoff* a freiburgi kórszövet-tani intézetben kísérleti tanulmány tárgyává tette és noha e szerző mélyre ható elváltozásokról számol be, a gyakorlatban azok még sem bizonyulnak olyanoknak, melyek a szer ambulans kezeléssel járó alkalmazását contraindicálnak.

Krepuska: Én is megpróbáltam a szer és láttam a *Gomperz* által bemutatott eseteket is. A mint vannak perforatiók, melyek meggyógyulnak e szer nélkül is, épúgy vannak olyanok is, melyek e szerre sem gyógyulnak meg. E szernek semmi specifikus értéke sincs.

Más kérdés az, hogy mit ér az összenövesztés, ha ilyen destructiók után a hallás közel áll a semmihez.

Úgy látszik, hogy logiceailag téved az előadó úr a kifejezésben, mert azt állította, hogy a genyedést szüntette meg a dobhártya behegesztésével. Már pedig a dobhártya-behegesztés csak akkor indicált, ha a dobüregbeli folyamat véget ért és ha a fül nem reactibilis, mert az ilyen dobüreg a legkisebb insultusra egy hónapokig tartó lobos folyamatot vált ki és ilyenkor odzó és alvasztó szerrel dolgozni a dobüregben a beteg szempontjából nem közömbös. Előadó maga is mondta, hogy előzőleg cocaint kell alkalmazni, a fájdalom csillapítása végett.

A trichlorecezsav alkalmazása kétféle módon történhetik. *Stein* jegecsekben alkalmazza, *Gomperz* a hygroskopikus sav tömény oldatába mártott vatta-gomolyal meggye be és vigyázva, hogy a dobüregbeli nyálkahártyát ne érintse, érinti a perforatio széleit. *Gomperz* egy esetről számol be, melyben nemcsak a külső és belső rétege a dobhártyának, hanem a középső propria is újraképződött; a trichlorecezsavval való étetésnél az történik, a mi más edző szereknél, hogy azon heges rész, a mely a külső hámréteg és belső nyálkahártyaréteg között végig fut és a mely miatt nem tud összenőni a dobhártya, elroncsolatván, friss seb felszint kap, új véredényzet nő bele és ez viszi be az anyagot, melyből dobhártyaréteg gyanánt kapunk egy hártát, mely beolajozott cigarettapapíroszhoz hasonlít, feszes, nem lötyög és a promontorium nedves színe is áttünik, mintha ott nem is volna hártya. Ez a physiologiai oldala azon benövesztő hatásnak. Én elhagytam a szer, mert nincs a dobhártyadefectus benövesztésénél semmi különös hatása, a mi más szerrel is nem volna elérhető.

Más kérdés az, hogy miért hegeszszük be a dobhártyadefectust? Egy scarlatinás folyamat súlyos bajt okoz a fülben, mely esetleg csontbajt is rejthet és a hallásra sincs befolyással, ha a dobhártya be van hegedve. Mert *Gomperz* is arra a tapasztalatra jutott, hogy bizonyos eseteket kell kiválogatni, melyek ezen eljárásra alkalmasak; így kisebb perforatiók, melyek nagy hallási zavart okoznak, mely megszűnik glycerines tampon behelyezésére; vagy a hol a perforatio fülzúgást okoz, mely befedésre megszűnik. Tehát ki kell expermentálni az alkalmas eseteket, mert különben még jó a perforatio, mely biztosító szelep szerepét játsza. A dobüreg védelme jól eszközölhető vattával. Nem tudom, hány esetben próbálta előadó úr ezen eljárást . . .

Szenes: 46 esetben, 8 kezelés alatt van még, 21 vagy 22 teljesen gyógyult.

Krepuska: Ez szép eredmény, kár, hogy be nem mutatta őket, de kérdés, nem sikerült volna-e egyszerű eljárásra, tisztántartással, a sarjak megedzésével behegeszteni, a mint nekem sikerült; sőt a hol a genyedés oka másutt volt, az alap ok megszüntetésével sikerült a dobüregbeli folyamatot, a perforatiót, sőt destructiót meggyógyítani.

A mi a bemutatott esetet illeti, a beteg nem nyert semmit a szereléssel, mert nem hall jobban, fülzúgása is van, a fül ugyan nem genyed, de ezt nem a dobhártyabehegesztés szüntette meg. Sőt a heg hozzá van növe a promontoriumhoz és valószínűleg más odanövesek is vannak, melyek zsugorodhatnak, ilyenkor pedig pl. stapesbeli odanövesek statikai egyensúlyzavarokat idézhetnek elő, úgy hogy kérdés, nem e rosszabb állapotba jutott ezért a beteg? Véleményem szerint a trichlorecezsavnak jövője nincs. Födolog az antiseptikus eljárás. Indicatiója pedig a perforatio behegesztésének ott van, a hol a dobüreg lobmentes és a próbát, hogy a behegesztésre alkalmas, már kiállotta.

Tomka: Egy harmadik indicatiót is hoz fel, mely az életre a legveszélyesebb és ez a desquammativ folyamat. Ha ennél sikerül összenövesztést létrehozni, a beteget nagy fülbántalomtól védjük meg. A dobhártya behegedése azért is előnyös, mert visszatart a fültől számos káros behatást. Hallási zavarokat okozhat az összenöves, de kérdés, pusztán ez okozza-e azokat? Lehet, hogy egyes hallócsontocskák közt hárták vannak.

Szenes: Esetemben a hallócsontocskák össze vannak növe.

Némái: Trichlorecezsavval kezelt eseteket már 1894-ben mutat be az orvosegyesületben. A szer erősebben edz, mint a pokolkő, majdnem oly erős, mint a chromsav, de nem mérgező, a detritust, epithelt megvalasztja. Jól használható a rhino-laryngologikus praxisban és azt hiszem, a fülben is. Én ismétlődő parenchymás lobokban szenvedő mandolákra szoktam alkalmazni, ha a tonsillotomia nem vihető ki, továbbá égetési sebekre, galvanocaustica után, mert így a seb gyorsabban gyógyul be. Ezenkívül a szer hatalmas stypticum. Nemesak a bemutatott esetben, de úgy hiszem, hogy genyes sarjak kikanalazása után is használható.

Szenes: *Krepuskával* szemben megjegyzi, hogy olyan specifikus hatást nem akart a szernek tulajdonítani, és ha a dobüregbeli folyamat szünetel vagy torpid és a dobhártya perforálva van, akkor csekély behatás is megújítja a dobüregbeli folyamatot és új genyedést indít meg. Ezért indicált a dobhártya behegesztése. Régi dolog, hogy dobhártya-folyamatról nem lehet tudni, hol áll meg. *Gomperz* és mások dicsérik a szer és ha én számos esetben nem láttam volna jó eredményt, akkor mint annyi más általam kipróbált és rossznak talált szer, ezt is elítéltem volna. Nem gyógyul meg minden eset, mert ha csontfolyamat van jelen, garatbántalom, vagy adenoid-sarjak, akkor azok kezelendők.

A genyes dobüregbeli folyamat akkor gyógyult meg, ha a dobhártya-defectus behegedt. Persze ennek ellenálló képessége nem oly jó, mint az ép szöveté, de kevesebb a veszély, mint heg nélkül. Ha synechiák vannak, segít a *Politzer*-féle műtét. Hogy a beteg hallása 18 éves folyamatnál nem nyer, az mellékes, fődolog a genyedés megszüntetése, a mi indicatio vitalis lehet.

Krepuska: Előadó úr félreért engem. Én felszólalásomat két részre osztottam. Az általános részben említettem, hogy a dobhártya restitáló képessége nagy, mert ez beáll spontan is, pl. adenoidok eltávolítása után. Ezt előadó úr úgy forgatta ki, hogy nem jutott volna észbe edzeni adenoidoknál. Az esetre speciell azt mondtam, hogy mit nyert a beteg? Előadó úr azt mondja: „a genyedés megszűnt“.

Szenes: A genyedés megszüntetével benőtt a dobhártya, mert regenerálódott.

Krepuska: Tehát mit gyógyított meg tulajdonképen az előadó úr? A dobhártya-defectust-e, vagy a dobhártya-folyamatot? Mert edzeni csak ott szokás a dobhártyát, a hol a genyedés megszűnt, mert ha egyidejűleg gyógyul meg a genyedés és heged be a defectus, akkor nem a szer hegesztette be a defectust. Előadó úr azt mondta, hogy októberben még folyt a beteg füle.

Baumgarten: Én csak úgy értelmezhetem a dolgot, hogy előadó meggyógyította előbb a genyedő folyamatot és mikor ez meggyógyult, trichlorecezsavval behegesztette a perforatiót, mert a behegesztésnél az a feltétel, hogy a fül már száraz legyen.

Krepuska: Természetes, csak hogy előadó úr ezt nem mondta.

Elnök: Előadó úr bizonyára úgy járt el, előbb meggyógyította a fülfolyást és csak azután hegesztette be a benőni nem akaró defectust?

Szenes: Igen.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A diphtheria elleni serum bejuttatás módjának befolyásáról a serum immunizáló hatására végzett vizsgálatokat *Arloing* A kísérletek, melyekről az „Académie des sciences“ április 18-dikán tartott ülésén számolt be, arra az eredményre vezettek, hogy a diphtheria elleni serum akkor leghatásosabb, ha a vérbe fecskendeztetik; legkevésbé hatásos bejuttatási módnak a bőralatti kötőszövetbe fecskendezés bizonyult. Az intraperitonealis befecskendezés valamivel kedvezőtlenebb, mint a vérbejuttatás.

PÁLYÁZAT.

3103/898. ki. sz.

Csikmegye felesiki járáshoz tartozó Gyimesbükk, Gyimesfelső és Középlak községekből alakított gyimesi közegészségügyi körben az orvosi állomás lemondás folytán üresedésbe jövén, annak betöltése végett ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állomással 600 frt évi fizetés, 40 frt lakbér és mint kinevezendő csik-gyimesi pályaorvosnak az Ajnádtól Gyimesig terjedő 31,3 km. hosszú vonalszakaszon a pályaorvosi teendők végzéseért évi 300 frt tiszteletdíj jár. A községekkel és a Gyimesbükk területén levő fűrésztelepek tulajdonosaival egyezség útján megállapítandó látogatási, látlelet- és bizonyítványkiállítási díjakon kívül kórorvos a védhímlő-oltásért és újraoltásért az országos érvényű díjakat felszámíthatja és a bíróságok felhívására végzett szakértői működésekért a szokásos díjakat igényelheti. Székhelyén a halottkémlést és hűszemlét a szabályszerű díjak mellett végezni a községeit havonként kétszer beutazni és akkor a jelentkező beteget ingyenesen ellátni tartozik. A magánlátogatásokra felektől fuvart követelhet.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a értelmében eddigi gyakorlatukat is igazoló okmányokkal felszerelt kérelmüket hozzám 1898. évi július hó 2-dikáig nyújtsák be. A választás Gyimesbükkben 1898. évi július hó 3-dikán fog megtartatni.

Csik-Szereda, 1898. évi június hó 5-dikén.

3-1

Fejér Sándor, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

TERMÉSZETES

BILINI SAVANYUVIZ!

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

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

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

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

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsói- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (u. m.: vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsói és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratorium vezetői.

Poliklinika: VII., Hársfa-utca 13-15. szám.

Dr. Balócz Ign. gyógyintézete

(Rendelő intézet)

Budapest, IX. ker., Várház-körút 7. sz.

Villamos fényfürdő, nap- és légfürdő (kertben), masszázs, villamosítások, gyógygymnasztika és testgyógyászat, vízkúra, inhalatio.

Vegyi, górcsövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

Budapest, V. ker., Váci-körút 60. sz.

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudatum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

Gyermek-sanatorium Abbaziában.

Igazgató orvos: Dr. Szegő Kálmán.

Felvétel kísérelvel vagy a nélkül egész éven át. Állandó orvosi felügyelet, modern kényelem, mérsékelt díjak. Kívánatra prospektus.



Természetes
arsen- és vastartalmú
ásványvíz

Srebrenicában Boszniában.

Mattoni és Wille Budapest

Mattoni Henrik Bécs

Budapest, Bécs, Franzensbad, Karlsbad, Giesshübl Sauerbrunn.

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

III. ker., Leonhard-utca 3-5. szám alatt.

Dr. KELETI és KULPIN

min. enged. nyilvános borjú-himlőnyirk-termelő intézete

Békés-Csabán.

Szállít biztos, utóbjak nélküli fogamzásért vállalt kezeség mellett, kitűnő oltóanyagot a következő árakon:

1 phiola 3 egyénre	--- frt 30 kr.	1 phiola 20 egyénre	--- 1 frt 20 kr.
1 " 5 " "	--- " 40 " "	1 " 50 " "	--- 2 " "
1 " 10 " "	--- " 80 " "	1 " 100 " "	--- 4 " "

Oltóeszközök ugyanitt beszerzési áron kaphatók. Megrendeléseket posta fordultával expedíálunk.

Sürgőnyozím: KELETI, BÉKÉS-CSABA.

Szt.-MARGITSZIGETI

gyógyfürdőhely.

A Szt.-Margitszigeti 43-7° C. hévíz kitűnő eredménnyel használtatik mint fürdő, vagy belőleg mint gyógyital és beülegetésre a következő köralakok ellen: kőszvény, csúz, zsabák, idült kútegek, külsértések után föllépett izzadmányok, görvény és bujakór, máj-, gyomor-, bélbántalmak, idült székrekedés, hólyaghurut, női bántalmak, garat-, gége-, tüdőhurut, hűdése, idegbántalmak. Meglepő sikerrel használtatik a Massage, villamos fürdő, hidegvíz és Kneipp-féle gyógy mód.

135 hold sétakert, tiszta, pormentes levegő és 300 vendégszoba, társalgási terem, posta, telefon, távirtd, gyógyszerár és elismert jó konyha. Rendelő fürdőorvos Bauer Antal dr., főhercegi udvari orvos. — Naponta katona- és oziányzene. — H jöközlekedés félóránként: menettéri jegy: hétköznap 20 kr., vasár- és ünnepnap 40 kr., gyermekjegy 10 kr.

Fürdőidény tartama: május 1-től október 30-ig.

Május és szeptember hónapokban 30% árengedmény.

Megrendeléseket lakásokra átvesz

A Szt.-Margitszigeti gyógyfürdő-felügyelőség Budapest.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Horváth Kornél: Közlemény a szt. Rókus-kórház V. orvosi (Róna S. magántanár, főorvos) osztályáról. Paraurethralis menetek izolált primaer gonorrhoeája. 311. l.
Áldor Lajos: A gyomorbetegségek túlságos sósavképződéssel járó alakjainak diaeto- és balneoterápiája. 313. l.
Tauszk Ferencz: Közlemény Korányi Frigyes ny. r. egyetemi tanár l. belkóródájáról. A hypertrophiás és atrophias májlob viszonya egymáshoz. 314. l.
Tárca. Nékám: Angol kórházokról. 315. l.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Bókay, Kélli, Korányi: A belgyógyászat kézikönyve. 317. l. — **Lapszemle. Hammond:** Gyermekek vézett külső húgyvesemetszés. — A húgyvesében rekedt kő leánygyermeknél. 318. l.
Hetiszemle és vegyesek. Budapest székes főváros közegészségi állapota márczius hóban. — A főváros egészsége. — Beregvármegye közkórházának kimutatása. Kérelem. — Megjelent. — Reiniger, Gebbert és Schall czég. — Szt. Lukács-fürdő. — Herezet dr. — Dr. Sedlitzky-féle fürdő-tablettek — Baumgarten Samu dr. 318. l. — Pályázatok — Hirdetések.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. Rókus-kórház V. orvosi (Róna S. magántanár, főorvos) osztályáról.

Paraurethralis menetek izolált primaer gonorrhoeája.

Közli: *Horváth Kornél* dr. segédorvos.

Az utóbbi évtizedekben a genitalis tractushoz tartozó normalis mirigyek vagy mirigyszerű képleteken kívül bizonyos abnormalis veleszületett ú. n. paraurethralis, praeputialis stb. meneteket is tanultunk ismerni, melyek mindaddig, míg épek, észre sem vétetnek s legfeljebb fejlődéstani szempontból érdekesekek, mihelyt azonban gonorrhoeában megbetegednek, kiváló fontosságot nyernek.

Oedmansson, Jadassohn és *Pick* vizsgálatai nyomán e menetek gonorrhoeája újabban több oldalról megbeszélés tárgyát képezték s irodalmunk napról-napra bővült.

Megjegyzendő bár, hogy 1856-ban *Jarjavay* és utána 1863-ban *Guyon* ismertetnek legelőször irodalmilag paraurethralis meneteket, e menetek gonorrhoeáját azonban legelőször *Diday* (1860) ismertette. *Oedmansson* 1884—85-ben *Guérin* nyomán — ki a nők vulvaris lacunáinak lobját urethritis externa névvel illette — urethritis externa név alatt írja le azon járulékos mirigyek gonorrhoeáját is, melyek a férfi húgyveső orificiumának szélén fekszenek.

Oedmansson 10 esete közül a paraurethralis menet 3 esetben kétoldali, 7 esetben egyoldali volt s rendszeren az orificium hátsó commissurája szélén nyíltak.

Ugyancsak *Oedmansson* 6 esetben a praeputium lemezei között is talált finom 1—3 cm. hosszú csatornácskákat, melyek igen szűk nyílással különböző helyeken, rendszeren a frenulum tapadásához közel a praeputium felületén végződtek.

Ezeket *Oedmansson* kitágult, zárt, majd megnyílt és gonorrhoeával inficiált nyirkereknek tartotta, azon körülményre alapítva nézetét, hogy ezenkívül 6 esetben kis lymphocystákat észlelt a praeputiumon. *Jadassohn* úgy saját, mint *Touton* vizsgálatai alapján e nézetet helytelennek tartja.

Mind a 6 esetben gonorrhoeával voltak inficiálva, 5 esetben egyidejűleg urethritis gonorrhoeica volt jelen, 1 esetben a menet egyedül volt megbetegedve. *Welande* is észlelte egy esetben a praeputialis menet izolált gonorrhoeáját.

Az első bacteriologiai vizsgálatát a gonorrhoeásan megbetegedett paraurethralis menet váladékának *Welande* (1884) és *Hamonie* (1885) eszközölték; a beteg mirigyek első kór-

szövevényi és bacteriologiai vizsgálatát *Toutonnak*¹ köszönhetjük (1889).

Fontosak *Jamin* (1886) és *Jullien* (1886) észleletei, hogy a paraurethralis menetek az urethra fejlődési rendellenességével, nevezetesen hypospadiasisal, vagy az urethra szájadékának valamely alakhibájával függenek össze. *Felcki*² 3 esete közül is kettőnél hypospadiasis volt jelen.

*Fabry*³ 2 esete közül az első különösen azért fontos, mert az esetet körülményei és a górcsövi vizsgálat eredménye alapján egy izoláltan megbetegedett praeputialis menetnek kell tartanom, hacsak nem akarom a szerző nézetét elfogadni, hogy t. i. e praeputialis menetben a gonorrhoea 15 évig észrevétlenül elrejtözve fészkel.

Esetében ugyanis a beteg — egy orvos — még mint nőtlen 15 év előtt kankóban szenvedett, mely rövid néhány hét alatt teljesen gyógyult, nem recidivált és nejt nem fertőzte.

15 év múlva kis daganata támadt a praeputium lemezei között, mely nyomásra alig volt fájdalmas és híg váladékot ürített.

A górcsövi vizsgálat egy acut gonorrhoeának megfelelő képet nyújtott; megjegyzendő, hogy a vizelet kristálytisza volt s benne fonalak nem találtak.

Csupán casuistikus közlést óhajtván tenni, még csak *Jadassohn*⁴ munkáját említem meg, kinek felosztása leginkább áttekinthető és értékesíthető.⁵ Hat esete közül mindenikben urethritis blenorrhoica volt jelen. *Jadassohn* felosztása a következő.

I. Csoport: Vannak kisebb-nagyobb csomók a praeputium lemezei között, a melyek szemmel látható praeformált nyílással bírnak s a melyekből genysejteket, epithel-halmazokat és tipikus gonococcus-csoportokat tartalmazó váladék nyomható ki.

II. Csoport: Ide azon esetek tartoznak, melyeknél a mirigy szájadéka az orificium urethrae mellett vagy az orificiumot képező labiumok belső nyálkahártyával bélelt felszínén nyílnak s az urethrával párhuzamosan futnak. Fejlődéstaniilag megfelelnek a *Littre*-féle mirigyeknek.

¹ Über Follicul. praeputialis et paraurethralis gonorrh. Arch. für Dermat. u. Syphilis 1889.

² Gyógyászat 1892.

³ Monatshefte für prak. Dermat. XII. B. 1891.

⁴ Über d. Gon. d. paraurethr. u. präp. Gänge. Deutsche med. Woch. 1890.

⁵ Újabban Róna genetikus szempontból méltatta és osztályozta a paraurethralis meneteket. Arch. f. Dermat. u. Syphilis. 1897. XXXIX. köt.

III. *Csoport*: Ezt azon menetek alkotják, melyek a penis aísó felületén a raphe mellett a frenulum oldalán, vagy mögötte felületesen futnak s a corp. cavern. urethraetól többé-kevésbé elkülöníthetők.

IV. *Csoport*: Ezt azon ritka menetek képezik, melyek a corp. cavern. urethrae között a sulcus coronariustól a symphysisig terjednek.

Minket most csakis a II-dik, a leggyakoribb csoport érdekelt. Ezek a tulajdonképeni paraurethralis menetek, melyek főleg hypospadiás húgycsőnyílás mellett gyakoriak, de észlelhetők teljesen ép normalis húgycső ajkain is.

Ezen paraurethralis menetek különböző hosszúságban és vastagságban, rendszeren az urethrával párhuzamosan, többnyire felületesen nyílnak.

Ha egy ilyen paraurethralis menet a gonorrhoeás folyamatban résztvesz — a mire a húgycsőhöz való nagy közelségénél fogva bő alkalom van —, bizonyos típusos változásokon megy keresztül, a mennyiben a körülírt lob összes tünetei kifejlődnek rajta, tehát megduzzad és fájdalmas lesz, tapintásnál különböző nagyságú kemény csomót vagy köteget érzünk, nyomásra a már jelzett éles szélű, vagy kimaródott tűszúrásnyi—kölesnyi nyíláson a lob foka szerint sűrű sárga, vagy higan folyó genyet szoríthatunk ki. Gyógykezelésnek néha makacsul ellenállanak — már nehezen hozzáférhetőségüknél fogva is — úgy, hogy az urethritist jóval túlélhetik; majd a heveny tünetek lezajlása után látszólagos nyugalom áll be, hogy később újra meg újra felhevenyülve az urethra épségét állandó veszélyben tartásuk és kiapadhatlan forrása legyenek az önrágályzásnak („autoreinfectio“); nagyon valószínű, hogy a hosszúra elnyúló ú. n. gyógyíthatatlan esetek nagy része a gonorrhoeás folyamatnak a húgycső nyálkahártyáját normalisan bélelő, talán a rendszerénél nagyobb, tágabb vagy kanyarodottabb vak tasakokban és nyálkamirigyekben való makacs befészkelődésében leli magyarázatát.

A rendelkezésemre boesátott irodalmi közleményekből kitűnik, hogy valamennyi észlelő minden esetében a paraurethralis menet gonorrhoeája mellett, vele egyidejűleg, vagy ritkábban ezt megelőzőleg, urethritis gonorrhoeica volt jelen.

Ellenben a praeputialis menetek izolált gonorrhoeáját Oedmansson és Welander észlelték 1—1 esetben. A mint jelzém, Fabry 1 esete szintén ezek közé volna sorozható, jóllehet betege a menet kimutatható megbetegedése előtt 15 évvel urethralis gonorrhoeát acquirált. Paraurethralis menet elsődleges és izolált gonorrhoeájára nem akadtam az irodalomban, hacsak nem akarom Jamin (1886.)¹ egyik esetét ide számítani, a melyben a folyamat felderítésekor tényleg izoláltan állt fenn, de a beteg állítása szerint 2 év előtt keletkezett (mely idő alatt az urethritis, ha volt is, visszafejlődhetett). Lejars² (1888.) esetei nem ide tartoznak.

Két ilyen eset körtörténetét vagyok szerencsés röviden közölhetni, hol tehát a paraurethralis menet gonorrhoeával való inficiálása izoláltan, tehát primaer — az urethra megbetegedése nélkül — történt, mely körülmény fontosságán kívül ritkaságánál fogva is érdekes.

Az esetek a következők:

I. eset. H. László, 21 éves, nőtlen lakatos, 1897. november havában jelentkezett az V. orvosi osztály ambulatoriumán. Előadja, hogy ezelőtt 4 héttel a makkja hegyén borsónyi fájdalmas duzzanata támadt. A mint ezt észrevette, orvoshoz fordult, ki copaivát és külső lemosásokat rendelt. Megjegyzendő, hogy kankója még sohasem volt és hogy ezen bajával is közösült és pedig utoljára egy, ezt megelőzőleg pedig 4 nap előtt.

Stat. praes: Hypospadiasis; a húgycsőnyílás a fossa navicularis táján. A húgycsőből minimalis savós átlátszó váladék nyomható ki. A makkon a végi nyílás helyett vak tasak, eme tasak jobb ajkán egy éles szélű, mintegy kölesnyi nyílás látható, mely a livid, dudort képező és a hypospadiás húgycsőnyílásig terjedő köteg csúcsán ül. Nyomásra bő, sűrű genyet

ítrít. Ezenkívül a makk alsó felületén több paraurethralis menet, melyekből azonban geny nem nyomható. Vizelet kristálytiszta, homálynak vagy fonálnak nyoma sincs.

Úgy az urethralis nyálkás váladék, mint a paraurethralis menet genyje meg lettek vizsgálva s míg az urethralis praeparatum kizárólag hámsejteket, nyákot, törmeléket tüntetett fel, addig a paraurethralis menetből vett váladék — a mint előre látható volt — a heveny kankó iskolai képét nyújtotta, a melynek a positivitásához kétség sem férhet.

Oly ritkán van alkalmunk a gonococcusnak a szövetekben való viselkedéséről meggyőződést szereznünk, hogy minden esetet, mely e tanulmányra kiválóan alkalmas — a milyenek eddigelé a paraurethralis menet mutatkozott —, különösen meg kell becsülnünk, de legnagyobb sajnálatomra a tervbe vett kimetszés után szándékozott szövettani vizsgálatát e menetnek nem végezhettem, mert a beteg többé nem jelentkezett. Ép ezért nem számolhatok be a kórlefolyás és gyógy mód-ról sem.

A második esetet tisztelt főnököm Róna S. tanár úr szíves engedélyével, feljegyzései alapján közlöm, a mely esetben bár 2 évvel azelőtt gonorrhoea acquiráltatott, a paraurethralis menet izolált gonorrhoeája ettől egészen függetlenül lépett fel, úgy a mint az a következőkből világosan ki fog tűnni:

II. eset. X. Y. 26 éves kereskedő 1897. augusztus 17-dikén jött Róna dr. privát rendelésére. Az illetőt több ízben kezelte húgycsőkankó ellen, legutóbb két év előtt teljes gyógyulással. Nagyobb fokú hypospadiasisa és több paraurethralis menete volt. Az utolsó kankóját egy paraurethralis menet gonorrhoeája is complicálta, mely szintén teljesen gyógyult. Ugyanis a fiatal embert ezen két év alatt — időközökben — többször volt alkalma tüzetesen megvizsgálni és mindig teljesen egészségesnek találta. Augusztus 15-dikén coitált és 17-dikén éjjel vizsktetést érzett a makkban (nem a húgycsőben) és e miatt Róna tanárt kereste fel.

Stat. praes. Nagyfokú hypospadiasis. A hypospadiás nyílás a mony alsó felületén a fossa navicularis mögött volt. A makk alsó részén a rendes húgycsőnyílás helye és a hypospadiás nyílás között több Morgagni-tasak, továbbá a makk csúcsán a rendes húgycsőnyílást jelezni akaró labiumszerű részleteken egy-egy menet nyílása látszik. A baloldali menetből egy-két csepp tiszta geny nyomható ki. A jobboldali menetből, valamint az előbb említett Morgagni-tasakokból, továbbá az urethrából váladékot kinyomni nem lehet és a vizelet kristálytiszta. A labium melletti menetből kinyomott váladék genysejtekből és intra- és extracellularis gonococcusokból állott.

Therapia: $\frac{1}{2}$ —2 $\frac{0}{10}$ -os arg. nitr. befecskendése naponta, letompított Pravatz tüvel.

Kórlefolyás: Augusztus 25-dikéig status idem, azaz a másik oldali menet, valamint a tasakok, továbbá az urethra ép és a vizelet kristálytiszta maradt, dacára, hogy a menetbe befecskendezett folyadék a hypospadiás húgycsőnyíláson át jött visszafelé, jelezve, hogy a körülbelül 2 cm. hosszú menet az urethrával kommunikál.

Augusztus 25-dikén azonban a jobboldali paraurethralis menet is genyedni kezdett és e napon a beteg húgycsővében is fájdalmat érzett. Ekkor a vizelet első felében igen finom homály mutatkozott, mely alapon Róna tanár a második menet és az urethra secundaer fertőzését vette fel. Azonban a lefolyás csakis a második menet gonorrhoeáját igazolta be, mert ezen menetnek az előbbihez hasonló kezelése és az urethranak kezeletlenül hagyása mellett a vizelet másnapra ismét kristálytiszta lett és olyan is maradt a 6 heti kezelés tartama alatt mindvégig; megjegyzendő, hogy a jobboldali menet is közlekedett az urethrával.

Azon körülmény, hogy a hypospadiás húgycső mindkét esetben megkímélve maradt, míg a makk csúcsán lévő paraurethralis menet inficiáltatott, élénk bizonyítékát szolgáltatja ama feltevés helyességének, hogy a férfi fertőztetése úgy ezen, mint valószínűleg a legtöbb esetben az introitusban történik és pedig oly értelemben, hogy a női húgycső szájadéka vagy a Bartholini-mirigy kivezető nyílása előtt cseppalakban

¹ Annal. des mal. des organes gén.-urin. 1886. p. 410.

² Annal. des mal. des organes gén.-urin. 1888. p. 392.

meggyülemelő geny az immissio pillanatában a makk esücsával érintkezve a fertőzést directe közvetíti.

Teljesség okáért megemlítem, hogy úgy a praeputialis, mint a paraurethralis meneteket kifelé tört és hajszálvékony menetet visszahagyó perifollicularis tályoggal, már kevésbbé ulcus molleval egy momentumra össze lehet téveszteni.

A nem fekélyes, esetleg kimaródott szélü nyílás, hajszálfinom vagy tágabb csatorna megállapítása, mely nyomásra gonococcusdús váladékot ürít, megóv a diagnostikai tévedéstől.

Nagyobb csomók initial sclerosist, lymphestákat és periurethralis infiltratumot is képesek utánozni.

A gyomorbetegségek túlságos sósavképződéssel járó alakjainak diaeto- és balneotherapiája.

Áldor Lajos dr. fürdőorvostól (Karlsbad).

(Vége)

Négy gyomorbetegén végeztünk öt cyklusban pontos anyagcsere-vizsgálatokat. A felvett tápanyagok fehérje- és zsirtartalmát nagyrészen mi határoztuk meg, egy kisebb részben pedig mások megbízható adatait használtuk. A nélkül, hogy ezen vizsgálatok részleteinek közlésébe e helyen be akarnék menni, legyen szabad csak a vizsgálataink eredményét közölni. Az első két cyklus egyugyanazon betegre vonatkozik. Az egyén 20 éves, pék. Kórisme: *Hyperaciditas hydrochlorica*. Próbareggeli után a gyomornedv szabadsósavtartalma: 42, T. A.: 70, emésztőképesség, úgyszintén a motilitás jó. Az első vizsgálat-periodusban a beteg öt nap alatt 100 gr. N-t, 611 gr. zsirt vett fel, 11.454 caloria értékben. Elveszített a bélsárral 6.6 gr. N-t = 6.6%-ot. Felszívódott 83.5 gr. N. A felvett 311 gr. zsirnak csak 3.9%-a távozott el a bélsárral. Megjegyzem, hogy a zsirvesztéséget oly módon határoztuk meg az összes esetekben, hogy előbb meg lett határozva a zsir és a zsirszappan, majd külön a neutralis zsir és zsirsavak, a kettő közötti különbség adta a zsirszappan mennyiségét. Ugyanannál az egyénnél egy második három naphól álló vizsgálati cyklus alatt a felvett 60 gr. N-nek 6%-a távozott el a bélsárral, a 479 gr. zsirnak szintén 6%-a.

Egy 24 éves pék *hyperaciditas hydrochlorica* kórismével öt napig képezte hasonlányú anyagcsere-vizsgálat tárgyát, 100 gr. N-ből 5% távozott a bélsárral, 94 gr. felszívódott. 611 gr. zsirból csak 4% ment veszendőbe. A beteg gyomornedvének szabadsósavtartalma 20. T. A. 39 volt. Úgy ez a beteg, mint az előbbi, a vizsgálat tartama alatt igen jól érezte magát, mindkettőnek fennálló székrekedését a nagy mennyiségben felvett zsir kedvezően befolyásolta.

Egy 30 éves késmüves, kinél a hyperaciditas hydrochloricán kívül *gastroptosis* is volt jelen a *Stiller*-féle lógóbordával és a kinél próbareggeli után 64 volt a szabadsósav, 88 a T. A., jó emésztőképesség, elég jó motilitás; 7 napon át 140 gr. N-t vett fel. Ebből 3% volt vesztés, 135 gr. felszívódott. 1119 gr. zsirból 30 gr. távozott a bélsárral, tehát az összes zsirvesztéség 2½%.

Végül egy 24 éves munkás, a kinél a hyperaciditas hydrochloricán kívül szintén *gastroptosis* is volt jelen a *Stiller*-féle lógóbordával és a kinél próbareggeli után 59 szabadsósav mellett 79 volt a T. A. Nyolcz nap alatt 160 gr. N-t vett fel, a melyből 3%-ot vesztett el, felszívódásra jutott tehát 155 gr. Az 1279 gr. zsirból pedig 40 gr. távozott a bélsárral, tehát az összes zsirvesztéség 3.1%.

Az itt közölt anyagcsere-vizsgálatok eredményei, t. Urak, a mellett bizonyítanak, hogy 100—130 gramm napi mennyiségű zsir felvétele hyperaciditásos betegek által nemcsak jól eltűretik, de ezen a normalis adagokat felülhaladó nagy mennyiségből oly kevés megy veszendőbe, hogy a közölt szám adatok bennünket a megközelítőleg teljesen ép emésztési szerveknél fennálló viszonyokra emlékeztetnek. Az anyagcsere-vizsgálatok után az illető betegek még heteket igénybe vevő kórodai tartózkodásuk alatt is nagyobb napi mennyiségű

zsirral lettek táplálva, a nélkül, hogy ennek következtében akár a subjectiv, akár az objectiv tünetek kedvezőtlen befolyásoltatását konstatálhattuk volna; ellenkezőleg, a betegek nagy részénél fennállott nagy székrekedés, mely előbb csak mesterseges úton volt esetről esetre megszüntethető, később spontan bélürüléseknek adott helyet.

Ha az általunk nyert adatokat azon számadatokkal hasonlítjuk össze, melyekhez *Noorden* már többször idézett hasonlányú, anacid betegeken végzett vizsgálatai alkalmával jutott, úgy azt találjuk, hogy bár mi nagyobb zsirmennyiséget is adtunk, azoknak a hyperchlorhydriás betegek által való kihasználása átlag még jelentékenyebb mérvben jött létre, mint *Noorden* anacid betegeinél. S ha még ehhez azt teszem hozzá, hogy ily nagymennyiségű zsirral való táplálkozás a nitrogentartalmú tápanyagok kihasználását is csak kedvezően befolyásolta, úgy azt hiszem, hogy experimentalis alapon nyugvó azon állításomat, hogy nincs egyetlenegy körülmény sem, a mely a zsirokkal való táplálkozást hyperchlorhydriás betegeknél tiltaná, teljesen jogosultnak fogják tartani.

A mit *Noorden* anacid betegekre vonatkozólag kimutatott, azt a mi vizsgálataink hyperchlorhydriás betegekre vonatkozólag is kétségtelenné tették és így ma már nincs jogunk gyomorbetegéink asztaláról a zsirokat letiltani, sőt ellenkezőleg, soha szem elől nem tévesztve az individualis különbségeket, a zsirokkal való táplálkozást egyrészt a gyomorbetegségek folyamán kifejlődhető marasmus elhárítására, másrészt egyes esetekben a fokozottabb fehérje-szétesés compensatiója gyanánt mint fehérjekímélő anyagot rendelhetjük (legalkalmasabb a vaj).

T. Urak! A hyperchlorhydria gyógyszeres kezeléséről nincs szándékom beszélni, a mi pedig balneotherapiáját illeti, ez alkalommal ez utóbbinak a diaetotherapiával szorosban érintkező kérdéseire akarok csak rámutatni. Igaza van *Ludwignak*, mikor egy a karlsbadi forrásokról írott munkájában azt mondja, hogy gyógyfürdők és ivókúrák csak *gyógyeszközök*. Én is azt vélem, hogy azokat izoláltan alkalmazni nem jogosult, mert a therapia az összes gyógyeszközeinknek észszerű, mindig nemesak a betegséghez, de a beteghez és egyéniségéhez mért alkalmazásából áll. Ha ez a nézet fog uralkodni a balneotherapia terén, úgy az kétségkívül még fényesebb eredményeket fog tudni felmutatni.

És én vizsgálataink alapján épen nem azt akarom állítani, hogy ezentúl minden gyomorbetegünket zsirokkal tömjük, csupán azt — és azt gondolom teljes joggal —, hogy a mint vannak gyomorbetegéik, a kik jól tűrik a zsirokat otthon, úgy bizonyára bátran adható az nekik fürdői tartózkodásuk alatt, az ivókúrák tartama alatt is.

És én ezt szándékosan ki akarom ezen a helyen annyival is inkább emelni, mert mindnyájan tudjuk, hogy épen úgy az orvosok, mint a közönség között is igen el van terjedve a nézet, hogy különösen a zsirok azok, melyek a gyomorbetegéik által igénybe venni szokott ivókúrák tartama alatt a legszigorúbban vannak száműzve. Bizonyára vannak és lesznek gyomorbetegéik — bármilyen legyen is a betegség neme —, a kik már minimalis zsirfelvételle is igen erősen reagálnak, a mint vannak ugyancsak gyomorbetegéik, a kik a tejet sem tudják absolute élvezni. De ez a körülmény csak azt jelenti, hogy mi, a mint az előttem már *Riegel* és különösen *Dapper* hangsúlyozták, ne terjeszszük azt a téves nézetet, hogy valamely ásványvíz, vagy valamely forrás egy specialis étrendet igényel, hanem az étrendet minden egyes esetben alkalmazzuk a betegséghez épen úgy, mint a beteghez, de ne a forráshoz. Ne hozzon bennünket zavarba a betegnek az a kérdése, mely hogy minden fürdőbetegnek az ajkain van, az *Dapper* szerint a fürdőorvosoknak évtizedekre visszanyúló hibájának az eredménye, hogy milyen diaetát kíván ez vagy amaz a forrás? Ne éhezteszük a betegeket kényomatott étrendekkel, hanem ez étrendet minden egyes esetben újból állapítsuk meg. Hogy pedig ezek a téves nézetek mily óriási tért hódítottak maguknak, azt mi sem bizonyítja jobban mint az a tény, hogy 1887-ben egy kiváló német szaklapban jelent

meg egy munka „Über das diätetische Verhalten beim Gebrauch der Carlsbader Cur“, melyben egy karlsbadi kúrához illő „Diätschema“ van közölve, ebben az étrend egyenesen karlsbadi források számára van megállapítva, minden tekintet nélkül a betegségre és a betegre! Én ezt t. Urak nem tartom helyesnek, mert ha valahol úgy a diaetotheraia terén van nagy tere az individualizálásnak.

A mi pedig különösen a hyperchlorhydriát illeti, úgy legyen szabad végül felhívnom figyelmüket e bántalom aetiologiájának kutatására. Ha ismerni fogjuk a betegség okait, ha ismerni fogjuk azt, hogy mi annak az alkalmas talaja, úgy meg lesznek állapíthatók a betegség ellen való védekezésnek az eszközei és az ezen az alapon megállapítandó prophylaxis lehet hogy igazolni fogja ezen a téren is az ismert közmondást: „The prevention is better than cure.“

Irodalom.

1. Chr. Jürgensen. Archiv für Verdauungskrankheiten 1897. 2. v. Noorden. Zeitschrift für klin. Med. 1896. Bd. 17. 3. Boas. Zeitschrift für klin. Med. Bd. 17. 3. Ludwig. Centralblatt für innere Med. 1896. Bd. 17. 5. Rosenheim. Path. u. Ther. der Krankheiten der Speiseröhre und des Magens. 1895. 6. Ewald. Klinik der Verdauungskrankheiten 1890. 7. Soblern. Berl. klin. Wochenschrift. 1891. Nr. 20—21. 8. Riegel. Die Erkrankungen des Magens. 1897. II. 9. Dapper. Zeitschrift für klin. Med. XXX. Bd. 10. Jaworski. Therap. Monatschrift. 1897. Nr. 9. 11. Schüle. Zeitschrift für klin. Med. 1895—1896. 12. Fleischer. Spec. Path. u. Ther. der Magen- u. Darmkrankheiten. 1896. 13. Dujardin-Beaumont. Traitement des malades de l'estomac. 14. Bouveret. Traité des malades de l'estomac. 1893. 142—156. 15. Mathieu. Therapeut. des malades de l'estomac et de l'intestin. 1893. 16. Stillier. Az ideges gyomorbetegségek. 17. Reichmann. Berl. klin. Wochenschrift. 1897. Nr. 12—14. 18. Fleiner. Krankheiten der Verdauungsorgane. 19. Penzoldt. Handbuch der spec. Ther. inn. Krankheiten. IV. Bd. 425. S. 20. Einhorn. Die Krankheiten des Magens. 1898.

Közlemény Korányi Frigyes ny. r. egyetemi tanár I. belkóródájáról.

A hypertrophiás és atrophias májlob viszonya egymáshoz

Tauszke Ferencz dr. első tanársegéd és egyetemi m. tanártól.

(Folytatás.)

II. P. T. 65 éves mosónő. 14 szülés és gyermekágyak rendes lefolyásúak voltak. Jelen bajára a soporosus beteg csak homályos felvilágosításokat képes adni. Több év óta szenved gyomorbántalmakban. Étvágya négy hó óta rossz. Arra nézve, hogy mióta sárga, választ adni nem tud, sem arra, hogy mennyi ideje nagyobbodott meg hasa. A lesóványodott nőbeteg bőrszíne citromsárga. Szívesüslökés a 4—5. borda között a bimbóvonalon belül homályosan tapintható. A jobb bordaív alatt egy, a légzési mozgásokat követő, kissé keményebb tapintatú resistencia érezhető. A has tágult, feszült, felette hullámszerű lehet. Tüdőhatárok jobboldalt V. borda felső, VI. borda felső, VI. borda alsó széléig terjednek, mely pontokon kezdődő májtompulat a bordaívot egy plessimeternyre haladja meg, balfelé a jobb parasternalvonal meghosszabbításáig követhető. Szívtompulat megnagyobbodva nines. Hátnál a tüdők a X. bordáig érnek. Lép VIII—XI. bordáig terjed, befelé a mellső hónaljvonalig ér. Has felett dobos a kopogtatási hang a köldök alá két plessimeternyre és oldalt a két bimbóvonalig, itt tompává válik. Tüdők felett érdes sejtes légzés hallható. Szívhangok és nagyedények hangjai tompák. Vizelet kevés; epefestényt tartalmaz.

12 napi tartózkodás alatt több ízben hőemelkedés (38.3). Kimerülés tünetei között halál.

Bonczjegyzőkönyv: A hulla középtermű, sovány, élénk sárga, hátán szederjes hullafoltokkal ellátott. Hajzata fekete, őszbevegült. A látak szűkültek, egyenlők, a kötőhártya sárga. A nyak középhosszú, igen vastag, a mellkas domború, a csecsmirigyek nagyok, az altest mérsékelten tágult, feszült. A bal alszár mellső felületének közepén ezüstgarasnyi, fehér, síma, gömbölyded, szederjes udvarral körülvett, mély ráncokba szedhető heg.

A koponyaboltozat vékony, szivacsos, a kemény agykéreggel erősebben összenőtt, az utóbbival belfelületén fátyol-

szerű, vékony, véredénydús, bíborvörös, mákszemnyi egész kölesnyi véromlányektól áthúzódott; laza kötőszöveti hárták, megfelelőleg a hátsó és középső koponyagödörnek és az agyféltekék egész domborúságának. A lágy agyburkok vérszegények, nedvdúsabbak, az agy mérsékelten tömött, közep vér- és nedvtartalmúak. A Vieussen-féle centrum az átvágott véredények erősen icterikus savója által, rövid idővel az átmetszés után, a véredények körül sárgásan festetik. A gyomrocsookban körülbelül 8 gm. tiszta sárga savó. A pajzsmirigy durván szemcsés, vérszegény. A gége és légeső nyákhártyája középvértartalmú, a légeső ürtere habzó, genyt tartalmazó savóval telt.

A tüdők középvértartalmúak, sok finom habzó savóval beszűrtek, mellső széleik puffadtak, a bal felső karély, a jobb felső és középső karélynak hátulsó harmada légtelen, tömöttebb, homályosan szemcsés, vakarásra barnás, zavaros folyadékot ürítő. A két mellűrben 70—70 gm. tiszta vörhenyes savó. A jobb tüdő középső karélya felett, mely vizenyős kötőszövet által helyenként a bordákhoz odanőtt és más helyeken laza rostonyahártya.

A szívburokban körülbelül 20 gm. tiszta, citromsárga savó. A szív mérsékelten összehúzódott, izomzata halványvörös, mérsékelten tömött, üreibe híg vér és laza vizenyős sárga rostonya.

A hasűrben körülbelül 5 liter icterikus savó.

A máj vérszegény, szívós, a jobboldali karély egyenes átmérője megnagyobbodott, a baloldali karély valamivel kisebb, baloldali széle két — három mm., hártás, tágult epeutak és visszereket tartalmazó, szegélylyel ellátott. A felület, kivéve a jobboldali karélyt, itt-ott dudorozatos, homorúsága síma. A hashártya és a capsula Glissonii vékony. A metszlap sárgás-zöldesbe játszó, különösen az acinusok környezetében, az utóbbiak határai elmosódottak, szemcseszerűen ki nem emelkedők. Az epehólyagban, melynek nyákhártyája narancssárga, csak kevés vörösbarnás epe. A nagy epeutak átjárhatók, nyákhártyájuk epével fedett.

A lépnek kevéssel megnagyobbodott, duzzadt, lágy, barnás-vörös gyurmája a metszlapból kivakarható. A gyomor és belek gázok által mérsékelten tágítottak, a gyomor nyákhártyája halvány; a nyombél nyákhártyája palaszürke, duzzadt. A többi belek nyákhártyája halványsárga. A bélűrben kevés bélsár, mely a vékonybelekben pépes és halványsárga, a vastagbelekben rögesés és majdnem agyagszerű. A fodor-mirigyek kicsinyek, tömöttek.

A vesék citromsárgák, vérszegények, tömöttek, vakarásra valamivel több és zavaros nedvet ürítők. A vesekelyhek, medencék, húgyvezeték nyákhártyája sárga, belövelt. A húgyhólyag üres. A méh sorvadott, nyákhártyája vékony, halavány, síma, a petefészkek rovátkoltak, kicsinyek, szívósak, számos icterikus terhelességi testecset mutattak. A méhkürtök átjárhatók. A hasnyálmirigy szívós, durvábban szemcsés.

III. K. J., 47 éves, levélhordó. Beteg deliráló állapotban szállítottatott a klinikára. Környezetének állítása szerint potator, ki már hosszú idő óta gyengélkedik. Három hó óta sárga, de a sárgaság utóbbi időben csökkent. Hasa 2 hó óta fokozatosan nagyobbodik.

Erősen lesóványodott, bőr csak igen gyengén sárga; kötőhártyák és látható nyákhártyák kifejezettebben sárgák. Nyelv kinyújtáskor erősen remeg. Szívesüslökés IV. borda között, bimbóvonalban tapintható. Has erősen elődomborodó, feszes, nyomásra nem érzékeny, resistencia nem tapintható; szabad hasvízkór.

Tüdőhatárok egy bordával magasabban végződnek; májtompulat bordaívot nem haladja meg. Szívtompulat IV. borda felső szélén kezdődik, kifelé szívesüslökés helyéig, befelé bal szegésszélig ér. Lép megnagyobbodott. Has felett regio epigastrica kivételével tompa a kopogtatási hang. Tüdők felett érdessejtes légzés, szív és nagyedények hangjai tompák. Reflexek fokozottak. Sensorium zavart. Vizelet fajsúlya 1021, kevés genyt, középemennyiségű fehérjét és epefestényt tartalmaz. Góreső alatt hólyaghámsejtek, fehér vörsejtek láthatók.

Beteg intermittens láz tünetei között halt meg.

Bonczjegyzőkönyv: A hulla alacsony termetű, gyengén táplált, halvány sárga, oldalán és hátán sok szederjes hullafolt. Hajzata vörös. Láták szűkültek, egyenlők. Nyak közép-hosszú, vékony, a mellkas domború. Has mérsékelten behúzó-dott. Koponyaboltozat mellül és hátul vastag, oldalt középvastag, mindenütt szivacsos, hátsó részében néhány mélyebb újj-benyomatot mutató. Kemény agykér mérsékelten feszült. Lággyagyburkok középvértartalmúak, nedvdúsak. Aggyközépvér- és nedvtartalmú, mérsékelten tömött; az összes visszeres öblökben sötétvörös híg vér. A pajzsmirigy kisebb, vérszegény, barnavörös, petyhüdt. Gége és légeső nyákhártyája erősen belövelt, kissé duzzadt, genyes nyákkal fedett; a baloldali mandula duzzadt, belövelt, gombostüfejni gödreiből nyomásra sok híg geny ürül. A jobb tüdő szabad, vérszegény, hátul középvértartalmú, mellső szélén puffadt. Felső lebenyének néhány hörgéből nyomásra geny ürül. A bal tüdő egész terjedelmében álhártyákkal odanőtt, vérdúsabb, légszegényebb, sok finoman habzó savóval beszűrődött. Mindkét lebenyének hátsó részében sötétvörös, majdnem légtelen, tömött, kis borsónyi egész babnyi, halványszürkés vörös, légtelen, szemcsés metszfelületű góccsal behintett. A szívburokban néhány gm. tiszta savó; a szív ernyed, üreibe középennyiségű lazán alvadt vér és rostonya. Izomzata halványabb, barnavörös, kissé szakadékonyabb. A bal gyomros falzata kis fokban megvastagodott. Hasban körülbelül 10 liter savó.

A máj jobb lebenye valamivel kisebb, bal lebenyében körülbelül rendes nagyságú, szabad felületén és metszlapján durván szemcsés, vérszegény, halvány sárgás-barna, szívós; jobb lebenyének domborúságán egy borsónyi, szivacsos, vérdús, a metszlapon besüppedő képletet tartalmazó; az epehólyag kicsiny, benne kevés sárgás híg epe. A nagy epeutak átjárhatóak. A gyomor és belek nyákhártyája kisfokban megvastagodott, helyenként erősebben, másutt kevésbé, palaszürkén festenyzett, a belekben kevés sárgás nyákkal vegyesen pépes bélsárral fedett. A lép $1\frac{1}{2}$ -szer nagyobb, sötétebb barnavörös, lágyabb, burka megvastagodott és a rekeszizmokkal összenőtt. A vesék valamivel nagyobbak, vérszegények, petyhüdték; a Bertini-féle oszlopok megszélesbedtek, halványvörösek, sárgás pontokkal és csikokkal, valamint tüszúrásnyi vérömlenyekkel behintettek. A jobb vesemedence nyákhártyája belövelt tüszúrásnyi vérömlenyeket mutató, a balé halvány. A húgyhólyagban kevés zavaros húgy.

E kórtörténetek szerint:

I. Máj nagyobb, szemcsés, csekély hydrops ascites, súlyos icterus.

II. Máj egyik fele nagyobb, másik kisebb, súlyos icterus, mérsékelt hydrops.

III. Máj jobb lebenye valamivel kisebb, bal lebenye rendes, csekély icterus, nagy hydrops.

Es ha az előbb mondottakkal ellentétbe jönni nem is akarok és fentartom, hogy kivételek és combinációk más féleltségei is lehetségesek, úgy ezen scala egyrészt kifejezett példákat szolgáltat azon átmeneti stadiumokra, melyeknek feltétlenül létesülni kell, ha nagy májból kicsiny lesz, ha a hypertrophiás májlob kifejezett esete atrophias májlobba megy át és a mi, hogy egy emberen is lefolyhat, arra a bevezetésben részletezett klinikai eset feltétlenül bizonyító erővel bíró példa. *Markwald* szerint a hypertrophiás és atrophias májlobok nem ellentétesek, hanem átmenetek előjönnek, sőt kivételesen mindkét forma egymás mellett is előjöhethet. Erre vonatkozólag casuistikus esetek közül, hol részleges atrophia mellett részleges hypertrophia volt, a mint annak lehetőségét fenti eseteink is igazolják.

Így a szövettani vizsgálatok is mutatják, hogy a hypertrophiás és atrophias májlobokra jellegzetesnek mondott szövettani kép combinációi előjöhethetnek. Erre vonatkozólag egy hepatitis hypertrophicának kisebbfokú icterussal, mérsékelt hydrops ascitissal járó esetének szövettani képét bátorodom előterjeszteni, melynek felülvizsgálatát *Winternitz* dr. tanárségéd úr volt szíves végezni.

Szövettani lelet. A carminnal festett metszeten már szabad szemmel, még jobban lupenagyítás mellett constatálhatni,

hogy a máj állományába az annularis cirrhosis képétől teljesen eltérő, nem körkörös, egyes vagy több acinusokat körülölelő, de szabálytalan csillagszerű vékony nyulványokban kifutó kötőszövet „szigetek” vannak elhintve, melyek élénkpiros festődésükben a közöttük visszamaradó — néhol peripheriájukon epefestenyőtől sárgásbarnára festenyzett — májacinusoktól igen jól eltérnek. Ezen interacinosus fekvésű, a szomszéd interacinosus terekbe is vékony septumocskák képében kifutó, *de annularis elrendeződést egyáltalán nem* mutató, tehát insularis terecskék, melyek helyenként a májacinusok nagyságát is túlhaladják, göreső alatt gömbsejtektől (plasmasejtek) dúsan infiltrált, lazább szövésű, lazán fibrillaris, fiatalabb jellegű kötőszövetből állanak, mely eme tulajdonságában is, de meg az által, hogy a szomszéd acinusok felé élesen elhatárolva nincs, lényegesen eltér a periportalis, annularis cirrhosisnál feltálható heges sclerotikus, sejtsegeny s a körülövezett acinusoktól rendszerint élesen határolt kötőszövet gyűrűktől. Benne a fix kötőszöveti s igen nagymennyiségű gömbsejt (plasmasejt) mellett a felszaporodott, helyenként beszűrődött, amorph sárgás-barna epefestenyőtől kitágított epeutak tűnnek fel, melyek oly helyeken, hol a felszaporodás nagyobb mérvet ölt, e területnek mondhatni adenomatosus jelleget kölcsönöznek. Sok helyen, különösen eme kötőszövet-szigetek peripheriáján, közel az acinusok széleihez igen intenzív epefestenyződés van jelen, feltételezve úgy a kötőszövetsejtek, valamint acinusok peripheriáján fekvő májsejtek s Kupfer-féle elemek plasmájának amorph epefestenyőtől származó telődése által, mely helyenként oly mérvet ölt, hogy a sejtmagot csaknem teljesen eltakarva, az ő benyomást kelti, mintha a festenyörögök a szövethézagokban szabadon feküdnének. Más helyütt a festenyződés gyengébb s csak a májsejtekre szorítkozik, különösen az acinusok peripheriáján, de a festenyörögöcskék alig haladják meg a barna sorvadásnál található igen apró rögöcskék nagyságát.

(Folytatása következik.)

TÁRCSA.

Angol kórházakról.

Kórház-alapítás társadalmi úton. Pénzforrások. Orvosi személyzet. Nurse. Specialis kórházak. Gyengéd figyelmesség a beteg iránt. Venerias betegek. Hajó-kórházak. A birminghami Mason Univ. Hospital.

Említettem már, hogy Angliában a kórházak legnagyobb része autonom intézmény, melyet sem állam, sem község anyagiilag nem támogat. Néhány jótékony, vagyonos ember összeáll, alapot gyűjt, megkezdik a kórház építését. Ha a pénz elfogy, az építés megakad, s a meredező puszta falak intő alkalmul szolgálnak a közönségnek újabb adakozásra. Megmozdul a társadalom. A lelkesz erről prédikál; az újságok hirdetik a hiányt; összehívott gyűléseken appellálnak a könyörületre, rendeznek zenés estélyeket, köröztetnek aláírási íveket, eladnak betegajánlasi jogokat, sőt adóslevelet bocsátanak ki a létesítendő kórházra, szóval minden módon törekszenek előteremteni a szükséges pénzt az első költségekre. Ha az épület legalább részben átadható lett rendeltetésének, könnyebben halad a dolog tovább: meghívják a közönséget az intézet megtekintésére, szétküldenek havi, évi jelentéseket a kezelt betegekről, kiragasztanak fényképeket a kórtermek, üdülő szobák, folyosók ábrázolására. Délutáni tea-uzsonnákat rendeznek a nagy közönségnek, közölnek terveket az intézet fejlesztéséről, szóval ráterelik és fentartják a közérdeklődést, mely itt az anyagi existencia alapja. Az ily kórházak homlokzatán állandóan ott díszlik a társadalom elismerésének jele: „Supported by voluntary contribution.”

A kórházi ügyeket egy bizottság szokta vezetni, melyet a pártfogókból, a kerület papjaiból és a résztvevő orvosokból állítanak össze. Ez azután keres egy lehetőleg előkelő társadalmi állású protektort, továbbá ügyvivő elnököt, bankárt s ezek által folytonosan nógatja a közönséget a támogatásra. A hírlapokban

ilyenféle hirdetések jelennek meg: „adományok kéretnek“, „nagy szükség van segítségre“, „kórtermek vannak bezárva pénzihiány miatt“, „2494 szegény asszonyt ápolunk tavaly“ stb.

Angliában akad még ilyenkor jótékony adományozó, a ki elmegy a kórházba, végig járja a termeket, megnézi a betegek ellátását, megkóstolja a levesüket s azután kisebb-nagyobb összeget ad át a titkárnak.

Az ilyen adományozók azonban még Angliában se nagyon gyakoriak, s így másutt is neki kell támadni a közönségnek. Néha az utcán gyűjtenek. Így pl. a matróz-kórház számára kis „árva“ matrózfiúk rázzák a perselyt; a gyermekek kórházai nevében iskolás leányok futkosnak. Látni vakokat gyűjtögetve tipegni az utcán; gyászruhás öreg asszonyokat, béna katonákat stb. . . . mind a maguk ügye számára, sorsosaik érdekében kérve a segítséget. Vannak templomi gyűjtések is, az év egyik vasárnapján és egyik szombatján. Ilyenkor rendszerint valamely kiváló pap celebrál, jó dilettans énekesek működnek közre, úri hölgyek ülnek a persely mellett, a melybe sok ezer forint szokott össze gyűlni. Másutt a kórház kápolnájában nyilvános istentiszteleteket tartanak, a melyen a résztvevő közönség adakozik az intézet számára. Ha az intézet régi, ha, a mi gyakori dolog, műkin-csekkel bir, úgy ilyenkor ezek is megtekinthetők. Így pl. nagyon popularisak a Christ-Hospital nevű árvaházban a vasárnapi misék, a hol azért az 1--2 shillingért, a mit az érkező egy tábla dob belépésekor, üde torkú, jó gyermekkórust hall, utána megnézi a gyűjteményben Raffael kartonját, tömérdek régi képet, érmet, gyűrűt, melyet a háznak régi adományozók ajándékoztak, s végre jelen lehet a növendékek tiszta, egyszerű ebédjén is.

Ezek a többé-kevésbé megható, könnyörületen alapuló módokon kívül, gyakran emelik a kórház jövedelmeit a betegektől követelt összegek is. Igen gyakran látni pl., hogy az ambulantián díjakat kell fizetni a kórház javára, a mely rendszert Budapesten is már régen be kellett volna hozni.

A St. John's Hosp.-ban pl. minden rendelő orvos tart egy külön órát, a mikor a kórház javára pénzért rendel, s néhány más ingyeneset, a mikor teljesen vagy részben szabad a jelentkezés. Általános elv, hogy az orvost díjazni képes emberek utasítsanak vissza a kórházi rendelésről; egy rendelést azonban bárkinek lehet adni ingyen is. Az állandó kezelésért fizessen a beteg a kórház javára 3—10 shillinget (180—6 frt) vagy szerezzen ajánlólevelet a kerületi paptól, valamely doktortól, a kórház egyik jótévőjétől stb.

A kórházak orvosi személyzete rendszerint csak részben díjazott; a viszonyok közülbelül olyanok, mint nálunk a vöröskereszt-kórházban. A kezelő osztályos orvosok díjtalanul működnek, van azonban egy orvosi segédkar, mely a mi viszonyainkhoz képest fényesen van honorálva. A *Medical Superintendent* (intéző orvos) pl. néhol évi 500 £ = 6000 frtot kap; *Senior Assistant Med. Officer*, ki a kórházi alorvosoknál valamivel nagyobb hatáskörrel bir 250 £ = 3000 frt., a *Junior Assistant Med. Off.*, (segédorvos) 150 £ = 1800 frt fizetést szokott körülbelül kapni, a teljes ellátáson kívül. Néhol *Surgical* és *Medical Registrar* (ambulancia vezető és betegfelvevő) is van, ki a sürgős operációkat is végzi. Ez képezi természetes lépcsőjét az osztályos főorvosi állásnak, a mit Angliában a kórházak rengeteg száma mellett különben aránylag könnyen el lehet érni.

A kórházakban van egy, az angol rendszeretetre jellemző szokás: a lépcsőházban fel szokott írva lenni kis felfordítható táblákra az összes orvosok neve. Ha az orvos reggel megérkezik, előfordítja saját nevét, a mit távozáskor visszafordít. Ilyen módon felesleges utána minden kérdezősködés . . . egy pillantás a táblára megmondja, melyik orvos érkezett már meg s melyik nincs jelen.

Specialitása az angol kórházaknak a nurse, az ápolónő. Ez rendszeren jó családból való művelt fiatal leány, ki pl. az angol örökösödési törvény egyoldalú intézkedései miatt anyagi okokból lép e pályára, a melyen rendkívüli tisztelet környezi és gondtalan ellátást talál. Mind iskolázott nő, a ki mellett a durva munkák végzésére cselédet tart a kórház, hogy azután az értelmet, jóságot és tisztességes gondolkodást igénylő intézkedéseket annál nyugodtabban reá bízassák.

Nagyon elősegíti itt a kórházak helyzetét az a közfelfogás, hogy az angol hölgy nevelése nem teljes mindaddig, míg legalább pár hónapig nem járt be valamely kórházba az ápolás gyakorlatát megtanulni. E tekintetben még a királyi család tagjai sem vonják ki magukat s hajadon korukban szorgalmasan bejárnak valamely gyermek-kórházba, a melyeknek azután későbbben többnyire patronái lesznek.

A kórházak rendszerint maguk képezik négy éven át ápolónőket, a kiket azután, ha már kellő gyakorlottságúak (thoroughly trained), szükség esetén kölcson is ad.

Mint látni fogjuk, az angol kórház nem oly rideg, mint a continentalis. Az egész bizonyos családias jelleggel bir, melyben a nurse a házi kisasszony szerepét viszi. Az orvos nagy tisztelettel bánik vele, megköszöni neki, ha valamit tesz, felkéri bizonyos intézkedésekre, melyeket, mintha kollegának mondaná, csak általánosságban körvonaloz. Nem ritka dolog, hogy a nurse és az orvos között házasság jön létre.

Mint már említettem, Londonban óriási a kórházak száma. Legalább 200 különböző kórház, asylum, ápoloda stb. van, a melyek egy nagy része ezenkívül vidéken is bir telepekkel és üdülőhelyekkel. A kórházak persze többnyire kicsinyek; nem kell őket mind 500—1000 ágyasoknak képzelni. Megtörténik, hogy egy asztaltársaság, egy középvgayonú polgárember csak 6—8 ágygyal tudja a kórházat megindítani, annál családosabb, az otthon emlékéit annál jobban felidéző lesz az ilyen intézmény.

A londoni kórházak között persze mindenféle specialismus képviselve van, sőt a mi fogalmaink szerint túlságosan szét vannak tagolva. Így eltekintve a szem, gége, fül, beszédzavar, süketnemaság, epilepsia és paralysis, orthopaedia stb. számára alapulaktól, van még a rákos, fistulás és végbélbajos, a gyógyíthatatlan betegek, gyermekágyasok, bukott nők, nemi bajosok stb. felvételére szolgáló is. Nagyon sok az üdülőház: csak magához Londonhoz 100-nál több ilyen nyilvános *Convalescent Home* tartozik. Meglepő, első pillanatra bizarr, pedig mélyen átérzett intézmény a *British Home for Incurable*, vagy a *The free Home for Dying*, az elnyomorodott, meghalni kívánó, otthontalan páriák nyugodt végnapjait biztosító intézmény.

Nagyon esalódnék azonban, a ki ezeket az intézményeket a continentalis értelemben hygienikusoknak képelné. Fehérre mázolt puszta olajos falak; betonpadló letompított sarkokkal; semmi felesleges butordarab, függöny; vaságyak . . . ezek a vezérelvek alig találhatók meg az angol kórházakban. Ott ezerféle apró kis figyelem, szórakoztató tárgy környezi a beteget, emlékezteti otthonára. Madárcsicsergés; dracénák, fikuszok és pelargoniamok; virágok minden sarokban, ablakban és asztalon; a falakon nyugodt tárgyú olajnyomatok és metszetek „a boldog hajócsaládot“, „a hű kutyát“, „a vándor pihenését“, „a legelesző nyáját“ stb. ábrázolva. Az ágyak körül függönyök, úgy hogy minden egyes beteg izolálhatja magát környezetétől, és nem kell, mint a hogy az gyakran van minálunk, pl. egy tanárnak pálinkás napszamosok lehetétét tünni. A betegeket felvonók emelik az emeletekre; a szobák tele vannak karosszékekkel, kerekese fauteuillekkel; az egyik sarokban kandalló áll, a mely körül összegyűlnek a betegek, hogy annak ropogó tüzén elszórakozzanak a hosszú ködös téli napokon. Dívatban vannak az ágymelegítő palaczkok, melyeket a betegek lábaihoz tesznek; néhol minden egyes elfüggönyözött ágyat külön meg lehet világítani, hogy ha valaki aludni nem tud, akár éjjel is olvashasson, a többi zavarása nélkül.

A szobák parkettesek és kókusz-szőnyeggel vannak borítva, az ebédet kis rövidlábú asztalkákon adják, melyeket az ágyba a beteg elé helyeznek és fehér kendővel borítanak le. Gondoljunk azokra a pléh-rocskákra, melyekben nálunk tálalnak! A figyelem néha minden várakozást meghalad. Olvastam, hogy a rákos betegek kórházában egy kis színház van, melynek nézőtere délelőtt egyúttal az ambulansok várószobája. Másutt a várakozók között esekély díjért theát osztogatnak. A fertőző betegség gyanujában álló embert lakásáról ingyen szállítják a kórházba. G. Meyer szerint a betegszállításra London város évenként 1/2 millió frtot költ! Némelyik kórházban inhaláló termek várnak az ambulansokra. A bromptoni mellbajosok kórházában, ugyancsak Meyer szerint, minden beteg minden nap kap egy zsebkendőt, melyet este elégetnek!!

Látni való, hogy mily szerető gondoskodással bánnak Angliában nemcsak a beteggel, de benne az emberrel is!

Egyedül a veneriás betegek azok, kiket az angol társadalom bizonyos ellenszenvvel kezel. A két londoni „*Lock Hospital*” (lakat-kórház), mint neve is mutatja, valamikor börtönszerű lehetett; még napjainkban is nélkülözi azt az általános sympathiát, mely a többi kórházat környezi. Az angol társadalom kénytelen e betegségekkel foglalkozni, de azt bizonyos bevallott utálattal teszi. 1866-ig a prostituáltakat facultative, 1882-ig a *Contagious diseases Act* alapján obligate vizsgálták. Ekkor a papi befolyás érvényesült és a veneriás betegek minden controllja megszűnt. A prüd angol felfogás azt mondja: segítsen magán az az állatias fizző úgy a hogy tud, ha bajba esett. Bár elpusztulna! Sorsa intő példa lesz! Ily módon azonban az angol hadseregben helyenkint egész 26·7%-ra emelkedett a syphilis aránya, a mi egyebek között nagy anyagi kárral járt, mert noha 1874—79-ig nem fizették ki a veneriás katonáknak a zsoldot, a hadsereg $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{4}$ részének szolgáltatéképeltelensége a legkomolyabb zavarokat okozta. Csak magában Indiában 3000 katoná fekszik a kórházakban lues miatt! E kérdés tehát Angliában most napirenden van és a viszonyok javulása várható.

Már említettem egy alkalommal, hogy kórházépületül néha hajók, kimustrált hadihajók szolgálnak; így különösen himlő számára. De vannak azonkívül tüdővészések, tüdőfűk, idegbajosok számára is hajókórházak, melyek gondosan kerülve a várható szezonális viharokat, a barometer által vezetettve, törekszenek a betegeket a legkellemesebb időjárásban, nyugodt tengeren tartani. Sok az üdülőhely a partokon, angol és idegen coloniákon is, pl. Ceylonban, Egyiptomban, Teneriffán.

Vannak specialis kórházak gazdag emberek számára is, pl. a *Home Hosp. for the Well to do*, mely tulajdonképen több egyesült családnak részvénykórháza, a hol azok tagjaikat betegség esetén a legnagyobb kényelembe helyezik.

Az épületek a centralis kórházakban persze többnyire régi-esek, hiszen némelyik nyolczszázados multra tekinthet vissza. A külvárosokban persze jobbak a viszonyok; ott már pavillonos, kertes kórházakat is látni. Az angolok azonban mesterei annak, hogy miként lehet a rendelkezésre álló legjobb viszonyokat kihasználni. E tekintetben nagyon tanulságos a birminghemi *Mason University* új kórháza, melyet tavaly fejeztek be.

Ez egy, a város közepén, házblokkok közé épült kaszánya jellegét adja kívülről, míg belülről bámulatos leleményességgel van minden talpnyi terület és minden köbméter levegő kihasználva. Az egész épület egy magas torony tetején lévő nyílásból, pulsziós ventilatióval nyeri a levegőt, melyet nedves kókusz-szöveten át-szűrnek, azután szükség szerint felmelegítenek vagy lehűtenek, s egyelőre napi 300,000 köbméter mennyiségben hajtanak a kórtermekbe, a hol betegenkint 66 köbméterével 350 ágy van. Az épület három emeletes, s ezek fölött, a háztető alatt vannak a konyhák, kamrák, fürdők, mosószobák stb. Az egész épületet gőz fűti és villamosság világítja. Az emeleten nagyszerű télikert van, mely nyáron nyitott terrace. Az épületet keresztül-kasul szelik hosszú folyosók és galleriák. A földszinten vannak a természet-tudományi intézetek, könyvtárak, laboratoriumok és a muzeum. Angliában minden kórház létesít egy muzeumot. A népben rendkívül ki van fejlődve a gyűjtés és takarékoság ösztöne, mely párosulva van a mult iránti pietással. Óriási összegeket áldoznak a jelen helyzet javítására, de tervszerűleg intézkednek s ezért maradandóak alkotásaik.

Nékim.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: Bókay Árpád, Kéti Károly, Korányi Frigyes. IV. kötet. 1897. Dobrowsky és Franke kiadása.

(Vége.)

A tüdő betegségeinek sebészi kezelését Navratil Imre tanár tárgyalja. Belgyógyászati műről levén szó, igen szerencsésnek

tartjuk szerző álláspontját, mely szerint a fősúlyt a sebészi beavatkozás indicatiójának felállítására — mely végre is jórészt a belgyógyásznak a feladata — fektette. Szigorú tárgyilagossággal bírálja az eddig elért eredményeket s az azokból levont következtetéseit röviden a következőkben összegezhetjük:

A gümökóros tüdőrészeslet kiirtásának műtétét, nem a kivétel nehézsége, hanem a mellékkörülmények miatt, nem pártolja, ellenben a tüdőcavernák megnyitásának, mint adott esetben indokolt s a betegnek életét meghosszabbító eljárásnak, híve. A tüdőtályogot feltétlen megnyitandónak tartja; a hörgőtágulat műtétéről nagy rezervával, míg a tüdőüszök sebészi kezeléséről — a bajnak előre nem haladott stadiumában — sok reménnyel nyilatkozik. A tüdő daganatainak kiirtását csak az elsődleges esetekben, a kisebb és elhatárolt alakoknál kísérelné meg, a burkonytömlőt pedig a kórismézés után késlekedés nélkül bemetszés útján gyógyítandónak ajánlja.

A mellhártya betegségeinek nagy gyakorlati fontossággal bíró fejezeteit Kéti Károly tanár foglalta egybe. A sorozat élén a mellhártyagyulladás áll, a belső betegségek tudományának egyik legérdekesebb fejezete. A kóroktani rész az irodalomból és a szerző tapasztalataiból vett adatok gazdagságával köti le figyelmünket, melyekből nyilvánvaló, mily gyakran szerepelhet a pleuritis, mint okozat, a legkülönbözőbb betegségek kapcsán. Kiváló súlyt fektetett szerző az idevágó bakteriologiai adatoknak kimerítő ismertetésére, a klinikáján végzett értékes vizsgálati eredményekkel gazdagítva azokat; egy tanulságos eset kapcsán figyelmeztet egy eddig eléggé nem méltatott körülményre, miszerint mellhártyagyulladás esetén mielőbb, de okvetlenül a lázas szakban végeztessek a bakteriologiai vizsgálat, mert azontúl a microbák már elhalhattak, minek következtében úgy a tenyésztő talajokra való ültetés, mint az állatkísérlet negatív. A bakteriologia mai álláspontjának pontokban való, resumészerű egybefoglalása ezen irányú ismereteinket kitérítő világításban tárja az olvasó elé. A kórboncz-tani részlet után a subjectiv és physicalis elváltozásokban bővelkedő tünettanak találó rajza következik; az eddig kellőképen nem méltatott rekesztűnet kimaradásának magyarázata és értékesítése, a próbacsapolás által nyerhető fontos adatoknak feltárása is megillető helyet nyernek e részben. A mellhártyagyulladások egyes különösebb (gátori, rekeszi, karélyközi, lüktető stb.) alakjainak leírása, az érdekesnél érdekesebb physicalis tüneteknek rajzával, a kóréleti adatok, főleg a levegőnyomás megváltozott viszonyainak beható fejtegetésével bilincselik le figyelmünket. A kórjelzés, kórlefolyás, következményes elváltozások és kórjósolt után szerző a gyógyításnak szentel egy a legapróbb részletekre kiterjedő becses tanulmányt; a mellkascsapolás kivitelének módja, javalatainak felállítása gazdag tapasztalat s éles megfigyelés alapján nyert, vonzó befejezést képezik az értékes egésznek.

A hydrothorax és haemothoraxnak tömör ismertetése után a klinikusra nézve annyira érdekes pneumothoraxnak hí rajza kelti fel érdeklődésünket. A körülírt légmell kórismeinek nehézségeinek méltatása közben egy érdekes eset kapcsán látjuk, hogy még egy kiürült májehinococüstömlő is járhat a pneumothoraxra emlékeztető tünetekkel.

A tüdő és mellhártya daganatainak minden tudnivalót gondosan felölelő, casuistikával gazdagított feldolgozása e helyen annyival is inkább jogosult, mert az ilyen betegségekben szenvedők természetesen a belgyógyászt keresik fel, s az egyedüli, némi reményt nyújtó terapiára, a művi beavatkozásra, a belgyógyásznak idejekorán kell felállítani az indicatiót.

Dollinger Gyula tanár a genyedő mellhártyatömlők gyógyítását irta meg, melyeket a gyógykezelés szempontjából metapneumoniás, éves, gümös és idült pyothoraxra oszt fel. A metapneumoniás alak tárgyalása közben először a spontán gyógyulásnak eshetőségeit veszi sorra, melyek eredményeképen odakövetkeztet, hogy ne töltsük az időt várakozással, hanem nyissunk a genyedségnek útát kifelé, s azután az egyes eljárásokat teszi bírálat tárgyává. A mellkascsapolás metapneumoniás empyemánál csak akkor vezet maradandó eredményre, ha az tisztán a streptococcus lanceolatus által okozott. Az állandó szívó-drainázs (Playfair-Büllau) elméletileg szépen van kigondolva, de a gyakorlatban pontos keresztülvitelének nehézségei miatt nem válik be. A mellkas felmetszése,

a mennyire kedvezőtlen eredményeket tüntetett fel azelőtt, újabbban az aseptikus dolgozás korában, hívei napról napra szaporodnak. A *bordaresectióval* párosult felmetszésre csak olyan genymellnél van szükség, melynél a bordaközök oly szűkek, hogy a drainezés lehetetlen, az ilyen eset azonban nagyon ritka. Ezután szerző *saját eljárásának* — mely troicarttal való beszúrás után történt drainezésből áll — pontos ismertetését adja. Az eljárásnak nagy előnye, hogy a beteget nem kell altatni, s hogy aránylag kiesiny beavatkozás, melybe bármely orvos könnyen begyakorolhatja magát. Az eddigi eredmények a legszebb reményekre jogosítanak, s öszintén örvendhetünk, hogy gyógyításunknak armariumát ezen értékes fegyverrel magyar szerző gazdagította. A *sepiikus* alakot is a fentebbihez hasonlóan kezeli, az öblítésnek nem barátja. A *gümös empyemát*, ha nem nagyfokú, egyáltalán nem, ha pedig súlyos tünetekkel jelentkezik, minél kisebb műtéttel távolítja el. Az *idült empyemák* gyógykezelésének rajza zárja be ezen nagy gonddal készült, a belgyógyászra nézve is annyira értékes sebészeti tanulmányt.

A *mediastinum betegségeinek* nem épen hálás fejezetét *Jendrassik Ernő* tanár, a nála megszokott kedvvel és precizitással tárja eléünk. A *thymust kórtani tekintetből* tárgyalva, a régebbi időben nagyobb érdeklődést keltett thymus-asthma fogalmát logikai gondolatmenettel a maga értékére redukálja. A *mediastinum gyulladásának* szövvényes képét kitűnő példákkal világítva meg, különösen a hideg tályog és az aneurysma elkülönítési kórismjének szempontjából, a próbacsapolás fontosságára hívja fel a figyelmet, s a magárahagyott tályognak veszélyességét feltárva, minden szokatlan helyen támadó, hullámzó, s esetleg lüktető daganatot a mellkason megesapolandónak tart. A *mediastinum nyirokmirigyének megbetegedése* után a *mediastinum daganatainak* tág teret szentel. A rosszindulatú daganatok kórtani adatainak kritikai méltatása, s a kórboneztani rész után, a változatokban gazdag tünettant az egyes tüneteknek értelmezését, később a körjelzés utbaigazító momentumait, a Röntgen-fény alkalmazás módját stb., inventióban gazdag s élvezetes modorban nyújtja az olvasónak. Sajnos, a tér szűke már nem engedi, hogy a kötetnek ezen befejező részével érdeme szerint behatóbban foglalkozzunk.

II. Lapszemle.

Gyermeken végzett külső húgycsőmetszés. Az eset annyiból érdekes, mert arra int bennünket, hogy gyermekeknél soha se mulasztjuk el a physikai vizsgálatot, ha a panasz vizelésnehézségekről szól. Így *Hammond* egy hat éves fiú betegénél hirtelen vizeletrekedés támadt, s 36 órai retentio után kitűnt, hogy a húgyeső hártás részletében kő akadt fenn. A kő a gáton át végzett metszéssel lett kihámozva, a metszéssel ejtett seb pedig az öltések alatt per primam gyógyult. (Med. News. XI. 28. 1896.)

A húgyesőben rekedt kő leánygyermeknél. Hogy a vizsgáló műszerek elvetése mennyire káros, mutatja egy 12 éves leány esete, ki már 3 éve szenvedett vizelésnehézségekben, míg végre az utolsó időben folytonos vizeletesurgás köszöntött be. A physikai vizsgáló módszer ez esetben is bevált, mert a húgyesőbe ékelődött 5 cm. hosszú kő eltávolítása után teljes gyógyulás állott be. (Ref. Dietzkaia Med. 1897.) *Novotny dr.*

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1898. június 24.

Budapest székes főváros közegészségi állapota 1898. évi márczius hóban. A tisztí főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota viszonyítva a mult havihoz, tekintettel úgy az általános halálzásra, mint a ragályos kórok összegré, kevésbé volt kedvező, mint februárban. Elhalt a mult hóban 959, e hóban 1191 egyén, mely szaporodást a légzőszervi bántalmakban történt tömegesebb halálzások okozták. Szaporodtak a ragályos kórok 224 esettel; súlyosabb természetűek közül a vörheny 49, a ronsoló toroklob s torokgyík 34 esettel. Apadt a hagymáz 23 esettel. Összehasonlítva az e havi közegészségi állapot mult év hason havával, azt látjuk, hogy a ragályos kórok száma e hóban 604-el, a halálzásoké 22-vel kevesebb. Elveszületett e hóban 2104, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt-elhalt 84 egyén levonásával 1191; így a születek 913-al multák felül a halálzásokot. Márczius hóban a székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezelettet 5990 fekvő és 8019 járóbeteg, vagyis 559-el több, mint az elmúlt hónapban. A kerületi

orvosok által gyógykezelettet 663 fekvő és 1757 járóbeteg, összesen 2420 kórházba küldettet 88 egyén. A lipótmezei állami elmegyógyintézetben 927, az angyalföldi állami elmegyógyintézetben 337, az irgalmasoknál 190, a megfigyelő osztályon 139, a Schwartzer-féle elme- és ideggyógyintézetben 134 elmebeteg ápoltatott. Az „Erzsébet“ szegényházban 945 egyén közül beteg volt 456 (elme- és eskóros 152) a székes fővárosi „Josephinum“ fiúváházban 111 növendék közül nem volt beteg, a Klotild szeretett házban 59 növendék közül nem volt beteg, az „Elisabethinum“ leányváházban 102 növendék közül 1 volt beteg, a protestáns leányváházban 103 növendék közül nem volt beteg, a Meyer-féle váházban 78 növendék közül nem volt beteg. A lelenc és dajkaságba adott gyermekekre nézve összesen 1863, szaporodás volt e hóban 135. csökkenés 41. Beteg volt e hóban összesen 38, meggyógyult 32, gyógykezeltek 4, meghalt 2. Beoltott fiú 1, leány 1, összesen 2; újraoltott fiú, 265 leány 21, összesen 286. Ebmarás előfordult 11; veszettségre gyanus 5. A köztisztaság a közvetlen és csatornázatlan utczák kivételével kielégítő volt. A vízvezetési víz minősége a mesterséges szűrőkre ingadozó, noha a február havinál valamivel jobb volt. A megyeri vizek minősége kielégítő volt. A székes főváros vegyése 683 esetben végzett vizsgálatot. Az önkéntes mentőegyesület által márczius havában 41 elmebeteg-szállítás eszközletett. Orvosrendőri boncolás végeztetett 81, orvostörvényszéki 22 esetben. Öngyilkosság 23 esetben fordult elő, még pedig: lövés 8, akasztás 6, mérgezés 4, egyéb módon 5. A Dunából 3 hulla fogatott ki. Oklevélüket e hóban bemutatták: *Apt Ferencz, Herverth Vilmos, Sellye Hugó, Langer Árpád* és *Farkas Géza* egyetemes orvosdoktorok, valamint 6 szülész.

△ A főváros egészsége. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1898. június 5-dikétől 1898. június 11-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve születtek 406 gyermek, elhalt 214 személy, a születek tehát 192 esettel multák felül a halálzásokot. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, ronsoló toroklob —, hökhurut 1, kanyaró 3, vörheny 5, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykéreglob 11, agyvérömleny 5, rángások 6, szervi szívbaj 12, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörhurut 37, tüdőgümő és sorvadás 40, bélhurut és béllob 17, carcinomata et neoplasmata alia 16, méhrák 2, Bright-kór és veselob 7, angolkór 2, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 15, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 15, erőszakos haláletet 11. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2079 beteg, szaporodás 637, csökkenés 707, maradt e hét végén ápolás alatt 2105. — A fővárosi tisztí főorvos hivatalnak 1898. június 11-dikétől június 18-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 13 (meghalt 1), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 8 (meghalt —), vörhenyben 47 (meghalt 2), kanyaróban 112 (meghalt 1), ronsoló toroklobban és torokgyíkban 11 (meghalt 1), trachomában 14, vérhasban 1 (meghalt —), hökhurutban 6 (meghalt 1), orbánczban 10 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1).

○ **Beregvármegyei közkórházában**, mint ezt az igazgató főorvos, *Székely Kálmán dr.* tudósításából olvassuk — az 1894—1897-ig terjedő négy év alatt 4699 beteg nyert ápolást 165,268 ápolási napon. A rendelkezés alatt álló beteg ágyszám a szükségleten jóval alól áll, minél fogva a kórház bővítése elkerülhetetlen.

○ **Kérelem!** Az „Orvosi zsebnaptárban“ való közlés végett kérem a kartárs urakat, hogy letelepedésüknek vagy lakásuk változtatásának pontos címét velem mielőbb közölni sziveskedjenek. *Faragó Gyula dr.*, Budapest, IV., Magyar-utca 5.

— **Megjelent.** *Szili Adólf dr.* tanár és *Fejér Gyula dr.* alorvos. Jelentés a pesti izr. hitközség kórházának szembeteg-osztályáról, tekintettel az utolsó hat évre. Budapest, 1898. — *Drasche:* Bibliothek der gesammten mediz. Wissenschaften. 156—159 Lieferung. Wien-Leipzig. Prohaska. Egy füzet ára 60 kr.

— **r.** Az ismert *Reiniger, Gebbert* és *Schall-féle elektrotechnikus gyár* legközelebb *Münchenben* (Sonnenstrasse 13) *fióktelepet* állított fel, melyben dícséretesen ismét készülékeinek gazdag raktárán kívül, műhely is foglaltatik.

Szt. Lukács-fürdő

téli és nyári
gyógyhely.

A fürdő rendelő-főorvosa: **Dr. Bosányi Béla.**

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.

Dr. Sedlitzky-féle fürdő-tablettek természetes lapp, fenyő- és kénfürdőkhöz gyermekek számára is, továbbá **Dr. S.-féle anyalúgsava** mindenütt kapható. Főraktárak **Mattoni H. és Dr. Rosenberg gyógyszerészek.**

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitűnő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett napi négy forintért vétetnek fel. Bővebbet 1/22—1/24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Teréz-körtút 22. szám.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Mindennemű gyógy- és ádító-fürdők. **Lakás és teljes áltatás hetenként 27 forint** (középes ár). Prospectust küld ingyen az igazgatóság **Budapestben.**

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1898. június 20-dikán.) 319. l. — Máramaros vármegyei orvosgyógyszerész egyesület. (Bemutató szakülés 1898. június 4-dikén.) 321. l.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1898. június 20-dikán.)

Elnök: Than Károly; titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű előadások voltak a következők:

1. Schulek Vilmos I. tag bemutatta Pólya Jenő szigorló orvos „Az elülső csarnok zugának állapota glaucomás szemekben” című értekezését.

Ez értekezés kószövetani vizsgálatok eredménye. A budapesti kir. magy. tudomány egyetemnek az 1897/98-dik tanévre hirdett pályázatán a Senger-féle alaphól jutalmazott pályamunka.

A dolgozat glaucomás szemek csarnokzugjainak anatómiai képét adja. Hogy ezt a szerző pontosan tehesse, első sorban a csarnokzug normal anatómiáját tárgyalja. E végből egyrészt kritikailag méltatja az e tárgyra vonatkozó irodalmat, különösen pedig Fontana, Schlemm, Hueck, Ivanoff és Rollett, Gerlach, Schwalbe, Waldeier és Rochon-Duvigneaud műveit, melyeknek e tájék viszonyainak megállapításában kiváló szerep jutott, másrészt saját vizsgálatai alapján a csarnokzug pontos képét vázolja.

A csarnokzug falainak, ürének viszonyaira nézve általában véve Rochon-Duvigneaud leírásához csatlakozik, a zug ürét ő is teljesen szabadnak találta, csak egy 2½ éves gyermeknél mutatott ki benne szalagkészüléket, ugyanennél a valódi Hueck-féle ligamentum pectinatum jelenlétét is constatálta. A csarnokzug falai közül csak a mellső fal mutat állandó jelleget, melyet a Rochon-Duvigneaud-féle „reticulum sclerocorneae” képezi: egy sajátos hégrendszer, mely szoros viszonyban áll a Schlemm-csatornával. A Schlemm-csatornára vonatkozólag szerző eltérően Schwalbe és Rochon-Duvigneaud-tól, s közeledve a Leber-Königstein-Heisrath-féle felfogáshoz azt állítja, hogy a csatorna a peripheriának csak egyes részletein fut a Schwalbe-féle scleralis barázdában; a közbeeső helyeken számos ágra oszolva, a sclerocornealis recézett állományba mélyed s ennek hégrendszerével direct communicatióban áll. A csarnokzug peripherikus falának, melyet a musculus ciliaris csarnoki színe, helyesebben a sclerocornealis recézett állományból a ciliaris izom csarnoki színe a corpus ciliaris kötőszövetébe vonuló néhány rost képez, s a csarnokzug hátsó falának, melyet az iris és a corpus ciliare kötőszöveti része alkot, viszonyai igen változók; e változatokat szerző az e témával foglalkozó különféle írók igen különféle magyarázataival szemben ama állandó viszonyból magyarázza, melyet a musculus ciliaris, különösen ez izom Müller-féle portiojának fejlettsége és a csarnokzug falainak alkata: a csarnokzug configuratioja létesít.

S mivel a Müller-féle portio különféle fejlettségi változatait Ivanoff nyomán s általánosan elfogadott módon a szem különféle refractiós állapotaival hozzák összefüggésbe, szerző azt állítja, hogy a csarnokzugnak a sugárizom alkata szerint változó configuratioja a szem fénytörésén múlik, s így a zug configuratiojának különféle típusait: emmetrop, myop és hypermetropnak nevezi el.

Az alaptypust az emmetropiásnak tekinthető szemek képezik (ezektől a kisebb fokban ametropiások anatómiailag nem különíthetők el); itt a csarnokzug peripheriás fala széles, ívbóltszerű, a zug hátsó falát a corpus ciliare kötőszöve és az iris együtt képezik és pedig változó kiterjedésben a szerint, a mint hypermetropiás vagy myopiás ametropiához közeledik. A hypermetropiás sugárizmú szemekben a zug hátsó falát csak a corpus ciliare hatalmasan fejlett kötőszöve alkotja, mely egészen a Schwalbe-féle hátsó határgyűrűig terjed, s a sugárizmot a zug képzéséből kizárja; az iris eredését pedig a túlságosan fejlett Müller-féle portioja letolván, közelebb esik a szemtengelyhez, mint a Descemet végződése, így a zug igen hegyes ürtere szűk. A myopiás zug alakját a határozza meg, hogy a Müller-féle portio majdnem teljesen hiányzik; ez által az iris igen peripherikusan ered, jóval távolabb a szemtengelytől, mint a hátsó határgyűrű: a sclerocornealis recze peripherikus végpontja, a corpus ciliare kötőszöve: teljesen kimarad, vagy csak igen csekély mértékben vesz részt a zug képzésében, peripherikus falát a sugárizom meridionalis rostjai képezik, meredeken esvén le a hátsó határgyűrűhöz, a sclerocornealis recze és iris közti távolság igen nagy: a zug kissé kikerékkített.

Áttérvén a csarnokzug állapotának glaucomás szemeken való változásaira, az irodalmi adatokat méltatja. A csarnokzug elzáródására glaucomás szemeken Knies és Weber hívták fel a szemészek figyelmét; már előttük is többen megfigyelték e tény, de jelentőségét nem méltányolták, mivel a csarnokzug szerepét mint a szeműri folyadékok legfőbb kivezető útját nem ismerték; a szoban forgó elváltozás megértetésére a physiologiai biztos alapot Lebernek a szem nedvkeringéséről végzett vizsgálatai adták meg. A glaucomás csarnokzug állapotával foglalkozó dolgozatokból szerző 356 histologiailag jól tanulmányozott glaucoma esetet gyűjtött össze, melyek közül a csarnokzug 80-90%-ban teljesen, 6-20%-ban részlegesen el volt zárva; 1-3% előbb el volt zárva,

de utóbb elvált, 5-20%-ban szűkült volt, 70%-ban teljesen szabad; e szabad csarnokzugok glaucoma simplex eseteiben, myopiások glaucomáiban, iritis serosa sérülések után hirtelenül, cataracta traumatica nélkül keletkező secundaer glaucomákban, végül buphthalmosokban fordultak elő. Saját maga 24 esetet vizsgált meg, ezek közül 23-ban volt tensio emelkedés (9 primaer, 14 különféle secundaer glaucoma), a 24-dikben (tumor az első stadiumban) pedig ennek bekövetkezése várható volt és anatómikusan is kimutathatók a prodromái a csarnokzug-elzáródásnak. A glaucomás esetek közül 20-ban volt a csarnokzug tipikus módon elzárva, 3-ban az anatómikusan értelemben vett zug szabad volt ugyan, azonban a glaucomát előidéző mechanikus obstructio a zug mellső falának elváltozásai folytán mégis fennállott, 2 esetben pigment embolia, egy esetben pedig a sclerocornealis reczének gyuladása által létrejött homogen hegszövevé váló átalakulása folytán ezen; utóbbi változásokat eddig nem méltányolták. A tipikus elzáródott csarnokzug configuratiojára nézve frisebb esetekben ugyanazon változatokat mutatja, mint a normalis.

E változatoknak mérlegeléséből következtetést von ama mechanizmusnak különféleségére nézve, melylyel a csarnokzug egyes formáinál az elzáródás létrejö s amaz ellenállásnak különféleségére, melyet a csarnokzug egyes formái az elzáródással szemben kifejtének. Legkönnyebben fog elzáródni a hypermetropiás zug, hol a csarnokzug falainak elég egyszerűen összefeküdniök az elzáródás létrejövésére; nehezebben fog történni az emmetropiás zugon, hol a zug hátsó falának a zug peripherikus fala irányában előbb meg kell görbülnie, hogy falainak teljes adaptioja létrejöhesse. Myopiás zugnál szerző zug elzáródást nem észlelhetett; és tekintve a zug alakját, a nagy távolságot, mely itt az iris és a sclerocornealis recze közt van, tekintve azt, hogy itt a sclerocornealis reczével az örökké mozgó iris fekszik (míg előbbieknél a contractioa nem képes corpus ciliare), azt hiszi, hogy itt az elzáródás igen nehezen, vagy egyáltalán nem jó létre; a mint hogy ama kevés myopiás glaucomás szemek, melynek leletét az irodalomban közölték, a zugot tényleg szabadnak is találták; az ily szemekben klinikailag észlelt igen mély csarnok is a zugelzáródás ellen szól.

A zugnak ezek szerint már alkutában rejlik bizonyos praedispositio arra nézve, hogy könnyebben, nehezebben záródhassék el, s ez teljesen megfelel ama klinikailag észlelt praedispositionnak, melyet a megfelelő refractio-állapot a glaucomára nézve mutat.

A zug elzáródásának tipikus alakja régiebb esetekben az összeforrt szövetek és a ciliaris izom heges zsugorodás miatt eltűnik. Ezen heges zsugorodás a Knies által „induratio” névvel ellátott gyuladás eredménye, e gyuladásnak különféle stadiumait: a legfrisebb infiltratio-tól kezdve a legextremebb zsugorodásig, az eredeti szövetek teljes atrophijáig könnyű szerrel ki lehet az esetek mindegyikében mutatni.

Hogy azonban ezen gyuladás primaer vagy secundaer, oka, következménye-e a zug elzáródásának, arra olyan általánosságban felelni nem lehet, mint azt némely glaucoma-theoria teszi (szerző mindkét eshetőségre tud példát mutatni), mivel az a glaucoma fajai szerint változó.

A primaer glaucomára nézve szerző tisztán anatómiai szempontokból a Knies-féle primaer indurativ lobot tartja legvalószínűbbnek, s e teoriát úgy formulázná, hogy az indurativ gyuladás rendszerint a zug elzáródását vonja maga után, ha pedig ez a zug alkata folytán nem lehet, a lob a sclerocornealis reczében izoláltan folyik le, s ennek obliteratioja által vezet glaucomára.

2. Ugyancsak Schulek Vilmos I. tag bemutatta Schwitzer Hugó szigorló orvos „Adatok az öregkori szürkehályog keletkezéséhez” című dolgozatát.

E dolgozat a budapesti kir. magy. tudomány egyetem 1898. május 13-dikán tartott ünnepén a Pasquich-alaphól jutalmazott pályamunka. Szerző az öregkori hályog keletkezésére a budapesti egyetemi szemklinikán az utolsó 21 év alatt ápolt 3764 beteg adataiból von következtetéseket s azon eredményre jut, hogy az öregkori szürkehályog főleg földműveseknél fordul elő, hogy továbbá a cataracta főleg a jobb szemben és belül, alul szokott kezdődni, különösen azoknál, kik sik vidéken laknak; mindezek a mellett bizonyítanak, hogy a nap sugarainak és pedig, mint Widmark kísérletei mutatják, a hyperbolyás sugaraknak a hályog keletkezésében szerepük van.

A dolgozatot „Szemészet” mellékletünkben egész terjedelmében közölni fogjuk.

3. Bókay Árpád I. tag előterjesztette Fenyvessy Béla és Hasenfeld Arthur részéről „A phosphoros elfajult szív erejéről” szóló értekezést.

Mindeddig egyáltalán nem volt kísérletileg megvizsgálva, mennyire befolyásolja a zsiros elfajulás a szív erejét és munkaképességét. Pedig úgy toxicologiai mint általában klinikai szempontból szükséges az ezen kérdésre vonatkozó viszonyok ismerete.

Erre adják meg a feleletet *Fenyvessy dr.* és *Hasenfeld dr.* kísérletei, melyeket Bókay tanár vezetése alatt végeztek.

A kérdés teljes megoldása ezéjából feladatukul tűzték ki a szívizomzat különböző fokú zsíros elfajulását mesterségesen előidézni és azután vizsgálni: 1-ször a zsírosan elfajult szív erejét közönséges munka végzésénél; 2-szor ugyanezt fokozott munkával szemben; 3-szor megállapítani, vajjon a zsírosan elfajult szív mennyire kitartó fokozott munkával szemben; 4-szer nagyobb munka végzése után mennyire tudja a szív erejét újra összeszedni?

Kísérleti állatul a házinyulat használták, a szív zsíros elfajulását pedig phosphor-mérgezéssel idézték elő. Így egyrészt a phosphor toxicológiájára nézve tették újabb érdekes megfigyeléseket, másrészt sikerült nekik alkalmasan berendezett kontrollkísérletekkel a phosphor specifikus mérőghatását biztosan kizárni és a zsíros elfajulásnak, tisztán mint olyannak, befolyását a vérkeringésre tanulmányozni.

A phosphor-mérgezést illető érdekesebb tapasztalataik: 1-ször hogy a már agoniában levő, phosphorral mérgezett állatok rendkívül rossz szív működése mesterséges légzés útján megjavítható volt, a mi azt bizonyítja, hogy a phosphor-mérgezésnél a halálok rendszeren nem a primaer szívhűdés; 2-szor alkalmuk lévén terhes állatokon kísérletezni konstatálhatták, hogy ezek a phosphorral szemben sokkal kevésbé ellenállóak, továbbá, hogy gyakran elvetődnek és hogy nemcsak a méhlepény, de az ébrények összes szervei is zsírosan elfajulnak.

A dolgozat azonban főleg magának a zsíros elfajulásnak a szív erejére gyakorolt befolyásával foglalkozik. Erre vonatkozó tapasztalataik a következők.

A szív eszély-, közép-, sőt nagyfokú elfajulása is a szív működés szaporaságát, rythmusát és erejét nem módosítja; csak igen előrehaladott esetekben áll be némi lassúbbodás, a szívverésben azonban gyengécség és arhythmia ilyenkor sem, csakis az agoniában.

A vérkeringési viszonyok pontosabb tanulmányozására 40 vérnyomási kísérlet szolgált. Ezen kísérleteik folyamán szerzők igénybe vették mindazon ú. n. physiologiai reakciókat, a melyek a vérkeringési viszonyok tanulmányozására eddig ajánlottak, sőt maguk is kigondoltak néhány újat. Ilyen módon sikerült kizárniok az egyik vagy másik módszerben rejlő esetleges hibaforrást s minthogy ezen sokoldalú eljárás mindig egyértelmű eredményre vezetett, adataik megbízhatónak tekinthetők, s ezek a következők:

1. A középvérnyomás magassága még nagyfokú zsíros elfajulás esetén sem különbözik a normalistól, tehát a közönséges munka végzésére még a nagy fokban elfajult szív is alkalmas.

2. A második kérdés, vajjon rendelkezik-e az ily szív anyai tartalékkerével, a mely fokozott munka végzésére képesíti. Szerzők azzal felelték meg, hogy a szív elé nagy akadályokat gördítettek és így a szívét fokozott munkára kényszerítették hosszabb vagy rövidebb időn át.

E czélra alkalmas eljárások közül leggyakrabban a következőket használták.

a) A mellkasi aortát közvetlen a rekesz felett egy órán át leszorították. Az ütőeres rendszerben létrejött ily óriási akadálynak ily tartós leküzdésére csak tetemes ereji és kitarású szív képes. Ha a zsírosan elfajult szív ezzel nem rendelkezett volna, úgy vagy azonnal vagy rövid idő múlva túltágulásnak és szívhűdésnek kellett volna létrejönnie, a miről a vérnyomás rohamos süllyedése tanuskodott volna. E helyett azonban azt tapasztalták szerzők, még nagyfokú elfajulás eseteiben is, hogy az aorta leszorítása után a vérnyomás erőlyes systolikus kilengések mellett tetemes magasságra emelkedett és ezen fokról csak oly fokozatosan süllyedt alá, mint az az egészséges szívénél is történik. Szóval nemcsak a mérsékelt, de még a nagy fokban zsírosan elfajult szív is tud fokozott munkát végezni és ezen munkában jól kitartani. Hogy ezen kitarásnak hol van a végső határa, arra kísérletileg alig lehet megfelelni, de az ép szíven tett kísérletekkel (*Hasenfeld* és *Romberg*) való összehasonlítás azt bizonyítja, hogy e határ a két esetben majdnem összeesik.

Az ép viszonyoktól való eltérést csak két tekintetben tapasztaltak:

1. Az aorta leszorítást követő vérnyomás emelkedés valamivel alacsonyabb; 2. az aorta újból megnyitása után a zsírosan elfajult szív mindig elhal, az ép nem. Mindkét körülménynek okát szerzők főleg az edényrendszer és nem a szív elváltozásában látják, a mit a következők is bizonyítanak.

b) A $\frac{1}{2}$ percig tartó asphyxiával és az orr faradikus izgatásával rövid időre fokozni lehet a szív munkáját, és pedig az elsövel tisztán az edények összehúzódása, az utóbbival részben ezáltal, részben a szív izgatása által. Tehát mindkét eljárás felvilágosítást nyújt az edények állapotáról.

Ezen kísérletek alatt az elfajult szívű állatoknál a vérnyomás-emelkedés a normalisnál mindig alacsonyabb volt, sőt gyakran el is maradt. Minthogy ugyanezen esetekben utóbb a szív az aorta leszorítását igen jól kibirta, a fenti különbség oka nem lehet a szív gyengécsége, hanem csak az edények csökkenő rugalmassága.

A vizsgálati eredmények rövid foglalata: *Még a nagyfokú zsíros elfajulás sem módosítja lényegesen a szív erejét és kitarását sem rendszeren, sem fokozott munkával szemben és így az emberi pathológiában rendszeren szereplő középfokú elváltozások maguk nem lehetnek okai súlyosabb keringési zavaroknak, még kevésbé elsődleges szívhűdésnek.* Ezen tünetnyenyek okát más viszonyokban kell keresni, melyek között számba jöhetnek

a véredények pathologiai változásai, a légző izomzat degenerációjá, általában a légzés tényezői, melyek talán együttesen befolyásolják, mintegy kerülő úton, a szív működését.

4. Bókay Árpád I. tag bemutatja Csiky János dr.: *Tanulmány az aethernarcosisról. Közlemény a budapesti egyetem gyógyszer-tani intézetéből* című dolgozatot.

Az aethylaether, vagy egyszerűen aether, melyet sebészi narcosisra legelőször alkalmaztak, de melyet a chloroform sok időre majdnem teljesen kiszorított a használatból, az utolsó évtizedben megint sok barátra tett szert, különösen a nőgyógyászok és a szülészek közt, kik gyakran előnyt adnak neki a chloroformmal szemben. Azonban dacára ezen körülménynek meglehetősen hiányosak még az aethernarcosisra vonatkozó pharmacologiai ismereteink, bár *Löwit, Selbach, Fueter* munkái becses adatokat szolgáltatottak. Különösen tájékozatlanok vagyunk az ú. n. aetherpneumoniát illetőleg, melytől az aether narcosis ezéjára használó sebészek annyira félnak, bár nem fordul elő oly gyakran, hogy ezen körülmény a nagy félelmet indokolná. Főleg ezen aetherpneumonia kísérleti vizsgálatára szólította fel Bókay Árpád tanár segédjét Csiky János dr.-t, ki azonban felölelvén az egész aethernarcosis kérdést, tanulmányait egy terjedelmesebb munkába foglalta össze. Ezen munkából bemutatja a főbb eredményeket a következőkben terjeszti elő. Csiky dr. teljesen utánozta a klinikai narcosis-t, úgy az *open* (angol), mint *close* (genfi) methodus szerint altatta kutyáit, midőn is a következőket tapasztalta:

1. Az aether-narcosisnál igen erős secretio indul meg az összes légutakban, a mi morphiummal s atropinnal csökkenhető.

2. Az aether emeli a vérnyomást szemben a chloroformmal s igen előnyösen izgatja a szívet erősebb működésre.

3. Az aether a légzést két úton támadja meg: a kiválasztott sok nyálka s a létrejövő kisebb-nagyobb fokú capillaris hyperaemia kisebbíti a légző felületet, továbbá túlságos adagolás mellett az aether hűdíti a légző központot, mikor is csendesen marad el a légzés. A szív még a légzés megállása után is működik. A chloroform még szakszerűen alkalmazva is, a legtöbbször a szívet állítja meg először.

4. Az aether okozta asphyxia mesterséges légzéssel könnyen megszüntethető, a chloroformé nehezen.

5. Az aether directe a véregekbe fecskendezve sem okoz tüdőoedemát, hanem primaer szívmegállást: e mellett a vér hígan folyós marad.

6. Az aether sem croupo-fibrinosus, sem tiszta catarrhalis pneumoniát ép tüdőszövetben nem idéz elő, hanem capillaris hyperaemiát, góczalakú bronchialis nyákfelhalmozódást, s ha tüdőgyulladás támad utána, ez a capillaris hyperaemiával s nyákfelhalmozódással mint disponáló momentummal van összefüggésben, mely utóbbi talán meg lenne akadályozható a narcosis ellötti atropin vagy morphin adagolásával. Az aethernarcosis tehát csak disponáltta teszi az egyéni tüdőgyulladásra, esetleg még azért is, mert a tüdőt $1-1\frac{1}{2}^{\circ}$ C.-sal le is hűti.

7. A narcosis a gyógyszerkönyvi tisztaságú aetherrel is megejtethető a tüdőtünetek súlyosbodása nélkül, mégis az excitationalis szak megnyújtásával.

8. Az aethernarcosis képe rendkívül változik az individuum szerint s ez hátrányául tekintendő.

5. Bókay Árpád dr. I. tag bemutatja Hári Pál dr. *Felszívódik-e a gyomorból a gyógyszeres vas?* című dolgozatát. *Bunge* 1885-ben azzal a kijelentéssel lepte meg az orvosokat és pharmacológiával foglalkozó szaktudósokat, hogy az orvosilag rendeltetni szokott vaskészítmények az ép gyomorbélhuzamból fel nem szívódnak és így pl. chlorosisnál és másfajta vérszegénységénél tapasztalt jó hatásuk nem a vasnak a vérképzésre való hatására, hanem más körülményekre vezethető vissza.

Macallum, Hall, Gaule, Hochhaus és *Quincke*, végül *Hoffmann* kísérletei azonban minden kétséget kizárólag kimutatták, hogy a duodenum bolyhái különböző szervetlen és szerves vas-praeeparatumokat nagy mennyiségben szívják fel, míg a gyomor ebben nem venne részt.

Bókay Árpád előtt valószínűtlenek látszott, hogy a gyomor — melynek resorptio-képessége oldott vagy oldatba átmenő gyógyszerekkel szemben kétségtelen — a vasszívódásnál ne szerepeljen s a szerzőknek a gyomorra nézve negatív leleteit abból hajlandó magyarázni, hogy ők növényevőkön kísérleteztek, melyeknek gyomra tudvalevőleg sohasem ürül ki teljesen és így biztos kísérletezés azokon nem lehetséges. Felszólítására Hári dr. kutyákon végezte kísérleteit oly módon, hogy a 15 óráig éhező állat gyomrába vízben suspendált 0.2 gm. ferrum hydrogenio reductumot öntött gyomor-sonda segítségével és ezután kevés, a kutya gyomornedvének megfelelő hig sósavat. A $2\frac{1}{2}-3\frac{1}{4}$ óra múlva leölt állat gyomrát és kontrollképen duodenumát is hamarosan kivette és egyrészt kénammoniummal, másrészt sárga vérlúgossával és sósavval mikrochemiai úton kereste a szövetekben a vasat. Utóbbi a duodenumban valamennyi kísérletben megtalálta, a gyomorban azonban csak azon kísérletekben, melyekben a gyomrot egészében kénammoniumnak alkoholos oldatába tette, vagy a másik kémszerrel kezelte és a nyákhártya felületén, elszórt helyeken mutatkozó zöldesfekete vagy kékes részleteket kivágta és ezeket vizsgálta göresövíleg. Más szerzők talán azért nem leltek felszívott vasat a gyomor falában, mert nem követték ezen eljárást s találmorra vágta ki egyes vizsgálóandó részleteket a gyomorból, melynek pedig nem minden helye jut egyformán érintkezésbe a bevitt vassal.

Négy olyan kutya gyomrán és duodenum-án, melyek vasat nem kaptak, de különben bőven és vegyes táplálékkal tápláltattak, a vas-reactio-nak nyoma sem látszott.

Hogy a hámsejtek vastartalma felszívódás, nem pedig agonalis vagy postmortalis imbibitio útján jött létre, azt Hári dr. alkalmas ellenőrző kísérletekkel zárta ki.

Dolgozatából és számos göresövi készítményeiből biztosan kitűnik, hogy a gyomor a vas felszívása tekintetében sem kivétel s hogy téves azon eddig egyértelmű állítás, miszerint a gyógyszeres vasat csakis a duodenum tudná felszívni.

6. **Högyes Endre** r. tag bemutatta a budapesti egyetem általános kór- és gyógytani intézetéből segédjének, **Aujesky Aladár** dr.-nak vizsgálatát „A lépfene ellen való immunitás előidézésének egy új módjáról”.

Ez év elején a berlini Koch-féle „Institut für Infectionskrankheiten” laboratóriumából **Wassermann** tanársegédétől egy dolgozat jelent meg, mely a tetanus ellen való immunitás előidézésének egy új módját ismerteti. A módszer ép gerinezvelő-emulsióknak bőr alá fecskendezéséből áll, melynek segítségével a tetanotoxin halálos hatású dosisa ellen meg lehet menteni az állatokat. E felfedezést megerősítették a **Behring** és **Leyden** tanárok laboratóriumában megismételt vizsgálatok, sőt léryegében megerősítette azt **Metschnikoff** vizsgálata is, a párisi Pasteur-intézetben. Ha ez így áll a tetanusra vonatkozólag, nyilvánvaló, hogy más betegségeknél is indokolt kutatni azt, vajjon nem lehetne-e hasonló módon ép szövetrészeknek bőr alá fecskendezésével előidézni egyes betegségek ellen a mentességet, oly ép szövetrészekkel, a melyekben az illető betegség szokott különösen fészkelni, úgy mint tetanusnál a tetanus-méreg különösen az idegrendszert támadja meg.

Vizsgálata tárgyául szerző a lépfenét választotta, a melynél a lépfene-bacillusok tudvalevőleg különösen a lépben halmozódnak fel és azt kutatva, vajjon ép lépállománynak bőr alá fecskendezésével nem lehetne-e mentességet előidézni a halálos lépfene fertőzés ellen, az arra fogékony állatoknál.

E czélból egészséges nyulak hátbőre alá több napon keresztül ép nyul lépéből physiologiai konyhasó-oldattal 3%-ra készített emulsiót fecskendezett be és azt találta, hogy 12 ily módon kezelt nyul közül 9 teljesen mentessé változott a halálos erejű lépfene vírus hatásával szemben, 3 pedig 5—7, illetőleg 8 nappal túlélte az ellenőrzésül halálos erejű lépfene-virussal inficiált öt nyulat, melyek 45—70 óra között pusztultak el anthraxban a fertőzés megtörténte után. A halálos erejű lépfene-virussal történt infectioval egyidejűleg és az azt követő órákban végezett lép-emulsió subcutan fecskendezések 4 nyul közül csak egy esetben tették mentessé a halálos kimenetel ellen az állatot, a többi három nyul is azonban valamivel később pusztult el, mint a control állat. Midőn szerző az ép lép-emulsiót halálos erejű lépfene-virushoz keverte, és a keveréket mindjárt az összekeverés után, majd két-, négy- és hat óra múlva fecskendezte a nyulakba, a következő eredményeket kapta: a friss keverékkel inficiált négy nyul közül három kapta meg a lépfenét, egy életben maradt; a két óráig állott keverékkel inficiált két nyul közül egyik megkapta az anthraxot, egy életben maradt; a négy és hat óras keverékkel inficiált egy-egy nyul életben maradt.

A felsorolt kísérletek tehát azt mutatják, hogy a házi nyulat ép nyul lépének bőr alá fecskendezésével mentesíteni lehet a lépfene ellen, és hogy az ép lép-szövet bizonyos mértékben közömbösíteni képes a lépfene-bacillusok hatását.

E kísérleti tény elméleti és esetleg gyakorlati fontosságát további vizsgálatok fogják kimutatni.

7. **Fodor József** r. tag ismertette **Rigler Gusztáv** egyet. m. tanár és a közegészségtani intézet segédjének értekezését „A typhus-bacillus vándorlásáról a talajban.”

Az ectogen tényező betegség okozó bacteriumoknak magatartása talajban, vízben stb. kiváló fontossággal bír a járványok okainak és elterjedésük módjainak földértése tekintetéből. Ily irányú vizsgálódásokat tűzött maga elé az egyetemi közegészségtani intézet, melyeknek eddigi eredményéről számolt be az akadémiai előadó.

Rigler Gusztáv dr. a typhus-bacillusnak magatartását vette mindenekelőtt vizsgálat alá. Azt tapasztalta, hogy a bacillusok a különféle talajpróbakban egész 104 napig voltak kimutathatók. Továbbá, hogy nyirkos talajba beoltva, szobahőnél, 4 órán belül alig mutattak szaporodást; 6 óra múlva számuk mintegy megkétszereződött, 24 óra múlva megsokszorozódott.

Legérdekesebbek a bacillusok vándorlására vonatkozó tapasztalatok. A talajpróbakba oltott bacillusok az oltás helyéről gyorsan odább mozognak. E mozgás gyorsaságára azonban különféle tényezők lényeges befolyást gyakorolnak. Legerélyesebb a szerepe a nyirkosságnak. Mennél nyirkosabb a talaj, annál gyorsabb benne a bacillusok vándorlása. Különösen gyors pedig a tovamozgásuk a talaj belsejében meggyűlő vízben (mesterséges talajvízben). Itten 4 óra alatt 42 centimetryni előrehaladás volt tapasztalható.

Tehát a typhus-bacillusok a talajban nem csupán az áramló talajvíz által mosathatnak gyorsan előre (Fodor, Pfuhl), hanem saját mozgásukkal is nagy útát tehetnek; a fentebbi kísérlet eredménye szerint 24 óra alatt 2 1/2 meternyt is így aránylag könnyen és gyorsan eljuthatnak fertőzött árnyékszékékből, talajból a talajvízbe s a kútba.

A typhus-bacillusok vándorlására befolyással van továbbá a talaj szemcséinek nagysága, a talaj hőmérséke stb.

Máramaros vármegyei orvosgyógyyszerész egyesület.

(Bemutató szakülés 1898. június 4-dikén.)

Elnök: **Abraham Béla**; jegyző: **Lengyel Soma**.

Pellagra-esetek.

Lengyel Soma: (Lapunk más helyén közöltük.)

Végbélrák 20 éves nőnél.

Lengyel Soma: **Lebovics Ruchel**, 20 éves, férjezett napszámosnő. Nagyszülei nem élnek, anyja hasi hagymában halt el. Atyja él és egészséges. Öt testvére van, kik mindnyájan egészségesek. Egy leánytestvére halt el.

Tíz éves korában hasi hagymában szenvedett, különben beteg soha nem volt. Bujakór vagy glümőkór a családban nem fordult elő. Egy év előtt ment férjhez, gyermeke nem volt. Betegségének kezdetét 1897. december havára teszi. Keresztcsonttáji és az alsó végtagokban székelő fájdalmak léptek fel nála. Állandó ingere van a székeléshez, mely gyakran véres, genyes. Naponként 20—25-ször is ki kell mennie e czélból. Széke majd egészen híg, majd kenőcs consistenciájú, szallagszerű.

Beteg jól táplált, üde, úgyszólván rózsás arcú, erőteljes izom- és csontrendszerrel bír. Köztakarón bujakór tünetei nincsenek, nyákhártyái épek, nagyobbodott mirigyek sehol sincsenek. Szív, tüdő épek. Hüvely vizsgálatánál annak alsó fala egész hosszában elődomborodott, a hüvely lumenét szűkíti, falzata merev, kemény tapintatú. Gonorrhoeának nyoma sincsen.

Az anonnus áthatolva, körülbelül 10 cm. magasságban a rectum erősen szűkült, egy ujjbegyet sem enged át. A szűkület kúpjától a végbél az anusig tölcészerűen szélesedik. Falaincrevek, körkörös, keményen beszűkültedtek. Nyákhártya fekélyesen szétesett, szürkészínű, bűzös, véres, genyes váladékkal fedett.

Nephritis interstitialis chronica javult esete.

Somlyó Nándor: **Orosz László**, 26 éves, szabadságot csendőrséget sok vizelés s több mint egy hónapja feldagadt teste képezi. Négy hó előtt orbánca és tüdőgyulladás volt. Az erősen fejlett beteg csont- és izomrendszere ép. Mell és hasi szervek elváltozást nem mutatnak. Alsó-, felső végtagok oedematosusak, mely duzzanatot az egész testre kiterjed. *Vizelet fajsúlya 1007*. Fehérje tartalom 2% (Esbach). Napi mennyisége a három litert is meghaladja. *Diagnosis: nephritis interst. chronica*. *Therapia: Tejkúra és diuretikumok*. A nagyfokú oedema teljesen eltűnt, a vizelet napi mennyisége 1 1/2 literre szállt le, a fajsúly 1010.

Ulcus rotundum gyógyult esete.

Somlyó Nándor: **Augurt Dávid**, 17 éves, koldus. Étvágytalanság, fejszédülés s vérhányás képezik panaszát. Beteg elesett, lesóványodott, vérszegény, nyákhártyák igen halványak. Mell- és hasi szervek eltérést nem mutatnak. Gyomor, de különösen a pylorus tájék tapintásra igen fájdalmas. Beteg napjában többször hány, mely hányadék sűrű, fekete, kávéaljszerű vér. Pulsus filiformis. A hányadék savi vegyhatású.

Therapia: Morphin. Bismuthum subnitricum. Nyugalom, eleinte tej, később jó táplálkozás. Beteg meghízott, étvágya kitűnő, hányingerei megszűntek s a kórházat néhány nap múlva elhagyhatja.

Psychosis epileptica egy esete.

Somlyó Nándor: **Timis Nyikora**, 50 éves, nő; neje és két gyermeke, úgyszintén két testvére él, szülei előtte ismeretlen betegségben haltak el.

A borsai csendőrség socialistikus izgatások miatt fogta el, s különös viselkedése miatt az illetékes szolgabíróság megfigyelés végett elmekörös osztályunkra küldte.

A jelentés szerint Timis indok nélkül izgat, a pap és bíró ellen beszédek tart a templom előtt. Igen erősen fejlett s jól táplált. Syphilis nem volt. Koponyasérülést nem szenvedett; a szesz italokat mértéktelenen élvezte. Mell- s hasi szervek semmi eltérést nem mutatnak.

A hozzája intézett kérdésekre világosan s igen értelmesen válaszol. Irni, olvasni tud. Kétszer volt Romániában. Feltűnő intelligenciát árul el. Viselkedése igen alázatos kezdetben, később nyugtalan, félnék, végre akaratos, ápolóinak nem engedelmeskedik, kérdéseimre kihívó modorban, vagy nem válaszol. A terhére rótt cselekmény elkövetését tagadja, ő tanultabb mint társai, nem izgatott; a socialismusról fogalma sincs; jogtalanul elvett házat és erdejét követelte vissza, ezekért ütközött össze a közrenddel. Nem tűrhette el nyugodtan, hogy a pap és bíró a falu népe felett uralkodjék. Nem tartja magát bolondnak. A bolondok házába került, mert az igazságért küzdött.

Timis viselkedésében három heti pontos megfigyelés alatt semmi abnormitást nem constatálhattam.

Május 27-én a szokottnál izgatottabb, a reája bizott munkát nem végzi el, felesel.

29-dikén esti 9 órakor egy erős epileptikus roham lepi meg. Tág, nem reagáló pupillák, merev végtagok, tonikus, chronikus göresők, hab a száj előtt. Eji 12 órakor és másnap reggeli 3 órakor az epileptikus rohamok ismétlődnek.

E változás mindenesetre hosszabb és alapos megfigyelést tesz szűkségessé. Kétségtelen, hogy itt csakis epileptikus elmezavarral lehet dolgunk. Hogy milyen faja az epileptikus elmezavarral, azt nehéz eldönteni. E roham kétségtelen bizonyítéka annak, hogy Timis terhelt és elmezavarodott.

A csendörök által is jelzett nagyfokú izgatottság, socialistikus izgatás, az alázatos s később kihívóvá, szemtelenné változó modor, majd a melancholiás lehangoltság, s végre a soporosus állapot: a tüneteknek oly sajátságos váltakozása, mely arra enged következtetni, hogy a beteget az epilepsziás elmezavarnak azon osztályába sorozhatjuk, melyet idiilt s elnyújtott postepilepsziás elmezavarnak nevezünk.

Somlyó Nándor egy külsőleg egymáshoz igen hasonlító carcinoma labii superioris és egy gummata cut. ad lab. sup. mutat be. Majd egy varicositásból származott ulcus cruris és egy ulcus luet. között von le differentialis diagnosit.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZAT.

2490/1898. sz.

A béeli járásban Ökrös székhelyvel rendszeresített körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Javadalmazás:

1. 500 frt évi fizetés.
2. Természetbeni lakás, udvar- és konyhakerttel.
3. Ökrös községtől 20 frt, Bogy községtől 5 frt halottkémlési átalány.
4. Hivatalos látogatások alkalmával természetbeni fuvar, 40 kr. beteg-látogatási és 20 kr. vénvári díj.
5. A megválasztandó körorvosnak a kézi gyógyszerészeti engedélyezése a vármegye alispánja által kiltatásba van helyezve.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. I. t. cz. 9. §-ában előírt képesítéseket, továbbá nyelvismeretük és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányaikkal felszerelt kérvényüket f. évi július hó 10-dikéig hozzám annyival is inkább nyújtják be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

A választás f. évi július hó 16-dikán d. e. 9 órakor Beélen a béeli körjegyzőség tanácstermében fog eszközölni.

Beé, 1898. évi június hó 17-dikén.

3-1

Éder Géza, főszolgabíró.

6220/1898. kig. szám.

A n.-szentmiklósi járáshoz tartozó ó-bessenyői körorvosi állás elhalálózás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázatot hirdetek.

A kör székhelye Ó-Bessenyő, a körhöz tartozik Bolgártelep.

A körorvos javadalmazása 500 frt készpénzfizetés, 40 kr. nappali és 80 kr. éjjeli látogatási díj és 20 kr. halottkémlési díj.

Műtétek díjazása egyezség tárgya.

A körnek Keglevichházával leendő nagyobbitása és a fizetés felemelése iránti eljárás folyamatban van.

Bessenyő községe 6500 és Bolgártelep 650 lélekkel bír.

Felhívom mindazokat, kik kérdéses állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. I. t. cz. 9. §-ában körülírt minősítést igazoló kellőleg okmányolt kérvényeket hozzám folyó évi július hó 5-dikéig annál is inkább mutassák be, mert a későbbben beérkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

N.-Szent-Miklós, 1898. évi június hó 15-dikén.

3-1

Hudfi János, főszolgabíró.

3103/898. ki. sz.

Csikmegye felelősi járáshoz tartozó Gyimesbükk, Gyimesfelső és Középlak községekből alakított gyimesi közegészségügyi körben az orvosi állomás lemondás folytán üresedésbe jöven, annak betöltése végett ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állomással 600 frt évi fizetés, 40 frt lakkbér és mint kinevezendő csik-gyimesi pályaorvosnak az Ajnádtól Gyimesig terjedő 31-3 km. hosszú vonalszakaszon a védhímlő-oltásért és újraoltásért az országos érvényű díjakat felszámíthatja és a bíróságok felhívására végzett szakértői működéséért a szokásos díjakat igényelheti. Székhelyén a halottkémlést és húszeméit a szabályszerű díjak mellett végezni s községeit havonként kétszer beutazni és akkor a jelentkező betegeket ingyenesen ellátni tartozik. A magánlátogatásokra feleltől fuvart követelhet.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1883. évi I. t. cz. 9. §-a értelmében eddigi gyakorlatukat is igazoló okmányokkal felszerelt kérelmüket hozzám 1898. évi július hó 2-dikéig nyújtják be. A választás Gyimesbükkben 1898. évi július hó 3-dikán fog megtartani.

Csik-Szereda, 1898. évi június hó 5-dikén.

3-1

Fejér Sándor, főszolgabíró.

HIRDETÉSEK.

Dr. Balócz Ign. gyógyintézete

(Rendelő intézet)

Budapest, IX. ker., Vármház-körút 7. sz.

Villamos fényfürdő, nap- és légfürdő (kertben), masszázs, villamozások, gyógygymnasztika és testgyógyászat, vízkúra, inhalatio.

TERMÉSZETES

BILINI SAVANYUVIZ!

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

Pastilles digestives de Bilin

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

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

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

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsói- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemű ép és kóros váladéknak (u. m.: vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint górcsói és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a labororium vezetői.

Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13-15. szám.

Gyermek-sanatorium Abbaziában.

Igazgató orvos: Dr. Szegő Kálmán.

Felvétel kíséreléssel vagy a nélkül egész éven át. Állandó orvosi felügyelet, modern kényelem, mérsékelt díjak. Kívánatra prospektus.

VÉDŐJEGY.



Univ. med. Dr. PÉCSI DANI nyilvános

tehénhímlő-termelő intézete

BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.

tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot a következő árakon szállít:

1 flóla 2-3 egyénre	120 fillér
10 vagy több flóla á	100 fillér
1 flóla 10-15 egyénre	3 korona
1 flóla 50 egyénre	450 fillér
1 flóla 100 egyénre	9 korona
Epidérmín, egy tubus	100 fillér
Üres flóla darabonként	2 fillér
Fóvócsk darabonként	4 fillér
Tárgylemez darabonként	8 fillér
Oltó gerely kausuk-tokkal	2 korona
Portőért és csomagolásért	80 fillér

MATTONI

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐJE

Gyógyhely Budapesten (Budán).

Idény május 1-től szeptember 30-dikáig.

A gyógyhely forrásai ajánlhatók: a **belek bántalmainál, alhasi és általános vérbőségénél, májbajoknál, aranyérről, túlságos elhízásnál, köszvényénél és női bajoknál.**

Rendelő főorvos: Dr. Bruck J. úr a m. közegészségügyi tanács tagja, Nagykorona-utcza 23.

Egészséges fekvés, jutányos lakások, jó vendéglő. Pontos közlekedés a társaskocsinnal, reggeli 5 órától kezdve. Állomási hely: Ferencz-lőzsef-ter, a régi Lloyd-épület közelében.

Tulajdonos: **Mattoni Henrik.**

UJABB GYÓGYSZEREK ÉS GYÓGYMÓDOK.

Szerkeszti BÓKAY ÁRPÁD egyet. tanár.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM
II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Tartalom: *Fenyvessy Béla* dr.: Sperminum-Poehl. — *Preisich Kornél* dr.: A formalin-fertőtlenítés egy újabb módszeréről. — *Tauszk Ferencz* dr.: Creosotal. — *Beck Soma* dr.: Bőrgyógyászati tapasztalatok a „casanthrol“-lal. — *Husenfeld Arthur* dr.: A camphorsavról. — *Wenhardt János* dr.: A glutoid-capsulák diagnostikai és therapiái alkalmazásáról. — *Thaly Loránd*: Az 1898. év első felében felmerült újabb gyógyszerek.

Sperminum-Poehl.

Ismerteti: *Fenyvessy Béla* dr. egyet. tanársegéd.

A spermin-t általában a „letárgyalt“ gyógyszerek közé szokás sorolni. Újabb publicatiókkal az utóbbi évben már alig találkozunk, s tekintve azt a kedvezőtlen hangulatot, a melyet e szerrel végzett kísérleteknek a várakozást ki nem elégitő eredményei (*Poehl* hazáját, Oroszországot és *Brown Séquard* hazáját, Franciaországot kivéve) majdnem mindent, de különösen a domináló német orvosi irodalomban keltettek, lehet, hogy nem tévednek azok, kik a spermin irodalmát s így a reá vonatkozó ismereteinket legalább egyelőre befejezeteknek tartják. Hogy tehát e helyen „Az újabb gyógyszerek és gyógymódok“ sorában szólunk a sperminről, arra nem a tárgy actualitása, hanem az a körülmény bír, hogy a kérdés körül megindult mozgalom a magyar irodalomban úgyszólván nyomot sem hagyott. Mindössze egy erre vonatkozó (*Schwimmertől* származó) közlést sikerült felkutatnom, melyre alább visszatérek; magánértesülésem szerint ugyan mások is kísérleteztek nálunk a szerrel, de eredményeiket nem ismertették. Ezt a hiányt legalább egy összefoglaló irodalmi ismertetés alakjában pótolni — nézetem szerint — még akkor is érdemes, ha a herekivonat hatóanyaga *Poehl*-féle spermin alakjában orvosgyakorlati szempontból létjogosultságát csakugyan elveszíti. Érdemes pedig egyrészt azon sokoldalú és részben szoros vonatkozásnál fogva, melyben a tárgy számos igen fontos, napi érdekű tudományos kérdéssel áll, másrészt történeti és elvi szempontból is, mert a spermin az első terméke a józan organotherapeutikai irány azon törekvésének, hogy a különböző állati szervek specificus hatóanyagait, mint izolált vegyi anyagok állításának elő.

*Poehl*¹ vizsgálatai ugyanis a *Brown-Séquard*-éihez fűződnek. Ez a geniális francia bűvár 1869-ben ismertette először (a párizsi biológiai társulat ülésén) a „belső secretio“-ról szóló teoriáját, mely szerint szerveink (mirigyek) eddig ismert működéseiken kívül még bizonyos vegyi anyagokat is termelnek, melyek nem távoznak el váladékaikkal, hanem keletkezési helyeikről felszívódván, a szervezet életképességét sajátos, közelebről nem definiált módon fokozzák, illetőleg bizonyos káros anyagcsere-termékek hatását ellensúlyozzák. Ezen ú. n. „dynamogen“ anyagok képződésének hiánya ennél fogva különböző betegségeknek lehet oka.

A fejtegetés ezen pontjához fűződik a *Brown-Séquard*-féle „methodus“ és ezzel az organotherapia alap gondolata, hogy t. i. a jelzett esetek, tehát valamely szerv belső secretiójának esökkenése által előidézett betegségek, az illető szerv adagolása által gyógyíttassanak. Figyelmét először a reproductio szerveire fordítván, fiatal állatok heréiből készült emulsióval kezdett kísérletezni. A párizsi biológiai társulat előtt 1889-ben tartott előadása, melyen a 72 éves aggastyán önmagán végzett kísérletei után a megifjodás, a szellemi, testi és különösen a nemi functiók megújulásának jeleiről referált, lázas érdeklődést ébresztett a tudományos és laicus világban.

*Fürbringer*² 1894-ben 200,000-re becsüli a here-emulsióval egyedül Franciaországban végzett kísérletek számát. Míg *Brown-Séquard* és tanítványai (különösen *D'Arsonval*) a módszert tökéletesíteni főleg a here-emulsió sterilizálása által igyezkettek, addig *Poehl* a hatóanyagot keresi s meg is találja a spermin alakjában. Ezen organicus basist *Schreiner*³ ismertette

először 1878-ban, de *Poehl* tette bővebb tanulmány tárgyává, ő derítette ki vegyképletét *Schreiner*től eltérő alakban (C₅H₁₄N₂); s míg egyrészt megállapította — a miben a francia szerzők is megegyeznek vele —, hogy hatása a here-emulsióéval azonos, másrészt kimutatta jelenlétét nemesak a herében, de a prostatában, ovariumban, pancreasban, thymusban, lépben, vérsavóban stb. Már ezen elterjedtsége is utal arra, hogy a sperminnek általánosabb szerepe kell, hogy legyen a szervezet háztartásában, mint a nemi élet ébren tartása. És ez a szerepe a sperminnek, mint a test normális, szükséges alkotórészét képező physiologiai-chemiai agensnek, *Poehl* teoriája értelmében oly mélyreható, annyira nélkülözhetetlen tényezője az egészséges életnek, hogy önkénytelenül a „vitalitas“, az „élet-erő“ fogalmát véljük benne megtestesítve látni. Innen magyarázható a skepsis és nem ritkán az ellenszenv, melylyel a sperminnek küzdenie kell.

Röviden összefoglalva *Poehl* teoriáját: a spermin egy vegyi ferment, melynek feladata az intraorgan-oxydatiót (szövetlégzést) catalyticus úton fenntartani.

A kissé szokatlan kifejezések magyarozatául megemlíten-dőnek tartom 1. hogy intraorgan-oxydatio vagy szöveti légzés alatt azon élenyülési folyamatok értendők, melyek a belégzett levegő O-je nélkül mennek végbe. Ezek a szervezet összes oxydatiós folyamatainak 1/7-ét teszik, míg a hátralévő 6/7-et a tüdőlégzés látja el. 2. A hatás catalyticus volta alatt azt érti *Poehl*, hogy az oxydatióban a spermin maga nem vesz közvetlenül részt, quantitative azzal arányban nem áll, hanem olyanformán szerepel, mint pl. az allégenysav a kénsavgyártásnál, a kénsav az aetherkészítésnél stb., szóval mintegy a „contactus“ létesíti.

A fenti theoria mellett bizonyító érveket *Poehl* a következő hat pontban foglalja össze:

1. A hígított rézoldatba helyezett fémmagnesium igen kevés spermin hozzáadására tetemes mennyiségben oxydál-tatik; az erre elhasznált O nem a levegőből, hanem electrolysis által a vízből származik.

2. Oly vér, mely világító gáz, chloroform, vagy egyes pathologicus húgyalkatrészek stb. hatása alatt elvesztette O-vívó képességét, spermin hozzáadására azt újból visszanyeri.

3. A levegőn sokáig állott vér többé nem képes a benzaldehydet vagy salicylaldehydet oxydálni; spermin vissza-adja e képességét.

4. *Tarchanoff*⁴ átmetszett gerinczagyú, továbbá chloroformmal vagy alcoholal mérgezett állatokon a spermin tonizáló hatását észlelte. Már pedig *Quinquaud* szerint ezen káros hatások az intraorgan-oxydatiót alászállítják.

5. A klinikai észleletek azt bizonyítják, hogy a spermin gyógyító hatása azon betegségek esetén érvényesül leginkább, a melyeknél a szervezet élenyülési folyamatai csökkentek.

6. Közvetlenül bizonyítják a sperminnek az intraorgan-oxydatiót fokozó hatását a vizeletvizsgálatok.

Részletezve e pontokat, az 1-sőt illetőleg csak felemlítjük *Spitzer* kételyét, vajjon a reagens-üvegben tapasztaltak alkalmazhatók-e az élő szervezetre? A 2. és 3-ban pedig a catalysis jelenlétét nem látjuk kifejezve; a mely megszorításokkal különben e bizonyítékokat értékesíthetőknek tartjuk. De már a 4. pontban foglalt, *Tarchanoff*től származó kísérletek a *Poehl* által ismertett terjedelmesebb alakjukban sem teszik az exact physiologiai és pharmacologiai bűvárkodás benyomását,

nem is szólva arról, hogy az ott jelzett kóros állapotoknak a szöveti légzéssel való szoros és kizárólagos összefüggését bebizonyítottak nem tarthatjuk. A Poehl-féle theoria legerősebb oszlopait különben az 5. és 6. pontban foglaltak képezik. Hogy ezeket méltányolhassuk, ismernünk kell a spermin hatóképességének feltételeit.

Az oxydatiós folyamatokat elősegíteni ugyanis csak az oldható, *activ* spermin képes; a mint oldhatatlan *spermin-phosphát*-tá alakul át, *inactiv* lesz. Ezen átalakulás feltétele a phosphorsav jelenlétén kívül a közeg csökkent alcalicitása vagy amphoter volta, amikor is a sperminphosphat mint amorph vagy kristályos anyag válik ki oldatából.

A kristályos alakot Poehl azonosnak tartja a régebben ismert *Charcot-Leyden-féle jegecsekkel*. E kérdésben ellentétes álláspontra helyezkedik *Fürbringer*,⁵ a ki csak isomeriát vél látni, egyidejű heteromorphiával; a vita folyamán, melyben *Grawitz*, *Freyhan*, *Levy* s mások is részt vettek vizsgálati adataikkal, végre *Fürbringer* közeledik *Poehl*-höz, mintán ez nézetének helyességét számos microphotogrammal, a kristályok olvadáspontjának meghatározásával és az átmeneti alakoknak kísérleti úton való előállításával beigazolta.

Fontos volt e kérdés tisztázása a spermintheoria szempontjából azért, mert a *Charcot-Leyden-féle* kristályokban így egy nem épen nehezen hozzáférhető diagnostikai jelét nyerjük a physiologicus spermin inactiválódásának. Nyilvánvaló, hogy azon esetekben, mikor a *Charcot-Leyden-féle* jegecek a váladékokban vagy a vérben rendellenes módon megsaporodnak, az *activ* spermin mennyiségének csökkenie kell; s ha a spermin az oxydatiós folyamatok előmozdítója, úgy az ily esetekben ezeknek csökkenése fog beállani káros következményeivel együtt. De hozzá kell tennünk, hogy az *inactiv* spermin nem szükségkép kristályodik, de amorph is lehet, a mikor ez a diagnosticus jel elesik. Ilyenkor segítségünkre van a vér csökkent alcalicitásának kimutatása, mint a mely körülmény — a fentebbiek szerint — a spermin inactivvá alakulásának egyik oka s így némileg indicatora is lehet. De a vér alcalicitásának csökkent volta nemcsak a már meglevő physiologicus spermint helyezi hatályon kívül, de meggátolja ennek ujonnan képződését is. *Poehl* szerint ugyanis a spermin a nuclein szét-eséséből származik; normális viszonyok közt a fehér vörsejtek azon szövetelemeink, a melyek folytonos bomlás és újraképződés által a szervezetnek nucleint s így esetleg spermint nyújthatnak. Ezt a *Poehl* által nekik tulajdonított rendkívül fontos szerepet azonban csak alcalicus közegben teljesíthetik, mert amphoter közegben a szervezetre értéktelen sperminphosphat jön létre. Ime azon esetek, a melyeket *Poehl* a fenti 5. pontba sorol, mint a melyek csökkent intraorgan-oxydation alapulnak az *activ* spermin hiánya következtében, s a melyek ennél fogva a spermin pótlása által gyógyíthatók.

De hát közelebről tekintve, miféle kárt szenved a szervezet az intraorgan-oxydation alászállása folytán? *Poehl* felelete (*A. Gautier* nyomán) következő: Minden szövet normális működése közben többek közt lencomainokat is termel. Egészséges viszonyok közt a szövettelégzés továbbítja ezen anyagokat főleg az által, hogy végleg elégeti őket (hugyanynya, illetőleg CO₂ és vízzé), részben az által, hogy legalább a vesekiválasztásra alkalmassá teszi őket (xanthin és kreatin csoport). Ha az intraorgan-oxydation csökken, úgy ezen anyagok felhalmozódnak és *autointoxicatiót* okoznak, részben direct mérgező tulajdonságuknál fogva, részben a nélkül is, egyszerűen mint a szövet működését gátló teher. Az így keletkezett kóros állapotok más-más alakban nyilvánulnak, egyrészt a regresszív metamorphosis termékeinek (lencomainok) természetete, másrészt a megszállt szövetek minősége szerint. Épen ez magyarázza meg *Poehl* szerint azt a feltűnő körülményt, hogy oly sok és különböző természetű betegségnek érhető el gyógyulás a sperminum adagolása által; mert mindegyiknek közös vonása az intraorgan-oxydation alászállása.

Nem sorolom fel a spermintherapiára alkalmas betegségeket; a klinikai tapasztalatok ismertetésénél említjük fel nagyobb részüket. Mielőtt erre rátérnénk, a spermin viszonyát

az immunitáshoz, illetőleg a *Poehl-féle immunisatio theoriát* ohajtom ismertetni.

Poehl abból indul ki, hogy a legtöbb fertőző betegségnek praedisponáló momentuma az autointoxicatio. Az *activ*, physiologicus spermin tehát, mely a szervezetet az autointoxicatio ellen védi, *Poehl* szerint a természetes immunitas feltétele. De tovább menve, kimutatja, hogy a mesterséges immunitas tényezői azonosak az *activ* spermin képződésének feltételeivel. Szellemsen hozza kapcsolatba *Fodor*, *Metschnikoff*, *Buchner*, *Wassermann* stb. felfedezéseit a spermin-kérdéssel. Ha *Fodor* szerint az immunitas a vérsavó alcalicitásához, *Metschnikoff* szerint a leucocytosishoz *Buchner* szerint az alexinekhez (*Koch*, *Behring* stb.) szerint antitoxinokhoz) van kötve, úgy *Poehl* szerint mind ezen factorok egyesítve a fokozott sperminképződés, illetőleg sperminhatás képét adják; mert hiszen a leucocytosis és következményes leucolysis lúgos közegben az *activ* spermin bőséges képződését kell, hogy eredményezze. Szerinte tehát nem is szükséges specíficus antitoxinokat feltételezni. Az immunizáló principium a vér normalis alkotórészét képező spermin. Az *activ* immunizálás a sperminképződés fokozása a vér alcalicitásának és a leucocytosishoz mesterséges növelése által. A serumtherapia pedig nem egyéb, mint kész, *activ* sperminnek a szervezetbe vitele. Az előbbi pontot igazolni látszanak *Richter* és *Lövy*,⁶ a kik spermin adagolására leucocytosist következő leucolysissal és a vér alcalicitásának növekedését észlelték. Az utóbbi állításának igazolására *Poehl* felemlíti, hogy a *Behring-féle* serumból spermint sikerült előállítania, a mely kísérlete azonban — *Spitzer* szavait használva — a kritikát nem állja ki.

Ismertettük *Poehl* ezen fejtegetéseit már csak érdekességünkön fogva is. Az ellenérvek részben kézen fekvők. Először is egyáltalában nem tekinthető bebizonyítottak, mekkora az intraorgan-oxydation szerepe a szervezet háztartásában s nevezetesen a káros anyagcseretermékek eltávolításában. Másodszorban nagyon kérdéses az autointoxicatióknak, mint kóroknak jelentősége általában; a fertőző betegségekkel való oly szoros kapcsolatának felvételében pedig *Poehl A. Gautier*-val együtt úgyszólván teljesen izoláltan áll. Ezen alapjai a *Poehl-féle* theoriának tehát legalább is nem elég szilárdak. A további következtetések, s különösen az immunitást illető fejtegetései ennél fogva bármily tetszetősek, egyelőre legalább is nem eléggé indokoltak.

Végül a fentebb jelzett 6 pont utolsójára térve át, szóljunk *Poehl* vizeletvizsgálati módszereiről a melyek egyrészt az intraorgan-oxydation csökkenésének, másrészt a spermintherapia hatásos voltának objectív bizonyítékai. Nagy fontosságot tulajdonít ezeknek, mert a sperminhatás egyéb tünetei igen gyakran csak subjectívek vagy legalább is a suggestív hatástól nem elég biztosan különíthetők el. Spermin adagolására a vizelet összetétele a következőképen változik meg: 1. Az összes nitrogen és a hugyanynitrogen közti arányszám, az ú. n. oxydatiós coefficientens emelkedik. 2. Szintúgy emelkedik a hugyanyn és a NaCl közti arányszám. Mindkét körülmény *Poehl* szerint az intraorgan-oxydation fokozódását mutatja, a mit különben *Spitzer* nem tekint kétségtelennek. 3. A húgysav és a dinatriumphosphat arányszáma (*Zerner-féle* coefficientens) csökken, a mi a vér alcalicitásának növekedése mellett szól.

Százakra rúg az ilyen módon ellenőrzött klinikai észleletek száma. Minden esetben a vizeletvizsgálat szolgált a spermintherapia indicatiójául s ugyanaz a javulás objectív bizonyítékául (csatolva a gyógyulás klinikai tüneteivel). Csak az ezen alapon összeállított casuistikát közli *Poehl*, a *Zeitschr. f. klin. Med.* XXVI. kötetében. (Einwirkungen des Spermins auf d. Stoffumsatz etc. cz. alatt.) A sikeresen kezelt esetek közt szerepel 57 neurastheniás, 42 diabetes és egyéb agy v. gerinczagybeteg, tovább syphilis, diabetes, phthisis, typhus, scorbut, marasmus, alkohol-, chloroform-, és strychnin-mérgezés. E látszólag különböző alapon álló betegségek közös okául s így a gyógyulás magyarázatául *Poehl* szerint az intraorgan-oxydation zavara majd helyreállása tekintendő.

Nem szándékom részletezni az egyéb orosz szerzőktől közölt nagy számú, sokszor bámulatos gyógyeredményekről

szóló közléseket, mint a melyeknek objectivitása, az észleletek pontossága nem egészen kifogástalan. Csak néhány vizsgáló nevét sorolom fel, ezek *Bubis*,⁸ *Pantschenko*, *Wiktorow*, *Hubbenet*, *Schicharew*, *Roschtschinin*⁹ stb. Mindezen szerzőknek a spermintherapia körül tett tapasztalatait a Szt.-Pétervári orvos-egylet 1891. febr. 26-diki ülésén *Wolowsky*¹⁰ elnök a következőkben foglalta össze: A közérzet, az izomerő, álm, étvágy javul, a bélműködés és a hőmérsék szabályoztatik (?), a légzés könnyebb, a szív működés szabályos lesz, oedemák csökkennek, a neműi képesség, az általános állapot javulásával (tehát nem valamely specificus hatás következtében) emelkedik, az ataxiás tünetek javulnak. Különösen kiemeli, hogy a spermin bőr alá fecskendezése soha kellemetlen melléküneteket vagy helybeli izgalmat nem okoz. Mint látjuk, az orosz orvosok tapasztalatai szerint a spermin rendkívül hatásos gyógyszer. Annál kirívóbb ellentétet képeznek számos kiváló német szakember nyilatkozatai. E tekintetben csak *Poehl*-nek, a berlini belgyógyászok egyesületében 1895. május 20. tartott előadásához fűződött vitára¹¹ utalok, a melyben *Senator*, *Fürbringer*, *Ewald*, *Goldscheider* stb. vettek részt. A kérdés theoreticus oldalát illető kifogásaikat a megfelelő pontoknál felsoroltam. A szer therapeuticus használhatóságát *Senator* még bebizonyítandónak tartja, ellenben *Fürbringer*, határozottan tagadja. 22 esetben javulást csak a functionalis neurosisoknál észlelt, míg szervi megbetegedéseknél soha; azért az elért eredményeket nagyrészt suggestiónak tulajdonítja. Kívánatosnak tartja egyébként, hogy a szert a francziákon és oroszokon kívül mások is kipróbálják, a mivel nyilván a chauvinismus kizárásának szükségességére czéloz.

Nálunk, mint már említettem, egyedül *Schwimmer*¹² közölt adatot a spermintherapiára vonatkozólag. Mindössze egy esetről referált a budapesti közkórházi orvostársulat 1895. október 16-án tartott ülésén. Ez egy rendkívül súlyos lues-eset, igen kiterjedt csontfekélyedéssel, mely miután minden specificus kezeléssel daczolt, 16 spermininjecióra teljesen meggyógyult. Ez a tapasztalat tehát, a mennyire egyedüli voltánál fogva értékesíthető, a spermin gyógyértékét bizonyítja.

Végül még a kérdésre vonatkozó legutóbbi közleményt, *Hirsch*-ét¹³ (az orosz czár udvari orvosát) emlitem meg. Casuisticájában anaemia, tabes és endarteritis obliterans szerepelnek, mint spermine javult vagy gyógyult esetek. Ugyanó közli *Senator*, *Benedict*, *Hofmeier*, *Eulenburg*, *Ewald*, *Fürbringer*, *Mendel* magánúton tett nyilatkozatait, melyekkel előbbi kedvezőtlen véleményök élet kissé tompítják.

Mindezen esetekben a spermin részint subcutan injectio alakjában, részint belsőleg nyert alkalmazást. Az előbbi célra a spermin sósavas sójának konyhasós oldata szolgál, mely 1—2 cm³-es fiolákban van forgalomban; az utóbbi célra főleg az „Essentia spermini“ (alcoholicus oldat) használtatik. Az injectiók az eset súlyosságához mérten napokint, vagy két naponként adandók. Az essentia adagja 20 csepp többször napjában.

A fentebbiekben összefoglaltam a sperminre vonatkozó eddigi ismereteinket a nélkül, hogy pro vagy contra állást foglaltam volna el. Nem is lehet ezen ismertetésnek czélja sem az, hogy a szert elparentálja, sem az, hogy az érdeklődést iránta élénkítse vagy újabb kísérletekre serkentsen. Mert nézetem szerint az eddigi klinikai tapasztalatok ellentmondó voltuknál fogva nem alkalmasak arra, hogy azok alapján végleges véleményt formálhassunk; de nem várok többet újabb hasonló észleletektől sem, mert hiszen azon physiologiai folyamat, a melynek befolyásolásáról szó van, a mai vizsgálati módszereink segítségével exacte nem ellenőrizhető. De rámutatok újból a sperminnek tudományos szempontból kiváló érdekességére. Az organotherapiás kutatásoktól joggal várhatjuk nem egy, eddig ismeretlen physiologiai folyamat felderítését; s ha a spermin csakugyan oly jelentőségű, mint a milyenek *Poehl* tartja, úgy a jelzett irányú bűvarkodás folyamán újból felszínre kell kerülnie.

Irodalom.

¹ *Poehl* tanár kérésére szíves volt következő dolgozatait megküldeni, mint a melyek a sperminre vonatkozó tanainak ismertetésére alkalmasak:

- a) Spermin, ein neues Stimulans. St. Petersburg. Med. Wochenschr. 1890.
- b) Weitere Mittheilungen ü. Sp. Berlin. klin. Wochenschr. 1891. Nr. 39—41.
- c) Nachweis des Sp. etc. Deutsche med. Wochenschr. 1892. Nr. 49.
- d) Einwirkung d. Sp. auf den Stoffumsatz etc. Zeitschr. f. klin. med. XXVI.
- e) Immunitäts- und Immunisationstheorien. Deutsche med. Wochenschr. 1895. Nr. 6.
- f) Zur phys. Chemie d. Gewebssafftherapie etc. Deutsche med. Wochenschr. 1895. Nr. 30, mellékelve a discussio.
- g) Weitere Mittheilungen ü. d. Frage der Autointoxicationen. Verdhndl. d. XIV. Congresses f. innere Med. zu Wiesbaden 1896.
- h) Beurtheilung d. Immunitätszustandes etc. Wiener med. Wochenschr. 1897. Nr. 4.
- ² *Fürbringer*. Ueber die moderne Behandlung etc. Deutsche med. Wochenschr. 1894. Nr. 13.
- ³ *Schreiner*. Ann. Chem. Pharm. 1878. 194. S. 68.
- ⁴ l. 1. b).
- ⁵ *Fürbringer*. Zeitschr. f. klin. Med. III. 287.
- ⁶ *Richter u. Löwy*. Deutsche med. W. 1895. Nr. 15.
- ⁷ *Spitzer*. Berlin. klin. W. 1895. Nr. 32. *Poehl* válasza u. o. 1896.
5. 310. *Spitzer* viszonzválasza u. o. folytatólag.
- ⁸ *Bubis*. Was weiss man über Sp. Therap. Monatshefte. 1896. 1. és 2. l. 1. b).
- ⁹ l. 1. o.
- ¹⁰ l. 1. f).
- ¹¹ *Schwimmer*. Közkórházi orvostársulat évkönyve 1895. 149. oldal.
- ¹² *Hirsch*. Beitrag z. Organotherapie. St. Petersburg. med. Wochenschrift 1897. Nr. 7.

Közlemény a budapesti „Stefánia“ gyermekkórházból.

A formalin-fertőtlenítés egy újabb módszeréről.

Preisich Kornél dr. kórházi segédorvostól.

Azon körülmény, hogy a formalin-gőzöknek desinfiáló képessége mindinkább elismert ténynyé válik és az, hogy ezen képesség kihasználásának módja, valamint a fertőtlenítéshez felhasználandó gőzöknek mennyisége még eléggé bizonytalan, újabb és újabb szerkezetű készülékek megalkotását teszi indokolttá. Egy ilyen újabb készüléknek hasznavehetőségéről kívánok következőkben beszámolni.

Schering nevével ez év júniusában egy „desinfectiós (Aeskulap)“ és egy „desodoráló (Hygiea)“ lámpát bocsátott forgalomba; előbbivel szobák és termek fertőtlenítését czélozva, utóbbival minden háztartásban a kellemetlen illatoknak megszüntetését akarván elérni.

A formalint másoktól eltérőleg nem folyékony állapotban bocsátja használatba, hanem mint szilárd testet (paraformaldehid), fehér, szagtalan kréta-tapintatú pastillák alakjában. Mindkét lámpa szerkezete egyforma, igen egyszerű, csak térfogata tekintetében van tulajdonképpen a kettő között eltérés. Lényegük: egy állványra függélyesen erősített hengeredény (a desinfectiós lámpánál bádoglemezből, a másikonál üvegből), melynek felső végébe egy bádögüst van illesztve a pastillák befogadására, alul pedig az állványban egy borszeszlámpa van elhelyezve, mely kis lánggal a pastillák lassú elpárolgását biztosítja.

A vizsgálatoknál, melyeket főnököm, Bókay J. tanár úr szíves megbízásából, a gyermekkórház kanyaró-osztályának egyik beteg külön szobájában végeztem, magamat szorosán az előíráshoz tartottam, czélunk az eszköz hasznavehetőségének kipróbálása volt.

A 125 köbmeteres szoba fertőtlenítéséhez 160 pastillát tettem a lámpa üstjébe, a lámpától különböző távolságban és különböző magasságban, a rendelkezésemre állott következő desinfiáló anyagokat helyeztem el:

1. diphtheria bouillon-tenyészetet vattába itatva 3 rétegben egymás fölött, mely 3 réteg a vatta laza állapotában együttesen 4—5 cm. magas volt;
2. ugyanily módon pseudodiphtheria bouillon-tenyészetet;
3. typhus bac. tenyészetét;
4. bac. subtilisét;
5. tehéntejből készített bouillon-culturát;
6. bélsarat, köpetet, 2 napig szabadon állott vérsavót vékony rétegben üveglemezre, vattára, vászonruhára keuve;

7. bűzös empyema-gegyet kötszerrel, a mint az a betegről levétetett;

8. különböző csirokkal (diphth., pseudodiphth., typhus, subtilis és staphylococcus) ojtott gelatina- és agarlemezeket Petri-féle csészékben, fedő nélkül, és hogy száradástól a tápanyagot lehetőleg megóvjam, 1 mm. vastag rétegben steril-boullont öntöttem reá.

Úgy a tenyésztett áztatott vattalemezeknek egy részét, valamint néhány Petri-csészét, lazán egy-egy párnával vagy egy két ujnyi vastag vattapaplannal fedtem be.

A felsorolt tárgyaknak elhelyezése után a lámpa borszeszlángját meggyújtottam, a szobának két ablakát gondosan lezártam, három ajtáját becsuktam és a kulcslyukak elfedéséről gondoskodtam. Az alágyujtás déli 1 órakor történt, másnap reggel 8 órakor (előírás szerint 12—24 óra múlva nyitandók ki az ablakok) mentem ismét kellő óvatossággal culturák készítése céljából a szobába. A pastillák csaknem nyom nélkül elpárologtak, a szobában gyenge formalinszag volt érezhető, mely azonban egy órai ott tartózkodásom alatt semmi kellemetlenséget nem okozott.

Megjegyzem e helyen, hogy a szobában éjjeli edényben elhelyezett bélsár közelről bűzös volt, bűzös volt ugyancsak közelről az empyema genye is.

Számos tenyészetem nyújtotta eredményt nem akarom részletezni, lehetőleg röviden összefoglalva ismertetem azt.

Diphtheria-, pseudodiphtheria- és typhus-bacillusok a felületen, hol kiszáradás is történt, elhaltak; a vatta középső rétegében diphtheria és pseudodiphtheria szintén el voltak halva, de typhus már nem és legalulról mind a három tenyészetet indított.

Subtilis, tejcultura, bélsár és vérsavó három vatta rétegből a fejlődött coloniák száma szépen mutatta az elhalás különböző mértékét a harmadik rétegben felülről a tej eredeti nyolcz bact. fajából csak kettő fejlődött.

Üveglemezeken és vászonkendőn beszáradt bélsár és vérsavó nem volt egészen steril, vattán beszáradt köpet steril volt.

Az empyema genyéből a felületről is elég bőven fejlődött staphylococcus.

A párnák és paplan alatt elhelyezett vattában, valamint lemezekben, a csirok életképességüket teljesen megtartották; keveset szenvedtek a szabadon elhelyezett Petri-csészék.

Végre a falakról és ágybetétekről szedett vakarék, boullont 24 óra alatt a thermostatban intensive zavarossá tette.

Látható ezekből, hogy a formalinnak ily módon való alkalmazása desinfectióhoz céltalan, csak a felületen pusztulnak el a csirok és itt is csak azok biztosan, melyek igen csekély ellentállással bírnak, sporás bakteriumok előléseire pedig absolute nem lehet számítani.

A mi a desodoráló „Hygiea“ lámpát illeti, erről épp oly elvetőleg kell nyilatkoznunk. Láttuk, hogy desinfectiónál sem tűnnek el, csak csökkennek bizonyos kellemetlen szagok, a desodoráló lámpa pedig hivatva volna egy pastillának lassú, 3—4 óra alatt végbemenő, érzékszerveink által, észre nem vehető elpárolgása által, a kellemetlen szagot lekötni; ezt tapasztalataink szerint nem teszi, ha pedig valamivel gyorsabb a párologtatás, akkor a formalin-gőz a kötő- és nyálkahártyákat izgatja, könyezésre, köhögésre bír.

Creosotal.

Ismerteti dr. Tauszle Ferencz egyet. m. tanár.

Mi sem igazolja jobban Korányi Frigyes tanár azon szavait, hogy az orvosi tudomány nem akar lemondani azon reményről, hogy a különböző tudományok terén serényen folyó kutatásnak sikerülend a tüdővész specifikus gyógy módját is megtalálni, mint azon meleg érdeklődés, melylyel a téren felmerülő újabb gyógy szerek iránt viselkedik,

azokat felkarolja s többé-kevésbé elfogult kritika tárgyává teszi.

Igy legutóbb rendkívüli érdeklődést keltett Paul Jacobnak Berlinben a Charité-társulatban tartott előadása, a melyben a creosotalt mint a tüdővész elleni gyógy szert ajánlotta és a ki röviddel rá azon megfigyeléseiről számolt be, a melyeket Hans Nordt-tal egyetemben Leyden klinikáján egy évi megfigyelés után gyűjteni alkalma volt. Ezen dolgozatuk a Charité-Annalen XXII. kötetében jelent meg és a következőkben annak tartalmáról kivonatossan óhajtunk beszámolni:

A creosotal a creosot phenol-carbonatjainak keveréke, a mely szén-oxi-chloridnak a creosot phenol-natrium összeköttetéseire gyakorolt hatása alkalmával képződik. 90 százalék legtisztább creosotot tartalmaz, olajsűrűségű, kellemetlen szaggal nem bír és nélkülözi a creosot kellemetlen ízét. Ezen szer kipróbálására szerzők indítva voltak azon törekvésükben, hogy a creosot eddigi készítményeinek kellemetlen mellékhatásaitól ment készítményt hozzanak forgalomba, kiváltképpen pedig azoknak a gyomor- és bélhuzamra gyakorolt káros befolyása lehetőleg elkerülhető legyen.

A creosotal adagolása oly módon történt, hogy a betegek háromszor napjában 5 cseppel kezdték, naponként három cseppel emelkedtek addig, míg háromszor 25 cseppre jutottak, mely utóbbi adagnál 8 naptól egész 4 hétig megmaradtak, a midőn ismét háromszor 10 cseppre lementek, mely adagnak 10 napi alkalmazása után újból naponként három cseppel emelkedtek.

Nagy súlyt helyeztek e mellett a betegek táplálkozására. $1\frac{1}{2}$ —2 l. tej, 6 tojás naponta, cacao, burgonya-purée, malátasör, főzelék, kenyér stb. képezték a táplálkozás főbb pontjait.

A kezelés kezdeténél figyelemmel voltak a testsúlyra, a gümöbaccillusokra, a localis viszonyokra stb. és végkövetkeztéseiket 28 végig észlelt esetre állapítják, míg azokra, melyeket végig észlelhetni alkalmuk nem volt, ezen következtéseiknél figyelemmel nem voltak.

Eredménytelen a gyógykezelés csupán egyetlen egy esetben volt, a mely egy 16 éves leányra vonatkozik, a kinél a tünetek között gyengeségnek, étvágytalanságnak és a láznak jutott a főszerep. Négy havi kezelés után a testsúly-csökkenés két fontot tett ki és függőben hagyják, hogy ezen rosszabbodás a creosotalnak tudandó-e be, vagy a nélkül is beállott volna.

Ezzel ellentétben valamennyi többi esetben részben igen jelentékeny, részben kisebb fokú sikerek voltak creosotalal elérhetőek, dacára, hogy túlnyomó részüknél a kezelési idő kedvezőtlen időszakokba esett és a gyógy mód climaticus gyóghatványok igénybevételével nem volt támogatható. Egyes esetekben a rossz időjárásnak tulajdonított catarrhalis állapotok okoztak mulékony rosszabbodást.

A közérzet 25 betegnél jelentékenyen javult; egyik betegük 60 gm. creosotal után kijelenti, hogy 14 év óta nem érezte magát ilyen jól; láz, éjjeli izzadás, gyengeség érzete már 6 hét után teljesen elmaradtak. Három esetben a subjectiv érzés állandóan rossz maradt.

Az étvágyra a creosotal sohasem gyakorolt tartósan rossz befolyást; a legtöbb esetben az étvágyat határozottan javította, sőt ezen javulás igen szembetűnő volt még olyanoknál is, kik azelőtt más creosot-készítményekkel gyógykezeltettek és a kiknél teljes étvágytalanságot eredményeztek. Hasonlóképpen igen kedvezőnek mutatkozott a creosotal hatása a testsúlyra, a mennyiben 16 esetben testsúlynövekedés mutatkozott egész 12 fontig, 3 esetben a testsúly állandó maradt és csak 5 esetben mutatkozott igen csekély testsúlycsökkenés. Az éjjeli izzadások már rövid ideig tartó adagolásra elmaradtak és a láz is csak egy esetben volt makacs. A köhögés és a köpet négy esetben teljesen elmaradt, négy esetben változás nem volt észlelhető, a többi esetben pedig a köpet mennyisége fokozatosan csökkent, a köhögés enyhült. A localis viszonyok főleg azon esetekben mutattak javulást, a melyek legalább 6 hónapig gyógykezeltettek. Két esetben, a melyek egyike egy 31 éves haemoptoében szenvedő nőbetegre, másika egy 30 éves három év óta betegeskedő ugyancsak nőre vonatkozik, nyolcz havi gyógykezelés után a tompulatban és szörtyözerejek-

ben nyilvánuló localis tünetek teljesen visszafejlődtek. A kopogtatás és hallgatódzás a tüdők felett mindenütt rendes viszonyokat tüntetett fel. Hat további esetben jelentékeny, másik hat esetben elég számottevő javulás mutatkozott a localis tünetekben. Nyolcz betegnél a physicális tünetek nem változtak, míg kettőnél a folyamat tovaterjedt.

Ezen közleményükben még nincsenek a creosotalnak a gümö-bacillusokra gyakorolt direct hatására figyelemmel, de megígérték, hogy ezen mulasztásukat legközelebb pótolni fogják.

Utalnak egyszersmind ezen dolgozatukban észleletükre, hogy betegek egy nagy részénél a pupilla azon oldalon mutatott szűkületet, a mely a megbetegedett tüdőnek felelt meg. Ők ezen tünet elméleti magyarázatába nem bocsátkoznak, de én utalni kívánok *Destréennek* (Brüssel) „*A tüdőtuberculosis egy praemonitoricus tünete*” czimén a római congressuson tartott előadására, a melyben felhívja a figyelmet arra, hogy gyakori, miszerint a bántalmazott oldalon a pupilla tágabb mint a másikon. Kísérletileg pupillatágulatot a mellkas sympathikus izgatása által lehetett előidézni. Ezen tágabb pupilla a tuberculosis többi tüneteit néha évekkal megelőzi és létrejöttét úgy magyarázza, hogy megnagyobbodott bronchiális mirigyek mechanice izgatják a plexus pulmonalisnak sympathicus rostjait.

Ismertetésük végén utalnak arra, hogy a creosotalal elért eredményeik megegyeznek más szerzőkéivel, de másrészt túlságos optimisticus reményeket ahhoz kötni nem mernének. Hiszik ugyan a creosotalnak specificus hatását, támaszkodva kivált annak lázra és éjjeli izzadásra gyakorolt hatására és arra, hogy olyan betegeknek is láttak javulást, a kiknél más készítmények inkább az állapot rosszabbodását hozták létre. Azon meggyőződésnek adnak kifejezést, hogy a nem túlságosan előrehaladt phthisis eseteiben a creosotal feltétlenül megkísérlendő, bár hangsúlyozzák, hogy e gyógy móddal kedvező eredmények csak akkor lesznek elérhetőek, ha erősítő étrend és hygienicus életmód által támogatattik. Hiszen éppen abban találják a creosotal fölényét más creosot-készítményekkel szemben, hogy az étvágyat kedvezően befolyásolja és így lehetővé teszi a diaeteticus rendeletek pontos keresztülvitelét.

Midőn *Jacob* a Charité-társulat 1897. május 20-án tartott ülésén a creosotalal végzett kísérleteiről beszámolt, *Burghardt* mindjárt az előadás kapcsán tette megészrevé teleit. Kiemeli, hogy várakozásai a gyógy szer értékét illetőleg tüdővész eseteiben nem váltak be és hogy a creosotban egy teljesen azonos értékű, sőt néha talán még értékesebb gyógy szerünk van. Ő a creosotalt a forgalombahozatal után kiterjedten alkalmazta, de csakhamar visszatért a creosotra, a mi mellett még az ichthyolt és a guajacolecarbonatot is rendelte. Nem akarná állítani, mint hogyha a creosotalt nem becsülné, de azt észlelte, hogy sokan, kiváltképen pedig gyermekek rosszul türik. Egyes gyermekek, a kik a creosotot borban vagy más formában szívesen vették és jól túrték, a creosotalt már egy cseppnyi dosisban is kihányták. Felnőtteknél pedig gyakran észlelte, hogy, ha fokozatosan a nagy dosisra elérte, a mely egyedül alkalmas tartós hatás előidézésére, az étvágy romlott és hasmenés lépett fel, a mely azelőtt nem volt. Észleletét igazolva találta egy közleményben, a mely a tannalbinról szól és a melyben hangsúlyozva van, hogy a tannalbin creosotalal együtttesen adagolva, utóbbi kísérletében fellépő hasmenést megszüntetni, illetőleg csökkenteni képes. Sőt azt mondja, hogy olyan betegeknek, kik a creosotalt jól túrték, igazi nagy hatását e gyógy szernek felismerni képes nem volt, bármennyire hatásos is lehet könnyebb esetekben. Ő a creosotot legalább is annyira becsüli mint a creosotalt. Igaz, hogy kívánatosnak tartja, hogy a creosot csak aránylag erősebb individuumoknak adassék és hogy fennálló béltünetek a creosot adagolását ellenjavallják. Kívánatos a creosot adagainak növelése a maximális adagon túl, ha gyógy eredményt akarunk létrehozni, a mi a legtöbb esetben minden kellemetlen melléktünet nélkül történhet.

Ha a betegek a creosotot az első kísérlet alkalmával nem jól türik, néhány napig kihagyandó, a második kísérlet csaknem mindig sikerül. Gyógyulást, vagy bár csak tartós javulást a creosotaltól sohasem látott, de látta ezt creosot

mellett és így hivatkozik egy azelőtt súlyos tüdővészre, a ki hónapokon keresztül 8 gm. creosotot szedett és teljesen gyógyult. Különbösen a creosotal szerzett tapasztalatai túlnyomóan kedvezőek azon esetekben, a melyekben az elváltozás bonczani foka és a beteg erőbeli állapota a javulás lehetőségét megengedik. A szó szoros értelmében a creosot sem specificus gyógy szer. de általában véve a creosotalnál hatásosabbnak és erélyesebbnek tartja.

Jacob mindjárt a gyúléseken iparkodott *Burghardt* kifogásait a kellő értékre reducálni. Utal reá, hogy a creosot tüdővészeseknél, kik jó emésztési szervekkel bírnak, kitünő szolgálatokat tehet, mert másképp nem is volnának érthetőek azon kedvező eredmények, a melyeket éveken keresztül a creosotalal elérték, bár *Sommerbrod* közlései kissé subjective elfogultak, de azért minden kételyen felülállók. Gyermekeknek a creosotalt két esetben alkalmazta s azoknál igen jól bevált. Eleinte háromszor napjában egy cseppet adott és pedig hat napon keresztül és csak ezután ment fokozatosan háromszor napjában 10 cseppre. Utal különben *Fischernek* a new-yorki gyermek-klinikán tett tapasztalataira, a ki éppen gyermekeknek creosotalal jó eredményeket ért el. A creosotalnak a bélhuzamra gyakorolt hatásáról még pótlólag felemlíti, hogy ellentétben *Burghardttal* úgy találta, hogy tüdővészesek hasmenése creosotal által kedvezően lett befolyásolva. Ő creosotal mellett tüdővészeseknél hasmenést sohasem látott fellépni és e tekintetben utal *Eschle* közlésére *Baummann* laboratoriumából, melyek szerint a creosotalt igen melegen ajánlja egyéb bélbántalmaknál, különösen pedig typhusnál, mert kitünő desiniciens és az egész bélhuzamon áthaladva, azt teljesen desiniciálni képes.

A fentebbiekben azon közlésekről emlékeztünk meg, a melyek a creosotal cím alatt forgalomba hozott gyógy szerre vonatkoznak. Meg akarjuk azonban jegyezni, hogy creosotum carbonicum név alatt már régebben alkalmaztatott és így utóbbival az első belkórodán is már hosszabb idő előtt tétettek egyes rövid kísérletek. Tekintve azonban, hogy a tüdőgümőkór ellen alkalmazott gyógy szerek értékének megítélésére nagy anyagon és hosszú időn keresztül vitt kísérletezés után szabad csak a végérvényes következtetéseket levonni, mi saját észleleteink közlésétől ez idő szerint elállunk. Ez ismertetés czélja egyedül az volt, hogy minálunk is az orvosi körök figyelme ezen gyógy szerre felhívassék, hogy ily módon a szélesebb körökben való kísérletezés lehetővé tétessék, a mire az elméleti feltevés és az eddigi tapasztalatok érdemessé teszik.

Börgyógyászati tapasztalatok a „casanthrol”-al.

Közli: *Beck Soma* dr.

Mult év november havában a Beiersdorf & Comp. ismert hamburgi gyógy árú-gyár tulajdonosa, *Troplovitz* dr., „casanthrol” név alatt egy praeparatumot küldött számomra kísérletezés czéljából. Miután eddig részint magángyakorlatomban, részint *Grósz Gyula* dr. főorvos úr szívesége folytán — kinek e helyütt is köszönetemet kell kifejeznem az alkalmas beteganyag átengedéseért — a *Bródy Adél* gyermekkorházban több ízben volt alkalmam ezen új összetételű kenőcsöt használni, néhány rövid sorban óhajtanám tapasztalataimat közölni.

A *casanthrol* unguentum caseinicum mint kenőcs alapanyagának 10% extractum lithantracissal (liantral), a kőszénkátránynak aetherben és benzolben oldható részeivel való keveréke. Az unguentum caseini, melylyel *Unna* gazdagította az alapanyagok számát, az ú. n. vízben oldható firnissek csoportjába tartozik, s alkalicaseinat, glycerin, vaselin és víz keverékéből áll. „Egy sűrű, nyúlós emulsio ez, melyet fel lehet melegíteni, anélkül, hogy belőle zsír válnék ki; a bőrre kenve már 1—2 perc alatt egy elasticus száraz bevonatot képez, s még egy részről elég porosus ahhoz, hogy a bőr transpiratiója elé gátat ne vessen — sőt azt még növeli — addig más részről zsirt tartalmaz (50%), a mely a felhámsejteket impregnálja a bőrvádékok túlnagy áramlását megakadályozza s némi mélybe való hatást is lehetővé tesz. Így tehát az unguent. caseini egy középhelyet foglal el egyrészt

a zsirkenőcsök, másrészt a pasták és hintőporok között. Reactiója neutralis vagy legfeljebb gyengén alcalicus; bármily anyaggal keverhető, mely a caseint meg nem alvasztja. Ki vannak tehát zárva az ásványi savak, savanyú sók és mészsók 1%-on felüli quantuma. Az unguent. caseini a kátrány számára a legkitünőbb alapanyag, a melyet ismerünk s kiválóan alkalmas az ambulans kezelésre. Nagy vaselintartalmánál fogva bedörzsölés alkalmával a mélyebb bőrrétegekbe depónálja a kátrányt és támogatja ennek viszketés-ellenes hatását. Valamennyi szabad testrésze is rendelhető (arc-, nyakra, kezekre), izgató hatása alig van s könnyen lemosható.¹

Daczára eme tulajdonságainak, az unguentum caseini nem tudott meghonosodni a dermatotherapiában, s a legtöbb dermatologus az első kísérletek után felhagyott alkalmazásával. Oka ennek az, hogy a legtöbb a bőrgyógyászatban használatos droge az unguent. caseini-nek chemiai, de még inkább értékes physikai sajátságait megváltoztatja, s alkalmatlan vivőszerré teszi. Így pl. ichthyol nagyon sűrűvé, resorcin es pyrogallol nagyon higgá teszi stb., úgy hogy ma már majdnem kizárólag csak mint a kátrány vivőszere szerepel, a melyre nézve, saját tapasztalataim után ezt kell mondanom, hogy teljes mértékben fennállanak Leistikow szavai.

Kilencz esetben használtam eddig a casanthrol-t és pedig négy chronicus gyermekeczema, három prurigo Hebrae, egy psoriasis és egy erythrasma esetben, s mint az egyes esetek rövid leírása bizonyítani fogja, a legtöbbszőr igen jó sikerrel.

I. L. R. öt éves fiúgyermek, 6 hó óta az egész testre kiterjedő chronicus eczemával, mely legkifejezettebb az alkaron, a könyök és térdhajlatokban, a térdén és scrotumon. Utóbbi helyeken a bőr már secundær lichenificatiót mutat. Nedvezés csak kis mértékben, egyes körülírt helyeken, erős viszketés, vakarási nyomok a törzsön, dermatographismus.

A pörköknek olajjal való eltávolítása után a jobb kar és az egész törzs casanthrollal, a bal kar controle-kísérlet képen megfelelő erősségű vaselinnal készült ol. cadini kenőccsel (10%) lett bekenve. A casanthrollal kezelt részek gyors gyógyulási hajlamot mutatnak, s rajtuk pár nap múlva tetemes javulás mutatkozik, csak helyenkint lép fel egy-egy gombostüfőjnyi folliculitis, míg az ol. cadinnal kezelt bal karon javulás alig constatalható, az alapbántalomhoz még a kátrány által okozott furunculosis is csatlakozott. A furunculosis sebészi megnyitása és begyógyulása után itt is casanthrol alkalmaztatik, mire gyors javulás áll be. A gyermek időközben varicellában betegedett meg, mire e kezelést egyelőre felfüggesztettem, csupán a karokra rendeltem a gyakran kitünő hatású pasta zinci sulfuratát (Unna). A gyermek azonban egyáltalán nem tűrte el a kén, a pasta alatt a lobtünetek fokozódtak. A varicella hat nap múlva gyógyulván, újból kezdjük a casanthrol bekenéseket, s most a javulás oly gyors, hogy további kilencz nap után a gyermek majdnem teljesen gyógyulva, csupán a lichenificatio nyomaival hagyja el a kórházat.

II. H. E. hét éves leánygyermek. Körülbülül fél év óta a jobb oldali arcfélnél fülön és fül mögötti tájon, valamint a tarkón és az egész fején erősen nedvező vasos sárga pörkökkel fedett élénk piros eczema. Jobboldali álalatti mirigyek mogyorónyai. Kezdetben a crusták eltávolítására és lobtünetek csökkentésére olajozás és Burow oldattal való borogatás rendeltetik. Egy hét múlva próbaképen casanthrollal való bekenés egy körülbelül kis gyermektenyényi területen. Minthogy e helyen két nap múlva szembetünő javulás volt észlelhető, s izgalmi tünet jeleképpen csupán 1—2 vitziszta gyorsan beszáradó hólyagosa tünt fel, e gyógykezelés az egész beteg területre ki lesz terjesztve. Negyedik napon (jun. 14.) rohamos javulás constatalható. Pörk és nedvezés sehoh sincs, a beteg terület halvány rózsapiros. A patiens még kezelés alatt áll.

III. B. F. négy éves leánygyermek. Három év óta van egy az egész arcra, fejre és tarkójára kiterjedő erősen nedvező és viszkető eczemája. A kórházba való felvétele első napjaiban olajozás és borogatás liquor Burowival. Junius 7-én próbaképen egy kis területre casanthrolt kap, mely két nappal később mindenütt alkalmaztatik. Négy nap múlva tetemes javulás, bár nem oly rohamos mint az előbbi esetben, minek nagyrészből az az oka, hogy a gyermek egy ízben lekötött kezét felszabadítva véresen vakarta magát. Az egész eczemás terület halvány, a homlokon még nedvező, apró sárga pörkökkel fedett. E sorok megjelenésekor még kezelés alatt áll casanthrollal.

IV. Sz. K. két éves fiúgyermek. Másfél év óta a jobb fül alatti és mögötti tájon, valamint magán a fülön, az egész fején, továbbá scrotumon és czombok belfelületén részben nedvező crustosus, részben száraz hámpikkelyekkel fedett eczema. Kezdetben olajozás és Burow oldattal való borogatás, majd pasta zinci sulfurata (Unna) — melyhez később még 5% ol. cadini-t is adattam — lett rendelve. Ez utóbbi

kezelés mellett lassú javulás, többszörös kiújulásokkal. Egy hét óta casanthrolt kap (csak a fej és arc beteg részeire, scrotum és czombok meggyógyultak), mely alatt az eczemás helyek halványodtak, nedvezés nincs, de elszórt vitziszta hólyagcsák azt mutatják, hogy az ol. lithracis kissé izgatta a gyermek érzékeny bőrét. Ebben az esetben nem láttunk oly szép javulást mint az előzőekben; a casanthrolt ép úgy mint az ezt megelőzőleg adott kén a gyermek túlérzékeny bőrét izgatta, úgy hogy ideiglenesen az indifferens kezelésre kellett átmennem.

Megemlítem e helyütt még, hogy tanácsomra egy a fenn felsorolt chronicus arcieczemákhoz hasonló esetet kezelt casanthrollal Márton dr. úr, miután megelőzőleg a rendszeren használni szokott szerek nagy része nem vezetett eredményre. Az eczema, Márton dr. úr szíves szóbeli közlése szerint, rövid időn belül teljesen meggyógyult.

V. W. J. 5 éves fiúgyermek, kinél rövid idővel születése után lépett fel most is jelenlevő, viszkető kiütése, mely időnként javul, máskor ismét rosszabbra fordul. A kórházba való felvételekor az arczon, különösen a szemresek körül egy erősen nedvező és papulosus eczema, a törzsön és végtagokon a Hebra-féle prurigo összes jellemző tünetei, a feszítő oldalakon a bőr kifejezett lichenificatiójával és helyenkint vakarás által feltételezett folliculitisekkel; megnagyobbodott lágyékmirigyek, sötéten pigmentált bőr. Eczematisatio nincs.

Az arcra Burow-víz borogatás, egyébként fürdők és a féléstre casanthrol lett rendelve, míg a másik testfel az esetleges változások megfigyelése és összehasonlítása céljából minden kenőcs nélkül hagyatik. Két nap múlva a bekent testfel a másikhoz képest feltünő javulást mutat s a hatodik napon teljesen gyógyult, pigmentatio visszahagyása mellett; azonban a nem kezelt testfel is egyedül a tisztaság, fürdők és általános jó hygieniai viszonyok következtében tetemesen javult s további 8 nap múlva a gyógyulás u. a. fokán áll, mint a casanthrollal kezelt részek.

VI. S. F. 9 éves leánygyermek, 8 év óta fennálló prurigo Hebrae-vel. Az egész test bőre bronzbarna, helyenkint világos sávokkal. Mindenütt typicus prurigo-papulák és vakarási nyomok. A végtagok feszítő oldalán kifejezett epidermis-vastagodás, lichenificatio.

A casanthrollal való kezelés harmadik napján a viszketés teljesen megszűnt, a prurigogöbök lelapultak. Összesen tíz napi kezelés után teljes (időleges) gyógyulás.

VII. S. A. négy éves leánygyermek, az előbbinek huga. Három év óta szenved prurigóban. A háton és végtagok feszítő oldalain — kivéve a czombokat — u. o. jellegű bőrelváltozások, mint növérénél. Has és mell tiszta, normális színű. A jobb alszárakon egy, az alszár minden oldalról manchetealakjában körülvevő 12 cm.-nyi hosszú plaque-ot képező nedvező és kissé kiemelkedő eczema. Ez utóbbi helyre resorcin-dunstkötés alkalmaztatik, mely alatt a lobtünetek gyorsan visszafejlődnek. Prurigo kezelése casanthrollal. Tíz nap után ennél ép úgy mint testvérénél, a prurigo eruptio teljesen elmúlt, csak a jobb alszár eczemája szorul még némi kezelésre.

VIII. Cs. M. tíz éves leánygyermek, kinek mintegy három hó előtt könyökén és térdén vastag hámpikkelyektől fedett typicus psoriasis plaques-ok léptek fel. Miután a pyrogallollal majd chrysa-robinnal való kezelés daczára a bántalom rövid idő múlva az egész testére kiterjedt, hat hét előtt a Bródy Adél-kórházba vétette fel magát. Naponkint egy zöldszapannos fürdő és utána az egész testnek casanthrollal való bekenése rendeltetett. Három hét lefolyása után a törzsön a régi psoriasis efflorescentiák, melyek különösen az interscapularis tájon és a hason nagy bőségben — egyik a másik mellett — voltak, teljesen eltűntek, csupán achromicus foltokat hagyva hátra s újak sem léptek többé fel. Valamivel később állott be a karok teljes gyógyulása, míg az alszárakon, a térdek alatt a gyógyulás lassúbb s bár a bőr már teljesen sima, a psoriasis plaques-ok helyét még egy halvány piros folt jelzi.

IX. 25 éves férfi. Mindkét czomb belfelületén a scrotummal való érintkezés helyén tenyéryi nagyságban egy erősen viszkető sárgáspiros pikkelyes laesis, mely kissé a bőr színe fölé emelkedő élénk piros szegélylyel van határolva. Erythrasma. Az első casanthrol-bekenés után a viszketés megszűnt, további pár bekenés után 2—3 nap alatt teljes gyógyulás.

E csekély számú kísérletek eredményei is bizonyítják, hogy a casanthrolban egy igen szerencsés összetételű kátrány-praeeparatumot birunk. Kellemetlen mellékhatásai úgyszólván nincsenek, ha csak az igen lobos és erősen nedvező helyeken — mint eczema-eseteimben — első alkalmazásokor néha fel-lepő igen apró folliculitiseket és vitziszta bennéki hólyagcsákat (dermatitis artificialis) annak nem tekintjük. Huzamosabb használatban azonban e jelentéktelen complicatiók nyom nélkül visszafejlődnek. Talán ez az egyedüli kátránykészítmény, melyet ilyen erős (10%-os) concentratióban, még lobos és nedvező bőrterületeken is a legjobb sikerrel használhatunk, míg más alakban, pl. kenőcsben a kátránynak ilyen helyekre való alkalmazása bizonyára az esetek legnagyobb számában veszedelmes dermatitist okozna. Azt is láttuk, hogy az acut lobtünetek nélkül járó bőrbántalmaknál, mint a prurigo Hebrae és psoriasisnál, minő jó szolgálatot tehet e szer. Nem vagyok oly elfogult, hogy a prurigo esetekben észlelt gyors gyógyulást kizárólag a casanthrol hatásának tulajdonítsam. Tudjuk, hogy egyetlen bőrbántalom terapiájában sem játszik a tisztaság

¹ Leistikow: Therapie der Hautkrankheiten. 1897.

és minden tekintetben észszerű hygiéna oly nagy szerepet, mint a prurigo Hebrae kezelésében. De még ezen körülmény tekintetbe vétele mellett is eseteimben a casanthrolt a gyógyulást hatalmasan elősegítő tényezőnek kellett tekintenem.

A camphorsavról. $C_8H_{14}(COOH)_2$

Ismerteti: *Hasenfeld Artur dr.*

A camphorsav, melyet *Lemery* már 1675-ben fedezett fel, mint gyógyszer 1889 óta szerepel, a külföldön, különösen Németországban *Fürbringer* ajánlatára egyrészt tüdővészések izzadása ellen, másrészt a hólyaghurut bizonyos alakjainál igen jó sikerrel alkalmazzák.

Nálunk a camphorsavat alig, vagy egyáltalában nem használják, ezért talán nem végeztünk egészen fölösleges munkát, midőn külföldi szerzőknek ezen, habár ma már nem is egészen új gyógyszerrel tett tapasztalatait e helyen röviden összefoglaljuk.

Előállítás. A camphorsav a camphor oxydatiós terméke. Előállítása úgy történik, hogy a camphort légenyav és víz keverékével körülbelül 50 órán keresztül hevítik. A keletkezett camphorsavat azután natronhoz kötik és az így keletkezett sót sósavval elbontják. A camphorsavat azután tisztán vízben való feloldás és újbóli átkristályosítás után nyerik.

Tulajdonságai. A camphorsav fehér, szagtalan, kesernyész ízű kristályokat képez. Olvadási pontja $178^{\circ}C$ -nál van. Hideg vízben nehezen, forró vízben 8:100-hoz arányban oldódik. Aetherben és zsíros olajokban könnyen oldódik. Legjobban (1:13) alkoholban oldható. Tömény vizes oldataiból könnyen kikristályosodik, ennek elkerülése végett helyes a camphorsav vizes oldatához kevés alkoholt is adni.

Vizes oldata a kék lacmust megvörösíti.

A tiszta camphorsav vizes oldatának nem szabad sem bariumnitrat sem ezüstnitrat-oldat hozzáadására megváltoznia.

Két köbcentiméter camphorsav-oldat ugyanannyi kénsavval összekeverve és a keverék fölé óvatosan egy köbcentiméter ferrosulfát-oldatot öntve, az érintkezési felületen festezett gyűrűnek nem szabad létrejönnie.

Alkalmazása.

Fürbringer volt az első, ki betegeinél a camphorsavval behatóbban kísérletezett. Úgy látszik, hogy figyelmét ezen szerre *Sormani* és *Brunatelli* kísérletei hívták fel. S. és B. ugyanis azt találták, hogy házinyulak egészségesek maradnak, hogy ha a camphorsav telített alkoholos oldatát tuberculosis bacillusokat tartalmazó köpettel 2:1-hez arányban összekeverve, bőrtük alá fecskendezzük, míg ha a sputumhoz csupán alkoholt adunk és az állatoknak ezen keveréket fecskedezzük be, akkor azok tuberculosisban elpusztulnak. Természetes, hogy ezen észleletek után a camphorsavat első sorban a tuberculosisnál kísérlették meg. Tuberculosisban szenvedő betegeken tett kísérletek azonban azt mutatták, hogy a camphorsav gyógyszeres adagokban magára a tuberculosis folyamatára teljesen hatástalan.

Ezen kísérleteknek azonban mégis volt egy pozitív eredményük; a kísérletezések alatt ugyanis kétségtelenné vált, hogy a camphorsavval képesek vagyunk tüdővészéseknek az esetek túlnyomó nagy számában az oly gyakori és kínos *éjjeli izzadásokat megszüntetni*.

Az összes szerzők, kik a camphorsavval ez ideig kísérleteztek, tapasztalták ezen szernek tüdővészéseknek észlelhető izzadást gátló hatását. Sőt a hatás biztosságát illetőleg egyesek az atropin fölé helyezik, mert a camphorsavval sok esetben még akkor is sikerült az izzadás várható kitörését elnyomni, ha az atropint már megelőzőleg eredmény nélkül alkalmazták. Egy másik kiváló előnye az atropin felett az volna, hogy az atropin ismert kellemetlen mellékünetei a camphorsav adagolásánál nem észlelhetők. Csak igen nagy adagok mellett láttak elvéte hányingert és hányást.

A camphorsav azonban úgy látszik csupán tüdővészések egyének izzadását képes megszüntetni, egyéb betegségek mellett fellépő izzadásokat nem képes befolyásolni.

A hatás magyarázatát illetőleg mindeddig feltevésekre

vagyunk utalva. Ha az izzadási központokat vagy az izzadási mirigyeket általában hűtlené, akkor a camphorsav izzadásgátló hatását nemcsak tüdővészések izzadásánál észlelhetők.

Bohland azt hiszi, hogy a camphorsav tüdővészéseknek az izzadást azért képes meggátolni, mert azon specifikus ingert, melyet a tuberculosis bacillusok által termelt toxinok az izzadást kiváltó centrumokra gyakorolnak, paralysálni képes.

A hatás az esetek legnagyobb számában bekövetkezik (*Bohland* csak 17%-ban adta eredménytelenül) feltéve, hogy a megfelelő adagot a kellő időben alkalmazzuk. Az adagok elaprózva vagy a kelletténél korábban adva, a hatás bekövetkezését kétségessé tehetik. *Legjobb a camphorsav 1—2 gr.-os adagjait körülbelül 4 órával az izzadás várható kitörése előtt egyszerűen adni.*

A camphorsav ezenkívül, a mint azt több szerző tapasztalatai bizonyítják, a *cystitis* bizonyos alakjainál ugyancsak jó sikerrel alkalmazható.

Leube — mint azt tőle személyesen tudom — a hólyaghurut mindazon eseteiben, midőn a vizelet alcalicus vegyhatású, ammoniacalis erjedés következtében bűzös és sok genyert tartalmaz, a camphorsavat kiváló előszeretettel alkalmazza és hatását rendkívül dicséri. A hatás már rövid idő múlva észlelhető. A vizelet ugyanis camphorsav adagolása mellett savanyú vegyhatását már 2—3 nap alatt visszanyeri, bűzét elveszti és feltisztul. Hogy a camphorsav tényleg képes a vizelet bomlását megakadályozni, azt *Bohland* kísérletei is bizonyítják. B. azt találta, hogy camphorsavval kezelt betegek vizelete, vagy oly vizelet, melyhez utólag adtunk camphorsavat, még nyár idején is napokig nyitott edényekben tartható, a nélkül, hogy savanyú vegyhatását elveszítené. A camphorsav úgy látszik magára a kóros folyamatra nem hat, csak a vizelet bomlását képes megakadályozni és így közvetve a folyamat javulását előidézni. Camphorsav adagolása mellett a vizelet erjedése megszűnven, a cystitisben szenvedő betegeket annyira kímáló gyakori vizelési inger, fájdalmak a vizelésnél stb. is alábbhagynak. A hólyaghurut azon eseteiben, melyekben a vizelet savanyú vegyhatású, a camphorsav adagolása nincsen javulva. *Leube* a camphorsavat cystitisnél belsőleg adagolja, még pedig 0.5—0.1 gr.-os adagokban naponta háromszor. Mások a camphorsav 2%-os oldatával hólyagmosásokat végeznek.

Végül röviden megemlítenédnek tartom, hogy *Reichert* a camphorsavat, mint összehúzó és gyengén desinfiáló anyagot, náthául, garat-, gége- és légcsőhurutnál spray segélyével $1/2$ — $1/10$ -os oldatban helybelileg alkalmazza.

Irodalom: 1. *Brestowski*: Pharmak. u. Toxikol. 1894. 77. és 391. oldal. 2. *Bohland*: Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1891. 47. k. 3. *Fürbringer*: Berl. kl. Wochenschr. 1888. 4. *Leu*: Charite Annalen 14. k. 5. *Reichert*: Berl. klin. Wochenschr. 1888. 6. *Sormani* és *Brunatelli*: Annali universal di medic e chirurg 1885. 7. *Dreesmann*: Über die antihidrotische Wirkung der Campersäure Inaug. Dissert. Bonn 1889.

A Sahli: A glutoidcapsulák diagnostikai és therapiái alkalmazásáról.¹

Ismerteti: *Dr. Wenhardt János.*

A glutoid formollal keményített gelatina, mely vízben és híg pepsinsósav-keverékben igen nehezen, ellenben elhígított hasnyálban aránylag könnyen oldódik. Akárhány orvosság elrendelésénél fontos, hogy azt a gyomorban chemiai átváltozástól és fölszívódástól megóvjuk egyrészt, másrészt hogy a gyomor nyálkahártyáját ezen szerekekkel való érintkezéstől megkíméljük. E célra a még mindig használatban levő keratin és salol teljesen alkalmatlan, ellenben a glutoidcapsulák és a glutoiddal bevont pilulák tökéletesen megbízhatók.

A formolkezeléssel a gelatinának legkülönbözőbb keménységi fokai állíthatók elő. Therapiái szempontból ú. l. elég három keménységi fokozat. Kis keménység: ellenállás 40° mellett pepsinsósavnak legalább $1\frac{1}{2}$ óráig; oldódás híg pancreatin-szódában 1 — $1\frac{1}{2}$ óráig. Közepes keménység: ugyanolyan keverékekben ellenállás legalább 7 óráig, oldódási idő 2 — $2\frac{1}{2}$ óráig. Nagy keménység: ellenállás 12 óráig, oldódási idő $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ óráig. Előkön végzett rendkívül szellemes és érdekes kísérletek (a melyeknek részleteit illetőleg az eredetere kell utalnunk) kimutatták, hogy az említett, kémsőben nyert adatok az élő szervezetre is állanak, tehát e készítmények megérdemlik a vékonybéltokecskák és pilulák nevet.

A glutoidcapsulák diagnostikai alkalmazása. Miután be volt bizonyítva, hogy a glutoidtokecskák a gyomorban nem oldódnak, ellen-

¹ Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1898. 10.

ben a bélben igen és miután ki volt mutatva, hogy a bélfoglatat összes alkotórészei közül egyedül a hasnyál oldja azokat, közel volt a gondolat, hogy a hasnyálemésztés diagnosztizálására felhasználásának. E célra legalkalmasabbnak találtattott 0.15 grm. jodoformtartalmú, nagy keménységű glutoidtokoekskát próbareggelivel együtt beadni és a nyálát a jodreactio beálltáig negyedóránként megvizsgálni. Számos kísérletből kiderült, hogy egészséges emberekben az 4—6 óra múlva jelentkezik. Hogy esetleges késéssel hiányos hasnyálemésztés fölvehető legyen, ahhoz előbb a jodoformnak rendes felszívódását és a nyállal való rendes kiválasztását kell 0.15 grm. jodoformnak közönséges gelatinatokoekskában való beadása által kideríteni, aztán próbavetés kivételével a gyomor rendes kiürüléséről meggyőződni. Ilyen módon nyert számos érdekes lelet közül csak öt eset legyen említve, a melyek mindegyikében még 24 óra múlva sem mutatkozott jodreactio, a miből *Sahli* zavart hasnyálemésztésre, illetve a ductus pancreaticus elzáródottságára következtetett. A boncsolás mind az öt esetben a diagnosis helyességét bebizonyította; azon diagnosis helyességét, melyet ily határozottsággal semmiféle más módon megtenni nem lehetett volna. Érdekes, hogy diabetes mel. esetében a hasnyálemésztés egészen rendes. Megerősíti ez *Mering* és *Minkeuski* azon tapasztalatát, hogy dacára a hasnyálmirigy és a diabetes egymáshoz való viszonyának, diabetes alatt a hasnyálemésztés mégis rendes. Következőleg diabetes esetében a jodreactio késéséből a hasnyálmirigy anatómiai elváltozására kell következtetni. A többi igen érdekes diagnostikai leleteket illetőleg az eredetire kell utalnunk.

A glutoidtokoekskák therapiái alkalmazása két ezéltől történhetik:

1. Hogy foglatjuk a gyomor okozta változás nélkül jusson a bélbe. Ez kívánatos a hasnyálmirigy készítményeinél, melyek jó szolgálatokat tesznek hiányos hasnyálemésztés és esetleg diabetes mel. esetében, magnesia usta rendelésénél a bélfoglatat lúgosítással végett (savanyú hasmenések), fel tauri conc. bekebelezésénél és bélfertőtlenítő szerek (calomel, itrol, chinin, chloroform) alkalmazásánál.

2. Hogy a gyomrot egyik-másik orvosság káros hatásától megóvjuk. Hogy azonban ez jogosult eljárás-e, ahhoz előbb felelet kellett azon eddig nyílt kérdésre, vajjon a bél jobban tűri-e ezen szereket mint a gyomor? A glutoidtokoekskák határozott választ adtak. Myrthol-, menthol-, balsam. copaivae-, ol. santali-, kreosot-, guajacolból a betegek glutoidtokoekskákban jóval nagyobb napi adásokat bírtak el minden kellemetlen mellékhatás nélkül, mint mikor azon szerek a gyomor nyálkahártyájával érintkeztek. Végül különösen felhívja *Sahli* a figyelmet a salicylsavas methylnék glutoidtokoekskákban való rendelésére natr. salicyl. helyett, melynek kellemetlen gyomortünetek miatt való elhagyása annyiszor kockáztatja a beteg felgyógyulását.

Az 1898. év első felében felmerült újabb gyógyszerek.

Ismerteti: *Thaly Loránd* egyet. h. tanársegéd.

Naftalan.¹ A Kaukasusban előforduló, nyers naftából előállított kenőcsanyag, mely azonban minden egyéb naftától úgy physical, mint mint chemiai sajátságaira nézve különbözik. Előállítása ismeretlen.

A naftalan ráeső fényben sötétbarna, áteső fényben sárgás, elég szilárd összeállású, közömbös vegyhatású anyag, mely 65 foknál olvad, chloroformban és aetherben oldódik.

Rosenbaum szerint, ki először ajánlotta, fájdalomcsillapító, lobellenes, bacteriumellenes hatású szer, mely a bőrrel könnyen felszívódik.

Főalkalmazása bőrbajoknál van, különösen eczemáknál, hol az az előnye van a többi szer felett, hogy az eczema bármely stadiumában alkalmazható. Különben mindenütt ott alkalmazzák, a hol a kátrányt.

Hátránya, hogy hosszas alkalmazás után eldugaszolja a bőrmirigyek kivezető csöveit és így folliculitist okoz.

Alkalmazás módja: egy vászondarabra kenve a bőrre fektetjük és gyenge nyomókötést alkalmazunk föléje. A kötés napjában kétszer változtatandó. A ruhán foltot hágy, mely azonban benzinnel könnyen eltávolítható.

Kresamin.² (Aethylendiaminkresol) mint desiniciens. A kresamin a trikresol és aethylendiamin keveréke. A trikresol a közönséges 100%-os carbolsavból leválasztott ortho-, meta- és parakresol, — vagyis a carbolsav — desiniciáló erejét magában egyesítő vegyület. A kresamin, ezen trikresolnak aethylendiaminnal való keveréke oly értelemben, hogy 1% kresaminoldat alatt oly oldatot értünk, melyben 1% trikresol és 1% aethylendiamin foglaltatik. Ez egy, az aethylendiamintól lúgos, víztiszta, kissé phenolszagú folyadék, mely a levegőn állva sárgás színt vesz fel, a nélkül azonban, hogy desiniciáló erejéből bármit is veszítene. Oldékonyságát organicus basisok hozzáadása tetemesen növeli.

Különben is vízzel 1:1.8 arányban úgy a kresol, mint a aethylendiamin kitűnően keverednek.

Egy másik nagy előnye a kresaminnak, hogy a fehérjetartalmú folyadékokkal és testekkel sokkal kevesebb csapadékot képez, mint a tiszta trikresolnak hasonló oldata.

Továbbá, hogy fémesszököket egyáltalán nem bántalmaz, még 24 órai állás után sem.

A mi a kresamin csirafejlődést gátló hatását illeti, a kísérletek azt igazolják, hogy az a sublimat mellé helyezhető. Es valószínűleg az oroslánrész ebben a trikresolé, a mennyiben az aethylendiamin desin-

ficiens ereje sokkal kisebb és talán csak annyiban szerepel, hogy jobban behatolhatván a szövetekbe, a trikresolnak útát nyit.

Az ideirányuló kísérletekből (H. Eckstein) kitűnt, hogy a kresamin egész szervekben, például lépben, két óra alatt a szaporodást, 3 $\frac{1}{2}$ óra alatt a bacteriumok életképességét teljesen megsemmisíti, a szöveteknek zsugorítása, megelvasztása nélkül.

A mi használatosságát és alkalmazását illeti, más desiniciensek fölött azon föltétlen előnye van, hogy nemcsak nem gyuladástgerjesztő, hanem ellenkezőleg lobellenes hatása van, a mit eczemáknál és lobos bőraffectióknál fel is szoktak használni.

Alkalmazták 1:0:4000-es nedves kötés alakjában, majd kresamin-kenőcs alakjában és pedig:

10% kresamin 10—50 gr.

Adipis lanae 100 gr.;

különösen oly esetekben hatott kitűnően, mikor a desinfectio a szövetek mélyén is kívánatos volt és ez más desinicienssel nem sikerült, például sicosisnál.

Alkalmazták azonkívül torpid fekélyekre, ulcus crurisra, leprás fekélyekre s nemkülönben jó eredménnyel.

Eckstein különösen protrahált fürdők alakjában ajánlja a használatát és pedig egy 1:4000-es concentratióban.

Megemlíthető még a kresamin-tapasz, mely sok esetben sikeresen használtattott, a hol salicylkészítmények cserben hagytak.

Oleum salosantali.¹ A salolnak és egy keletindiai úgynevezett santalolajnak a keveréke, mely egy tiszta, világossárga folyadék, melynek szagában határozottan érvényesül a santalolaj és phenolszag, s azért rendesen oleum menthae piperitae-vel szokták keverni, mely nemcsak szagát, de ízét is kellemesen befolyásolja. Összetétele olyan, hogy 15 gr. salosantal 5 gr. salolt tartalmaz; s így 3-órán napjában 20 cseppel a beteg 1 gr. salolt kebelez be, a mely utóbbinak jó hatása mellett még az oleum santali antiflogisticus hatása is kifejlik.

Kitűnő sajátsága e készítménynek, hogy nem romlik. Hosszú időn át eláll és csak nagyritkán esik meg, hogy hidegben egy felső folyékony és egy alsó szilárd tömegre oszlik.

Hatása, mint már említettük, a salolnak kitűnő, antisepticus hatásából és az oleum santalinak elsőrendű, különösen a húgyivarszervekre gyakorolt antiflogisticus hatásából tevődik össze. S így mint a húgyúttakra kitűnő antisepticum és sedativum tűnik ki hasonló szereink között.

Oleum salosantalival kezelt betegek vizeletével a characteristicus salol és santalolaj reactiók mindig sikerülnek, a mi azt mutatja, hogy az új antigonorrhoeicum tényleg elbomlás nélkül jut a húgyutakba, hogy ott specifiens hatását kifejtesse.

Előnyei: 1. Hogy antibacteriosus hatásán kívül fájdalomcsillapítólag is hat, például hólyag-tenesmus esetén. 2. Hogy nemcsak lúgos, hanem savanyú vizeletben is kifejti desiniciens hatását. 3. Hogy hatása tartós. 4. Hogy olcsó.

Indicatiói és alkalmazás módja: Használható 1. minden húgyeső- és hólyagaffectiónál; 2. minden exacbaratiójánál és complicatiójánál ezen affectióknak; 3. chronicus cystitiseknél; 4. mint segédszer minden localis húgyivarszervi kezelésnél. Alkalmazni legegyszerűbb cseppek alakjában:

Rp. Salosantali 15.0

DS. 3-szor napjában 10—20 cseppet, evés után.

A gazdag-praxisban pedig capsulában rendelhető.

Tenalin.² F. Hobday szerint egy új készítménye a már régen ismert arecadiónak, melynek hatóanyaga az arecaidin és guvacin. Ezen új készítmény, mint kitűnő feregűző, úgy teniak, mint ascarisok ellen, kezd használatossá válni, bár tapasztalatok még elegendő számmal nincsenek. Adagja 500 gr. testsúlyra egy csepp, bár nyugodtan meg is kétszerezhető, a nélkül, hogy könnyű széknél, kis tenesmusnál egyebet okozna. Mégis teljesen ártalmatlannak nem mondható, a mennyiben subcutan úton mérgezni lehet vele, mikor is a halál légzészűdés útján áll be.

Thiocol.³ C. Schwarz (Neustadt) szerint a guajacolkén-savnak kaliumsója. 60% guajacol tartalmaz; előnye, hogy teljesen iztelen, semmi mellékhatást nem okoz, sem a gyomor, sem a bél részéről, de a phthisis lényeges javulása constatalható az adagolása után. Jól felszívódik, napi adagja 10—15 gr.

Anesin.⁴ (Aceton chloroform). Már régebben Willgerodt által előállított vegyület, a melyet physiologicé először Kossa Gyula, később Vámosy Zoltán vizsgáltak.

0.5—1.0 grammnyi adagban altató hatásának bizonyult, a vérre hatása nincs, míg a légzést, szív működést és vérnyomást egyéb hypnoticumokhoz hasonlóan befolyásolja. Nagy hátránya volt e szernek, hogy vízben oldhatatlan lévén, localis anaestheticumnak használható nem volt; azonban Vámosynak sikerült 1—2%-os oldatot előállítani, mit ő Anesinnek nevezett el. Ezen oldat a nyelven használó hatást idéz elő, mint a cocain. Subcutan injectio után kutyán 2—3 cm.-nyi mély seb ejthető minden fájdalom-nyilvánulás nélkül. A természetben használhatósága a cocain mögött áll, mert az irist nem érzésteleníti.

Előállítható oldata hatás szempontjából 2%-os cocainoldatnak felel meg.

¹ Therap. Monatsheft 1898. V.

² Therap. Monatsheft. 1898. V.

³ Allgemeine Med. Central-Zeitung. 1898. 40.

⁴ Therap. Monatsheft. 1898. I. és Deutsche med. Wochenschrift 1897.