

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.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Bálint Rezső: Közlemény a Korányi Frigyes tnr. vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kórodáról. Adatok a puerperalis idegbajok tanához. 321. l.

Baumgarten Egmont: Közlemény a budapesti poliklinika orr- és gégeosztályáról. Az orrsövény elhajlásainak és léceinek műtéve a Schleich-féle érzéstelenítő eljárással. 323. l.

Feleki Hugó: A húgyesöblennorrhoea antiparasítás gyógyító módjai. 324. l.

Csillag Jakab: Közlemény a szt. Rókus-kórház V-dik orvosi (Róna S. tnr.) osztályáról. Az ulcus venereum oktanának mai állása. Ulcus venereum és prostitutio. 314. l.

Tárca. Heisler Ignác: A rokkantság és aggkor esetére szóló német biztosítási törvény, különös tekintettel a vagyontalan tüdőbetegek gyógykezelésére. 327. l.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Bókay Árpád, Kétly Károly, Korányi Frigyes: A belgyógyászat kézikönyve. 328. l.

Hetiszemle és vegyesek. Az új szorgalmi- és szünidő-rend az egyetemen. — A főváros egészsége. — Adomány a Semelweiss-emlékre. — Trachoma-tanfolyam. — Egyetemi alkalmaztatások. — A lipiki gyermek-gyógyintézet. — Hazai fürdők személyforgalma. — Ilutya Ferencz. — Rottenbiller Odön. — Kelen István. — Megjelent. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Falta dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 328—329. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Korányi Frigyes tnr. vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kórodáról.

Adatok a puerperalis idegbajok tanához.

Irta: Bálint Rezső dr.

Régi idők óta ismeretes az az összefüggés, mely az idegrendszer s a genitális rendszer közt, főleg functionalis tekintetben fennáll. A genitális rendszer működésére az idegrendszer reagálását gyakran nagyon is prompte látjuk megnyilatkozni s talán nem igazság nélkül mondja *Hallervorden*¹ a puerperalis idegbajok okainak keresésekor, hogy a genitális főműködése: a generatio az agyfejlődés egy utólagos kiegészítését, az egyéniség érlelődését hozza magával: „Eine Frau, die nicht geliebt und geboren hat, bleibt cerebral incomplet und ihre Seele um eine lichtbrechende Facette ärmer.“

A két rendszer egymáshoz való viszonya különben annál is könnyebben felismerhető volt, miután a genitális functioihoz esatlakozó pathologikus ideges functiok, mint. pl. a terhességnél a csillapíthatatlan hányás, a puerperiumnál a transitorikus mania stb. egyáltalán nem tartoznak a ritkaságok közé.

Az idegrendszer azonban a genitális működését nemesak functionalis, hanem organikus elváltozásokkal is kísérheti. Így már régebb időből származnak közlések organikus idegbajokról, így neuritisoról, myelitisoról, melyek részint a terhesség, részint a gyermekágy tartama alatt léptek fel, melyek azonban mindaddig nem keltettek érdeklődést, míg *Möbius*² éles szeme rendszert nem talált e megbetegedésekben s 1887-ben irt cikkében puerperalis neuritis elnevezés alatt új kórformát nem ismerttetett meg.

Möbius azt találta, hogy miként bizonyos mérgeknek és toxinoknak, így a diphtheria, syphilis toxinjának, az ólomnak, arsennek stb. a testben bizonyos praedilectionalis helyeik vannak, a hol a delectaer hatásukat kifejtik, úgy a puerperium után felépő neuritisek kedvencz s gyakori localisatioja a n. medianus és ulnaris végágaiban van meg. S ezt a következtetését 5 ily eset kapcsán alkotta, melyekhez később még 2 esetet adott. Ez a megjelenési typos szerinte a leggyakoribb s ő ezt kartypusnak nevezte el.

Figyelmessé lévén a tudományos világ, *Möbius* közlése után mai napig nagyszámú esetről találunk említést, a melyek azonban véleményem szerint csak nagyon megvalogatva illeszthetők a neuritis puerperalis kórképébe. Hiszen *Möbius* az által, hogy a

puerperium okozta neuritiseknek ezt a localisatioját találta jellemzőnek s így a puerperium s bizonyos idegmérgek közt analogiát látott, már ex offo kizárja a puerperalis neuritis elnevezés alól azokat az eseteket, hol a puerperium csak közvetítő ok szerepét játszsza. Vagyis kizárta azokat az eseteket, hol a neuritis puerperium útján bár, de akár a terhesség vagy szülés alatt a koponya s medence közötti részaránytalanság miatt, vagy a szülés alatt a fogó nyomása folytán, mint nyomási neuritis, akár puerperalis sepsis után, mint a sepsis részjelensége, akár pedig valamely genitális lobos folyamatnak direct az idegre való áterjedése által jött létre. Puerperalis idegbaj alatt csak azt érthetjük, hol a puerperium nem mint valamely az idegbajt okozó kóros momentum alkalmi oka szerepel, hanem, a hol maga a puerperium, mint a genitális működésének egy phasisa képezi a megbetegedésre vezető momentumot.

Ebből a szempontból itélve, talán joggal zárhatjuk ki a puerperalis neuritis gyűjtő neve alól pl. *Sottas*³ esetét, melyet a gyermekágyban magas lázak előztek meg s melynél azonkívül előhaladott tuberculosis is állott fenn, *Mader*-ét,⁴ mely hasonló körülmények közt folyt le, *Raynold*-ét,⁵ hol szintén septikus lázak voltak jelen, *Lamy*-ét,⁶ ki a fogó nyomását teszi felelőssé stb. S nem fogadhatjuk el ezen az alapon *Hünemann*⁷ felosztását, mely szerint a puerperalis neuritisek részint a medence szűk voltánál fogva jönnek létre, mint nyomási peroneus hűdések, részint parametritis áterjedése folytán, mint lobos folyamatok, hasonlóképen nem *Mills*⁸ felosztását, mely szerint ötféle puerperalis idegmegbetegedés van: 1. traumatikus peroneus hűdés; 2. parametritis áterjedése folytán a plexus sacralisra; 3. sepsis részjelensége; 4. neuritis phlegmasia alba dolens kíséretében s 5. puerperalis myelitis; vagy *Lunz*-ét,⁹ ki a septikus és kachectikus neuritiseket is ide sorolja, vagy *Windscheid*-ét, ki felosztását a nevezettek által is elfogadott alapokon csinálta meg, stb.

Más és nehezebb kérdés természetesen az, hogy az egészséges puerperium a fent kizárt tényezők nélkül minő úton s módon idézheti elő az idegrendszer megbetegedését. Ennek a kérdésnek tárgyalását azonban később, az én eseteim közlése után akarom megkísérteni. Előbb azonban pár szóval meg akarok még emlékezni a puerperalis neuritisek alakjairól.

Möbius tehát a puerperalis neuritisek praedilectionalis helyét 7 eset közül 5-ben a nervus medianus és ulnaris végágaiban látta. A bántalom az idegek motorikus és sensorikus rostjait egyenlő mértékben támadja meg s így fájalmakkal s hűdéssel, még pedig degeneratív atrophikus hűdéssel jár. A betegség prognosisa általában jó, a mennyiben hónapok mulva gyógyulás vagy

legalább javulás észlelhető. Később maga Möbius s mások az alsó végtagokon is észleltek hasonló megjelenésű és jelentőségű hűdést s *Tuillant*¹¹ 1891-ben már kétféle hűdési típust állít fel: a kartypust, mely a Möbiuséval megegyezik és a lábtypust, hol a folyamat főleg a peroneus ágaiiban lokalizálódik. A később ismeretett esetekben azonban másféle localisatiókat is látunk. Így *Raynold*¹² egy esetében koraszülés után az alsó végtagok hűdésén kívül hólyag- és bélhűdés, *Danzinger*¹³ esetében garat- és gégehűdés, *Korsakoff*-éban¹⁴ nyelési nehézségek stb fordultak elő. S vannak végre esetek — kérdés természetesen, hogy tiszta s joggal ide sorolható esetek-e —, hol általános puerperalis polyneuritis állott fenn. *Eulenburg*¹⁵ különben ezen az alapon kétféle puerperalis neuritist különböztet meg: 1. lokalizált alakot, hol a kar- és lábtypus foglal helyet és 2. generalizált alakot, mely néha a Landry-féle paralysishez hasonlít s rosszabb prognosist. Hasonló beosztást fogad el *Windscheid* is.

Meg akarom még említeni, hogy a puerperalis neuritis gyakran egyszerűen folytatását képezi egy a terhesség folyamata alatt fellépett neuritisnek s *Eulenburg* szerint ez az összefüggés sokkal gyakoribb, mint azt az irodalomban felhozott esetekből következtethetnők. Hogy a puerperalis neuritis a terhességi ideges elváltozásokkal valamelyes viszonyban áll, azt talán abból is következtethetjük, hogy az illetőknél, kiknél a puerperium után a neuritist észlelték, a terhesség alatt az esetek nagy számában csillapíthatatlan hányás volt jelen.

Nagy vonásokban körülbelül ennyi az, a mit a neuritisek azon fajáról érdemlegesen tudunk, melyeknél aetiologikus alapul csak a puerperium található fel. És bár eseteim, melyek közlésére rögtön rátérek, nem neuritisek, elmondtam ezeket egész röviden, hogy miután eseteimben is a puerperium a látszólagos oka a megbetegedésnek, szemünk előtt legyen mindaz, a mit a puerperiumról, mint organikus idegbajok aetiologikus momentumáról tudunk.

Egyéb puerperalis organikus s különösen központi idegrendszeri megbetegedésről a fent tárgyaltakhoz hasonló értelmezéssel és korlátozással az irodalomban említést alig találunk. *Mills* megemlékezik ugyan puerperalis myelitiről, esete azonban annyira nem tiszta, hogy számba alig vehető. Kézi könyvekben is találunk említést hasonló megbetegedésekről. Így *Strümpell*¹⁶ megemlíti, hogy asszonyoknál néha a myelitis első symptomái egy gyermekágy után lépnek fel. *Oppenheim*¹⁷ szavai ezek: „Auch im Puerperium auftretende Form der Myelitis scheint infectiöser Natur zu sein.“ Más kézikönyvek, mint pl. *Leyden-Goldscheider*-é¹⁸, csak terhességi myelitiről tesznek említést, puerperaliról nem s azt is az infectious betegségek után fellépő myelitisekkel hozzák analógiába.

Nem lesz tehát talán érdektelen az általam észlelt két eset megbeszélése, melyeknél a puerperium mint aetiologikus momentum sokkal fontosabb s jelentősebb beszámítás alá esik. Az esetek a következők:

I. Eset.

P. Gy.-né, 29 éves, róm. kath. asztalos neje.

Szülei és 9 testvére élnek és egészségesek. Négy testvére kis korban, előtte ismeretlen bajban halt meg. Havibaját 16 éves korában kapta meg, mely azután 8 hónapra kimaradt, de azóta mindig rendszeres időben, minő és mennyiségben, fájdalmak nélkül jelentkezett. Gyermekkorában s leánykorában teljesen egészséges volt.

Négyeszer volt teherben. Első terhessége két hónap után abortussal végződött, a többi három rendszeres időre, rendszeres szüléssel. *Gyermekágyai teljesen normalisak voltak, láza egyik alkalommal sem volt.*

Első szülése, illetőleg abortusa után, midőn ágyából felkelt, bal lábában nagyfokú gyengeséget érzett; járás közben húzta maga után annyira, hogy munkáját sem volt képes végezni. Fél év alatt járása valamit javult, úgy hogy már hosszabb ideig is tudott járni.

Második szülése után jobb kezében észlelte a gyöngöseséget, mely szintén nagyon zavarta házi teendőiben; ekkor lábának benuultsága már annyira javult, hogy hosszú sétákat is képes volt megtenni. Kezének benuultsága hónapok után szintén javulni kezdett, de teljes erejét sohasem nyerte vissza.

Harmadik szülése után ismét bal lába lett gyenge s kissé feszes, ekkor azonban már jobb lába sem volt olyan erős, mint azeiótt. Ekkor orvoshoz fordult bajával s a gyógykezelésre be is állott némi javulás annyira, hogy házi munkáját végezhetette.

14 héttel azeiótt szült negyedszer. A szülés, valamint gyermekágy ismét rendszeresen folyt le, láza nem volt. Mikor azonban felkelt, azt észlelte, hogy lábain alig tud állani. Járni csak igen nehezen tudott, mindkét lábát húzta maga után, a balt azonkívül igen feszesnek érezte.

Kezei, különösen a jobb, szintén nagyon meggyöngültek. Állapota azóta nem javult s körülbelül két hete még az is járult hozzá, hogy vizeletét soká tartani nem tudja, sőt néha magától is elfolyik. Fájdalmi sohasem voltak. Az utolsó héten lábai annyira gyöngök lettek, hogy már nem is tud rájuk állani s így hozták be a kórodánkra 1898. november 25-dikén következő jelen állapottal:

Középtermetű, erősen lesoványodott nőbeteg. Ép csontrendszer. Halvány bőr és nyálkahártyák. Bevont nyelv, renyhe székletét, szervek felett semmi eltérés, szív működés elég jó. Láz nincs. Pupillák tágak, egyenlők, fényre és accomodatióra jól reagálnak. Az agyidegek területén eltérés nincsen. Nystagmus nincs. Felső végtagok durva izomereje, különösen a jobbé lényegesen gyöngült. Active a mozgások minden irányban rendkívül korlátozottak, passiv mozgásánál spasmus nem észlelhető. Triceps reflexek kiválthatók. Ataxia, tremor a felső végtagokon nincs. A jobb alkar izomzata a balénál sokkal kisebb térfogatú, a jobb thenar egészen lelapult. A sorvadttal izomzat faradikus ingerlékenysége úgy az ideg, mint az izmok részéről erősen lefokozott. A galvanikus ingerlékenység az idegek részéről szintén erősen csökkent, az izmok részéről ellenben némileg fokozott. KZR > AZR. Összehúzódadások renyhék. Az alsó végtagok közül a jobbát kevésbé tudja mozgatni, felemelni azonban csak igen kicsiny magasságra; a ballal teljesen tehetetlen. Baloldalt passiv hajlításnál spasmus észlelhető, térdreflex baloldalt spastikus, jobboldalt kiváltható. Baloldalt clonus váltható ki.

Bal czomb és alszár izomzata a jobbhoz hasonlítva térfogatban erősen megesőkent. A sorvadttal izmok villamos vizsgálatának eredménye a jobb felső végtag izmaival megegyezik. Hasi és talpi reflex kiváltható. Érintést mindenütt promptan jelez. Az alsó végtagokon a szúrást gyakran csak érintésnek mondja be. Hő- és helyérzés intact. Vizeletét maga alá bocsátja. Székletéte rendszeres. Szentmikri lelet negatív.

November 28-dikén. Jobb lába ismét lényegesen gyöngült, különben a status ugyanaz.

November 31-dikén. Baloldali facialis paresis, mely csak az arcai ágakra szorítkozik.

December 2-dikén. Már jobb lábát is alig mozgatja. Alsó végtagjain a fájdalmat alig érzi.

December 4-dikén. Beteg úgy vizeletét, mint székletét maga alá bocsátja.

December 6-dikén. A jobb trochanteren az éjjelen át tenyérszerű teljesen felületes decubitus fejlődött. Láz nincs.

December 7-dikén. A decubitus a mélységbe terjed, s sötét livid-kék szél veszi körül. Beteg soporosus.

December 9-dikén. A decubitus változatlan, bár a mélybe való terjedésre mutat intenciót. Hőmérsék 39°. Elénk deliriumok. Tüdők felett hátul erős hurut.

December 10-dikén. Beteg láztalan, azonban teljesen apathikus. Decubitus változatlan.

December 12-dikén. Ismét 37-90-os hőemelkedés. Beteg ételt alig vesz magához.

December 13-dikén. Az elesettség egyre növekszik. Beteg nem tud magáról semmit, tüdő felett kis oedema.

14-dikén. A tüdőoedema növekedett. Agónia. Halál.

A másnap Pertik tanár intézetében megemlékezett boncolás a következőket derítette fel:

Bonczjegyzőkönyv. P. Gy.-né. Erősen lesoványodott, ép csontrendszerrel bíró halvány női hulla, kevésbé puffadt hassal.

Agyburkok mérsékelten feszültek, a lágy agyburkok visszerei sötétkekes vörös folyós vérral teltek, elég könnyen levonható, szakadékonny. A gerinczagyban, ha harántmetszetekkel a cervicalis résztől a filum terminale felé haladunk, a metszlap legkülönbözőbb helyein a legváltozatosabb képeket találjuk. Nevezetesen teljesen szürke, a metszlapon a felszín alá eső, halványrózsaszín, a felszín felé kiemelkedő, szürkésrózsaszín, a metszlap niveaujában fekvő, tömött tapintatú szigetek vannak elszórva. A cervicalis részen a Goll- és Burdach-köteg helyét és a szürke állomány elülső szarvait, valamivel lejjebb az oldalsó pyramisok helyét, a dorsalis részen az elülső pyramisokat, majd az egész antero-lateralis köteget foglalják el, hogy lejjebb ismét a hátsó pályákban jelenjenek meg. Körülírt systema megbetegedés ki nem mutatható.

Az agyvelő pedunculusaiban, a zona radiatában, a centrum semiovale Vieusseniben s a szürke állomány parietalis részeiben, a gerinczvelő góczaihoz teljesen hasonló, többnyire kötőszövetesen indurált érdes szigetek vannak elszórva.

Szívburkok sima, fénylő, ürében néhány cm³ tiszta sárga savó. Szív normalis nagyságú, a bal systoleban, a jobb diastoleban. Üreiben nagy mennyiségű, lazán alvadttal. Belhártya mindenütt sima tükröző, bilentyűk normalis vastagságúak; izomzat halvány, kissé petyhüdt, törékeny. Nagy edények intimája mindenütt sima, fénylő.

Pleura mindkét lemeze sima, fénylő, a csúcson kevés kötőszöveti hártya útján egymással összenőttek. Légész nyálkahártyája halvány, kevés nyálkával fedett. Tüdő egész terjedelmében lószórparnatapintatú, metszlapja sima, vérbő, belőle kevés sűrű nyák és nagymennyiségű léghólyaggal kevert savó szorítható. Ugyanez áll a tüdő felső lebenyére, míg az alsó tömör tapintatú, metszlapja dudorzos, egyenetlen, levegőt nem tartalmaz.

Lép tokja kissé ráncos, helyenként a rekeszhez nőtt. Pulpája rendszeres vérbőségű, elég nehezen kikapartható, trabecularis rajzolat elég jól kifejezhető.

Máj normalis tömörségű, kissé vérszegény.

Gyomor nyálkahártyája halvány, kevés nyúlós nyálkával fedett. Némely helyen postmortalis inhibíció.

Belek nyálkahártyája mindenütt halvány, nyákkal fedett. Vastag- és végbélben nagy mennyiségű, eléggé beszáradt bélsár.

Uterus megnagyobbodott, retroflexiában.

Izomzata tömött, nyálkahártyája barnavörös, a cervixen sötét-kékesen színezett, ép úgy a vagina nyálkahártyája is. A plexus pampiniformis mindkét oldalt tágult, tömeges. Ovariumokban néhány megnagyobbodott tüsző.

Diagnózis: *sclerosis polyinsularis medullae spinalis et cerebri*. Hyperaemia passiva meningum. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Oedema et hyperaemia passiva pulmonum. Splenisatio loborum inferiorum. Anaemia universalis. Retroflexio uteri.

A bakteriologikus vizsgálat, melyet Verebélyi dr. úr volt szíves végezni, a legfrissebbnek látszó szigetek egyikének kaparékával történt, s teljesen negatív volt. A lemezeken néhány a kivitelnél hozzákerült légcoccoson kívül egyéb colonia nem látható.

A központi idegrendszert mikroszkopikus vizsgálat céljából conserváltam. A vizsgálatokat Marchi, Weigert, Nissl methodusa szerint, valamint haematoxylin-eosinnal festett készítményeken végeztem, s miután a vizsgálati eredmények, melyek főleg a sclerosis polyinsularis szöveti fejlődésére vonatkoznak, s így tulajdonképeni témánkkal kevésbé függenek össze, bővebb tárgyalást igényelnek, azok közlését más alkalomra tartom fenn. Itt csak azt akarom megjegyezni, hogy az egész idegrendszerben elsősorban a *typusos sclerosis polyinsularisnak különböző régiségű gócait találtam a legrégebb tökéletes sclerosistól a legfiatalabbig, hol a Marchi-képeken egészen friss velőszétesés látható.*

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti poliklinika orr- és gégeosztályáról.

Az orrsövény elhajlásainak és léczeneinek műtéveése a Schleich-féle érzéstelenítő eljárással.

Irtá: Baumgarten Egmont egyetemi m. tanár, az osztály vezetője.

(Folytatás.)

Az első tampon kicserélését rendszeren a második napon végzem; a vérzés, ha a kicserélés óvatosan végeztetik s a tampon megelőzőleg felpuhíttatik, rendszeren csekély fokú. Hogy mennyi ideig kell kitömnünk az üreget, az a seb nagyságától függ, továbbá, hogy melyik részén van az a sөvénynek s végül magától az egyéntől. Az egyik beteg pl. 8 napon át vérzik, a másiknak a harmadik napon nem kell már szabályszerű tampont betenni. Az utóbb általam operált léczek egy esetében, melyben egy parasztasszonynál jókora csontléczet levestem, azután erősen kitömtem, megtörtént, hogy a beteg — nem is gondolva arra, hogy az illető nem itt lakik — másnap a tampon kicserélésére jelentkezett, semmit sem vэrzett, nem volt reactioja, s tampon nélkül maradhatott. Legtovább egy 24 éves fiatal embert kellett tamponálnom, ezt csak 8 nap lefolyása után hagyhattam tampon nélkül. Legtovább véreznek serdülő leányok, rendszeren a férfiak erősebben és hosszasabban mint a nők. Ép olyan különböző a gyógytartam is, közepes sebeknél 14 nap az átlagos idő, míg a seb beszarjadzik vagy míg a betegek orrukat kötés vagy zárótampon nélkül hagyhatják.

Mihelyt a vérzés megszűnt, minthogy a betegek a jodoformgaze miatt kellemetlenül érzik magukat, ki szoktam azt cserélni jodoform helyett sublimatgaze-csíkokkal, a mi mellett sok betegnek nincs meg az az érzése, mintha orra el volna dugulva. Mindegyik beteg örvend, ha a jodoformgaze-tampontól megszabadulhat, mert az prüszkölési ingert, náthát stb. okoz, de egy gaze alatt sem, legyen az jodol, dermatol, xeroform, szűnik meg a vérzés és indul meg a gyógyulás oly szépen, mint a jodoformnál, miért is daczára annak, hogy e mellett a beteg kellemetlenségeket érez, jobban mint eddig, ehhez a szerhez ragaszkodom. Erős vérzésnél ez a tampon 2—3 napig is benmaradhat, míg a többiek naponta kell változtatni.

Miként már említettem, 15 év óta alkalmazom gyermekeknél a puhító eljárást a sөvényelhajlások eseteiben. Igen értelmes gyermekeknél ezentúl a Schleich-féle eljárást fogom alkalmazni először és a deviatiot vagy az esetleges léczet azután kívágni, de legtöbb gyermeknél ez nehezen vihető keresztül s kénytelenek leszünk a puhítás lassú menetét továbbra is alkalmazni. A végeredmény nagyon is kielégítő és még jobb, mint a hogy azt mindjárt ki is fejtem. Gyermekeknél 10—12 évig a deviatio többnyire a sөvény mellső falát illeti, és többnyire valamely traumának következménye; a deviatiot az orrsücs felemelésével többnyire már láthatjuk.

Úgy az itteni Stefánia-gyermekekórházban, valamint magánrendeléseimen is sok esetben sikerrel kezeltem ily elhajlásokat. Ezen

szabadon fekvő deviatiók nyálkahártyái rendszeren vastagodottak és duzzadtak, és azoknak chromsavval való szétroncsolására annyi idő kell, akárcsak a poroz elpuhítására magára. A bármennyire is rakonzátlan gyermekek 2—3 percig fixáltnak és a chromsavgyönggyel ellátott ezüst sonda segélyével a deviatio helye bedörzsöltetik. Eleinte mindennap, midőn azonban a nyálkahártya el van pusztítva, minden másod-, később minden harmadnapon.

A porozon történő edzések kevésbé fájdalmasak, mint a sebes nyálkahártyái. Gyakran eleinte a dolog lassan halad, vége felé azonban rapid gyorsasággal, az egész kiálló rész egy éjszaka leválthatik. Általában a gyógykezelés hosszantartó, gyakran négy hetet is igénybe vesz, azonban még a legneveletlenebb gyermeknél is véghez vihető s a felnőttek septumdeviatiojának operatiojával szemben mindig perforatio nélkül végződhetik.

A sөvény legmellsőbb részén levő elhajlásoknak kezelése, az operatio szempontjából tekintve azt, a legnehezebb, a perforatio veszélye miatt. Említettem, hogy ezen műtétknél a lebenyképzést megtartottam. Azonban nem mindig sikerül a lebenyt a domború oldalról lefejtetem, minthogy ezen kiszögellés nyálkahártyája gyakran heges, erősen tapadó, vagy igen vékony volt elannyira, hogy a lefejtés vagy leválasztás közben beszakadt. Az esetek szépen gyógyultak kis perforatioval, melyek a betegnek semminemű kellemetlenséget absolute nem okoztak, legalább senki sem tett ilyesmiről említést. A leválasztás Schleich-féle érzéstelenítéssel igen jól és könnyen sikerült.

Mégis megkísérlém — daczára, hogy a kis átfürödásoknak semminemű jelentőségük sincs — a homorú oldalon a nyálkahártyát megtartani, a mi azonban nem elég jól sikerült. Hallottam egyszer, hogy bizonyos operateur ily esetekben oly erős befecskendezést csinált, hogy az egész nyálkahártya leemelődött. Ezt én is megkísérltem egy esetben, hol orrtükrök nélkül is látható félgömbalakú elhajlás volt jelen a sөvény mellső részének felső darabján. Előbb a domború részben végeztem Schleich-féle befecskendezést, azután két fecskendőnyi physiologikus konyhasó-oldattal a homorú oldalon úgy, hogy a nyálkahártya mindenütt leemelődött, ezek után a domború részt levágtam, a mit a nyálkahártya homorú oldaláról könnyedséggel le lehetett választani s ez utóbbi mint sөvény meg is maradt.

Ily módon eddig csak két esetben operáltam, egyik esetben a tampon kivétele után mégis kis perforatio keletkezett, mely azonban semminemű tünetekkel nem járt.

Szólni akarok még azon műtétmodorokról, melyeket a lécznek a kagyló alsó vagy felső részéhez való odanövése esetén végzek. A Schleich-féle eljárás itt is a gyors műteti beavatkozást elősegíti. Itt úgy szoktam eljárni, hogy előbb a kagylón operálok, akár levéséssel, akár fűrészeléssel és csak azután vésem le az elhajlást és csontléczet; ha az odanövés kiskokú, akkor előbb a sөvényen operálok és végül az összenövést egy csontollócsapással szüntetem meg.

Az elhajlások és léczek miatt végzett műtételeket, ha azokat radicalisan végzik, a mi a Schleich-féle eljárás mellett mondhatni mindig sikerült, az én eseteimben majdnem mindig teljes siker koronázta. Két esetben tapasztaltam azonban, hogy egy rövid széles csontlécz eltávolítása után, bárha a sөvény elég erős volt, egy hónapra az üreg ismét szűkült. Az első eset oly deviatiot és cristát illetett, hol már külsőleg is látható volt a nagyon is görbült orr, a mellett az oresücs jobb felé volt hajolva, ehhez különös keskenylapú, hosszú orrtükröt kellett használnom, hogy a baloldalon operálhassak. A beteg erős asthmában szenvedett és a bal orrfél teljesen átjárhatatlan volt. A műtét után az asthma megszűnt. A beteg jól érzi magát, noha az orr lumene nem oly szabad, mint az a műtét után volt, mert a sөvény azon a helyen, hol jobboldalt a legnagyobb homorulat volt, kissé behajlott. Könnyen lehet ezen új deviatiot gyöngéden sondanyomással kiegyenlíteni, azonban a sөvény mindjárt bal felé húzódik vissza.

A második esetben hasonlóan a lécz és elhajlás következménye asthma volt. A lécz baloldalt a középső orrkagylóval csontléd által volt összekapcsolva s az elhajlás oly nagy s oly széles, hogy a bal oldal teljesen el volt dugulva. A műtétet az összenövés nehezítette; az átjárás szabaddá lett téve. A betegnek 6 hónap óta nem volt asthma rohama, csak itt-ott félelmi érzetek. Daczára annak, hogy még hosszú időn át a sөvény és a középső

kagyló közé gazeesikot vezettem be, mindazonáltal a sővény ismét elhajlott e helyen, úgy hogy ezen a helyen érintkezés van jelen, az alsó orrjárat teljesen szabad, a betegnek mindig van levegője, de talán az eredmény tökéletesebb volna, ha a sővényen a középső kagyló magasságában átfürödés létesülne, a mely körülményt, ha újabb asthmarohamai jelentkeznének, minden esetre mérlegelném, vajjon nem volna-e indokolt ez átfürödést művileg is létesíteni. Még egy körlefolyásról kell megemlékezni, melyet azonban eddig csak egyszer észleltem. Egy férfitegnél jobboldalt széles, rövid csontléc volt jelen a sővény mellső részében, az elhajlás a mellett csekély. A cristát könnyen eltávolítottam, a megzavart orrpassage teljesen helyre lett állítva, a sővény azonban, bár ezen a helyen nem volt vékonyodott, most bal felé nyúlik ki, melyet nyomással vissza lehet ugyan terelni, de mégis, mint látható, bal felé hajlott.

Néhány percz alatt csontléczeket véstem le, melyek a sővény egész hosszában terjedtek ki és a léczet egészben kaptam ki.

A többi esetben a műtét mindig teljes sikerre vezetett, mindannyijánál a Schleich-féle érzéstelenítési eljárás kitűnően bevált, egyetlen egy esetben volt erős vérzés, a minnek oka talán az volt, hogy még akkor az eljárásnak nem voltam teljesen birtokában. Az eset egy 18 éves ifjút illetett baloldali sővényelhajlással és cristával, a deviatio felett vérző edény volt, mely megelőzőleg is gyakrabban vérzett; miután a látható deviatiot levéstem, azt láttam, hogy a sővény hátsó része, tehát a csontos, az alsó kagylóval egybenőtt és a midőn én tovább dolgoztam, oly nagy vérzés támadt, hogy a synechiát csak 2—3 nap mulva tudtam fokozatosan elválasztani.

A többi esetben egyáltalában nem vagy csak alig volt vérzés, a beavatkozást a betegek mind jól tűrték elannyira, hogy most állíthatom, hogy a deviatók és cristák műtéve most már nincs vérzési szakok által zavarva, hanem a fogadó óra alatt is végezhető műtétté vált.

Bönnighaus úr az orrsővényelhajlások resectiojáról irt legutóbbi munkájában, mely sok tanulságosat tartalmaz, ép eme körülményre mutatott rá és valószínűleg a Schleich-féle eljárással az ő műtéti methodusa szerint még szebb eredményekről fog megemlékezhetni, sokkalta kisebb fáradság és idő mellett.

II.

A hortyogó csontos elzáródásáról.

A hortyogó elzáródásáról eddig közölt eseteknek száma még mindig oly csekély, hogy minden esetben megemlékezés érdemes. A „Monatschrift für Ohrenheilkunde etc.“ 1896. I-ső számában valódi és álhortyogó-elzáródásokról számoltam be és valódiaknak csak azon részleges, csontos, hártvás vagy vegyes eseteket jeleztem, melyek a hortyogók síkjában fekszenek és csakis azokat zárják el, a többiek pedig a hortyogók álelzáródásának neveztem el. Ez utóbbiak, az álelzáródások, ritkán veleszületettek, többnyire szerettek és különféle folyamatok maradékai, miért is inkább hártvás vagy heges terméshüvel. A valódi hortyogó elzáródások legtöbbször csontosak és vagy tisztán csontanyagból állanak vagy jórészt majdnem mindig veleszületettek úgy az egy-, mint a kétoldali esetekben. Az álelzáródásoknál az egyoldali előfordulás ritka, miként ezt a közölt esetek legjobban bizonyítják.

Az utóbbi időben észlelt és operált egyoldali valódi és teljes hortyogó elzáródás esete azért is üt el a szabálytól, mert az orron át való levegőátboesátó képességen kívül más melléktünetek hiányoztak és az eset egészben véve az eddig észlelt esetekkel szemben ellentmondásban áll.

Egy 18 éves jogásznak, ki a vidéken lakik, gyermekkorától, illetve mióta emlékezetét bírja, a bal orrban nincs levegőjárata. A fiatal ember mindig jó egészségben volt, a mi meg is látszik rajta; a fogak szabályosak, a szájpaddás boltozata idealisan alkotva, a beszéd teljesen tiszta, légzés zajtalan, arczifejezés rendes. Jobb orrüreg szabad, a balban a hátsó részben kevés nyálka, különben teljesen szabályos. Midőn gypóttal védett kutaszszal a nyálkát el akarom távolítani, érzem, hogy ezen orrfél a hátsó részben keményen el van záródva.

A később megejtett kutaszvizsgálat mindenütt kemény, csontos ellentállásra mutat és a vékony kutaszt sehol sem lehet hátra vezetni. Az elzáródás mellülről nehezen látható, de a rhinoskopia posterior megejtésénél szépen látjuk, hogy a bal hortyogó szabad,

a hátsó sővényben semmi aránytalanság, a jobb hortyogó pedig vékony, áttetsző, szabályos nyálkahártyával van borítva és egy sárgásan áttűnő képlettel kitöltve. A tubanyilás magasságában, körülbelül a hortyogó közepén, nagy gombostüfej mekkoraságú conikus mélyedés látható, a melyet az orrgaratkutaszszal könnyen lehet érinteni és a mely a keménység érzetét adja, de át nem járható. A kifecskendezésnél víz ezen nyíláson át nem hatol.

Ezen csontos elzáródása a hortyogónak veleszületett, lehetséges, hogy a kis gödröcske az első életévekben nyitott volt és csak később záródott el. A műtét teljesen és könnyen sikerült. Hosszabb Hartmann-féle fűróval, minőt az állkapocsüreg megnyitására rendesen használni szoktam, minden nagyobb erőfeszítés nélkül előbb egy nyílást készítettem, azután köröskörül egy hosszabb vajt véső és néhány kalapácsütés segélyével a csontot áttörtem, a nyálkahártyán csüggő egynemely részletet utólagosan hosszúnnyakú kanalas fogómmal eltávolítottam, a mit a beteg altatás nélkül, csak igen kevés vérzés mellett nagyon jól eltűrt s végül az egész hortyogót kitamponáltam. Másnap a tampont kivettem és a megejtett hátsó orrüregi tükrözésnél a hortyogót majdnem szabadnak láttam, csak ki- és felfelé maradt meg egy kis híd, melyet utólagosan letörtem.

Csodálkozom, hogy némelyek ezen műtétet a villanyos égetővel végzik, a mi daczára a cocainnal való érzéstelenítésnek, mégis fájdalmas és hosszantartó, míg fűróval és vésővel végrehajtva még cocain nélkül is elég fájdalomtalan, gyorsan végezhető, sőt még reactiontünetekkel sem jár, mit a villanyos égetéssel kikerülni nem lehet.

Egészen ellentétben áll ezzel egy másik eset, melyet előbb észleltem, a hol kétoldali valódi csontos, részleges elzáródás volt jelen. A 14 éves fiút nehézhallás és dűnnyögő beszéde miatt hozták hozzám. Halvány, sovány fiú, bágyadt, fénytelen szemek, nasolabialis redők elmosódva, a száj nyitott, fogak állása rendetlen, magas, kemény szájpaddás, dűnnyögő beszéd, nehéz hallás, aprosexia, szóval jellegzetes adenoid habitus. A hátsó orrtükrözésnél igen meg voltam lepve, sehol nyoma sem volt látható az adenoid vegetatióknak, de az aránylag tágas orrgaratüregben a következő ritka leletet észleltem. A szabályosan egyenlő nagy hortyogók felső fele csontszerű anyaggal van kitöltve, e mellett a középső kagylók felső részének körvonalai is kivehetők és úgy látszik, mintha a középső kagyló a hortyogó külső szegélyével össze volna növe. Elülről egyszerű rhinitis chronica hypertrophicát találtam, s cocainnal való ecsetelés után át is lehet tekinteni és az elzáródás félholdalakú alsó szélét látni lehet, valamint ennek csontkeménységéről kutaszszal meggyőződhetni.

Hogy miért van, hogy egyik esetben semmi, másikban pedig oly feltűnő tünetek szerepelnek ilyen részleges vagy egyoldali elzáródásoknál, ez véleményem szerint attól függ, vajjon a szabad fél vagy rész nyálkahártyája bizonyos időtartamra képes-e annyira összehúzódni és összehúzódva maradni, hogy az orrlégzés fenntartassék.

Örömmre szolgál, hogy Haag (Archiv für Laryngologie, Bd. 9) és Joël (Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd. 34) legújabb munkáikban a hortyogók elzáródásának említett beosztását elfogadták.

(Folytatása következik.)

A húgycsöblennorrhoea antiparasitász gyógyító módjai.

Feleki Hugó dr. egyetemi magántanártól.

(Folytatás.)

Nem lehet főirányelvünk, a mit a boroszlói iskola mint első követelményt hirdet: *mindenekelőtt a gonococcusnak minden körülmények közt való kiirtására irányuló törekvés*, mi mellett a klinikai jelenségek tekintetbevétele háttérbe szorul; mert ha a megfelelő antiparasitász alkalmazása mellett a gonococcusok csakugyan gyorsan csökkennek, de a lobos folyamat esetleg fokozódik, úgy az elért eredmény nagyon is problematikus, mert kétségtelen, hogy minél inkább fokozódik a gyuladás, vagy minél tovább áll az fenn, annál nagyobb a valószínűség, hogy a bántalom hátra fog terjedni. Tehát a gonococcusok csökkenésével vagy időleges eltűnésével még koránt sincsen meg a garanciánk

az iránt, hogy a beteget a legnagyobb veszélytől, a bántalomnak hátraterjedésétől megóvtuk. Ez csak az esetben állana, ha tényleg léteznék oly szer, mely a lobtünetek esetleges fokozása árán is a húgyesövet a gonococcusoktól gyorsan sterilé tenni képes volna. Ha ez így állana, akkor gonorrhoeás urethritis post., illetőleg az ebből kiinduló complicatiók létrejöttének veszélye tényleg kisebb volna, de ily szerünk eddig, sajnos, nincsen.

Kísérleti sorozatom első csoportjánál az antiparasítás szerek értékének megbirálásánál épen ezen tétel képezte a fix pontot, a mint ezt a következőkben kifejteni szerencsém leszen.

Tapasztalataim, melyeket vizsgálataim első sorozatából nyertem, nagyjában megegyeznek azon szerzők észleleteivel, kik az ezüstpraeparatumok antiparasítás hatásáról kedvezőleg nyilatkoznak, de egyúttal hangsúlyozzák, hogy ezen szerek bármilyen gyorsan és bármily helyesen is alkalmazva sem abortive hatni, sem a folyamatnak hátraterjedését megakadályozni nem képesek, sem a legtöbb esetben nem elégségesek egymagukban a blennorrhoea teljes gyógyulásának elérhetésére. Tény az, hogy egyes esetekben a bántalom e szerek applikálása mellett gyorsan gyógyul, de viszont vannak esetek, hol, ha következetesen alkalmazzuk e szereket, semmiféle javulást, sőt rosszabbodást észlelünk, úgy, hogy kényszerítve vagyunk egyéb gyógyszerekhez és gyógyeljárásokhoz folyamodni. Tény az is, hogy a gonococcusok e szerek applikálására sokszor rövid néhány nap alatt a váladékból végleg eltűnnek, de viszont vannak esetek, hol a gonococcusok heteken át találhatóak a váladékban, vagy eltűnév, napok múlva újból jelentkeznek. Ez utóbbi két jelenség kétes értékűvé teszi azon statisztikai adatokat, melyek akár az e szerekekkel elért gyógyulási időtartamot, akár a gonococcusoknak a váladékból való eltűnésének idejét átlagos számokban jelzik. Mert bármilyen alapon magyarázzuk is azt, hogy e szerek egyik esetben kedvezően, másik esetben kedvezőtlenül hatnak, tulajdonítsuk ezt akár a pathogen gomba virulentiájára különböző fokának, akár a beteg egyének különböző ellentálló képességének, vagy egyéb tőlünk nem függő tényezők befolyásának, gyakorlati szempontból az ily átlagos számok a szerek hasznavehetősége tekintetében alig adhatnak útmutatást. Hiszen épen párhuzamos kísérleteim bizonyítják, hogy adstringens szereknek alkalmazása mellett néha a kankós folyamat ugyanoly gyorsan, vagy még gyorsabban zajlik le, mint az antiparasiticumok applikálásánál, és hogy a gonococcus e szereknek alkalmazásánál is néha rövid néhány nap alatt tűnik el a váladékból. De az átlagos számoknak értéke azon oknál fogva is csekély, mivel mint említők, a gonococcusok eltűnése sokszor csak időleges és mivel a gonococcusok eltűnése és a bántalom gyógyulása épenséggel nem identikus fogalmak. Mint egyedül pozitív következtetést, melyet az átlagos számok alapján kísérleteimből levonhatok, azt lehet felemlítenem, hogy a gonococcusok a váladékban antiparasiticumok alkalmazásánál tényleg az esetek többségében rövidebb idő alatt tűnnek el és ritkábban térnek vissza, mint az adstringens szerek applikálásánál. Mi a klinikai lefolyást és a bántalom tartamát illeti, úgy az átlagos számok alapján alig talállok a kétféle kezelési methodus eredményei között eltérést, ha makacsul ragaszkodunk akár az egyik, akár a másik szer következetes alkalmazásához, csak az urethritis post. létrejötté tekintetében fennálló jelentéktelen különbség szól itt is az antiparasítás szerek alkalmazása javára. Engem az ezüstpraeparatumokkal végzett kísérletek meggyőztek arról, hogy úgy az argentamin, min az argonin, a protargol és largin oly újabb készítmények, melyek a gonococcusus therapájában kiváló eredménnyel alkalmazhatók, de meggyőztek egyúttal arról is, hogy e szereknek megvan a maguk specifikus indicatiojuk, a gonorrhoeának stadiuma és fellépésének módja, illetőleg a fennálló jelenségek szerint. Kísérleteimből azt a tapasztalatot nyertem, hogy e szerek egyedüli alkalmazása mellett, bármilyen gyorsan tűnnek is el néha a gonococcusok, az eredmény igen sokszor sem a beteget, sem magunkat kielégíteni nem fog, és hogy csakis akkor lesz beavatkozásunknak sikere, ha applikálásuk indikált, és hogyha a tünetek figyelembe vételével ezen antiparasiticumok alkalmazását egyéb megfelelő szerekkel és eljárásokkal felváltjuk vagy kombináljuk. Ezen tétel helyességéről meggyőződtem a betegek azon nagy csoportjánál, kiknél a fent jelzett elvekből kiindulva a kombinált kezelést alkalmaztam és alkalmazom.

Ezen tapasztalataim alapján a következőképp állíthatom fel az ezüstpraeparatumok indicatioit: a protargol, largin és argonin egyaránt csekély izgatás mellett antiparasítás hatást képesek kifejteni. E szerek prolongált injectiok alakjában igen jó eredménnyel alkalmazhatók az acut blennorrhoea mindazon eseteiben, midőn a beteg a bántalom fennállásának legelső napjaiban kerül észlelésünk alá. Az ily esetekben hatásuk jóval felülmúlja az adstringens szerek hatását, a mennyiben sikerülhet nemcsak a gonococust gyorsan eltüntetni, hanem a betegséget is a pars ant.-ra korlátozni és a bántalom gyógyulását néhány nap alatt elérni.

Oly esetekben azonban, midőn a lobtünetek már jelentékenyek, midőn a váladékképződés bő, e szerek hatása már kétséges és a mennyiben injiciálásuk után az irritatio jelenségei mutatkoznak, vagy pedig 1—2 napi alkalmazásuk mellett javulás nem mutatkoznék, célszerűbb lesz a gyuladást gyenge adstringensekkel csökkenteni, semhogy az antiparasiticumok folytatott alkalmazásával a lob fokozódását és áttérjedését a húgyeső hátulsó részére elősegítsük. Az esetnek megfelelőleg akár a lobtünetek engedésével, akár még azok fennállása mellett, felváltva az adstringensekkel, alkalmazhatjuk az antiparasiticumokat, de minden körülmények között kerüljük azon injiciáló szereket, melyek a bántalom lobos jelenségeit fokozzák és iparkodjunk a lob csökkentésére hatni. Ezen törekvésünkben a már jelzett localis lobosillapító, illetőleg adstringens szereken kívül a szükséghez képest ezentúl is segítségül kell vennünk egyrészt mindazon belső szereket, melyek eddig is a bántalom lefolyására nézve kedvező hatást tanúsítottak, másrészt a helyi külső szereket (borogatásokat), a megfelelő hygienikus és diætetikus rendszabályokat ezentúl sem fogjuk figyelmen kívül hagyni. Nem tarthatjuk megengedhetőnek — a mint ezt szintén a boroszlói iskola hívei teszik —, hogy acut urethritis post. jelentkezése esetén, vagy ezzel összefüggő complicatiók jelentkezésének első idejében is az antiparasiticumokkal végzett injectiok folytattassanak. A befecskendezések okozta irritatio a bántalom rosszabbodására vezethet, azon ígért előny pedig, hogy a gonococcusok gyors kipusztításával a folyamat is gyorsabban meggyógyul, tapasztalataim alapján nem bizonyult valóznak. Hiszen maga az a körülmény, hogy urethritis post. létrejön oly esetekben is, a midőn az antiparasiticumok a gonorrhoea legelső napjától kezdve alkalmaztattak, bizonyítja, hogy e szerek nem képesek a Neisser által ígért hatást kifejteni, t. i. a gonococcusokat gyorsan veszélytelené tenni és hogy nem bizhatunk Neisser ama megnyugtatózásában sem, hogy ha az injectiokkal a húgyeső hátulsó részébe juttatunk is gonococcusokat, ez jelentőséggel nem bír, mivel azok előtt állapotban kerülnek oda.

Akár az urethritis ant., akár az urethritis total. a jelzett kombinált eljárások alkalmazása mellett is oly szöveti elváltozásokat okozhat, melyek a bántalomnak pusztán injectiokra való gyógyulását kizárják. A kankó ugyanis a nyálkahártyán nem minden esetben idéz elő egyforma elváltozásokat és különösen az elég sok esetben létrejövő mély beszűrődések már magukban rejtik az idült lefolyásra való hajlamot. Ha tehát a kankó subacut stadiumában oly lefolyást mutat, mely előjelét képezi a chronikus szakba való átmenetelnek, hogyha a tünetek állandók maradnak vagy időleges javulás után újabb visszaesések jelentkeznek, úgy még azon szakemberek is, kik nem minden esetben alkalmazzák az urethroskopot, a húgyesőnek tükrörrel való megvizsgálását nem fogják elkerülhetni, hogy a követendő therapiát a lelet szerint állapítsák meg. A localis kezelés az urethritis ant. ily eseteiben rendszerint a tükrön át való ccsetelést, instillatiokat, esetleg mechanikus therapia alkalmazását is fogják indikálttá tenni, mi mellett a kankófeccskendővel applikálandó, injiciáló szerül az argentamin használható, mely különösen subacut esetekben meglepő eredménnyel használható. Urethritis post. vagy urethrocystitis létrejötténél az acut jelenségek engedése után az öblítések Nelatonon át, esetleg becsepegtetések, vagy ccsetelések stb. jövőben sem lesznek mellőzhetőek. Öblítő szerül igen jó eredménnyel alkalmazható az argentaminnak 1/∞ oldata.

Hogy a chronikus esetekben a jelzett antiparasiticumokkal épenséggel nem lesz módunkban eredményt elérni, azt adatokkal bizonyítani felesleges is. A húgyeső nyálkahártyáján található mély elváltozások: periglandularis infiltratiók, folliculitis, erosiók, granulatiók, epithelfelrakódások, kötőszöveti átala-

kulások, a prostata kivezető csöveinek hurutja stb. mind oly mélyre ható kóros folyamatok, melyeknél az antiparasiticumoknak akár befeccskendések, akár öblítések alakjában való alkalmazása a legjobb esetben is csak időleges eredményt nyújthat. Épen-séggel nem logikus az a felfogás, hogy az ily esetekben is mindenekelőtt a gonococcus mielőbbi eliminálása céloztassék, mert a tapasztalat azt bizonyítja, hogy ott, hol idült esetekben állandóan, vagy csak exacerbatiók alkalmával gonococcusok még találatnak, ezek csakis a mély szöveti elváltozások kezelésével tűnnek el végleg. *Az idült kankó therapiája tehát az antiparasiticumoknak a kezelésbe való bevonása által nem változott. Ezentúl sem fogjuk az étető szereknek a tükrön át való applikálását és ezek közül első sorban az arg. nitr.-mal való ecseteléseket, vagy cuprum-pálczikával való edzéseket alkalmazását, továbbá a különböző instillatiókat és a mechanikus gyógy módok különböző alakjait (az Oberländer-féle dilatatiót, sonda-kúrát) stb. nélkülözhetni. Még inkább áll ez a chronikus kankó azon alakjaira, hol a folyamat a húgycső hátulsó részeivel kapcsolatos szervekre: prostatára, ondóhólyagra, húgyhólyagra terjed át.*

(Folytatása következik.)

Közlemény a szt. Rókus-kórház V-dik orvosi (Róna S. tnr.) osztályáról.

Az ulcus venereum oktanának mai állása. Ulcus venereum és prostitutio.

Csillag Jakab dr. kórházi gyakornoktól.

(Vége.)

Az ulcus venereum székhelyei a 245 észlelt női betegnél (XI. fiók- és V. orv. osztály anyaga) gyakoriság tekintetében következők voltak:

I. Genitalis székhely.

1. Hüvely bemenet	89	esetben
2. Alsó commissura	79	"
3. Kis ajkak	44	"
4. Nagy "	44	"
5. Bartholini vezető külső nyílása	13	"
6. Hymenalis foszlányok (carunculák)	10	"
7. Húgycső melletti lacunák	7	"
8. Felső commissura	5	"
9. Hüvelyfal	3	"
10. Húgycső külső nyílása	3	"
11. Portio vaginalis	2	"
12. Praeputium clitoridis	2	"
13. Clitoris	1	"

II. Perigenitalis székhely.

1. Gát	15	esetben
2. Ozombvágányok és czomb belfelülete	12	"
3. Végbélnyílás	7	"
4. Seggpofák	3	"

A genitális sankereknek legnagyobb része tehát azon helyeken volt, melyeket coitus alkalmával a leggyakrabban érhet trauma és így leginkább ki vannak téve a hámlaesiok létrejöttének; ezek: hüvelybemenet, alsó commissura, kis ajkak, nagy ajkak (e két utóbbinak főleg bellemezei), carunculák és felső commissura. Egy kisebb része a sankereknek oly helyeket foglalt el, melyeknél nem valamely trauma idézi elő a hámlaényt, hanem vagy pangó és bomló váladék, vagy pathogen mikroboknak (gonococcus, staphylo- és streptococcus) behatására létrejött hurutos folyamat. Ily helyek: a húgycső körüli lacunák (pangó, vaselinszerű váladékkal), Bartholini-vezetők külső nyílása (staphylo- és streptococcus, gonococcus) és a húgycsőnyílás (gonococcus); talán ide sorolhatnánk még a praeputium clitoridis felületét. Kiemelendőnek tartom különösen a Bartholini-vezető külső nyílásának elég gyakori sankeres megbetegedését azért is, mert az ulcus venereum localisatioi között nem igen szokott felsoroltnai.

Hogy ez utóbbi csoportbeli localisatióknál a trauma mily csekély szerepet játszik a hám- vagy folytonosság hiány létrejötténél, azt eléggé bizonyítja azon kimutatás, melyet az előfordult, trauma folytán létrejött és erosio, excoriatio s ulcus

traumaticum név alatt feljegyzett genitális laesiok localisatioiról összeállítottam az V. orvosi osztálybeli beteganyagról bejövetelekkor:

1. Alsó commissurán volt	24	esetben
2. Introitusban	21	"
3. Kis ajakon, főleg a bellemezen	8	"
4. Nagy ajakon	6	"
5. Carunculákon	1	"
6. Praep. clit.	1	"
7. Hüvelyfalán	1	"

Tehát mint látjuk, a másodsorban felsorolt localisatioi közül csak egy esetben, a praep. clit.-on volt traumás laesio, míg a többi helyeken egyszer sem.

Feltűnően ritkán volt az ulcus venereum a vagina falán észlelhető; a kimutatott 3 eset közül az V. orvosi osztályra, tehát 150 ulcus venereumra csak 1 esett, noha a férfi genitális ulcus venereum coitusnál a vagina falával rendszeren érintkezik. E ritkaságnak csak három oka lehet: 1. vagy elkerüli a figyelmet, mert ha sanker találta a külső genitáliákon, a tükröt főleg kórházakban nem igen alkalmazzák, hogy elkerültessék a vírusátvitel lehetősége és így az ulcus venereum esetleg spontan gyógyul, mielőtt még észrevételnék. Ezen felvétel azonban a mi eseteinkben nem alkalmazható teljesen, mert ha a sanker csak a kis vagy nagy ajkak élén vagy ezek küloldalán ült, vagy perigenitalis volt, a tükrözvizsgálat megtörtént; 2. vagy nem bír elég fogékonysággal a sanker vírusa iránt; 3. vagy végül, hogy a vagina fala egyrészt tágulékony voltánál fogva, másrészt az által, hogy a vaginalis desquamatio és az uterinalis váladék állandóan sikamlóssá tesz, nem igen szenvedhet traumát, még azoknál sem, kik a coitusban kezdők. Ezen felvételt tartom én részemről a helyesnek, ezt mutatja fenti kimutatás a laesiokról és ezt ama tapasztalatunk, hogy úgy a tükröz, mint más eszközök bevezetésénél csak nagyon kivételesen észleltük valami laesioját a vagina falának. Hangsúlyozni kívánom még végül, hogy a vaginafal sankerének diagnózisánál sohase feledjük el a bacilluskeresést, mert csak ennek positiv lelete fogja azt kétséget kizáróan megerősíteni.

Még feltűnőbb a portio vaginalis ulcus venereumának ritkása, annyival is inkább, mert legalább is minden 5-dik kéjnéknél megtaláljuk a portio erosioját — tárt kaput — a sankervírus bevándorlására. Mi a 150 ulcus venereumban szenvedő közül csak két esetben tudtuk azt kimutatni, dacára annak, hogy minden gyanús esetben szorgosan kerestük az ulcus venereum bacillusát. Hogy semmi esetre sem oly gyakori, mint azt *Klinck*, *Deporés* (14%), *Rasumow* (7.4%) és *Petersen O.* találták, arról meg vagyok győződve, mert számos oly esetben, midőn klinice majdnem teljes biztossággal portionalis sankert vettünk fel, a górcső rendszeren az ulcus venereum váladékától (főleg gyenysajt, gyéren hámsejt, sankerbacillus és másféle microorganismusok) igen elütő képet (sok hámsejt és törmelék, igen gyéren gyenysajt és rendszeren semmi vagy igen kevés bakterium) adott és csak a fenti két esetben találtuk meg a rendes kép mellett a streptobacillus Unnae-t, és így itt is csak azon esetben tartom azt ulcus venereumot felvehetőnek, a hol annak bacillusát is ki tudjuk mutatni.

A mi a perigenitalis sankerek székhelyeit illeti, ezek első sorban a hüvelyből lecsurgó váladék, az érintkező felületek erős izzadása okozta felmaródás és kevésbé trauma által határozottan meg. Extragenitalis sankert egyetlen esetben sem észleltünk.

Nem hagyhatom még e helyen felemlítés nélkül ama tapasztalatunkat, hogy több kéjnéknél, kik a 10 havi észlelési idő alatt 3—4-szer kerültek kezelés alá, majdnem minden bejövetelekkor egy és ugyanazon helyen ulcus venereumot találtunk; úgy látszik, a sanker helyén fellépett még gyenge heg feltöretett és ily módon lett az ulcus venereum ismételtlen oda oltva.

Általánosan ismert, hogy az ulcus venereum egyik tulajdonsága a többszörösség; de ez, úgy látszik, nem egészen áll a kéjnök ulcus venereumára. A mi észlelésünk alá került 245 sankerben szenvedett és 7/7 részben nyilvános kéjnököt álló betegnél ugyanis csak 115 esetben (46.93%) volt többszörös és 130 esetben (53.07%) volt egyszeres az ulcus venereum, tehát az eseteknek több mint felében csak egy hely volt sankeresen megbetegedve. A sankerek

többszörös volta rendszerint nem a coitusnál való beoltásból, hanem a kezelésnek vagy késői, vagy hiányos igénybevétele folytán autoinoculatio útján jön létre, a mennyiben a beteg rész nem izoláltatik eléggé az egészséges területtől. Ezen okok hiányának a kéjnéknél vagyok hajlandó a fenti eredményt betudni. A nyilvános kéjnök ugyanis a kötelező gyakori orvosi vizsgálat folytán eléggé korán kerülnek szakavatott kórházi kezelés alá, hogy az autoinoculatio ne történhessék oly gyakran meg.

Elég gyakran volt alkalmunk észlelni a *follicularis* (Petersen, 1894) *sankert*, mely Petersen szerint úgy jön létre, hogy a vírus valamely folliculusba jut perifolliculitis lép fel, minek következtében egy kicsiny mély fekély képét kapjuk, mely egy megvörösödött, keményded, kissé kiemelkedő sáncz által van körülveve. Ezen alakot Petersen könnyen összetéveszthetőnek tartja a sclerosissal, annyival is inkább, mert makacsul ellenáll a kezelésnek. Igen ritka alaknak tartja. *Hammer* (1897) szintén elég gyakran találta nőknél és szerinte inkább secundaer papulával téveszhető össze, sőt ezzel kombinálva is előfordulhat. Tényleg némely esetben a 3–4 tagból álló sorszerű elrendeződés, a kissé erodáltak látszó felület, papulaszerű kiemelkedés és barnavörös szín annyira fokozhatják a hasonlatosságot a secundaer papulával, hogy a diagnózis biztosan csak akkor állapíthatjuk meg, ha látjuk, hogy a sebsonda végső végével mily könnyen hatolhatunk egy aránylag mély, belül szélesebb kerületű üreg belsőjébe és onnan sárgás, genyszerű váladékot hozva ki, ebben a tipikus Unna-féle streptococillust találjuk, a mit részünkről minden esetben meg is találtunk. Természetesen ilyen esetben is számolnunk kell esetleges lussal való combinatioval. Hogy ezen alak a kezelésnek mily makacsul áll ellen, azt magunknak is alkalmunk volt tapasztalni, de ezen rossz gyógyhajlam inkább újabb szomszédos perifollicularis infectioa vonatkozik.

Az *ulcus elevatumot* a kéjnéknél a 150 ule. ven. eset közül egyben sem találtuk.

A *sanker szövődeményei* közül (phagedainismus, phlegmone, stb.) nem volt alkalmunk egyiket sem észlelni. A mi pedig a *bubokat* illeti, ezek is ritkaságként voltak észlelhetők, úgy hogy a 150 ule. ven.-ra alig esét 10 bubo, mely megnyitásra került. A bubók ezen ritkaságának oka nyilvánvalóan csakis abban rejlik, hogy a nyilvános kéjnök sankerei kezdetől gondos kórházi kezelésben részesülnek és így meg van adva minden eszköz arra, hogy a bubo fellépése megakadályoztassék és mindjárt első nyilvánulásakor visszaféjlesztésre bírassék.

A *sanker kezelést* osztályunkon 3 irányban végeztük és pedig 1. a fekélyt a környezet teljes letisztítása után alaposan *kidörzsöltük* 10/00 sublimat-tamponokkal mindaddig, míg teljesen tiszta sebfelületet nem kaptunk, azután ismét desinfiálva úgy a sebet, mint a környékét, a sebfelületet jodoformmal kezeltük tovább; ha a kidörzsölés teljes volt, rendszeren 7–8 nap alatt teljes gyógyulást értünk el. 2. 51 esetben a fekélyeket kimetszettük oly módon, hogy az ép bőrből hozzá metszettünk keveset, azután desinfiálva az egész metszési felületet és környékét, a vérzést jodoformmal csillapítottuk. Ez esetekben is, ha az extirpationnal az egész sankrosus területet kiirtottuk, recidiva alig fordult elő és a sebzett felület a tiszta borseb rendes gyógytartama alatt gyógyult. Ezen eljárást kezelési célból természetesen csak ott alkalmaztuk, hol minden egyes fekély ki volt irtható. 3. A *sugárzó hőt* (Audry) szintén alkalmaztuk kezelési célból, azonban csak az utolsó időben és így még kevés eset felett rendelkezünk a célból, hogy abból az eljárás therapeutikus értékére nézve ez idő szerint végleges következtetést vonhatnánk, de már eddig is láttunk néhány esetben alkalmazása után gyors gyógyulást.

Irodalom.

¹ *Ducrey A.*, Experimentelle Untersuchungen über den Ansteckungsstoff des weichen Schankers und über die Bubonen. Monatsh. für pract. Derm. 1889, IX. Bd., Nr. 9. ² *Krefting R.*, Über das für Ulcus molle spezifische Mikrobion. Monatsh. für pract. Derm. 1893, XVI. Bd. Nr. 6. Archiv für Derm. und Syph. 1892. ³ *Unna P. G.*, Der Streptococcus des weichen Schankers. Monatsh. für pract. Derm. 1892, XIV. Bd. Nr. 12. ⁴ *Quinquaad és M. Nicolle*, Sur le microbe du chancre mou. Ref. Monatsh. f. pract. Derm. 1892, p. 818. ⁵ *Petersen O.* Wratsch 1893 febr. és Ulcus molle. Archiv für D. u. S. 1894, Bd. XXIX, H. 3 és 1895, Bd. XXX, H. 3. ⁶ *Rivière*, Sur le bacille du chancre mou. Journal des conaiss. méd. 1893, mai 4. ⁷ *Petersen W.* Über Bacillenbefunde beim Ulcus molle. Centralbl. für Bact. und Parasitenkunde 1893, Nr. 23. ⁸ *Colombini P.*,

Sul microbe dell'ulcera venerea. Comm. clin. della mal. cut. e gen. 1893. Sul rapporte dell'ulcus molle etc. Ugyanott 1894. ⁹ *Andry Ch.*, Bacteriologie clinique du chancre et des blennorrhagies compliquées. Gazette hebdom. de méd. et de thér. 1893. ¹⁰ *Spietschka*, Beiträge zur Aetiologie des Schankerbubo nebst Untersuchungen über das Ulcus molle. Archiv für D. und S. 1894, Bd. XXVIII, H. 1. ¹¹ *Ducrey A.*, Noch einige Worte über das Wesen des einfachen contagiösen Geschwüres. Monatsh. f. p. D. 1895, Bd. XXI, Nr. 2. ¹² *Unna P. G.*, Die verschiedenen Phasen des Streptococcus ulceris mollis. Monatsh. für p. D. 1895, Bd. XXI, Nr. 2. ¹³ *Petrini*, Verhandlungen des IV. Deutschen Dermatologencongresses. ¹⁴ *Rille*, Verhandlungen der V. Deutschen Dermat. Congresses in Graz 1895. ¹⁵ *Buschke*, ugyanott. ¹⁶ *Finger E.*, Über die Natur des weichen Schankers. Wiener med. Presse 1894, Nr. 14. ¹⁷ *Unna*, Die Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894. ¹⁸ *Rouanet*, Arch. méd. de Toulouse 1895, Nr. 1 und 2. ¹⁹ *Emmery és Sabourand*, Annal. de dermat. 1896, p. 198. ²⁰ *Krefting*, Norsk. Mag. for Laegev. 1896, p. 158. ²¹ *Deutsch A.*, Die Aetiologie und Therapie der Bubonen. Centralbl. f. die Krankheiten der Harn- u. Sexualorgane 1897, VIII. Bd. H. 8. ²² *Hammer*, Ueber Prostitution und venerische Erkrankungen in Stuttgart. Arch. für Derm. und Syph. 1897, Bd. XXXVIII, H. 2. ²³ *Róna S.*, A buja vagy nemi betegségek. 1894, 2471.

T Á R C Z A.

A rokkantság és aggkor esetére szóló német biztosítási törvény, különös tekintettel a vagyontalan tüdőbetegek gyógykezelésére.

Csak a legutóbbi évtized vívmánya, hogy a tuberculosis ellen eddig legnagyobb sikerrel járó hygienikus-dietetikus gyógy mód áldásait a *szegény néposztályra* is kiterjesztik.

Angolország, mely mint minden közegészségi kérdésben, úgy a tüdőbetegek czélszerű ellátásában is előljárt, már e század elején e célra több kórházat rendezett be, melyek ha nem is felelnek meg többé egy mai modern intézet követelményeinek, hathatósan közreműködtek mégis abban, hogy a tüdőbajban elhaltak száma azóta körülbelül felenyire apadt.

Anglia példáját, bár sokkal szerényebb mérvben, követte Franciaország; míg tehát Angolországot méltán megilleti az elismerés, hogy már e század elején gondoskodott vagyontalan tüdőbetegeiről: azon általános mozgalom, melynek hatása alatt ma úgyszólván minden művelt európai állam siet e téren eddigi mulasztásait helyrehozni, Németországból indult ki. Itt Driver dr. már 1882-ben felhívta a társadalom figyelmét ezen fontos kérdésre, egyelőre siker nélkül; Goldschmidt dr. az 1887. évi berlini congressuson újra megpendítette az eszmét, szintén siker nélkül; csak Finkelburg, Dettweiler és különösen Leyden tanár fáradozásainak sikerült az eszmének annyi hívót szerezni, hogy a német tartományokban sorra egyletek alakultak (az első Hannoverban 1888), melyeknek czélja volt a vagyontalan tüdőbetegek sorsán segíteni. Dettweiler érdeme, hogy a frankfurti egylet támogatásával 1892-ben az első szegénysorsú tüdőbetegsanatoriumot Falkensteinben, később Ruppertsheimeben megnyithatta.

E példán felbuzdulva, egész sora a sanatorium-egyesületeknek alakult Németországban, melyek részint tagjaiknak járulékaiból, részint városi és egyéb subventióból, vagy a betegsegélyző pénztárakkal szövetségbe hathatósan közreműködnek a közegészség ezen legfontosabb részének javításán. A legújabb adatok szerint Németországban ma nem kevesebb, mint 33 ily sanatorium-egyesület buzgólkodik, melyek közül 9-nek saját sanatoriuma van, 9 ez évben fog még elkészülni és 11 most foglalkozik az építés tervével; általában 22 sanatorium van már berendezve szegénysorsú tüdőbetegek felvételére.

* * *

A tuberculosis azonban igen hosszadalmas betegség, melynél a siker leginkább attól van feltételezve, vajjon sikerül-e az illető betegnek kellő hosszú ideig a reá nézve kedvező hygienikus viszonyok áldásában részesíteni, és így nem lehetett kétséges az érdekeltek körök előtt, hogy a gyógyuláshoz megkívánt hosszú idő költségeit, más szóval a vagyontalan tüdőbeteg-sanatoriumok fenntartásának magasra rugó kiadásait nem lehet csupán a jótékonyaságból fedezni. A magán jótékonyaság nagyon is ingadozó tényező, mely mihelyt a közönség érdeklődése megcsappan, cserben hagy. Oly állandó források után kellett tehát kutatni, melyek az ily sanatoriumok zavartalan működését biztosíthatják.

Ily forrásnak bizonyult a német törvényhozás által már 1889-ben megszavazott: „rokkantság és aggkor esetére szóló biztosítási törvény“, és Gebhardt, a Hansa városok biztosító intézetének elnöke illeti meg az érdem, hogy rámutatott, mint lehet ezen törvény egyes intézkedéseit a vagyontalan tüdőbetegek sikeres gyógyítására felhasználni.

Miután az utóbbi időben nálunk is egyes felszólalások történtek ezen biztosítás érdekében; testületek, congressusok (szegedi kereskedelmi congressus) annak törvényhozási úton való szabályozását kérték; sőt a földművelésügyi miniszter csak nemrég egy képviselő felszólalására válaszolva, kilátásba helyezte egy munkásbiztosítási törvény alkotását: nem lesz talán felesleges dolog, ha a német törvényt főbb vonásaiban röviden ismertetem.

A törvény, teljes néven „Reichsgesetz, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung“, 1891. január 1-jén lépett életbe; alkotását I. Vilmos német császár 1881. évi azon híres szövegének köszöni, mely

szerint minden Németországban élő munkást a betegség, baleset, rokkantság és aggkor eseteiben segíeyezni kell. Így keletkeztek az u. n. socialpolitikai, más szóval munkásvédelmi törvények; 1883-ban a betegség esetére, 1884-ben a baleset elleni és 1889-ben a szóban forgó törvény.

Alapelve a *biztosítási kényszer*, vagyis minden 16-dik életévét betöltött, 2000 márkánál kevesebb évi jövedelemmel bíró munkás, segéd, inas, cseléd stb. köteles a biztosításba belépni, évi jövedelmének megfelelőleg (4 fokozat) hetenként befizetést eszközölni, melyhez a munkaadó ugyanannyival járul. A befizetés bélyegekkel történik, melyeket egy a biztosított nevére szóló, számozott nyugtalapra ragasztanak. A biztosítás tárgyát az aggkor illetőleg rokkantság esetére nyújtandó járadék képezi, melyhez az állam évi 50 márkával járul. Az aggkori járadékot a 70. év betöltésével fizetik ki, a rokkantságot pedig tekintet nélkül a korra mindazon biztosított tag élvezi, kinél tartós munkaképtelenség lépett fel és egy év óta teljesíti a befizetést.

Egész Németország területére, többnyire az egyes tartományoknak megfelelőleg, 31 ily állami biztosító intézet van szervezve, melyek székhelye leginkább az illető tartomány fővárosa; azonkívül 9 hasonló jogokkal felruházott pénztár is működik. Minden ily állami intézet ügyeit az elnök vezeti, ő intézi el első fokban a járadékot kérő folyamodványokat, ő felelős a pénzkezelésért. Az intézet kebelében egy bizottság működik, mely felerészben a munkaadók, felerészben a munkások képviselőiből áll, és alapszabály-tervezetet dolgoz ki, melyet a birodalmi biztosítási hivatalnak jóvá kell hagyni. Ezen bizottságon kívül felügyelő tanács is alakítható, bizalmi férfiak választhatók, és a kormány állambiztost küldhet ki, ki a tárgyalásokon jelen lehet, indítványokat tehet, az aktákat betekintheti.

Az összes rokkantsági biztosító intézetek felett a felügyeletet a birodalmi biztosítási hivatal teljesíti, melynek élén a császár által kinevezett elnök áll.

Járadékot igénylő kérvényeket a közigazgatási hatóságnál kell beadni, ez bizalmi férfiak meghallgatásával véleményét felterjeszti azon biztosító intézethez, melynek területén a fél legutoljára befizetést eszközölt. A biztosító intézet a félnek írásbeli döntést kézbesít, mely ellen az itélő tanácshoz lehet felebbezni. Ennek végzése ellen pedig mindkét fél a revisio jogával élhet, melyet a birodalmi biztosító intézet dönt el véglegesen.

Messze túlhaladna ezen rövid ismertetés keretét, ha részletezni akarnók azon óriási eredményeket, melyeket ezen törvény fennállásának rövid ideje alatt elérték; elég ha megemlítjük, hogy a mult évben 11,813,259 biztosított tag volt, kik 102.2 millió márkát fizettek be; ezen egy évben

aggkori járadékot kapott	222.500	egyen	27.5	millió	márka	értékben,
rokkantsági	294.000	"	34.4	"	"	"
férjhezmenetel vagy halál- zás esetén	146.000	"	4.5	"	"	"
		összesen	66.4	"	"	"

A törvény életbelépésétől kezdve a mult év végéig, vagyis 1891-től 1898-ig volt 727.6 millió márká bévétel.

Gebhard lübecki elnök jött arra az üdvös gondolatra, hogy ezen törvényt a vagyontalan tüdőbetegek gyógykezelése céljából felhasználja. Alkalmat adott erre azon szomorú tapasztalat, hogy az invaliditási esetek 12-8%-át a tüdősorvadás okozza, sőt, hogy 1000 rokkantsági eset közül a

20—24. életévben	548-nál
25—29. "	521-nél a tüdőbetegség hozza létre a munkaképtelenséget.

Gebhard rámutatott az idézett törvény 12. paragraphusára, mely szerint a biztosító intézetnek jogában áll megbetegedett tagjainak kezelését átvenni oly esetekben, hol ezen betegség következményeként előreláthatólag munkaképtelenség fog bekövetkezni, míg a kezelés azt elháríthatja vagy elodázhajtja.

Közelfekvő volt tehát a gondolat, ha sikerül a tüdőbeteg tagok közül bizonyos számú esetet meggyógyítani, kettős cél lesz elérve: a biztosított fél visszanyeri munkaképességét és így a biztosító-intézet fel lesz mentve a járadékfizetés kötelezettsége alól. Legfontosabb azonban mindig, hogy a betegség minél kezdetibb stadiumában kezdődjék a gyógykezelés, midőn a gyógyulás valószínűsége legnagyobb.

Heisler Ignác dr. (Arco-Gleichenberg.)
(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: Bókay Árpád dr., Kétly Károly dr., Korányi Frigyes dr. Ötödik kötet. Húgy-ivarszervek betegségei. Venereás és syphilitikus betegségei. Bőrbetegségei. A szöveg közt számos ábrával és egy táblával. A magyar tudományos akademia segítségével kiadta tagjai számára: A magyar orvosi könyvkiadó társulat. Budapest, 1898. 1037 lap.

Tekintélyes könyv alakjában fekszik előttünk a *Magyar Belgyógyászat* V-dik kötete. És ha sajnálatos körülmények — egy kitünő munkatárs korai halála — hátráltatták is megjelenését a kitűzött időben, úgy

csak hálával lehetünk a szerkesztők iránt, hogy daczára a sürgetésnek, azoknak elegendő időt engedtek, kik az utolsó pillanatban voltak kénytelenek az elárvelt fejezetek megírását átvenni. A munka egyöntetű, az egyes szakaszok harmonikus egészzé olvadnak össze, a mi kivált ott jut kellő érvényre, hol egyes főbb részek megírásán többen osztzkodtak.

A három főszakaszra oszló munka első része a *húgy- és ivarszervek* betegségeivel foglalkozik.

A *„Bevezetés a vesebetegségek tanához“* című cikk Plósz Pál tollából ered. Kimerítő dolgozat, mely a történelmi adatok felemlítése mellett mindenütt klinikailag méltatja az újabb nézeteket és fényes bizonyítékok szolgál, hogy szerzője e nehéz tárgy legapróbb részleteit elméletileg és gyakorlatilag teljesen urálja és kedvvel fogott feladatának megoldásához. A vese bonczatanának vizsgálása után a vese működésének ismertetése következik. Szerző a glomerulusban végbemenő folyamatot nem tekinti egyszerűen filtrationak. A veseműködés megvilágítása szempontjából behatóan foglalkozik Dreser vizsgálataival és érdeme szerint tárgyalja *Korányi Sándor*-nak és munkatársainak a vér és vizelet fagypontsülyedésére vonatkozó dolgozatait, melyek szerző szerint a *Bowmann-Heidenhain*-féle elméletet nemesak kibővítik, de egyszersmind új adatokkal támogatják. A vizelet kiválasztását szabályozó tényezők, úgy a vérkeringés és osmosis folyamatok befolyása a vizeletelválasztásra behatóan lettek ismertetve. Gyakorlatilag felette fontos kérdés az ép vizeletben előforduló fehérje. Szerző e nagy jelentőségű tárgyhöz önálló kutatásai alapján szólhat. *Senator* közleményét felülbírálva, annak physiologiai albuminuriáját nem tekinti vesebéli fehérjevizelésnek, hanem a fehérje legtöbbször a hólyagból és ivarmirigyekből származtatandó. Ő minden olyan fehérjevizelést, melyről bizonyítható, hogy az valódi renalis albuminuria, egyúttal kórosnak is tekint. Hálával vagyunk, hogy a fehérjekémlések között az *aether-eczet-sav* próbát ismét emlékeztetbe hozta, mely kémlés annyira érzékeny, hogy segélyével kivétel nélkül minden vizeletből lehet fehérjét és nuclealbumint leválasztani. A fehérje quantitativ meghatározására pontoság tekintetében a *Klug*-féle methodust ajánlja, mely a *Glan*-féle spectrophotometerrel colorimetrikus, illetve photometrikus úton határozza meg a fehérjét. A hengerek képződésére és vegyi tulajdonságaira való újabb ismereteink most is szerző intézetéből kikerült dolgozatokon alapulnak és az újabb időben e téren megjelent munkálatokban az azokban kifejtett nézetek csak megerősítést nyertek. A vizelet bacteriologiajának részletes ismertetésével zárja le *Plósz* a vesebetegségekhez bevezetésül szolgáló szakaszokat, melyek megírását a szerkesztők szakavatottabb kezeire nem bízhatták volna.

(Folytatása következik.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1899. június 23.

— **Az új szorgalmi- és szűnidő-rend az egyetemeken.** A budapesti és kolozsvári tud. egyetemeken még Csáky közoktatásügyi miniszter idejében felterjesztést tettek a közoktatásügyi miniszterhez az általa behozott szorgalmi és szűnidő-rend megváltoztatása érdekében, kifejtvén azt, hogy a jelenleg fennálló rend több irányban káros a tanításra és tanulásra. Mind a két egyetem külön javaslatokat tett a megváltoztatás módjára nézve is és végelemzetben oda concludált, hogy a régi Trefort-féle szűnidőrendszer jobb a jelenleginél és kérte a minisztert, hogy a mennyiben az általa proponált javaslatok — melyek a többi europai egyetemeken szűnidő-rendszereihez közelednek — el nem fogadtatnának, állíttassék vissza inkább az elhagyott Trefort-féle szűnidő-rendszer. A közoktatásügyi miniszter hosszú tanácskozások után f. hó 2-án e tárgyban a következő rendeletet bocsájtotta közre:

„Azon meggyőződésre jutottam, hogy az egyetemeken úgy a tanító, mint a szűnidő beosztásával, a tapasztalás szerint, a jelenlegi helyzet a tanítás értékesítése, valamint a tanárok tudományos működése és kötelessége teljesítésének érdekeit kellően nem szolgálja.

Különösen az előadásoknak a jelenlegi rendszer mellett télen történő ismételt megszakitása az, mely úgy a tanításra, mint a tanulásra legalkalmasabb szorgalmi időt megrontja.

E sajnós állapotot főleg az idézi elő, hogy a jelenlegi rendszer mellett a tanév I-ső fele nem szűnik meg a karácsonyi ünnepekkel, hanem a tanév január végével szűnik meg; a karácsonyi szűnidőnek amúgy is hosszúra nyúló kitolásával e szűnet tart január 8—10-ig, azután rendszerint egy hétig előadás van és az előadások tulajdonképen az egy heti előadás után ismét február közepéig szünetelnek.

Ennek az állapotnak érzékenyen süjtő eredménye az, hogy a tanulásra és tanításra legalkalmasabb három téli hónapban: december, január és február hónapokban tulajdonképen az előadás csaknem szünetel, és a mennyiben előadás tartatik, ez is ezen hónapokban, minthogy a vidéki hallgatóság december hó közepén elhagyja a fővárost, gyéren látogatott.

Súlyosbítja a helyzetet még az a körülmény is, hogy már a márczius vagy április hónapokban beköszöntő húsvéti ünnep, majd ezen ünnep után igazodó többi ünneppalok miatt is gyakran megszakíttatnak az előadások.

Azon reményemben, hogy a munka tömörítésével nőni fog a tanítás eredménye is, ezeknek, valamint a kitűzött célzattal szolgáló általános didaktikus és tudományos érdekeknek szemeltartása mellett, a jelenleg fennálló beosztás miatt ismétlődő félbeszakítások által szét-darabolt tanidő jobban kihasználhatósága érdekében a jövő 1899/1900. tanévtől kezdve a következő tanidő-beosztást léptetem életbe:

Az I-ső félév tart szeptember 1-től január 6-ig.

Beiratások időtartama a quaeaturán 12 nap, a tanároknál 3 nap, tehát összesen 15 nap.

Az előadások az I. félévben szeptember 16-án, a mennyiben ezen nap nem vasárnapra vagy ünnepre esik, föltétlenül megkezdendők.

A lezkelátogatás tanúsításának (Index-aláírások) kezdete az I-ső félévben december 20-ika.

A II. félév kezdete január 7-ike, vége június 25-ike.

Beiratások időtartama 12 + 3 nap, úgy mint az I-ső félévre nézve kijelöltetett.

Az előadások a II-ik félévben föltétlenül január 23-án veszik kezdetüket.

A lezkelátogatás tanúsításának (Index-aláírások) kezdete a II-ik félévben június 1-je.

A karácsonyi szünidő december 23-tól január 5-ig.

A húsvéti pedig virágvasárnapjától húsvét utáni szerdáig bezárólag tart.

A tanulmányi, fegyelmi- és tanpénz-szabályzat megfelelő szakaszai a jelen rendelet megfélelő intézkedéseihez képest módosulnak.

A legnyomatékosabban hangsúlyozni kívánom, hogy az előadások a megjelölt időpontban föltétlenül megkezdendők és okvetlenül a záros határnapig megtartandók, azoknak későbbi megkezdését vagy hamarabb megszüntetését kizártnak tekintem.

Abban az esetben, ha egyik-másik karnál esetleg fontos és el nem hártatható okok miatt ettől eltérés szüksége mutatkozik, a tanács indokolt előterjesztésére az elhatározást magamnak tartom fenn.

A legnyomatékosabban kívánom hangsúlyozni azt is, hogy az előadási órák a legszigorúbban betartassanak és az egyetem tanáraitól és buzgóságuktól elvárom, hogy épen az általam mindig tiszteltetben tartott egyetemi autonomia érdekében kellő erélylyel gondoskodjanak jelen rendeletem pontos és szigorú végrehajtásáról és általában a rendről és fegyelemről.

A vizsgálatok határideje természetesen szintén az új beosztásnak megfelelően alakul.

Miről a tanácsot tudomás és további eljárás végett 1895. évi 575. sz. a kelt fölterjesztésére azzal értesítem, hogy a tanévnek a tanács által javasolt beosztását nem fogadhattam el, mert az a gyakorlatban a jelenlegi szorgalmi idő megrövidítéséhez vezetne és mert az előadásoknak október hó 8-dikán megkezdése által a középiskolák szünidejétől tetemesen eltérne, s viszont ezen hátrányok mellett a jelen rendelettel életbeléptetett félév-beosztással szemben számottevő különös előnyökkel nem bír. Budapesten, 1899. június hó 2-dikán Wlassics, s. k.

E rendelet tehát lényegileg életbe lépteti az előbbi Trefort-féle szünidei rendet s részben legalább megfelel az egyetemek kívánságainak és habár újra visszaállítja a tanítási idő I. és II. fele között a Csáky-féle renddel eltöröltetni szándékolt aránytalanságot, mégis a rendeletben is kifejtett okoknál fogva czélszerűbb lesz a jelenleginél.

Sajnálattal kell megemlékeznünk azonban az alkalommal arról, hogy a rendelet objectív részét követő szív egezés, a melyben a közoktatásügyi kormányzat lelkére köti az egyetemi tanároknak, hogy a rendeletet pontosan és szigorúan végrehajtsák, ismét alkalmat adott egy kulturális sebünik létezésének demonstrálására. A rendeletnek az egyetemekhez intézteni szokott rendeletek hangjához képest szokatlan erélyességet visszatükrözni látszó szavai ugyanis a hazai napi sajtó egy részében, mely — nem tudni mivégből — minden alkalmat megragad arra, hogy két legfőbb kulturális intézményünket, az akadémiát és az egyetemet a kárörvendés rosszul kendőzött indulatával becsémélhesse, élénk visszhangot keltettek és a rendelet energiájának dicsőítése mellett hasárok zengették megrendszerbeállított egyetemünk gyalázatát, hogy ezekben tanárok, tanulók hanyagok, hogy szigorú ellenőrzésre szorulnak.

Meg vagyunk győződve — az orvosi karokra pedig határozottan állíthatjuk —, hogy ezen egész általánosságban tartott és az egyetemi tanárok összességére kiterjesztett vádak a legnagyobb mértékben alap-talanok. Valamely 200—300 egyénből álló testületben akadhatnak talán egyesek, kik kötelességük teljesítését lazán veszik, de e bizonyára kivételesen előforduló esetekből egyetemes himet varni az egész egyetemi tanító testületre, legszelidebben szólva méltánytalanság. Minden-esetre azonban badarság, mert az egyetemésített vádaskodás épen a kötelességeiket lazán vevő tanárok hanyagságát fedezi és menti, míg a kötelességüket buzgón és odaadással teljesítő tanárokat elkedvetleníti, az egész intézménynek tekintélyét pedig a közfelfogásban leszállítja. Hazafias józan objectív sajtónak feladata ez nem lehet. Tessék kijelölni és megnevezni egyenként azokat, a kik esetleg hanyagok és nem általánosítani! A hazai sajtó közművelődésünk szent ügye ellen vét, ha egyesek esetleges hibáért vádaskodásaival az egész intézményt sújtja és csak sajnálni lehet, ha az ily méltatlan vádaskodások kitérésére maga a közoktatási kormányzat hivatalos rendeletszövege adhatja meg a bizonyára nem intendált impulsust.

A főváros egészsége. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1899. június hó 11-dikétől 1899. június hó 17-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 482 gyermek, elhalt 275 személy, a születések tehát 207 esettel múlták felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápolottak e hét elején 2275 beteg, szaporodás 787, csökkenés 718 maradt e héten végén ápolás alatt 2344. — Nevezetesebb halálok voltak: croup —, roncsoló toroklob 4, hökhurut —, kanyaró 3, vörheny 5, himlő —, typhus abdominalis 4, gyermekági láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 7, agykérlob 14, agyvérömleny 8, rán-

gások 2, szervi szívbaj 18, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurut 27, tüdőgümő és sorvadás 52, bélhurut és béllob 9, carcinomata et neoplasmata alia 12, méhrák 3, Bright-kór és veselob 9, angolkór 2, görvélykór 2, veleszületett gyengeség és alkathiba 13, aszkór, aszaly és sorvadás 3, aggkór 11, erőszakos haláleset 9. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1899. június 18-dikától június 24-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 7 (meghalt —), himlőben 2, (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 19 (meghalt —), vörhenyben 39 (meghalt 2), kanyaróban 73 (meghalt 2), roncsoló toroklobban és torokgyikban 11 (meghalt 2) trachomában 10, vérhasban 1 (meghalt —), hökhurutban 5 (meghalt —), orbáncban 12 (meghalt 1), gyermekági lázban — (meghalt —).

± Adomány a Semmelweis-emlékre. Az I-ső számú női klinika újabb gyűjtéséből 30 frt. Az emlék-bizottság pénztárosának átszolgáltattuk.

Trachoma-tanfolyam. Feuer Náthán dr. egyetemi tanár és kir. közegészségi felügyelő július 4-dikén a székesfővárosi szt. István-kórházban a vezetése alatt álló trachoma-osztályon ingyen trachoma-tanfolyamot fog kezdeni.

Mint hogy a tárgy természeténél fogva hallgatók csak korlátolt számmal vehetők fel, előnyben azon orvostudorok és a zárvizsga előtt álló szigorlók fognak részesülni, kik trachoma-orvosi kiküldetést elnyerni óhajtanak.

± Egyetemi alkalmaztatások. A budapesti orvostudományi tanártestület június 20-dikán tartott ülésében Palotai Andor dr.-t és Wallheim Béla dr.-t az I-ső szülészeti és nőgyógyászati klinikán díjazott gyakoronokul, Bezheft Armin dr.-t a közegészségügyi intézetbe, Molnár Sándor dr.-t a bőrgyógyászati klinikához, Hager Péter és Torday Béla szigorló orvosokat az I-ső kórboneztani intézetbe díjazatlan gyakoronokokul alkalmazta; Safranek János és Hollós József díjazatlan gyakoronkokat a törvénytiszti, illetőleg II-dik kórboneztani intézetek mellett állomásukban még egy évre meghagyta.

A lipiki gyermek-gyógyintézetben még néhány földtjas hely görvélykóros,luetikus, angolkóros, vagy vörsegyen gyermek alkál töltendő be. Fölkértenek ennélfogva azok a szülők, gyámok, intézeti, alapítványi vagy egyesületi igazgatóságok, a kik gyermekeik, illetve gyámoltjaik részére a lipiki gyógyhasználatot biztosítani óhajtják, hogy ajánlataikkal vagy közvetlenül a Sanatorium Lipik igazgatóságához, vagy pedig Budapesten Radó Lipót dr. úrhoz fordulni sziveskedjenek, a ki naponként 2—4 óra közt szóval is ad bővebb felvilágosítást. A földtjas helyeken elhelyezett gyermekek ingyenes orvosi kezelésben, ápolásban és felügyelésben részesülnek. Csak a fürdő- és forráshasználát, az étkezés és a szolgazemélyzet díjazásával egybekötött kiadás és a lakbér térítendő meg az intézetnek, a mely csak abból a czélből létesült, hogy a szegényorsú gyermekek gyámoltásával foglalkozó hatósági és társadalmi tényszerűknek gyámoltjaik gyógyítását lehetővé tegye. A mennyiben jótékony alapítványok, adományok vagy járulékok ezt lehetővé teszik, legközelebb teljesen ingyenes helyek is fognak betöltés alá kerülni.

— Hazai fürdők személyforgalma. Tarcsa (VI/26.): 251. Lipik (VI/14.): 705. Tátrafüred (VI/22.): 117. Budai Erzsébet sósfürdő (VI/19.): 290. Herkulesfürdő (VI/19.): 1944.

— Hutya Ferencz dr. egyetemi rk. tanárt Ö Felsege a föiskolai szervezetet kapott Allatorvosi Akadémia rektorává nevezte ki. Hutya tanárnak eddigelő is tevékeny része volt az állatorvosi oktatásügy továbbfejlesztésében és az öt megillető tekintélyre emelésében, ismert buzgalma és energiája biztosítékul szolgál arra, hogy az igazgatására bízott intézmény, az emberi egészségügygel kapcsolatos állategészségügy az ő keze alatt az eddiginél is még jobban fel fog virágozni.

♀ Rottenbiller Ödön dr. műtőorvos, sebész-klinikai tanársegéd, mint uradalmi fürdőorvos Trencsén-Teplitzben működik.

* Kelen István dr. massage-testegyenészeti és svéd-gymnastikai gyógyintézetét nyárára Uj-Tátrafüredre tette át.

± Megjelent a Marczali-féle Nagy Képes Világtörténet 29., 30. és 31-dik füzet, melyek a görög szobrászatot, építészetet és ezeknek fennmaradt remekeit ismertetik. Ára egy füzetnek 30 kr.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma“ (magánygyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére) Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitéző ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.

Fasor-sanatórium Vízyógyintézete
Budapesten, a Herczel-féle sanatóriumban (Városligeti fasor 9. szám). Bejáró és belakó betegeknek. — Egész éven át nyitva van. — Szigorú orvosi vezetés. — Rendelő orvos: Dr. Kuthy Dezső, a vízyógyászat magántanára a budapesti egyetemen.

Szt. Lukács-fürdő
Nagy kenes iszapfürdő, melynek 520 négyzetméter nagyságú nyitott és zárt medencéiben a forrásvíz naponként négyszer megújul. Minden-nemű gyógy- és fürdőfürdők. Kitéző szállodák. Vendéglő saját főzemen. Olcsó árak. Prospectust ingyen küld az igazgatóság.
téli és nyári gyógyhely
Budapest

Falta dr. szem- és fül-sanatoriuma, Szeged, Laudon-utca és Mars-tér sarkán. Polytonos orvosi felügyelet, lelkiismeretes gondozás és ápolás, igen jó ellátás. Külön szobák. Mérsékelt díjszabás. Külön trachoma-osztály. Telefon 293. Kivánatra útmutató.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XXI. rendes ülés 1899. június 10-dikén.) 330. l. — A berlini tudóvszcongressus. 331. l.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XXI. rendes ülés 1899. június hó 10-dikén.)

Elnök: Bókay János; jegyző: Lévai József.

(Vége.)

Hólyagkitüremelés műtett esetei, a húgyhólyag kiirtásával és az uretereknek a vastagbélbe való implantálásával.

Herczel Manó: Az ectopia vesicae gyökeres műtétének kivételénél két módszer concurrál, melyek egyike a felfrissített hólyagfalnak egyesítéséből áll és különböző segéd- és utóműtétekre szorul; a másik ellenben a hólyag teljes kiirtása után az uretereket a flexura sygmoideába implantálja, a vizeletet a végbélbe vezeti, hol az a végbélzáróizmok közreműködésével órákon át, 8—10 óráig is akadálytalanul maradhat. Az első csoportba vágó számtalan műteti eljárás áll rendelkezésünkre, melyek közül egyesek igen nagy mortalitással járnak, mások számtalan utóműtetre szorulnak. Kielégítő eredményre azonban még a legmegfelelőbb eljárás, a Trendelenburg-féle sem vezetett 1—2 eset kivételével (és ezekben is a betegek a vizeletet csak igen rövid időre tudták visszatartani és csak fájdalom között vizelhettek), mert alapkövetelménye: a sphincter vesicae jelenléte, functióképessége, praecis egyesítése, a mi nélkül az újonnan képezett hólyagürben a continentia nincs meg, csak a legkritikább esetekben lesz várható. Ezzel ellentétben a Maydl-féle eljárás valóban ideális viszonyokat teremt, a mennyiben a betegeket a kiállhatatlan vizeletesurgástól teljesen megszabadítja s megadja nekik a vizeletvisszatartás képességét normalis időközökre.

A legnagyobb ellenvetés, a mi az eljárást illeti, az, hogy az uretereknek a bélbe való implantatioja utat szolgáltat a vese intestinalis infectiojának, ascendáló pyelonephritisek létrejöttének. De míg egyrészt a vesék infectioja a plastikus műtétnek sincsen kizárva, sőt mint tudjuk, nem operált egyéneknek is vesebaj szokott a szerencsétlenek életének véget vetni, addig másrészt úgy tűnik fel, hogy épen a Maydl-féle methodus, mely az ureterek szájadékát s záróizomzatát teljesen conserválja, a mennyiben a húgyhólyag eliptikus részét is kimetszi és implantálja a vastagbélbe, úgy látszik, hogy ép ezen körülmény veszi némileg elejét ascendáló lobos folyamatok tovaterjedésének. Az idő még túlságos rövid, hogy e tekintetben végleges részrehajlatlan ítéletet alkossunk magunknak. Annyi azonban bizonyos, hogy rendelkezünk huzamosabb időn át észlelt esetekkel, melyeknél a vese functióképessége igen keveset szenvedett.

A mondottak illusztrálására felhozó szülő, hogy legújabb statistika szerint (1899. február hóig) ily módon 20 beteg operáltatott, ezek között egyik a szülő első esete. Azóta még két esetet operált, e két utolsó is akadálytalanul gyógyult. Egyikét 1 1/2 év előtt mutatta be az orvosgyesületnek, az utolsót, egy 11 éves fiút most demonstrálja gyógyultan. Együttal ismét bemutatja a két év előtt operált, jelenleg 7 éves fiúcskát. A beteg azóta szépen gyarapodott, jó közérzetnek örvend, vizeletét nappal 6—7 óráig is visszatartja, éjjel gyakrabban üríti. Ha mélyen alszik, a vizelesingert nem érzi és maga alá bocsát. Még mindig van polyuriája (naponta 1800 cm³), a vizeletben fehérnye nyomokban fellelhető, fajsúlya 1005—1007, fagyontja *Korányi Sándor* tanár vizsgálata szerint 0.60, konyhasótartalma 0.4%, arányosan kisebb, úgy hogy valószínűleg igen könnyű fokú nephritis interstitialis chronica áll fenn, melynek eredetét annak idején egy hosszasan tartó lobaris pneumoniára vezették vissza.

A második esetről (Smicsek), melyet 1 1/2 év előtt operált, csak a beteg mult heti (május 28.) levele alapján referálhat. Ez a beteg is állapotával teljesen meg van elégedve, a mennyiben azt írja: „fájdalmaim egy szóval nincsenek, igen jól érzem magam, csak ha hideg van, kell gyakrabban vizelnem, éjjel, ha mélyen alszom, hébe-hóba vizes leszek“.

Harmadik esetét, melynek körtörténete következő, 1899. márczius hóban operálta. Per primam gyógyult, minden sipoly visszamaradása nélkül. Természetes, hogy sokkal rövidebb az observatio ideje, semhogy az esetleg fellépő pyelonephritist illetőleg véleményt lehetne kockáztatni, bár jelenleg a vizeletben fehérnye csak nyomokban mutatható ki. Még röviden megjegyzi szülő, hogy az előtte ismert 22 eset közül csupán egy halálozott el a műtét után, a mi minden esetre eléggé bizonyítja, hogy avatott kezekben e súlyos beavatkozás relative veszélytelen.

P. J. 11 éves, napszámos fia, született Bercezen, Szabolcs megyében. Atyja iszákos, anyja egészséges, családjában veleszületett difformitások nem fordultak elő. 4 testvére él és egészséges, 2 meghalt előtte ismeretlen betegségben. Fekvő beteg soha nem volt.

Status. Korának megfelelőleg fejlett, közepesen táplált fiú, látható nyákhártyái halványak, mellkasi szervei épek, máj- és léptompulat megnagyobbodva nincsenek.

A 8 cm.-nyire táguló symphysis felett a hólyag számos borsómogyorónyi élénk vörös dudorokból álló gyermekököllyi daganat alakjában domborodik elő. A tumor haránt átmérője 4 cm., magassága 3 cm., köhögésnél erősen elődomborodik, almanagságot ér el. Töven 1 cm.-nyire a penis gyöke felett 2 szimmetrikus fekvésű dudor az

ureterek szájadékai 2 mm. hosszú hasadékok alakjában láthatók, belőlük 25—70 mp. időközökben egészen tiszta vizelet buggyan ki, még pedig a jobb ureterből állandóan több, mint a balból, a viszony 4:3. Penis hossza 2 cm., legnagyobb részét a glans foglalja el, teljes epispadiasist mutat. A bal here a herezacskóban, a jobb a lágycsatorna külső nyílásában tapintható. A kitüremkedett hólyag felső területén a bőr 2 cm. magas, felhóldalakú területen hegesen elváltozott, megvékonyodott. Köldök hiányzik. Vizelet napimennyisége átlag 1400 gm., fajsúlya 1026 és 1032 között ingadozott, teljesen tiszta, üledéket nem ad, idegen alkatrészeket nem tartalmaz. A 2 ureterből külön felfogott vizelet fagyontja *Korányi Sándor* vizsgálata szerint mindkét vese épségére és teljes működési képességére enged következtetni.

A műtétet *Herczel* 1899. márczius hó 9-dikén 2 1/2 óra hosszat tartó chloroform-narcosisban hajtotta végre olyképpen, hogy mindenekelőtt az ureterekbe gyufavastagságú elastikus húgycsőbougikat vezetett, hogy a hólyag kiprocedálása közben a húgyvezérek lefutásáról mindenkor tájékozva legyen és azokat meg ne sértsé. A hólyagot a bőr és kitüremkedett nyákhártya határán körülmetszette, a metszést fent a peritonealis ír megnyitásaig mélyítette, az előtoluló bélkacsokat lapos gaze-törlekkel visszatartotta.

Most a bal mutató ujját a hasüregbe vezetvén, ennek ellenőrzésével a metszést a hólyag körül mindenütt a hasüreg megnyitásaig mélyítette s a hólyagot teljesen kifejtette a nélkül, hogy az uretereket megsértette volna. Ezen művelet a hólyag oldalain és főleg a prostaticus részen igen bő vérzéssel járt, melyet lekötéssel és körülöltésekkel teljesen csillapítani nehezen lehetett, úgy, hogy thermocauterrel kellett utóbb a penis gyökén mutatkozó parenchymás vérzést elállítani. Miután az uretereket, az őket kísérő véredényekkel együtt több cm. hosszban a subperitonealis szövetben tompán kifejtette, a hólyagnak legnagyobb részét ollóval lemetszette, csupán egy 3 1/2 cm. hosszú, 1 1/2 cm. széles, az ureter szájadékokat magában foglaló darabot hagyván meg belőle és a peritoneumot gondosan kimelve. Ezután a sebbe előtoluló flexura sygmoideát a mesenterium tapadásával szemben 4 cm. hosszúságban lemetszette, a nélkül, hogy a belet a metszés felett és alatt, mint azt Wölfler teszi, lekötötte volna. A beltartalom kifolyását egyik segéd a bélnek ujjal való összenyomása által gátolta meg. A hosszirányú sebszélnek most harántirányban széthúztatván, a hosszúság harántirányúvá változott, melynek alsó széléhez a hólyagcsont felső széléhez a hólyagcsont alsó széléhez lett 26 elsősoros és 20 másodsoros selyemöltéssel, utóbbi a peritonealis lebenyvel egyetemes odavarrva. A vastagbél visszasüllyesztése után következett a hasfalak zárása silk-wormmal, mi azonban a symphysis és rectusok erős tágulása miatt csak a seb felső 2/3-ában volt lehetséges. A nyitva maradt alsó sebzugba az implantatio helyéig jodoformesikot vezettek, mely egyrészt a hasüreg elzárására, másrészt arra szolgált, hogy netáni vizeletátörés esetén annak levezetése biztosítható legyen. A végbélbe bourdonnet-t vezettek.

Lefolyás. Márcz. 9-dikén, műtét utáni delütán beteg székelési ingerről panaszkodik, a bourdonnet-t véralvadék eltöméselte, egy vastagabbat vezetünk be, mire 200 gm. sűrű, véres, bélsárszagú folyadék ürül.

Márczius 10-dikén. Beteg egyszer hányt, hőmérséke 36.9°, pulsus 89, légzések száma 20, közérzete jó. Végbélből 1650 gm., 1015 fajsúlyú vizelet ürül, mely fehérjét nem tartalmaz.

Márczius 11—13-dikéig beteg közérzete elég jó, láztalan.

Márczius 14-dikén első kötészváltoztatás; a csik száraz, kissé meghúzzák; vizelet napi mennyisége 2500 gm., fehérjét nem tartalmaz, fajsúlya 1011.

Márczius 14—17-dikén a csikot naponként kissé meghúzzák, beteg láztalan, vizeletmennyisége 1500—2000 gm. közt ingadozik, vesetájékok nem fájdalmasak.

Márczius 18-dikén a bourdonnet-t eltávolítják, beteg evőkanálnyi ricinust kap, mire óránként sok bélsárral kevert vizelet ürül.

Márczius 20-dikén. Esti hőmérsék 37.2°, beteg közérzete jó, csikot teljesen kihúzzák, a seb harántirányú sarjadzó üreggá változott át, beléje új, vékony csikot vezetnek, a varratokat, melyek erősen bevágtak, eltávolítják, beteg átlag óránként vizelet, éjjel sűrűbben, miért is a csészét állandóan alatta kell tartani.

Márczius 21-dikén. Az esti hőmérsék hirtelenül felszökik 39.2°-ra; peritonealis tünetek nincsenek, tüdők felett semmi rendelkezésesség, seb száraz, reactio nélküli, élénken sarjadzik. A rectumában a prostatától balra, mogyorónyi, lapos érzékeny resistentia tapintható. Vizelet rendetlen időközökben, 1/2 óránként ürül.

Márczius 22—27-dikén. Beteg lázas, de közérzete elég jó, nem hány, nem csuklik, vesetájékok nem fájdalmasak, vizelet fehérnyét nem tartalmaz. A láz okát felderíteni nem sikerült, a végbélben lévő csekély resistentia, melynek fájdalmassága lassacskán szűnt, azt meg nem magyarázza.

Márczius 27-dikétől április 11-dikéig. Beteg megint láztalan, jó étvágygyal eszik, sebé mindig száraz, lassacskán felödök, vizelet napi mennyisége átlag 1800 gm., nappal 2 óránként ürül, éjjel gyakrabban és sokszor maga alá bocsátja.

Április 11—16-dikáig. Magas lázzal járó acut gyomorhurut. Azóta a beteg teljesen jól van, sebe begyógyult, a vizelet napi mennyisége 1600 gm., fehérségét alig tartalmaz, nappal 5—6 óráig tudja tartani, éjjel, ha mélyen alszik, az ingert nem mindig érzi meg s a vizeletet néha maga alá bocsátja.

Körányi Sándor szíves volt a vizeletet műtét után ismételt (utoljára 4—5 nap előtt) megvizsgálni; a fagypont mindenkor a vese teljes működési képességére engedett következtetni.

Transpleuralis úton műtett elgenyedt májchococcus esete.

Herczel Manó: Utolsó időben a ritka esetek véletlen halmozódása folytán háromszor nyílt alkalma májtályogokat jelen esethez hasonló transzthoracikus úton megoperálni és ezek között kettőt (egy dysenteria, egy echinococcus) meg is gyógyítani. A 3. esetben a beteg a műtétet kitünően kiállotta ugyan, sebe akadálytalanul gyógyult, de a javulás csak néhány hétig tartott, mert dysenterikus lévén a baj, újabb tályogok léptek fel a máj szélén, melyek azután végzetesekké váltak a betegre nézve. Ezen esetekről más alkalommal akar bővebben összefoglalólag referálni, jelenleg csak ezen beteget, kinek tályogát ezen ritkább, transpleuralis úton nyitotta meg és ki az osztályt holnap hagyja el, akarja röviden bemutatni.

F. J. 38 éves kórházi szolga, családjában gümőkóros megbetegedés nem fordult elő. Gyermekkorában egy éven át váltólázban, 3 év előtt 2 héten át heves béllhurutban szenvedett. 1899. január hó 4-dikén elcsúszott, hasa jobbfelét megütötte. Ezen idő óta jobb bordaíve tájékán állandóan tompa fájdalmat érzett, mely mindinkább fokozódott, étvágyát elvesztette, munkaképtelen lett, miért is január hó végével *Hochhalt* főorvos osztályára vettette fel magát, hol is a fájdalom időnkint colicaszerű jelleget öltöttek, eleinte csekélyebb, utóbb nagyfokú, egész esti 40° C-ig menő hőemelkedéssel, rázó hideggel és hányással jártak, miért is a beteg cholelithiasis és cholangioitis suppurativa gyanúja miatt osztályunkra tétetett át.

A magastermetű, teljesen elesett beteg bőre és nyákhártyái alig észrevehető sárgás árnyalatot mutattak. Szívhangok tiszták, szívtompulat kissé feltolt. *Májtompulat:* a jobb parasternalis vonalban az 5. bordán, bimbóvonalon az 5. bordán, hátul azonban a lapoczka szögleténél kezdődik, míg alsó határa jobboldalt a mellső hónaljvonalon elhagyja a bordaívet és azon a parasternalis vonalban egészen 3 ujjal túl ér és baloldalon a bimbóvonalon éri el a bordaszélt. A máj tehát minden irányban, nevezetesen felül meg van nagyobbodva. A mellkason alul, hátul kimutatható tompulat tisztán a máj megnagyobbodása, illetőleg rekeszizom-alatti terimenagyobbodás által van feltételezve, a mi mellett szőlő azon körülmény, hogy a tüdő auscultatorice és percutorice epnek tiúnik fel, izzadmány a mellüregben ki nem mutatható és a Litten-féle tünet is határozottan rekeszizom-alatti terimenagyobbodásra vallott. A máj tájéka nyomásra mindenütt igen érzékeny, főleg elől az epehólyag tájékán és hátul, a 11—12. borda fölött. Az epehólyag ki nem tapintható, a beteg jobb oldalán feküdni nem tud, mély légzésnél jobb mellkas felében szúró fájdalmi vannak, beteg sokszor hány, fájdalmi állandóak, időnkint erősbödnék. A reggeli hőmérsék 36—37° közt, az esti 39—40° között váltakozott. A májtompulat megnagyobbodása s a lázak menete a mellett szólott, hogy a májban vagy a máj körül, subphrenice genyedő folyamatnak kell lennie; csak az volt a kérdés, circumscript genyeddéssel, máj abscessussal vagy pedig cholangitissal van-e dolgunk, mely utóbbi talán epekövek alapján fejlődött. A kérdést eldöntendő Herczel márczius 1-sején *próbabunctiókat* végzett különböző helyeken, míg végre 3 eredménytelen beszúrás után a középső hónaljvonalon a 7. és 8. borda között 8—9 cm. mélységből sűrű igen bűzös genyert kapott, mely igen sok staphylococust és coli-bacillust tartalmazott. Elöl az epigastriumban is végeztek vékony hosszú tűvel próbabunctiót, de genyert nem kaptak. A végkép kimerült beteget aznap még többször kirázta a hideg, hőmérséke 40° körül mozgott, majd erősen collabált, pulsusa nem volt számálható, légzése repülő; camphor-aether injectiókra és 1000 gm. konyhasó-infusio után a beteg szív működése és erőbeli állapota annyira javult, hogy rajta másnap a műtétet végre lehetett hajtani. Azon körülmény, hogy a máj főleg felfelé volt megnagyobbodva és hogy a próbabunctiók is azt mutatták, hogy a geny csupán a máj kúpjában van, míg alsó része tömött és ép, *Herczel a tályognak transpleuralis való úton megnyitására határozta el magát.* Mivel a beteg elesettsége általános narcosist nem engedett meg, Schleich-féle érzéstelenítéssel a mellkas jobboldalán egy a 12. borda szabad végétől a csecsbimbó felé irányított, a 7. bordáig érő, 18 cm. hosszú és egy másik, az előbbi derékszög alatt keresztező 15 cm. hosszú metszéssel a bőr és izomzatnak visszahajtásával a 11., 10., 9. és 8. borda a hónaljárokknak megfelelő részleteit szabadá tette és azokból 10—10 cm. hosszú darabot resecált, mire a mellhártya majdnem 2 férfinyerényi területen szabadon előtűnik feküdt. Terve volt, hogy a pleurát lefejtí, feltolja és így *ha lehetséges*, a pleuralis ür megnyitása nélkül teszi hozzáférhetővé a tályogot, ellenesetben a transpleuralis úton való feltárást veszi folyamatba. Újabb próbabunctiókkal ismét bebizonyult, hogy a genygyülem sokkal magasabban fekszik, semhogy a mellüreg megnyitása nélkül hozzá lehetne férni.

E miatt a bordaközötti edények kettős alakotéte után a mellhártya 18 cm. hosszúságban alulról felfelé fokozatosan fel lett hasítva és rögtön a diaphragmához 21 csomós selyemöltéssel varrva, még pedig olykép, hogy egy segéd enyhe nyomással a pleura lebenyeit két oldalt állandóan a rekeszhez nyomta. Ez által kitünően sikerült a levegőnek a pleuraírbe való beáramlását megakadályozni, még pedig oly tökéletes-séggel, hogy a műtétet követő napon legkisebb légmellt sem lehetett kimutatni. A mellüregben izzadmány nem volt. Ekként sikerült a rekesznek 18 cm. hosszú és 8 cm. széles orsóalakú részletét egész a mell-

hártya alsó áthajlási redőjéig kivarrrva extrapleurálisán elhelyezni és egyben a mellhártya üregét elzárti. Következett a rekesznek átmetszése 14 cm. hosszúságban, mire előtűnt a máj domború felülete, mely a metszés felső részletében a rekeszszel össze volt ugyan növe, de a metszés alsó széle mentén nem, miért is, hogy a hasüreget a geny elől elzárják, a rekeszt a májhoz e helyen 6 csomós varrattal rögzítették. Még e magas helyen is a májba mélyen, 4 cm. vastag gyurmán át kellett behatolni, míg a geny hatalmas sugárban előbukkant. A máj sebének gyors tágitása után circa 2 liternyi igen bűzös geny és néhány echinococushólyag ürült, mi által kiderült, hogy elgenyedt echinococussal van dolgunk. Az üreg kiirrigálása után reflector segítségével áttekintették a máj egész kúpját elfoglaló, genyes czafatokkal borított üreget, melynek nagysága (23 cm. hosszú, 15 cm. széles) valóban meglepett. Vérzésesillapítás thermocauterrel, tamponad steril-gázzal.

Lefolyás. Műtét után beteg 900 gm. konyhasó-oldatot kap subcutan, mire szív működése erősbödik és erős izzadás jelentkezik. Az első 3—4 napon át a légzés kissé szapora, de pneumothorax nincs. A beteg felületesen és ezért szaporán légzik, mert a mélyebb légvételek fájdalmasak; műtét óta állandóan láztalan. Az üreg eleinte igen bőven genyed, a váladék epétől erősen festenyzett, de már néhány nap múlva az epeömlés megszűnik, a váladék kevesbedik. A beteg étvágya fokozott mértékben visszatér, előbbeni állapota gyorsan javul. Az üreg eleinte igen gyorsan kisebbedett, de később csak lassan telődött, jelenleg még néhány cm. hosszú és 1 cm. átmérőjű élénkörös sarjakkal bélelt csatornát képez.

Cowperitis bilateralis gonorrhoea.

Tausz Béla: A 26 éves beteg, ki azért is érdekes, mert luetikus ulceratio következtében penise 3 orificiummal bír, e héten jelentkezett a poliklinikán Feleki tanár úr osztályán, s előadta, miszerint 3 héttel ezelőtt blennorrhoeát kapott, mely eleinte igen erősen folyt, később azonban a folyás elállott s rázóhidegek léptek fel. Ezzel egyidejűleg a gát táján előbb a raphetől jobbra, majd másnap a baloldalon is egy kis kidudorodást vett észre, mely széketétnél és vizelésnél fájdalmas volt. E fájdalmak mindinkább fokozódtak s miután lázas mozgalmak is felléptek, a poliklinikát kereste fel. Vizsgálatnál kitűnt, miszerint a scrotumtól az anusig terjedőleg a raphe mindkét oldalán egy körülbelül diónyi terimenagyobbodás mutatkozik, mely felett a bőr mozgatható s analis vizsgálatnál a prostatától külön álló terimenagyobbodásnak bizonyul. A diagnosist tehát cowperitisre kellett tennünk. Felmerült ugyan a gyanú, vajjon nem a Cowper-mirigy primaer tuberkulosisával van-e dolgunk, de a debilitást megmagyarázta a luetikus egyben fellépett magas láz, valamint a klinikus lefolyás és így a diagnosisk cowperitis gonorrhoea bilateralis maradt.

Idegen test a bronchusban, extractio, gyógyulás.

Berend Miklós: (Lapunk más helyén egész terjedelemben közöljük.)

A kauscul s annak szerepe a fogászati gyakorlatban.

Abonyi József: (Lapunk más helyén egész terjedelemben közöljük.)

A berlini tüdővész-congressus.

(Folytatás.)

Warfeinger (Stockholm) már realisabb themát pengetett; előadta a *svéd népsanatoriumok* számára kidolgozott *étrendjét*, mely lehetővé teszi a phthisises beteg olesó és jó táplálkozását. *Röckling* (Misdroy) a *német keleti-tengerpartvidék* alkalmosságát bizonyítja a tüdővész téli kezelésére (aránylag magas téli hőmérsékek, hosszú ősz, hosszú tavasz, minimális napi amplitude, aránylag kevés egészen borús nap). *Denys* (Löwen) már a második előadó, a ki a *tuberculintól* nem bír megválni: „dans les tuberculeuses pulmonaires avec peu de lesions, la guérison est quasi-certaine après plusieurs mois de traitement”. *Hambleton* a *tüdővész gyógyításáról* szólván, a tüdők működési insufficienciáját mondja leküzdendőnek és meggyőződése, hogy a gümöbaccillus mérge akkor eliminálódik legjobban a szervezethől, ha a bőr, a vesék és a tápláló-esatorna útján történő kiválasztásokat emeljük. Az initialis szakban naponta 3 fürdőt és enyhe salinákat ajánl a betegnek. Ő maga is tüdőtuberculosisban szenvedett és meggyógyult. „In 1876 I recovered from pulmonary tuberculosis. I have found in practice that it is easy to cure this disease at its commencement, even when both lungs are attacked.”

W. Gebhardt, physiologiai chemikus (Berlin) bizonyára nem is sejtette, minő nagy igazat mond, mikor a tüdőbajosok gyógyításában a *napvilágosság emíniens fontosságát* hangoztatta. *E. Friedrich* (Dresden) a tengeri utazások jelentőségéről szól, ajánlva a kényelmesen berendezett vitorlás hajókat betegnek számára; útjaikon csak a tropisi klimat kell elkerülniök. *Schumburg* (Hannover) a kola, kávé, tea, alkohol stb. értékét illetőleg a phthiseoterapiában kissé merész kerülő úton jutott el (ergographikus vizsgálata révén) ahhoz a conclusiohoz, hogy a tüdőbajosok táplálásához ez anyagok, főleg a kissé nagyon is előtérbe tolt „Extractum Kolae” igen előnyös excitantiák. *R. Hammerschlag* (Schlamm Csehország) szerint a *mirigy-tuberculosis* legjobb gyógyszere is a higiénés-dietás therapia, de jelentékeny segítsége van e kezelésnek az intraglandularis jodoform-glycerin-befecskendésekben, melyekre a nagysejtű serophilus mirigyduzzanatok az esetek 65%-ában teljesen eltűnnek. *De la Camp* előadása után a hamburg-ependorfi közkórház tüdővész-kezelésének statistikájáról *v. Schweinitz* (Washington) a tuberculosis *serumtherapiájáról* beszélt. Elmondta az ő évekkal ezelőtt végzett immunitási kísérleteit gyengített kulturákkal (tengeri malac; a kulturák évekig tenyésztettek gyengén savanyú talajon), az ő próbálkozásait, hogy lóből, öszvérből, számból stb. immunizáló savót állítson elő, valami ilyen

serumát azután ki is próbálta legújabbán *Stubbert*, a *liberty-i* (State New-York) sanatorium orvosa 90 betegen, s az eredmény — a statistikai kimutatásból megítélhetőleg — szerencsére nem rosszabb, mintha serumot nem alkalmaztak volna. Igen becsületesen azzal végzi is előadását *Schweinitz*, hogy: „az, hogy egykor specifikus serum birtokába jutunk a tuberculosist ellen, biztossággal nem állítható”. Már *Roberto Campana* római orvos jobban bizik az új *tuberculin* hatásosságában lupusnál (a granulosis folyamat resolútiója jobban megy végbe erre). *Egger* (Basel) azután ismét a *sanatoriumok* jelentőségét hangsúlyozta s ilyen intézetek-ellen és *üdülőcoloniáknak* (melyekben a beteg dolgozhatnék is valamit) létrehozását sürgeti a magaslati klimában; *Wolff*, a reiboldsgriini sanatorium vezetője pedig azt indítványozza, hogy bizzon meg a „Central-Comité” egy arra való fiatal orvosokból alkotott csoportot a különböző klimatikus viszonyok befolyásának vizsgálatával (anyagcsere-, vér-vizsgálatok).

Kuthy dr.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

13,395/1899. tan. szám.

Temesvár sz. kir. város közkórházánál az üresedésbe jött kórházi II-dik másodorvosi állás főispáni kinevezés útján betöltés alá kerül.

Ezen állás évi 400 frtnyi fizetéssel és évi 200 frtnyi lakpénzzel, esetleg természetbeni lakás élvezetével van egybekötve; az állással nyugdíj jogosultság és kétszer ötödéves 10—10⁰/₁₀ korpótlék jár.

Az 50 krezáros bélyeggel és az eddigi szolgálatot, valamint a képesítést igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvények 1899. évi július hó 31-dikéig a polgármesteri hivatalhoz nyújthatók be.

Temesvár, 1899. évi június hó 24-én.

1—1

Temesvár sz. kir. város tanácsától.

4054/899. kig. szám.

Máramaros vármegye ökörmezői járásba kebeleztet színevéri körorvosi állásra, melyhez Színevér község székhelyével Színevér, Polyána, Alsó- és Felső-Kalocsa községek tartoznak, pályázatot hirdetek.

A körorvos javadalmazása a következő:

1. Tiszti fizetés 400 frt.
2. Fuvardíj 53 frt.
3. Halottkémleért Színevér községtől 40 frt.

4. Éjjeli látogatásért Színevéren 1 frt, a többi községekben 2 frt; nappali látogatásért Színevéren 50 kr., a kórhöz tartozó más községekben 1 frt és természetbeni fuvar.

5. Kézi gyógytár kötelező tartása.

Ha a megválasztott orvost a magas kinevezés alkalmazza, úgy onnan a következő illetményeket nyeri:

Tiszteletdíj 200 frt.

Természetbeni lakás kerttel, 11 kat. hold rét illetmény, 42 ürm³ bikk-tűzfűtővön az erdőben és a kinevezés érdekében tett kiszálláskor a m. kir. erdész megillető nap- és fuvardíj. E szolgálattal való megbízás a nagyméltóságú földmivélségi m. kir. Miniszter Úrtól kérvény útján külön nyerendő ki.

A választás határidejéül f. évi július hó 24-dik napjának, d. e. 11 óráját Színevér községbe a körjegyzői irodához tűzöm ki.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hozzám július hó 20-dikéig nyújtsák be.

Ö k ö r m e z ő, 1899. évi június hó 27-dikén.

1—1

Szabó, főszolgabíró.

Az aradi és csanádi egyesült vasutak igazgatósága elhalálozás következtében megüresedett gurahonci pályáorvosi állásra a következő feltételek mellett pályázatot hirdet:

1. Pályázhat minden egyetemes orvostudor ki 35 évnél nem idősebb és ki legalább két évi kórházi gyakorlattal bír.

2. A pályáorvos székhelye Gurahonez.

3. Fizetése fuvarköltséggel együtt évente 1200 frt (mely összeg előlegesen havi 100 frtos részletekben fizetetik) és 3 szoba, eselédzsoba, konyha, éléskamra, mosókonyhából és kertből álló természetbeni lakás.

4. A pályáorvos tartozik Brádtól Bokszeg-Beélig terjedő vonalszakaszon, az ipartelepeken és a vonalmenti községekben lakó vasuti alkalmazottakat, munkásokat és ezek családjaikat gyógykezelné.

A mennyiben a vasuti teendők ellátása megengedi, magánygyakorlat is folytatható. A vidék lakossága nagyrészt román lévén, a román nyelv tudása előnyös és kívánatos.

5. Mindkét részről kölesönösen három havi felmondási idő köttetik ki.

6. A pályázati kérvények július hó 15-dikéig alulírott igazgatósághoz Aradra küldendők. A pályázók közül a választás szintén július hó 15-dikén fog történni és az illető választott pályáorvos alkalmaztatásáról azonnal értesítettik.

7. Az alkalmazott pályáorvosi állását folyó év augusztus hó elsején tartozik elfoglalni.

Arad, 1899. évi június hó 20-dikán.

1—1

Aradi és csanádi egyesült vasutak igazgatósága.

HIRDETÉSEK.

**BÁRTFA-
FÜRDŐ**

Dr. HINTZ HENRIK, az orsz. közegészségi tanács tagja, Sárosvármegye stb. főorvosa, fővárosi nő- és gyermekgyógyász, e nyáron is (13-adszor) hivatalos fürdőorvosként működik Bártfafürdőn és szívesen ad felvilágosítást ezen gyógyhely felől.

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 diaetikus italt képezi. EDESKUTY L. úr ivócsarnokában a nyári hónapokban pohárszámra is kapható.

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

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

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

VÉDŐJEGY.



Univ. med. Dr. PÉCSI DANI nyilvános

tehénimlő-termelő intézete

BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.

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

1 fióla 2—3 egyénre	120 fillér
10 vagy több fióla á	100 fillér
1 fióla 10—15 egyénre	3 korona
1 fióla 50 egyénre	450 fillér
1 fióla 100 egyénre	9 korona
Epidémin, egy tubus	100 fillér
Üres fióla darabonként	2 fillér
„ fűvőcsé darabonként	4 fillér
Tárgylemez darabonként	8 fillér
Oltóterely keausuk-tokkal	2 korona
Portóért és csomagolásért	80 fillér

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

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

CSÁSZÁRFÜRDŐ BUDAPESTEN.

Elsőrangú kénés hővizű gyógyfürdő páratlan gőzfürdővel, legmodernebb iszapfürdővel, pompás ásványvíz-uszodákkal, kő- és kádfürdővel, 200 kényelmes lakoszobával. A legszolidabb kezelés.
Prospektusok kívánatra ingyen és bérmentve.

Gyógyintézet idegbetegek számára
JANNOWITZBAN (Riesengebirge).

szép kilátással, nagy parkkal,
elmebetegek és nehézkórosok kirekesztésével.
Korlátolt számú betegek (legfeljebb 15).

Dr. WOELM, specialista
idegbetegségekben.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

- Lantos Emil: Újabb adatok az abortus kezeléséhez. 333. l.
 Bálint Rezső: Közlemény a Korányi Frigyes tnr. vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kórodáról. Adatok a puerperalis idegbajok tanához. 334. l.
 Baumgarten Egmont: Közlemény a budapesti poliklinika orr- és gégeosztályáról. Az orrsővény elhajlásainak és léczinek műtéve a Schleich-féle érzéstelenítő eljárással. 335. l.
 Feleki Hugó: A húgyesöblennorrhoea antiparasítás gyógyító módjai. 336. l.
 Tárcza. Heisler Ignác: A rokkantság és aggkor esetére szóló német biztosítási törvény, különös tekintettel a vagyontalan tüdőbetegek gyógykezelésére. 339. l.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Bókay Árpád, Kéty Károly, Korányi Frigyes: A belgyógyászat kézikönyve. 339. l. — Lapszemle. Lemoine: Bright-kór gyógyítása. 340. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Új törvényszéki orvosok. — Az Erzsébet királyné sanatorium-egyesület. — Fango sanatorium Budapesten. — A nagykarolyi nyilvános közoktató kimutatása. — Nuszer Lajos. — Kinevezések a honvédorvosi karban. — Hazai fürdők személyforgalma. — Gleichenberg. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 330 l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Újabb adatok az abortus kezeléséhez.¹

Lantos Emil dr. nőorvostól.

Közel öt éve annak, hogy a budapesti kir. orvosegyesületben 100 eset kapcsán az abortus kezeléséről tartottam volt egy előadást, melynek főcélját egy egységes kezelési mód megállapítása képezte. Az öt év óta nyert újabb tapasztalatok, felvilágosítások, melyek újabb segédeszközök, első sorban bővebb bakteriológikus ismereteink által vannak feltételezve, végül saját eseteimnek tekintélyes száma arra jogosítanak fel, hogy ma újból a kérdéshez szóljak.

Joggal említi Brausewetter (Monatsschrift f. Geburtsh. und Gyn. VI. kötet, 5. füzet), hogy feltűnő, miként az újabb szerzők a fenyegető és lefolyt abortus kezelésén szólanak elsiklanak és legfeljebb csak ismeretes tényeket ismételnek. Nézetem szerint ez csupán azért van így, mert az itt felmerülő kérdésekben még elég egyöntetű az eljárás; mindazonáltal nem hagyhatom az abortus e két phasisát sem szó nélkül.

A fenyegető abortust, vagyis fájdalmakat és vérzést rendszerint zárt méhszájnal, manapság főleg ágyynyugalom elrendelésével igyekezzük leküzdeni, annyiival is inkább, mert zárt méhszájnal a vérzés többnyire igen csekély. Ha a vérzés itt oly nagyfokú, hogy első sorban a hüvely tamponálásához kell fognunk, úgy többé alig szólhatunk már fenyegető, hanem csakis kezdődő abortusról és ilyenkor a tamponálás nem lesz többé a fenyegető abortus leküzdője, hanem az abortusnak magának hathatós megindítója és így egyszersmind a vérzés sikeres megszüntetője is. Elég oly esetet ismerünk, a hol a fenyegető abortust ágyynyugalommal sikerült leküzdeni. Oly esetek, a hol nyitott méhszáj mellett az abortust feltartóztatni sikerült volna, a ritkaságokhoz tartoznak és utólag sem tekinthetők fenyegető abortusnak, hanem oly kivételes eseménynek, a hol a tünetek visszaféjlődésével a terhesség tovább folytatódott. Elég nagy anyagom mellett határozottsággal csak egy idevágó esetet észlelhettem, mely egy nőt illet, ki egyszer szült és már egy ízben a terhesség 2-dik havában elvetélt, mely alkalommal az odanőtt petét manualisan kellett leválasztanom. A bennünket érdeklő esetben a terhesség 3-dik havában elég erős vérzés mellett a nyakcsatorna ujjnak átjárható, a pete pedig a belső méhszáj táján elég jól tapintható volt. Mi-

után a beavatkozást nem tartottam teljesen javaltnak, nyugalmat és hüvelyöblítéseket rendeltem azon meggyőződéssel, hogy néhány óra múlva a pete eltávolításának szükségessége be fog következni. Legnagyobb meglepetésemre a vérzés rövid 1—2 óra múlva csupán szivárgás alakjában mutatkozott, a szülőfájdalmak pedig teljesen megszüntek. Nyolcz napi ágyynyugalom után beteg elhagyhatta az ágyat, a terhesség pedig zavartalanul tovább folytatódott. A szülés minden kimutatható ok nélkül a terhesség 7-dik havában következett be; az ez időpontnak megfelelően fejlett magzat azonban csak néhány óráig élt. Ezen eset ép oly kevésbé tekinthető fenyegető abortusnak, mint pl. egy olyan terhesség, a melynek végén szülőfájdalmak lépnek fel, a méhszáj megnyílik, magzatrészek pedig tapinthatók lesznek, csak kezdődő és nem fenyegető szülésnek veendő. Láttam már szülőnöket 3 ujjnyi méhszájjal, a hol a fájdalmak elmaradtak és a szülés 3 héttel később állott be. Ezen kivételes esetekben egy már kezdődő szülés csupán hetek múlva ért véget.

Fenyegető abortus ellen ezek szerint az ágyynyugalom az uralkodó szerünk, a melylyel elég gyakran fog sikerülni az abortust feltartóztatni. Jelentékeny vérzés mellett azonban, főleg ha a méhszáj megnyílt, az abortus a legnagyobb kivételekkel feltartóztatatlan; az ily esetekben való eljárásról későbbben.

Mielőtt még röviden a befejezett abortusra áttérnék, meg akarom jegyezni, hogy dolgozatomban csupán a 3-dik terhességi hónap végéig terjedő abortusra szorítok, mint olyanra, a mely a későbbi, már inkább a rendes szüléshez hasonló elvetéltől elütő tulajdonságokkal bír.

A mi a befejezett abortust illeti, úgy itt szabálynak tekintendő, hogy oly esetekben, a hol minden — tehát pete és függelékek — távozott, a vérzés teljesen megszűnik vagy legfeljebb nyomokban még 1—2 napig mutatkozik. Ebből egyszersmind az következik, hogyha az abortus után vérzés még fennáll, úgy majdnem bizonyossággal feltehető, hogy a méhüregben peterészek maradtak vissza. Az ilyen körülmények között megejtett vizsgálat az esetek túlnyomó számában a nyakcsatornát ujj számára átjárhatónak fogja találni, jeléül annak, hogy az üreg nem üres. Ezen lelet csupán azon ritka esetekben fog hiányozni, a melyekben apró, a méhfalhoz tapadó deciduarészek okozzák a vérzést. A bennünket itt érdeklő kérdés az, hogyan lehet a post abortum vérzéseknek elejét venni? A válasz e kérdésre attól fog függni, hogy vajjon mi fejeztük-e be az abortust avagy pedig a már befejezett elveteléshez hívtunk-e. Miután e kérdés sokkal czélszerűbben ott beszélhető meg, a hol az abortus lefolyásáról illetőleg kezelése eredményeiről számolunk majd be, úgy e helyen

¹ Előadott a budapesti kir. orvosegyesület gynaekologikus szakosztályának 1898. november 15-diki ülésében.

csak röviden azt kívánom megjegyezni, hogy mindenkoron szabálynak állítsuk oda, hogy oly esetekben, a hol mi fejeztük be az abortust, vérzésnek tovább fennállani nem szabad; ha mégis vérzik, úgy peterészek maradtak vissza a méhüregben, melyek azután valamilyen módon eltávolítandók. Ha már a befejezett abortushoz jövünk, úgy mindenkoron kötelességünk az eltávolodott petét behatóan megvizsgálni; csupán pontos megtekintés győzhet meg bennünket arról, vajjon eltávozott-e a pete avagy maradtak-e részletek a méhüregben. Ha utóbbi eset forogna fenn és ha egyszerűsmind vérzés is fennállana, úgy belső vizsgálat szükségessége áll be, melyet azután, ha a nyakcsatorna átjárható, ezélszerűen a méhüreg kitarításával köthetünk össze. Vérzés zárt méhszáj mellett rendszerint deciduáreszletek visszamaradására vall, ezek eltávolítása a curette segítségével a vérzés fokától fog függni. Természetesen lesznek oly esetek is, a hol a befejezett abortus utáni vérzés atonia uterire vezethető vissza, esetek, melyekkel a 3-dik terhességi hónap végéig bekövetkezett elvetéléseknél igen ritkán találkoztam; ilyenü vérzések alig tartanak 1—2 napnál tovább és sikeres leküzdésükre ágyynyugalmon kívül ergotin adagolása elégséges. Napok és heteken át tartó vérzés a legnagyobb bizonyossággal visszamaradt deciduáreszletekre (endometritis deciduae) enged következtetni; kezelésére még visszatérünk.

Nézetem szerint tehát befejezett abortusnál nem annyira annak kezeléséről, mint inkább felismeréséről lehet szó. Akár mi fejeztük be az abortust, akár magától folyt legyen az le, mindkét esetben semmi tennivalónk nincsen, ha csak a méhüreg tartalma nem mutatta a bomlás tüneteit, a mely esetben a méhüreg kiöblítése fertőtlenítő oldattal (sublimat, lysol) válik szükségessé. Ha vérzés áll fenn, úgy vagy hamis volt a kórisménk és az abortus nem volt befejezve, avagy pedig ritkább esetekben a méhnek atoniája okozta a vérzést.

* * *

Az abortus kezelésének áttekintő fejtegetése annak 3 stadiumba való osztályozása által sokat szenved és ha dolgozatomban ezen osztályozáshoz ragaszkodtam, annak oka csupán az, hogy 1—2 itt felmerülő vitás pontra kívántam kiterjeszkedni. Sokkal egyöntetűbb és minden phasist felkaroló, ha csupán az abortus kezeléséről magáról szólunk, mely ép úgy fog a complet, mint az incomplet abortusra kiterjeszkedni és természetesen az utókezelést is magában felölelni. Ily értelemben lépek tárgyam főfeladatához, a tulajdonképeni abortus kezeléséhez; tanának fejlődési menetétől bátran eltekinthetek, mert csak ismert dolgokat kellene felsorolni, a mi pedig ez előadás keretébe nem való.

Az abortus kezelésében még mindig vita tárgyát képezi azon kérdés, vajjon nem ezélszerűbb-e a pete, illetőleg egyes részeinek kiküszöbölését a természetre bízni, mint az abortust activ beavatkozással befejezni. Figyelmünk joggal irányul e kérdés felé, a mennyiben kevés kivétellel oly esetekben vétetünk igénybe, a melyekben nem az abortus kórisméjét, hanem annak lefolyásában felmerülő szabálytalanságok leküzdését várják el tőlünk. E tény tekintetbe vételével fogok a magánygyakorlatomban előfordult és active kezelt 300 abortus-esetről beszámolni és ott, a hol helyén való lesz, azon eseteimről is megemlékezni, a melyekben az activ beavatkozást szükségtelennek tartottam.

Mielőtt azonban azt megtenném, egynehány az abortus lefolyása közben felmerülő általános nézőpontnak fejtegetését annyiban vélem szükségesnek, a mennyiben ezek tudtommal eddig-él ily alakban systematikus megbeszélés tárgyát még nem képezték, helyes felismerésük pedig az egyedül követendő utat kijelölni képes.

Az abortus lefolyásában fellépő vérzés és láz az a két tünet, melyek miatt tanácsunkat és segítségünket legtöbbször igénybe veszik. A vérzés rendszerint nagyobb fokú lesz, mert úgy a beteget, valamint környezetét is egy csekély vérzés ép oly kevésé nyugtalanítja kezdődő abortusnál, mint pl. kezdődő szülésnél szülőfájdalmak fellépése; a láz pedig aggodalomra mindig ad okot. Az esetnek helyes megítélése mindenkoron következő kérdések tekintetbe vételétől függjön: 1. Mióta és milyen fokban vérzik, illetőleg lázas a beteg? 2. Milyen a beteg általános állapota? 3. Távozott-e már valami? (Magzat, függelékek, avagy mindakettő). 4. Milyen a méhszáj, illetőleg a nyakcsatorna?

Ad 1. Első sorban a vérzés, illetőleg láz tartama veendő tekintetbe. Ha a vérzés csak csekély mértékben és rövid idő óta áll fenn, úgy általánosságban várakozó álláspontot foglalunk el: ágyynyugalom, hüvelyöblítések valamely antiseptikus oldattal — előszeretettel lysol-t használók — rendelendők. Igen gyakran elegendők a természeti erők a méh tartalmának kitolására. Egyszeri láznál avagy rázóhidegnél szintén még várhatunk; rázóhideg fellépése a legnagyobb valószínűséggel a mellett szól, hogy a pete már elhalt és a felszívódási folyamat már beállott, ezen állapot kórjósolata azonban, főleg ha a láz nem tartós, elég kedvező; ily esetekben szintén helyén valók az ágyynyugalom és az antiseptikus hüvelyöblítések. Ha azonban fokozódik a vérzés, ismétlődnek a rázóhidegek, úgy komoly feladatunk az abortust minél gyorsabban befejezni, vagyis a beteget minél előbb az említett veszélytől megszabadítani. Most esetleg a beavatkozás következményeitől való félelem miatt még tovább várni, annyit jelentene, mint a beteget nagy valószínűséggel a legnagyobb veszélynek — elvérzés (anaemia), sepsis — annyival is inkább kitenni, mert sohasem vagyunk képesek azt az időpontot előre meghatározni, a melyben a vérzés aggasztó, a láz pedig öldöklő jelleget vesz majd fel.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Korányi Frigyes tnr. vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kórodáról.

Adatok a puerperalis idegbajok tanához.

Irta: *Bálint Rezső* dr.

(Vége.)

II. eset.

Cs. J.-né, 20 éves, r. k., földműves neje. Szülei élnek és egészségesek, családjában idegbaj nem fordult elő. Jelen baja előtt nem volt beteg. Havibaját 13 éves korában kapta meg s azóta két terhességtől eltekintve, rendszeren jelentkezik. Jelen betegsége első tüneteit négy év előtt, első terhessége végén vette észre. Lábai a kilencedik hónapban annyira elgyengültek, hogy gyakran járnai sem tudott. A kilencedik hónap végén egészséges fiúgyermeket szült, mely azonban egy hó múlva göresök között meghalt. Gyermekágya rendes lefolyású volt, láz nélkül; két hét múlva felkelt, lábaira azonban alig tudott rálépni. Gyengének, fesszeknek érezte azokat, azonkívül zsibbadási és hangyamaszási érzése is volt. Hónapok múltán állapota megjavult, járása könnyebb, biztosabb lett. Hét hónappal első szülése után ismét teherbe esett; terhessége alatt lábainak állapota nem rosszabbodott. A szülés, dacára terhességének harmadik hónapjában elszennvedett leesési traumának, rendes időben folyt le s szintén teljesen rendes gyermekágy követte. Felkelése után azonban újból s még nagyobb fokban észlelte lábainak gyengeségét, sőt ekkor már környezetének is feltűnt nehézkes, bizonytalan és botorkáló járása. Különösen jobb lába volt az, mely gyengébb lett. Néhány héttel később kezei is gyengülni kezdtek, majd később reszketni is, úgy hogy finomabb munkát végezni nem tud; utóbbi időben beszéde is nehézkesebbé vált, s környezetének bemondása szerint kedélyhangulata labilisabb. Vizelete csak nagyobb erőmegfeszítésre indul meg. E panaszokkal kereste fel kórodánkat következő jelen állapottal.

Erőteljes, jól táplált nőbeteg, ép esontrendszerrel. Bőr rendes színű, nyálkahártyák szintén. Étvágy jó. Szervekben semmi eltérés. Pupillák középtágak, egyenlők, szabályosak, fényre és accomodatoria jól reagálnak. Szemmozgások szabadok, nystagmus nincs. Facialis, hypoglossus intactak. Felső végtagok, különösen a bal izomereje erősen csökkent. Active minden irányban jól mozgatja, passiv mozgatásnál spasmus nincs. Triceps-reflexek kiválthatók. A felső végtagokban kifejezett intendált remegés, kisebb fokban az alsó végtagokon is. Alsó végtagok izomereje kevésbé csökkent. Activ mozgások jól sikerülnek, passiv mozgatásnál kis spasmus észlelhető. Térdreflexek spastikusak, jobboldalt clonus váltható ki. Járás spastico-paretico-atactikus. Nagyfokú Romberg-tünet. Tapintás, fájdalom-, hő-, hely- és izomérzés intact. Látás, hallás jó. Dysuria a fent említett alakban. Székletét rendes. Beszéde kissé nehézkes, időnként inkább hebegő, mint skandáló. Kisfokú imbecillitas. Nagyfokú kedélybeli labilitás.

Diagnosis. Sclerosis polyinsularis.

Beteg körülbelül három hétig feküdt klinikánkban. Állapota azonban keveset javult, miért is távozott.

* * *

A két eset közül az első bizonyára érdekesebb és tanulságosabb, annál is inkább, mert ennél autopsiával is rendelkezünk. Egyszeri pillantásra is feltűnik mindkét eset aetiológiájának hasonlósága s az, hogy mindkét eset aetiológiájában van valami, a mi vezérszerepet játszik, s ez a puerperium. Mindkét esetben láttuk azt, hogy a betegség symptomái a teljesen normalis puerperium után léptek fel s minden következő puerperium után

határozott fokozódás állott be. A symptomák e súlyosbodása a betegség előhaladásának jele, a mit az is bizonyít, hogy az első esetben a különböző fejlődési szakoknak különböző korú góczok felelnek meg a gerinc- és agyvelőben. Hangsúlyozni akarom még egyszer azt, hogy a beteg minden gyermekági lázat tagadott. A betegség lefolyása az I. esetben különben nálunk is teljesen láztalan volt, úgy hogy sepsisre, pyaemiára gondolnunk nem lehet, annál is kevésbbé, mert ha nem is akarunk a beteg bemondásának teljes hitelt adni, 4 gyermekági után sepsist, mely mindig ily hasonló alakban jelent volna meg az idegrendszerben, még elképzelni is nehéz. Az infectiosus eredet ellen szól, ha kevés nyomatókkal is, a bakteriologikus oltás is, mely mint mondtuk, egy egészen friss gócz kaparákából történt és pathogen bakteriumot vagy coccust nem eredményezett. Itt tehát a puerperium maga, mint a generacionak phasisa az a momentum, melyet az idegrendszer ezen elváltozásának létrehozásával okolni lehet. Kérdés már most, mily úton képzelhető ez el s most kénytelen vagyok ismét a puerperalis neuritishoz térni vissza s azokat a magyarázatokat vizsgálni, melyekkel a puerperalis neuritisek létrejöttét megközelíteni igyekeztek.

Eltökintve azoktól, kik, mint már fent említettük, a nyomást és sepsist is az aetiologikus momentumok közé sorozzák, voltak, kik a valódi puerperalis neuritis okát toxinokban keresték. Így pl. *Mader* szerint a terhesség alatt keletkeznek toxikus anyagok, melyek azután valamely alkalmi ok pl. vérzés, gyulladás, szülés stb. alatt károsítják az idegrendszert. *Lunz* szerint az általános anaemia, a psychikus affectusok, melyek a terhességnél illetve szülésnél jelentkezhetnek, a vérnek a regressiv metamorphosis productumaival való túltelődésével kapcsolatban okozzák az elváltozásokat. Hasonlóan vélekedik *Küster*, *Hallerworden* is, kik mind a terhesség s puerperium alatt megváltozott anyagcsere okozzák a betegségek előidézését. *Schrader* a szülési aktusnál használt desinfectiák hatását látja az elváltozásokban. Ismét mások, így *Lunz*, *Tuillant* a szülésben, mint egy az egész szervezetet gyöngítő momentumban csak praedisponáló momentumot látnak, mely kívülről jövő ártalmak behatását lehetővé teszi.

A mi a localisatiót illeti, *Sänger* a kézben, s főleg a jobb kézben való kedvez localisatio okát abban keresi, hogy a szülő az erős fájdalmak alatt valamely tárgy erős megfogásával igyekszik támogatást nyerni, mi által az illető kéz idegei jobban igénybe vétetnek, már pedig tény az, hogy valamely idegterület hyperfunctioja könnyen vezet neuritisekhez.

Mind e magyarázatokat hallva, mindenekelőtt szembeszökik az a körülmény, hogy a puerperalis neuritisek aránylag elég ritkák, már pedig ezeknek az anyagcsere stb. változásoknak a terhesség és puerperium minden egyes esetében jelen kell lenniök. De különben is igen nehéz azt már teleologikus szempontból is elképzelni, hogy physiologikus szülésnél és puerperiumnál toxinok képződhetnek, melyek a szervezetet károsítanak. Tény az, hogy esetekben is a magyarázat legkönnyebben a toxinok segítségével történhetnék, annál is inkább, mert a sclerosen en plaquenak az esetek nagy számában toxinok által okozott volta ma már az ideggyógyászatnak majdnem végérvényesen megvitatott kérdése. E toxinok képződése, jelenléte s mibenvolta azonban normalis szülésnél, mint mondtuk, annyira kétes, hogy számba alig jöhetnek, valamint hogy eseteinknél az eddig tárgyalt magyarázatok egyikét sem vehetjük igénybe.

Valószínűnek tartom, hogy eseteinkben a sclerotikus góczok létrejöttére a puerperiumok csak alkalmi okul szolgáltak, de mint ilyenek, nagyon is fontos szerepet játszottak. Nem is nehéz elképzelni, hogy egy idegrendszerre, mely bármely okból sclerotikus elváltozásokra inclinál, a puerperiummal járó nagyfokú megerőltetés és rázkódtatás oly befolyást gyakorol, mely a pathologikus elváltozásokat kiváltani vagy siettetni képes. Hiszen a sclerosen polyinsularisnak nem egy esetét találjuk leírva, hol az elváltozások határozottan trauma után jönnek létre. Nem nagyon egyszerű s könnyű volna-e a puerperiumot mint ilyen traumát fogni fel, mely azután ismétlődése által a folyamatot fejlődésében elősegíti? Én tehát azon a véleményen vagyok, hogy eseteinkben a puerperium traumához hasonlóan hatott az idegrendszerre, s okozta ennek megbetegedését, a mi mellett természetesen fel kell tételeznünk azt, hogy oly idegrendszerrel van dolgunk, melyben a betegség

esírója, annak tulajdonképeni okozója már benn van, de a mely kórokozó momentum hatását csak egy hatalmas alkalmi ok jelenléte mellett képes kifejteni.

Nem tudnám ezzel megmagyarázni a neuritis puerperalis létrejöttét, annál kevésbbé annak határozott localisatióját, a mi azonban nem is képezhetne czélomat.

Végre még egyet. Két esetből itélni vagy következtetni egyáltalán nem, vagy csak igen merészen lehet; mindannak dacára már most felmerült előttem a kérdés, hogy vajjon az orvosnak, ha a puerperiumnak ily deletaer hatását látja az illető egyén idegrendszerére, nem kell-e arra gondolnia, hogy őt további szülések okozta rázkódtatástól s így bajának előhaladásától valamiképp, esetleg a nemzés korlátozása által megóvja? Oly kérdés, melyre mint mondtam, két eset kapcsán reflectálni alig lehet. Talán a későbbi casuistika megadja rá a feleletet.

Irodalom.

1. *Hallerworden*. Zur Pathogenese der puerperalen Nervenkrankheiten und der toxischen Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. LIII. 5, 1897. 2. *Möbius*. Ueber neuritis puerperalis. Münch. med. Wochenschr. 34, 9, 1887 és Beiträge zur Lehre v. der Neuritis puerperalis. Münch. m. Wechschr. 37, 1890. 3. *E. Sottas és J. Sottas*. Note sur un cas de paralysie puerp. generalisée. Gaz. d. Hôp. 65, 1892. 4. *Mader*. Zur Polyneuritis peripherica puerperarum et gravidarum. Wiener klin. Wochenschr. VIII., 30, 31, 1895. 5. *Raynold*. Peripheral neuritis connected with pregnancy and the puerperal state. Brit. med. Journ. Okt. 16, 1897. 6. *Lancy*. Paralysie postpuerperale par neurite peripherique. Revue neurol. IV. 16, 1896. 7. *Hünemann*. Ueber Nervenlähmung im Gebiete des N. ischiad. in Folge v. Entbindungen. Arch. f. Gyn. XLII. 3, 1892. 8. *Mills*. Neuritis and Myelitis and the forms of paralysis and pseudoparalysis following labour. University med. Mag. V. 7, 8, 1893. 9. *Lunz*. Ueber Polyneuritis puerper. Deutsche med. Wochenschr. XX. 47, 1894. 10. *Windscheid*. 11. *Tuillant*. De la neurite puerperale. Thèse de Paris. Nr. 252, 1891. 12. *Raynoid*. l. c. 13. *Danzinger*. Rachen- u. Kehlkopfsymptome bei der Polyneuritis puerp. Monatschr. für Ohrenheilkunde u. s. w. XXX. 1896. 14. *Korssakoff*. Archiv für Psychiatrie. Bd. XXI. 3, 1890. 15. *Eulenburg*. Ueber puerperale Neuritis u. Polyneuritis. Deutsche med. Wochenschr. 1895, Nr. 8, 9. 16. *Strümpell*. Spec. Pathol. u. Therapie. III. k. 17. *Oppenheim*. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 18. *Leyden-Goldscheider*. Erkrankungen des Rückenmarks u. der Med. oblong.

Közlemény a budapesti poliklinika orr- és gégeosztályáról.

Az orrsövény elhajlásainak és léczeneinek műtévese a Schleich-féle érzéstelenítő eljárással.

Irta: *Baumgarten Egmont* egyetemi m. tanár, az osztály vezetője.

(Folytatás.)

III.

A phenolum natrosulforicinicum az orr-gégészeti gyakorlatban.

Ama sok új és újabb szer között, mely az orr-, torok- és gégebetegségek kezelésénél ajánlva lett, csupán a *phenolum natrosulforicinicumot* tettem tüzetes vizsgálat tárgyává, minthogy azt *Heryng* tanár, a gégetuberculosis helybeli operatív kezelésének előharcosa, melegen ajánlotta. Franciaországban először *Ruault* tett ezen szerre figyelmessé és közölte annak használhatóságát, a francziák csupán *Phenol sulfuriciné* elnevezéssel illetik. Miután több mint egy éve, hogy ezen szert különféle betegségekben alkalmazom és ezen idő alatt hosszas megfigyelések által meggyőződést szereztem arról, hogy az némely betegségekben kitünő szolgálatot tanúsít, más esetben pedig, hol az ajánlva lett, tartós hatás tekintetében kevésbbé megfelelő, mint az ismert gyógyszerek, ennél fogva indíttatva éreztem magam az e téren szerzett tapasztalataimat összegyűjtve egybefoglalni; kénytelen vagyok azonban ez alkalommal az összehasonlítás czéljából az *acid. lacticum*, a *phenocollum hydrochloricum*, *orthoform* stb. szerről is megemlékezni, mert csak így lehet ezen új szer valódi értékét kellőképp méltatni.

A *phenolum natrosulforicinicum* nem más, mint *phenolum syntheticum*nak oldata natrium sulforicinicumban; sárgásbarna sűrű folyadék, szörpszerű, vízzel keverhető, erős antiseptikumot képez, szaga a carboléra emlékeztet s a nyálkahártyára dörzsölve, fájdalmat nem okoz. A legtöbb beteg a szer alkalmazásánál fájdalmat nem érzett, egyeseknek a szag, másoknak a szer íze volt kellemetlen,

különösen akkor, ha az orrgaratban vagy torokban történt az alkalmazás.

Ezen orvosságot először a *gégetuberculosisnál* próbáltam meg és pedig 20–30%-os oldatban s az első időben igen meg voltam lepve, mily gyorsan s látszólag mily szép gyógyulásnak indulnak főleg a fekélyek. Ma azonban igen örülök, hogy akkori véleményemet nem közöltem, mert ma utólag meg kellene vallanom, hogy korántsem értem el ezen szerrel ama eredményt, a mit eleinte attól reméltem. Most több mint egy évi tapasztalás után teljes meggyőződéssel mondhatom, hogy ezen szert nehezen nélkülözöm, noha azzal feltűnő gyogyeredményekről beszámolni nem tudnék. Mindazonáltal egyes betegedéseknél, miként látni fogjuk, igen jól bevált, sőt a rhinitis chronica atrophicanál különösen teljes megelégedésemet vivta ki magának.

Gümőkóros gégefekélyeknél 30 esetben kísértem meg e szert és az alkalmazás kezdetétől számított két hónap alatt felületes fekélyeket két esetben begyógyulni láttam. Nem mondhatom, hogy jodoform, jodol, vagy egyéb porok befűvése után, vagy menthololajjal stb.-vel való esetelés után több gyógyulást láttam volna, de kevesebbet se, de minden esetre állíthatom, hogy a tejsavval kezelés jobb eredményre vezetett. Két esetre, melyet kezdetben kezeltem, különösen emlékszem. Egyikben egy 24 éves férfinél a bal hangszalag piros, beszüremkedett és nagyon vastagodott volt, a proc. vocalis körül fekély, mely a hangszalag oldalról való megtekintése mellett borsónyinak volt mondható. Négy heti 30–50% phenol. natrosulfuricinium oldatokkal való esetelésre az azelőtt mindig rekedt hang javult, a fájdalmak elmúltak, a hangszalag majdnem halavány, csak igen keveset beszüremkedett volt, a fekély sokkal tisztább és élesen határolt.

Azt hiszem, hogy e szernek hatását legjobban ez esettel jellemezhetem, ha mondom, hogy többnyire úgy hat, miként ezt ez esetben megírtam, sem többet, sem kevesebbet. Mert a milyen volt a hatás ebben az esetben, olyan volt majdnem a többi 27-ben, a fekélyek tisztultak néhány nap alatt, a környezet, mely előbb belövelt volt, mihamarább normalisnak jelentkezett, a tisztult fekélyek élesen elhatárolódnak a környezettől, sőt a reactio is tűnik és a subjectiv érzés sokkalta javul. Ha a szert töményen alkalmaztuk, akkor a további gyógyhajlam a legtöbb esetben egyszerre megállott és 3–4 héten át ugyanazt a képet és ugyanazon eredményt kellett feljegyezniünk.

Az említett esetben még 4–5 héten át 50–70%-os oldatot használtam naponta, a lelet ugyanaz maradt, végtére a szert tisztán használtam 4 héten át, a fekély azonban mitsem változott. Ekkor a 30–50%-os tejsavat vettem alkalmazásba, melylyel a fekélyt bedörzsöltem, 14 nap múlva nem volt a fekélyen lepedék látható és 8 napra rá a fekély, mely akkor szürkés és lenesemekkoraságú volt, úgy nézett ki, mintha kikaparták volna, a rája következő 8 nap múlva a hely piros és sarjadzóvá lett és a betegnek megjött a hangja. A beteget hat hónapon át megfigyeltem rövid időközökben s a hangszalagfekélyt teljesen gyógyultnak kellett tekintenem, habár a tüdőmegbetegedés rohamosan haladt előre.

A második eset 35 éves nőt illetett, kinek az egész jobb hangszalaga fekélyes volt, a fekélyek balfelé az interarytaenoid-redő közepéig terjednek, lepedékkel fedték, hangtalanság, beszéd és nyelési zavarok.

Négy héten át mindennap folytatott 30–50% phenol. sulfuricinium-oldattal való esetelés után a fekélyek tiszták, a környezet hyperaemiája eltűnt, világosan láthatók a fekélyek határai s köztük az egészséges kis szigetkék, hang jelentkezik, a beszéd és nyelési nehélység eltűntek. Miután 4 héten át 75%-os oldattal való esetelés nem vezet további javulásra és 80%-os oldattal 4 héten át folytatva sem tudok előrehaladni, 50%-os tejsavhoz nyúltam, melylyel 2–3 napi időközben esetelve, rövid idő alatt bámulatos eredményt értem el. Már négy hét múlva behegednek a fekélyek, a hang érdes, de mégis hangzatosan csengő. A beteget még 4 héten át hetenként kétszer esetelik, míg a keletkezett hegek is mintegy felszívódnak. Még ma is, 1 év után, a gyógyulás állandó és tartós, a beteg hivatásának él és állapotának minden legkisebb változásánál jó magát eseteltetni.

Gümös perichondritiscknél, melyek fekélyesedéssel járnak, a szer kevésbé jó szolgálatot tesz; a *gégefedő* bunkószerű vastago-

dásainál fekélyesedés kíséretében többszörösen 50%-os oldatot használtam, de sem a fájdalmak csillapodását, sem pedig könnyebbülést a nyelésnél nem értem el, de még a fekélyekre sem volt a szer hatással. Minden esetben csak egyszer-kétszer lehetett alkalmazni, miután a betegek a fájdalmak csillapodása után vágyakodtak. Tejsav még 20%-os oldatban is ezen folyamatokat még jobban ingerli, cocain-esetelés mitsem használ, minthogy annak hatása csak néhány percig tart. Ellenben *phenocollum hydrochloricum* 5–10%-os vizes oldata igen jó szolgálatokat tett gyakran. Sajnos, hogy nem lehet erősebb oldatot készíteni, mert már a 10%-os sem oldódik és így azt is mindig fel kell rázni. Most az *orthoform* birtokában, a ki megpróbálta annak ilyen bántalmaknál a hatását, az annak kiváló és gyakran órák hosszát eltartó hatékonyságát fogja örömmel konstatálni. Minthogy az *orthoform* nem minden gégefedőn tapad, ha 5–6-szor is történik egymásután befűvés, továbbá minthogy heteken át használva sincs gyógyító hatása, ezért én megelőzőleg a befűvés előtt 50–60% phenolum sulfuricinium esetelést végeztem s egy esetben azt igen jó sikerrel alkalmaztam. A beteg a gégefedő duzzanatának elmúltával és a fekélyek javulásával három hét múlva befűvés nélkül tudott nyelni, a mi eleinte *orthoform* nélkül teljes lehetetlen volt, még *orthoformmal* is nagy nehezen. *Fedett beszüremkedéseknél* 5 esetben alkalmaztam, 4 esetben a beszüremkedésre nem volt hatással, csak a környezet lett valamivel halványabb, a betegek subjective könnyebbülést éreztek; egy esetben az interarytaenoid-redő beszűródése 5 heti esetelés után lényegesen kisebb lett, de további 4 hét után változatlanul maradt. Ezen infiltratumot a *Krause*-féle kettős curettel eltávolítottam és a sebet 50%-os oldattal kezeltem, de úgy ezen, mint más esetekben is azt tapasztaltam, hogy az sem pörkképződést nem idéz elő, és messze sincs az a fényes hatása, mint a milyen már 20%-os tejsav-oldatnak van a kikapart felületen.

A szer tehát mindazon fekélyek és beszüremkedések esetében alkalmas, a hol csak valamelyes sebészi beavatkozást végezni óhajtunk, mert ezen eljárás a műtétet mintegy előkészíti, mert a fekély és beszüremkedés élesen elhatárolódik, a gége a beteg helyektől eltekintve, rendes képet mutat, a betegek subjective megkönnyebbülést éreznek s a mellett a fekélyek feltűnően tisztulnak. Igen érzékeny egyéneknél, kik a tejsavat nem tűrik, ezen szert lehet alkalmazni és a kezelés kezdetén vele igen szép eredmények értenek el, csak később kell okvetlen a tejsav-kezelésre áttérni.

Ép ezen desinficiáló és fekélytisztító tulajdonságainál fogva használjuk ezen szert az általános kezelésen kívül az összes *bujakóros fekélyeknél* sok haszonnal. A gége és orr fekélyesedéseinek, a nyelvszélen lévő szétesett gummáknál stb. láttam már gyors gyógyulást, minden esetben pedig a fekélyek tisztulását.

(Folytatása következik.)

A húgycsöblennorrhoea antiparasitász gyógyító módjai.

Feleki Hugó dr. egyetemi magántanártól.

(Vége.)

A mi a Janet-féle eljárást illeti, úgy mindenekelőtt ennek technikájára vonatkozólag kell néhány megjegyzést előrebocsátanunk. A húgyeső elülső részének öblítésekkel való kezelése korántsem mondható új eszmének. A nyolczvanas évek végén ily irrigálások részben nagyobb fegskendőkkel, részben öblítő pöcsapokkal (Zülzer, Gröningen, Szalay-féle húgyesőmosók) vagy a Finger-féle készülékekkel sok helyütt alkalmazásban voltak. A húgyeső hátulsó részének és a hólyagnak öblítése katheter nélkül szintén nem Janet eszméje. *Vandenabeele* 1882-ben már kimutatta, hogy 1.70 m. magasságú vízoszlop hydrostatikai nyomása elegendő a folyadéknak katheter nélkül a hólyagba való juttatására. *Lavaux* 1887-ben és *Desnos* 1888-ban végeztek ily öblítéseket katheter nélkül, igaz, hogy utóbbi egyúttal kijelentette, hogy ezen eljárás súlyos következményekkel járhat, a mennyiben herelobot, prostatitist és vérzéseket idézhet elő.

Én 1891-ben a budapesti orvosegyesületben tartott előadásomban „Kísérleti adatok a húgyeső záróizomkészlékének szerepe

és a hólyag pöcsapnékülü öblítéséhez⁴ ezim alatt beszámoltam egészségeseken és betegeken végzett kísérletek alapján az irányú tapasztalataimról és ama hatásról, melyet az ily öblítések az egyes esetekben kifejtnek. Kóreseteket is közöltem, melyeknél a blennorrhoeát és cystitist ily katheter nélkül való öblítésekkel kezeltem és felsoroltam ama feltételeket és körülményeket, melyek a szóban levő eljárás alkalmazását indikálják vagy contraindikálják.

Mindezekből kiderül, hogy a kankónak irrigálásokkal való kezelése katheterrel, vagy anélkül már Janet előtt is talált alkalmazókra. A mi a kaliumhypermag. oldatának a kankó terápiájában való applikálását illeti, úgy ez tudvalevőleg szintén Janet publicatioja előtti időre vezethető vissza. A Janet-féle eljárás eredetisége inkább csak a kezelés sémája, illetőleg az öblítések intensiv és rendszeres alkalmazásában nyilvánul; de mint-hogy az egyes esetekben elérhető eredmények, úgylátszik, éppen e szabályszerű applikálási módnak köszönhető, úgy annak meghonosítása minden esetre érdemszámba jöhet, még hogyha Janet eljárásának hatására vonatkozó theoretikus magyarázatait teljességben nem is fogadhatjuk el. Tudvalevőleg ugyanis még az a kérdés sincsen teljesen tisztázva, mennyiben játszik szerepet hatás tekintetében az itt applikált kalium hypermanganium. Hiszen ezen szer több szakférfi, így Schäffer, Steinschneider által gonococcusölő tulajdonságaira vizsgáltatván, a húgyesőben alkalmazható concentratio mellett csak igen jelentéktelen parasiticid hatásának bizonyult. Másrésztől tudjuk azt is, hogy más szerzők egyéb szerekkel végzett irrigatiókkal szintén jó eredményeket értek el.

A mi a Janet-féle eljárás *gyakorlati* jelentőségét illeti, úgy alkalmazásának bírálatánál a kankó egyes stadiumait külön-külön kell szem előtt tartanunk. Ha az *acut* kankó *első* napjaiban alkalmazzuk az eljárást, a midőn jelentékeny lobjelenségek még nem állnak fenn és az irrigatiókat csak a húgyeső elülső részére terjesztjük ki, sok esetben tényleg igen kedvező eredményeket látunk. De az ily eseteknek gondos kezelésénél is azt a tapasztalatot nyerjük, hogy még ilyenkor is szerfelett ritka az eljárásnak abortív hatása. Másrésztől azonban nem tagadható, hogy az esetek egy részében tényleg igen rövid idő alatt sikerül a váladékképződést vagy teljesen megszüntetni, vagy ad minimum redukálni és serosussá változtatni, úgy hogy valamely adstringensnek injiciálására néha rövid néhány nap múlva teljes gyógyulást állapíthatunk meg.

Ha a beteg a blennorrhoea acut stadiumában, de már *heves lobbúnetekkel* kerül kezelésünk alá, úgy az e kezeléssel járó mechanikus és vegyi irritatio a gyuladás jelenségeit legtöbbször fokozza és minthogy ezen eljárás mellett sem sikerül a gonococcusokat már az első napokban eltüntetni, e kezelés folytatásával a bántalomnak a húgyeső hátulsó részére való áttérjedését feltétlenül előmozdítanók.

Semmi esetre sem osztozhatom azon szerzők felfogásában, kik urethritis ant. fennállásánál már teljes öblítéseket végeznek, illetőleg az irrigatiókat a húgyeső hátulsó részére is kiterjesztik. Egyes szerzők ezen kívánalma a priori illogikus, a mennyiben ha a Janet-féle eljárás, mint azt annak fanatikusai állítják, tényleg oly kitűnő eredményeket nyújt, hogy vele az urethritis ant.-t rövidesen meggyógyítani, a gonococcusokat elemészteni és urethritis post. létrejöttét megakadályozni képesek vagyunk, úgy mivel sines indokolva, hogy praeventive a húgyeső hátulsó részét is irrigáljuk. Kísérleteim és tapasztalataim alapján az irrigatióknak az egész húgyesőre kiterjeszkedő alkalmazását acut urethritis ant. fennállása esetén minden körülmények közt elítélendőnek tartom, mert még hogyha sikerülne is ily eljárás alkalmazása által egyes esetekben a kankós folyamat hátraterjedését megakadályozni, úgy ezen előny teljesen háttérbe szorul ama kétségtelen tényre szemben, hogy urethritis post. létrejöttét mechanikus insultusok által igen könnyen elősegíthetjük és elősegíthetjük különösen, ha ezen insultusok kíséretében a pathogen gombákat is a húgyeső hátulsó részébe juttatjuk. Itt tehát az, a mit egyes szerzők óvatosságnak neveznek, t. i. a teljes praeventiv öblítések alkalmazása, határozottan károsnak deklarálendő. Hasonlóképen nem tartom helyesnek a Janet-féle öblítések alkalmazását már mérsékeltfokú, még kevésbé természetesen jelentékeny lobbúnetektől kísért acut urethritis post. esetében. Mert, ha vannak is egyesek, kik e kezelést ily esetben is tűrik, úgy másrésztől

számos betegnél az ilyenkor alkalmazott irrigálások a gyuladást fokozni és complicatiók létrejöttét előmozdítani fogják. Tapasztalataim igazolják, és erre már 1891-ben felhívtam a figyelmet, hogy teljesen egészséges egyéneknél is előfordul, hogy a húgyeső illetőleg hólyag záróizmának a hydrostatikai nyomás által okozott szétfeszítése jelentékeny reactioval jár, sőt, hogy vannak esetek, a hol a folyadék behatolása egyáltalán nem sikerül. És ez eljárás leglelkesebb hívei is kénytelenek bevallani, hogy vannak esetek, hol csak cocain előzetes alkalmazásával érhetünk célt, valamint olyanok, hol ez eljárás, fájdalmas voltánál fogva, nem volt folytatható. Ezen tapasztalataim indítottak arra, hogy a Janet-féle eljárást acut urethritis post. eseteiben — a beteg érdekét tartván szem előtt — még kísérleti szempontból sem tartottam jogosnak eszközölni.

Subacut urethritis post.-nál, illetőleg ily urethrocystitis fennállásánál, feltéve, hogy a here, a prostata, az ondóhólyagok épek, a Janet-féle eljárás eredményesen alkalmazható, ámbár ez irányú kísérleteimből ismét csak azt a következtetést vonhatom le, hogy ily öblítések nem minden esetben mutatnak fel eredményt és hogy akárhányszor egyéb szerekkel Nelatonon át végzett mosások gyors sikert mutatnak fel oly esetekben, hol a Janet-féle irrigálásokkal célt érünk nem sikerült.

Ha tehát a Janet-féle eljárásnak hasznát acut és subacut blennorrhoeánál mérlegeljük, úgy szívesen konstatáljuk, hogy ez eljárás a megfelelő indicatiók szem előtt való tartása mellett egyes esetekben igen jó eredménnyel alkalmazható. Ha azonban összehasonlítjuk a szokásos kezeléseket egyszerűségét azon alkalmatlanságokkal, melyek az eljárás alkalmazását betegre és orvosra nézve megnehezítik, ha tekintetbe vesszük a complicatiók gyakori létrejöttének eshetőségét, a mint ezt kiváló szakemberek által végzett ily öblítések után számtalanszor volt alkalmam észlelni, ha továbbá szem előtt tartjuk ama szűk határokat, melyek közt a kezelés rationalisan applikálható, úgy nagy túlzásnak kell tartanunk azon szerzők felfogását, kik ezen újabb gyógyeljárással a kankó egyéb kezelési módjait háttérbe szoríthatóknak képzelik. Nem szabad felednünk, hogy az acut kankó azon eseteiben, a hol a Janet-féle eljárással tényleg igen rövid idő alatt teljes gyógyulást vagyunk képesek elérni, egyéb kezelési methodusok szerint is hasonló sikert arathatunk. Én 1894-ben „Adatok a gonorrhoeás húgyesőlob abortív orvoslásához“ ezim alatt egy eljárást publikáltam, melyet azóta is sikerrel alkalmazok és melylyel — feltéve, hogy az illető beteg a bántalom első napjaiban részestül a kezelésben — sokkal kevesebb alkalmatlansággal és minden kockázat nélkül ugyanoly rövid idő alatt érek el teljes gyógyulást, mint Janet az ő komplikált kezelési methodusával egyes esetekben képes elérni. Abortív eljárásom abból áll, hogy a húgyeső kórosnak mutató részét, esetleg az egész pars anteriori tükron át arg. nitr. oldattal kicésetelem. Ez esetelésnél fontos, hogy a húgyeső nyálkahártyájának minden részlete érintésbe jusson a gyógyszerrel és ezért lehetőleg nagy kaliberű tükröt és elég terjedelmes gyapottampont kell e műveletnél használnunk. Publicatioim óta az eljárást csak annyiban módosítottam, hogy az annak idején alkalmazott 5%-os arg. nitr. oldat helyett most csak 3%-os oldatot használok. Ily kezelés mellett legtöbbször egy, ritkábban két izben való esetelés szükséges a kankós folyamat tovaterjedésének meggátolására. Az esetelés okozta reactiót gyenge adstringens kis kankófeeskendővel történő injiciálásával csillapítom. A gyógyulás minden nagyobb irritatio jelensége nélkül és a nélkül, hogy a beteg rendes munkakörétől elvonatnék, átlag 8–9 nap alatt szokott bekövetkezni.

De a mint említettük, a prolongált ezüstinjectiók is a kankó első napjaiban alkalmazva akárhányszor gyors eredményt nyújtanak.

Subacut urethritis *totalis*nál, illetőleg urethrocystitisnél kísérleteim folyamán szintén nem sikerült a Janet-féle eljárástól szembeszökő előnyöket látnom egyéb kezelési methodusokkal szemben és valamint a többi, pusztán a húgyeső felületes elváltozásait orvosolni képes injiciáló methodusok, úgy ez is csak felületes elváltozások eltüntetésére lesz alkalmas. A mint a lobbúfolyamat mélyebb beszűrődésekben, vagy a húgyesővel kapcsolatos mirigyek megdagadásában is nyilvánul, a J.-féle eljárás applikálása után is kénytelenek leszünk egyéb, a mélyebb elváltozások meg-

szüntetését czélzó beavatkozásokhoz nyulni és az urethroskopiai, a váladék- és vizeletvizsgálati lelet alapján, valamint az urethraival anatómiai összefüggésben álló szervek szorgos megfigyelése után az indikálnak látszó gyógyeljárásokat alkalmazni.

A Janet-féle eljárásnak *chronikus* esetekben való alkalmazása ellenkezik mindama fogalmainkkal, melyeket a gonococcus biológiai ismeretéből, az urethroskopiai leletekből és a húgyeső histológiai vizsgálatából merítettünk. Éppenséggel nem érthető, hogy a jelentékeny szöveti elváltozásokkal járó urethritis chronicánál miért kelljen a Janet-iskola előírása szerint előbb irrigálásokat végezni, mindaddig, míg meggyőződünk, hogy gonococcusok többé nem jelentkeznek a váladékban és miért nem volna helyesebb előbb a szembeszökő kóros elváltozásokat megszüntetni, a melyeknek gyógyulásával tapasztalatilag a gonococcusok is elszoktak tűnni. Szembetűnő példával élve, ha konstatáltuk, hogy a prostata kivezető csöveinek, vagy magának a prostata szövetének chronikus kankós megbetegedése van jelen és a prostatából kiszajtoló váladékban még találunk gonococcusokat, vajjon mikép lesz képes Janet a gonococcusokat öblítéseiivel a prostatában székelő rejtkeiből kicsalogatni? Vajjon nem észszerűbb-e a prostatának megfelelő kezelésével (massage a végbélen, urethrán át stb.) ott a kórállapotot előbb orvosolni és csak azután öblítéseket végezni akár Janet szerint, akár más methodus szerint? És nem ugyanez áll-e akkor, ha a chronikus kankó eseteiben mély periglandularis infiltratiókat, vastag epithelfelrakódásokat, kezdődő, vagy már jelentékenyen kifejlődött stricturát, granulatiókat stb. találunk? Azt hiszem elfogultság nélkül állíthatjuk, hogy a jelentékeny szöveti elváltozásokkal járó *idült kankó eseteiben az öblítéseknek, bármely módszer szerint alkalmaztatnak is, igen másodrangú szerep jut osztályrészül.* Már azon körülmény is, hogy a chronikus esetekben a szöveti elváltozások rendszerint csak kisebb területekre korlátozódnak, rationalissá teszi az oly gyógyeljárás alkalmazását, mely mellett, e kóros részek localisatiojának pontos megállapítása után, kezelésük lehetőleg a szem ellenőrzése mellett történhessék; a mélyre hatoló elváltozásoknak fennállásuk folyamán észlelhető kedvezőtlen szöveti átalakulása pedig azt követeli, hogy e kezelést ne halogassuk, illetőleg, hogy *kétes értékű irrigálásokkal ne halasztjuk el a megfelelő gyógyeljárás idejét.* És végül a Janet híveinek még egyet. Ők is ama álláspontra helyezkednek, hogy a beteget gyógyulnak deklarálják, a mint a subjectív jelenségek engednek és a vizeletben úszó foszlányokban gonococust már nem találnak. Nem tagadható e jelenségeknek fontos diagnostikai értéke, de megtámadhatlan pozitív következtetésre csak akkor jogosítanak azok, ha eme észlelet állandó, illetőleg, ha olyankor is, midőn a beteg rendszabályok által nem korlátozott régi életmódjához tér vissza, állandók maradnak. Tehát, ha a Janet eljárás hívei a beteg felszabadítása előtt nem végeznek — mint a hogy ezt én és sokan mások szükségesnek tartjuk — urethroskopiai vizsgálatot, úgy a gyógyulás megállapítását a fent jelzett kriteriumtól kell függővé tennem. Csakhogy a közölt kóros esetekben nem igen találjuk annak jelét, hogy az illető szerzők ezen szükséges scrupulositást szem előtt tartották volna.

Azt hiszem, a Janet-féle gyógyeljárás értéke felett is a leg-rövidebb idő mulván eljön a döntés ideje. Ha ezen eljárás tulzói fanatismusukat el fogják hagyni, akkor be fog következni a kritika egyöntetűsége, mely csak abban nyilvánulhat, hogy e kezelési methodusnak a Janet előírása szerint csak az *acut kankó egyes eseteiben lehet külön, önálló szerepköre. Acut esetekben is legtöbbször csak egyéb injectiókkal kiegészítve van hatása, sokszor pedig egyáltalában nem alkalmazható. A kal. hypermang.-mal való irrigálások, catheter nélkül, a kankónak subacut és esetleg idült stadiumában is, az eddig is divó gyógyeljárások sorozatában, illetőleg ezek kiegészítéseképp megfelelő indiciók alapján sikeresen alkalmazhatók, de kimagasló szerepkörük a bántalom e stadiumában semmiképen nincsen.*

Ha tehát az itt vázolt antiparasitás gyógyeljárások kritikájából a következtetéseket óhajtom levonni, úgy azt látom, hogy ezek javarészt összeesnek azon tételekkel, melyekkel 10 év előtti hasonló tárgyú közleményemet befejeztem. A jelzett szerekek és eljárásoknak a kankó terapiájában való alkalmazása kétségtelen nyereségnek tekinthető, de nem felel meg a tényeknek, hogy

módunkban állana akár recens esetekben mindenkor abortive hatni, akár a gonococust mindig gyorsan eltüntetni és a kankó hátra-terjedését, valamint complicatiók létrejöttét az esetek aránytalan többségében megakadályozni. Az új szerek vagy eljárások egyikét sem lehet souverain antigonorrhoicumnak tekintenünk; megvan azok alkalmazásának szigorú indicatioja és ellenjavallata, és észszerű applikálásuk esetén is rendszerint csak egyéb szerekek és esetleg más kezelési methodusokkal kombinálva fognak az esetek többségében sikeres kezelésre módot nyújtani.

Szembe kell szállanom végül a *kankó terapiájában még mindig divó általánosítással. Ne feledjük, hogy részben jól ismert, részben előttünk ismeretlen tényezők eredményeképp a kankó lefolyása szembeszökően eltérő körképet mutathat.* Ha localis kezelés alatt nem levő, fekvő betegen észleljük a tünetesoportokat és azt tapasztaljuk, hogy egyébként hasonló viszonyok közt az egyik ily betegnél enyhe helyi és általános complicatióktól mentes a betegség lefolyása, a másikon pedig gyors, heves localis és egyéb távoleső szervekben is (izületekben, inthüvelyben, szívben, szembeu, idegekben stb.) manifestálódó tünetektől kísért lefolyást veszen a bántalom; ha azt látjuk, mikép válik egyes esetekben a legész-szerűbb kezeléssel daczára is idültté a kankó és mikép daczolnak egyes esetek mindama beavatkozásokkal, melyekkel másokban czélt értünk; és végül, ha tükkörrel vizsgálva a nyálkahártyát, azokat a különbségeket látjuk, melyek az egyes esetek szöveti elváltozásai közt fennállanak: *akkor bizonyára nem indokolt a kankónak az ismertett két eljárás hívei által is propagált általános minta szerint való kezelése csak azon a jogcímen, hogy valamennyi eset ugyanazon névvel nevezetik és valamennyinek ugyanazon pathogen gomba okozta létrejöttét.*

Irodalom.

Neisser: Bedeutung der Gonococci für Diagnose u. Therapie. Verhandl. d. Deutschen Dermat. Ges. Wien, 1889. — Zur Behandlung der acuten Gonorrhoe. Ein neues Silberpraeparat. Derm. Cbl. 1897. *Friedheim*: Zur Injectionsbehandlung der acuten Gonorrhoe. Verhandl. d. D. Derm. Ges. Wien, 1889. *Felaki*: Antiparasitikus gyógymód a heveny blennorrhoea kezelésénél. Gyógyászat, 1889. — Kísérleti adatok a húgyeső záróizomkészülékének szerepe- és a hólyag pösesapnélküli öblítéséhez. Orvosi Hetilap, 1891. — Die Rolle des Compressor part. membr. gegenüber der Urethritis acuta ant. u. post. Internationales Centralbl. für d. Physiologie und Pathologie d. Harn- u. Sexualorg. 1891. — Beiträge zur abortiven Behandlung der blennorrhoeischen Urethritis. Centrbl. für d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. 1894. *Finger*: Beiträge zur path. Anatomie des gonorrh. Prozesses. Verhandl. d. Deutschen Dermatol. Ges. Wien, 1894. — Über das Protargol als Antigonorrhoicum. Heilkunde, 1898. *Schäffer und Steinschneider*: Über die Widerstandsfähigkeit der Gonococci gegenüber Desinfectionsmitteln u. anderen Schädlichkeiten. Verhandl. d. Deutsch. Derm. Ges. Wien, 1894. *Schäffer*: Über die Bedeutung der Silbersalze für die Therapie der Gonorrhoe. Münch. medicin. Wochenschrift, 1895. *M. Selé*: Le gonocoque. Thèse de Paris. 1897. *J. Jundell und C. G. Ahmann*: Über die Reinzüchtung des Gonococcus. Arch. f. Dermat. u. Syphilis. 1897. *Werner*: Beiträge zur Behandl. der Blennorrhoe. Monatsh. f. prakt. Derm. 1897. *Schliffka*: Bemerkungen zur modernen Trippertherapie. Wiener med. Wochenschr. 1895. *Bender*: Weitere Mittheilungen über neuere Antigonorrhoica. Wiener med. Presse. 1898. *Callari*: Sulla termoterapia de processo blennorrhagico, irrigazione a temperature elevate. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. 1896. *D'Haenens*: Traitement de l'urethrite antérieure. Journ. méd. Bruxelles. 1897. *Stark*: Zur Behandlung der Blennorrhoe. Monatsh. für prakt. Derm. 1897. *Swinburne*: Some Observations on the Treatment of acute Gonorrhoea. Journ. of Cutan. and Gen. Urinary Diseases. 1898. *P. Cohn*: Zur Frage der Gonorrhoebehandlung. Dermatol. Centralbl. 1898. *Goldenberg*: A Contribution to the treatment of Gonorrhoea. New-York Med. Journ. 1898. *Unna*: Zwei kardinale Punkte bei der Behandl. des acuten Trippers. Monatsh. f. prakt. Derm. 1898. *J. Bloch*: Zur Behandlung der blennorrh. Harnröhrenentzündung. Monatsh. für prakt. Derm. 1898. — Vierter Protest gegen die moderne Trippertherapie. Deutsche med. Zeitung. 1898. *E. W. Frank*: Über den heutigen Stand der Gonorrhoeotherapie. Medicin der Gegenwart. 1898. *Krösing*: Über Argentamin und Argonin. Derm. Zeitsch. IV. *Aschner*: A húgyesőkankó orvoslása argentaminnal. O. H. 1895. *Jadassohn*: Über die Behandlung der Gonorrhoe mit Argentum-Casein (Argonin). Archiv f. Derm. u. Syph. 1895. *Liebrecht*: Über Argonin. Therap. Monatsh. 1895. *R. Meyer*: Über die bactericide Wirkung des Argentum-Caseins (Argonin). Inaug. Dissertation. Breslau, 1895. *Lewin*: Erfahrungen bei der Behandlung der acuten Gonorrhoe mit Argonin. Berlin. klin. Wochenschr. 1896. *Boltz*: Über die Resultate der Blennorrhoebehandlung mittelst Argonin. Monatsh. für prakt. Derm. 1896. *Swinburne*: Argonin bei Gonorrhoe. Centrbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. 1897. *Jellinek J.*: Egy új „Argonin“-készítmény. Gyógyászat. 1898. *Werler*: Über die Anwendung des citronensauren Silbers (Itrol). Ref. Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. 1898. *Hertz*: Über die Anwendung des Itrols bei Blennorrhoe. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm. 1898. *Dwoletzky*: Über die äusser-

liche Anwendung von Itröl und Actol. Ref. Monatsberichte über der Gesamtleist. auf d. Geb. d. Krankh. der Harn- und Sexualorg. 1899. *Spietschka*: Ein neues Silbersalz zur Behandlung der Gonorrhoe, Argentum orthophosphoricum. Prag. med. Wochenschr. 1898. *Eichengrün*: Über Protargol. Pharm. Centralhalle. 1897. *Benario*: Eine neues Antigonorrhoeum und Antisepticum. Deutsche med. Wochenschr. 1897. *Barlow*: Zur Behandl. der acuten Gonorrhoe mit Protargol. München. med. Wochenschr. 1897. *Schwerin*: Zur Protargolbehandlung der Harnwege. Deutsche med. Wochenschrift 1898. *A. Strauss*: Über das Protargol als Antiblennorrhoeum u. Antisepticum. Monatsh. f. prakt. Derm. 1898. *E. W. Ruggles*: Protargol ein neues Antigonorrhoeum. Centrbl. für d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. 1898. *Wentscher*: Kurze Mittheilungen über d. Behandl. d. Blennorrhoe mit Protargol. Deutsche Medizinalzeitung, 1898. *Somogyi B.* A protargol mint antigonorrhoeum. Gyógyászat. 1898. *Dreyer*: Über Protargol. Monatsb. u. d. Gesamtl. auf d. Geb. d. Krankh. des Harn- u. Sexualapparats. 1898. *Lohnstein*: Über die Wirkung des Protargol etc. Allg. med. Centralzeitung. 1898. *Rosenthal*: Über Protargol. (Verhandl. d. Berlin. dermat. Ges.) Arch. für Dermat. und Syphil. 1898. *Weland*: Über die Behandl. der Blennorrhoe mit Protargol. Arch. für Dermat. u. Syphil. 1898. *Nogués*: Traitement de l'urétrite à gonocoques par le protargol. Annal. des mal. gen.-urin. 1898. *Desnos*: Des instillations de protargol dans les uréthrites chroniques. Annal. des mal. gen.-urin. 1898. *Pezzoli*: Über die desinficirende Kraft des Largin. Wiener klin. Wochenschr. 1898. — Über das Largin. Wien. klin. Wochenschrift. 1898. *Kornfeld*: Erfahrungen mit Largin. Wien. med. Presse. 1898. *Janet*: Diagnostic et traitement de l'urétrite blennorrhagique. Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1892. — Traitement abortif de la blennorrhagie. Congrès de la chirurg. franc. Bulletin méd. 1892. — Traitement de la phase gonococcique de la blennorrhagie. Semaine méd. 1893. — Traitement abortif de la blennorrhagie par le permanganate de potasse. Ann. de dermat. et de syphiligraphie. 1893. — Quelques instruments nouveaux ou perfectionnés destinés au traitement des maladies de voies urinaires. Ann. d. mal. des org. gén.-urin. 1894. — Traitement de la blennorrhagie chronique chez l'homme. Ann. des mal. d. org. gén.-urin. 1895. — Appareil elevateur pour les lavages au syphon. Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1895. *Reverdin*: Traitement de l'urétrite par les lavages au permanganate de potasse. Annal. des mal. des org. gén.-urin. 1893. *Fürst*: Die Abortivbehandlung des Trippers nach Janet. Deutsche med. Wochenschr. 1894. *Mibelli*: Behandlung der Urethritis gonorrhoeica mit Kal. permanganicum. Monatsh. f. prakt. Derm. 1894. *Hogge*: Contribution à l'étude du traitement des uréthrites. Ann. des mal. des org. gén.-urin. 1894. *Strauss*: Der heizbare Irrigator. Allgemeine med. Centralzeitung. 1895. *Eckelund*: Beitrag zur Behandlung der Gonorrhoe nach Janet'scher Methode. Arch. für Dermatol. und Syphilis. 1895. *Cumston*: The treatment of gonorrhoea in the male by urethral irrigations of KMnO₄. Journ. of cut. and gen.-urin. diseases 1895. *Wossido*: Beobachtungen über die Behandl. d. Gonorrhoe mittelst der Janet'schen Methode. Centrbl. für d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. 1896. *Goldberg*: Die Behandlung des Trippers durch Spülungen mit übermangansäurem Kali. Centrbl. für d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. 1896. — Weitere Mittheilungen zur Abortion der Gonorrhoea incipiens. Centrbl. f. innere Medizin. 1896. *Bukovsky*: Über die Therapie der Blennorrhoe nach Janet's Methode. Wien. med. Wochenschr. 1896. *Tanagoy Garcia*: Über die Behandl. der Blennorrhoe nach d. Meth. von Janet. Ref. Monatsh. f. prakt. Derm. XXIII. *Hotaling*: The use of permanganate of zinc in the treatment of gonorrhoe etc. New-York Med. News. 1896. *Möller*: 100 Fälle von Urethritis gonorrh., behandelt nach Janet's Methode. Arch. f. Derm. u. Syphil. 1896. *Niebergall*: Die Behandl. d. Blennorrhoe durch Spülung mit übermang. Kal. nach Janet. Deutsche Militärärztl. Zeitschr. 1897. *Charpentier*: Traitement méthodique de la blennorrhagie chez l'homme par les lavages uréthraux etc. Gaz. des hôpitaux. 1897. *S. de Mendoza*: Über eine neue Canüle zur Ausspülung der Urethra ant. Monatsb. über d. Gesamtleist. auf d. Gebiete d. Krankh. d. Harn- u. Sexualapparates. 1898. *Neuhaus*: Behandl. der Blennorrhoe mit Spülungen. Monatsh. f. prakt. Derm. 1898. *Krzyzstalowicz*: Janet's Irrigationen in der Therapie der Gonorrhoe. Arch. für Derm. u. Syph. 1898.

TÁRCZA.

A rokkantság és aggkor esetére szóló német biztosítási törvény, különös tekintettel a vagyontalan tüdőbetegek gyógykezelésére.

(Vége.)

Gebhard előleges számítása szerint a gyógykezelés átvétele nem fog a biztosító intézetekre nagyobb pénzterheteket róni, ha sikerül a betegek közül 29 százalékat annyira helyreállítani, hogy 1 évig megtartva munkaképességüket, nem kell nekik járadékot fizetni. (A tényleges eredmény, mint mindjárt látni fogjuk, sokkal jobb volt.) Hálás feladatnak ígérkezett tehát már eleve is, ha a biztosító intézetek saját költségükön kezelik tüdőbetegek tagjaikat; ezt az intézetek úgy eszközölték, hogy egyetértőleg a betegsegélyező-pénztárakkal, szerződést kötöttek a sanatorium-egyesületekkel, sanatoriumokkal, ezekre bizván bizonyos napi árért (3—3½ márká) tagjaik kezelését, így természetesen lényegesen hozzájárultak a sanatorium fentartásának költségeihez. Egyes biztosító intézetek úgy jártak el, hogy igen előnyös kölcsönöket (1/2—3/4) nyújtottak a sanatorium-egyesületeknek; végre egyesek saját költségükön építettek külön sanatoriumot, pl. a Hansa városok Oderbergben, Hannover tartomány Erbprinzentanneban, az északnémetországi nyugdíjpénztár Sulzhaynban, Berlin város, Brandenburg és Baden tartomány biztosító intézetek sanatoriuma ez évben fog elkészülni.

Csak 1894-ben kezdte a Hansa városok rokkantsági intézete az idézett §. szellemében tüdőbetegeinek kezelését, példáját lassan követte a többi biztosító intézet is, úgy hogy a legújabb hivatalos adatok szerint 1897-ben, egy év alatt 3624¹ tüdőbeteg kezelését fejezték be 1.061,601 márká költséggel. Az eredmény minden várakozást felülmúlt, a mennyiben 69% nyerte vissza munkaképességét annyira, hogy az előreláthatólag hosszabb ideig fenn fog állani; ez mindenesetre oly eredmény, mely a legbiztosabb reményeket nyújtja a jövőre nézve.

Sajnos, hogy az idézett paragrafus nem kötelezi a biztosító intézeteket a gyógykezelés átvételére, a mennyiben a törvény szövege szerint csak jogában áll (ist befugt) az intézetnek ily módon elejét venni a munkaképtelenségnek, a nélkül, hogy erre kötelezett volna. Ez az oka, hogy az egyes biztosító intézetek a legkülönbözőbb mérvben éltek e törvényadta jogokkal; míg pl. a Hansa városok többször említett intézete 100,000 biztosított tagja közül 205 tüdőbeteget részesített ezen kezelésben, addig Szilázia csak nyolczat; ezen szembevetendő különbségre a hivatalos jelentés is utal.

Megtörténtek azonban a birodalmi biztosító hivatal részéről a kellő lépések, hogy a biztosító intézetek ezen a törvényben lefektetett jogaikat minél nagyobb mérvben gyakorolják, fősúlyt mindig arra fektetve, hogy a baj minél kezdetibb stadiumában jusson a beteg gyógykezelés alá. E tekintetben a német vallás- és közoktatásügyi miniszter adott ki igen üdvös rendeletet; miután a baj kezdeti stadiumának felismerése gyakran esakis nagy pontossággal végzett bakteriologikus vizsgálat alapján lehetséges, melynek kivételét a betegsegélyező pénztár orvosaitól nem lehet megkövetelni, a miniszter megengedte, hogy ezen bakteriologikus vizsgálatokat a fertőző betegségek intézetében ingyen végezzék.

Ily ezé irányos eljárással látjuk tehát, hogy a többször említett 12. § nemcsak praeventiv intézkedés a munkaképtelenség elhárítására, hanem egyúttal a leghathatósabb eljárás a tüdőbaj terjedésének megállítására.

Igen érdekesek a hivatalos kimutatás azon adatai, melyek a munkaképesség tartamáról, az elért gyógyulás tartósságáról szólnak; nem kevésbé tanulságosak az adatok arra nézve, mit tettek ezen biztosító intézetek a többi betegségnél, mely óriási összegeket fordítottak kórházak építésére, utak javítására, népfürdőkre, mezei vasutakra, munkáslakások építésére stb.; mint módosítják a törvényt a munkások érdekében a mostani reichsrathban; mind ennek méltatása azonban nagyon túlhaladná ezen ismertetés szűk keretét.

Szerény sorainnak ezéjja nem volt egyéb, mint a nálunk is hangoztatott kérdés előnyére felhívni a figyelmet, az eszmének minél több hívót szerezni. A terv gyakorlati kivitele Magyarországon bizonyára a messze jövő kérdése és így a vagyontalan tüdőbetegek gyógykezelésének kérdését nálunk esakis társadalmi úton fejleszthetjük, vihetjük dülőre. Még mindig a jótékonyra vagyunk utalva, nagyon kívánatos volna tehát, ha ennek forrásai az eddiginél nagyobb mérvben buzognának a Korányi tanár által kezdeményezett „sanatorium-egyesület“ üdvös ezéjja.

Heisler Ignác dr. (Arco-Gleichenberg.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: Bókay Árpád dr., Kétly Károly dr., Korányi Frigyes dr. Ötödik kötet. Húgy-ivarszervek betegségei. Venereás és syphilitikus betegségek. Bőrbetegségek. A szöveg közt számos ábrával és egy táblával. A magyar tudományos akademia segélyezésével kiadta tagjai számára: A magyar orvosi könyvkiadó társulat. Budapest, 1898. 1037 lap.

(Folytatás.)

A vesebetegségek nagyjelentőségű fejezeteit jeles fiatal buvárunk *Korányi Sándor* írta meg.

Mindenben igazolja a hozzáfűzött várakozásokat és hogy tárgya elméleti és gyakorlati nehézségeinek leküzdésére egyaránt képes. Mindenekelőtt a szervezet azon kóros elváltozásait foglalja közre, melyek a diffúz vesebetegségek közös következményei. Külön fejezetet szán itt a vér elváltozásainak. Szerző nagyjelentőségű vizsgálatai alapján a vér fagypontsúlyedésének figyelembevételével olyan diagnostikai jel birtokába jutottunk a vese hiányos működésének felismerésére, mely semmi-féle más vizsgálati eljárás által nem pótolható. Ha a vér fagypontsúlyedése 0.56ⁿ-nál nagyobb, a betegség által létrehozott működési hiány a szervezet compensáló képességét felülmúlja. A vesebajhoz társuló vízi-betegséget oly módon fejti meg, hogy a vízkiadás fizikai akadály okozza a víz felhalmozódását, a melyből fokozott transsudatio következik. Igen jól kiegészítik a vesebetegségek általános tüneteit az uraemiá-

¹ Tényleg sokkal többet részesítettek a biztosító intézetek kezelésben, mert a hivatalos adatok csak azon betegekről számolnak be, kiknél a gyógykezelés az 1897. évben befejezést nyert.

ról és a vese elégtelen működését kompenzáló folyamatokról irt szakaszok, kitünő áttekintést nyújtva a sok vita tárgyát képező kérdés irodalmáról. A legnehezebb fejezetek egyikével kellett *Korányinak* a „vese diffúz betegségei” című szakaszban megküzdenie. „Minden szerző máskép körvonalozza a Bright-kór fogalmát, mindegyik más alapot keres az osztályozásra és majdnem mindegyik más eredményre jut.” Hogy szerző feladatát mindezen nehézségek dacára oly sikeresen megoldotta, azt jórészt a helyes felosztásnak is köszöni. A diffúz vesebetegségek egyik csoportja vérkeringési zavarokban, másik csoportja diffúz veseagyuladásban találja alapját. A veseagyulás kisebb-nagyobb mértékben a vese minden szöveti alkotó részére kiterjed, tehát a nephritis interstitialis és parenchymatosa elnevezések elvetendőek. Ellenben megkülönböztet heveny és Bright-kórt, idült, zsugorodáshoz nem vezető veseagyuladást és idült, zsugorodáshoz vezető gyuladást. Az arteriosclerosissal vesét külön tárgyalandónak véli és csak ismétlések elkerülése végett esatozolja a kórképet a zsugorodó vese tüneteivel. Ellenben külön ismerteti a vesének *degeneration alapuló diffúz megbetegedéseit*, úgymint az amyloid vesét és a zsíros vesét. Mindezen fejezetek, valamint az ugyancsak *Korányi Sándor* tollából származó, *pyelitistől, pyelonephritistől, a vese újképleteiről és cystás elfajulásáról, a vese fejlődési rendellenességeiről, veseneuralgiáról, vese-élőidejéről* szóló szakaszok kitünően vannak megírva és a szerző nagy klinikai tapasztaltságáról tanuskodnak. Biztosnak vehető, hogy szerzőnek a vér és vizelet fagy-pontjára vonatkozó vizsgálati methodusa csakhamar nélkülözhetetlen lesz, ha annak eldöntése vár a klinikusra, vajjon műtéti beavatkozásnál a nem érintendő vese ép-e vagy nem, vagy hogy a beteg vese oly lényegesen károsítja-e az egyén egészségét, hogy annak eltávolítása indikált. A diagnózis menetének feltüntetése bő casuisticájából két tanulságos esetet említ fel. Elégtétül szolgálhat, hogy *Korányi* ezen diagnosztikus eljárása nemcsak idehaza, hanem külföldön is méltatásra talált és hogy munkájában szerényen felhozott vizsgálati legutóbb Berlinben egyik orvosegyületi vitában kellő elismerésben részesültek.

Plósz és *Korányi S.* ezen kimerítő dolgozatai után többi szakembereinknek kevés jutott.

Igy Csatóty Ágost, kinek a globulin és vesevérkeringés egymáshoz viszonyát tárgyaló beható dolgozata e könyvben is méltatásra jut, csak a *gyenedő veseagyulásról és veseümőkorról* irt szakaszokkal van képviselve, melyek jól és kimerítően vannak megírva.

Hasonlóképpen *Korányi Frigyes*, a munkának egyik szerkesztője és a legszorgalmasabb munkatársak egyike, az előtünk fekvő könyvben csakis a *mozgékony és vándorveséről* irt dolgozatával veszt részt. Ezen kitünően megirt cikk alapját *Korányinak* azon vizsgálati képezik, melyek 1890-ben Berlinben az ott időző nemzetközi congressus tiszteletére kiadott „Berliner Klin. Wochenschrift” ünnepi számában megjelentek. Ezen méltó elismerésben részesülő vizsgálatokban *Korányi* azon befolyás fontosságát fejté ki, mely eddig a nőknél tekintetbe nem vett ruházatközlési módban rejlik, és melynek lényege a magassarkú cipőkben járó nőknél nagy súlylyal bíró szoknyázatában van. Feltevésének helyességét hullakísérletei igazolják. Ezek mellett a vándorvese körülményei, kórisméje, gyógykezelése is beható méltatásban részesülnek.

(Folytatása következik.)

II. Lapszemle.

Bright-kórban szenvedőknél a fenyegető uraemia elhárítására *Lemoine* a pilocarpint a szájon át adja kis adagban: Rp. Pilocarpini hydrochlorici 0.01, Mixturae gummosae 100.0. Naponként 3 evőkanállal. Ezen adag teljesen elegendő arra, hogy a bőrműködés fokozódjék, kellemetlen, sőt veszélyes tünetek pedig, melyek a szokásos nagyobb adagok használata után nem ritkák, ily módon teljesen elkerülhetők. (Semaine medicale, 1898. 61. sz.)

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1899. június hó 18-dikától 1899. június hó 24-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 401 gyermek, elhalt 258 személy, a születések tehát 142 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi tisztifőorvosi hivatalnak 1899. június 25-dikétől július 1-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 6 (meghalt 2), himlőben —, (meghalt 1), álhimlőben 1, bányahimlőben 21 (meghalt —), vörhenyben 54 (meghalt 6), kanyaróban 106 (meghalt 3), ronsoló toroklobban és torokgyikban 5 (meghalt 2) trachomában 14, verhasban — (meghalt —), hőkhurutban 8 (meghalt —), orbánczban 18 (meghalt —), gyermekági lázban — (meghalt —).

* **Új törvényszéki orvosok.** Az ez évi április havában Budapestben és az ez évi április és május havában Kolozsvárt tartott törvényszéki orvosi vizsgálatok alkalmával a következő orvostudorok nyertek törvényszéki orvosi képesítést: Kitünően képesített: *Ziegler Károly* dr. nyáradszeredai járási orvos. Képesítették: *Damó Zoltán* dr. egyetemi tanárségéd, *Duchon János* dr. zombori gyakorló orvos, *Fisch Áron* dr. nagyváradai gyakorló orvos, *Hajdu Imre* dr. budapesti műtőorvos, *Hegyi Mózes* dr. kolozsvári egyetemi tanárségéd, *Kemény Salamon* dr. zilahi járási orvos, *Veres Sándor* dr. Csik vármegyei tisztifőorvosa, *Zehery István* rimaszombati h. járási orvos.

○ **Az Erzsébet királyné sanatorium-egyesület** június 30-dikán *Korányi Frigyes* elnöke alatt igazgatóválasztmányi ülést tartott. Tudomásul vette a választmány, hogy a főváros az építendő sanatorium részére 24,000 négyszögöl területet ajándékozott az első kerületi erdő-dűlőben. Bejelentésre került, hogy *Czigler* tanár és *Bobula* építészvállalkozó ajánl-

koztak, hogy a sanatorium terveit teljesen díjtalanul készítik el. Az ajánlatokat kiadták az egészségügyi bizottságnak. *Kathy Dezső* dr. jelentést tett a berlini tüdővész-congressusról. Ezután *Korányi* tanárt megválasztotta az igazgató választmány az egészségügyi bizottság elnökének és a hölgybizottságba beválasztották *Malcoms Gizella* bárónét, *Harkányi* bárónét, *Schwarcz Bélánét* és San Marko hercegnét, született *Nákó* grófnét. A pénztáros kimutatása szerint a pénztárba befolyt 78,587 frt, jegyeztetett 112,598 frt.

× **Fango-sanatorium Budapest.** A „Fango” (vulkanikus iszap) gyógy mód hasznosítására és alkalmazására ma részvénytársaság alakult Budapestben. A külföldön már eléggé elterjedt gyógy mód sanatoriumának a Damjanich-utczában bérlettel helyiséget. A sanatorium a hozzáfutólú igazolj szegényeket díjtalan gyógykezelésben részesíti. Az igazgatóság tagjai lettek: *Dániel Gábor* országgyűlési képviselő (elnök), szentgyörgyi *Jordán Ferencz* dr. közközházi főorvos, *Donáth Gyula* dr., *Forgách Antal* gróf országgyűlési képviselő, *Antal Jenő* dr., *Born Frigyes* báró, *Frenkel Gyula* dr., *Veszter Imre* országgyűlési képviselő és *Benedek József*. A felügyelő bizottság tagjai: *Gajári Géza* (elnök), *Röser János*, *Atzél Endre*, *Kovács Ernő* és *Balogh Ignác*. A társaság igazgató orvosa *Frenkel Sándor* dr.

○ **A nagykarolyi nyilv. közközházban** az 1898-dik év folyamán — mint azt *Aldor Adolf* dr. igazgató főorvos kimutatásából olvassuk — 962 beteg nyert ápolást, 20,584 ápolási napon. Sebészeti műtétet 50, szemészeti műtétet 52 esetben végeztek.

× **Nuszer Lajos** dr. a munkácsi kórház igazgatójának tiszteletére igazgatói működésének 25-dik évfordulóján június hó 29-dikén Munkács város polgársága jubileumot rendezett. A közközházi választmány e célból diszközgyűlést tartott, melyen mindenekelőtt *Meisels Vilmos* dr. üdvözölte a kórház tisztviselői nevében a jubiléumot; az ünnepi beszédet pedig hozzá a város és megye intelligentiájának jelenlétében *Fankovich* gondn. elnök mondotta, kifejtve az ünnepelt érdemeit a kórház felvirágoztatása és a városi ügyek fejlesztése körül. A beszéd folyamán leplezték le az ünnepelt igazgatónak a kórház számára megfestetett arczképét. Az ünnepi beszédre azután maga az ünnepelt választott, elmondva a kórház fejlesztésének nehézségeit és továbbá áldozatkészségre buzdítva a hallgatókat a kórházügy továbbfejlesztésében. Üdvözlő szavakat intézett hozzá még a főispán is. Miután a jubileum napja összeesett az ünnepelt házasságának 25 éves évfordulójával is, az ünnepély többi része családi körben folyt le, a hol a városi hölgyközönség, a kartársak és a gyógyszerészek nevében *Szell Kálmán* dr. tisztifőorvos, majd a nőegyesület választmányja és a vörös-kereszt egyesület küldöttsége fejezték ki szerencsekívánataikat. Július 1-jén este pedig közebédet rendeztek a jubiliás tiszteletére. Örömmel csatlakozunk mi is az üdvözlők sorába, mert tisztelt kartársunk pályafutásában és magában ez ünnepélyben látjuk, hogy az orvosnak tudományos és társadalmi működése, ha ez felül bír emelkedni az egyszerű kenyérgereset köznapni színvonalán, ki bírja vívni a közbecsület nálunk is és az orvosi gyakorlat terhes hivatását áldásossá, széppé és vonzóvá varázsolja.

× **Kinevezések a honvédorvosi karban.** A király a honvédorvosi tisztikar tartalékállományában 1899. évi július hó 1-jei ranggal segédorvosokká kinevezte: *Vámossy Zoltán* dr.-t, *Neuwirth Gusztáv* dr.-t, *Mesterházy István* dr.-t, *Bodó Kálmán* dr.-t, *Weisz Ferencz* dr.-t, *Barta Béla* dr.-t, *Szóllósi Ernő* dr.-t, *Horáczek János* dr.-t, *Hódossy Gedeon* dr.-t, *Kanócz János* dr.-t, *Barta Kornél* dr.-t, *Hubert Hugó* dr.-t, *Filipp Jakab* dr.-t, *Friedmann Ármán* dr.-t és végül *Gänger Arnold* dr.-t.

— **Hazai fürdők személyforgalma.** *Szt. Lukács-fürdő* (VII/1.): 599. (I/1—VI/30-dikáig): 217,634 fürdő. *Tátrafüred* (VI/28.): 172. *Új-Tátrafüred* (VII/2.): 173.

— **r. Az európai gyógyhelyek sorában** **Gleichenberget** kétségkívül az első helyek egyike illeti meg. Egyrészt ismert ásványforrásvízei s kedvező klimatikus viszonyai azok, melyeknek 65 óta világhírét köszöni, másrészt az ott berendezett gyógyintézetek mintaszerű berendezése és a városka összes hygienikus intézményei. Az eddig létezett gyógyintézetekhez, mint a belézési termek szétporlasztott lúg és fenyőárgőzők számára, a pneumatikus kamarák, a hidegvízgyógyintézet stb. a folyó évből két külön cabin is esatoltatott ezen inhalatiók számára, melyek a vendégeknek teljes megalégedést keltettek. A lakás- és ételmezési viszonyok teljesen megfelelnek a vendégek igényeinek. Ezek iránt az igazgatóság készségesen ad felvilágosítást. Az újítások közt említést érdemel az újonnan épült postaépület és a vízvezeték kibővítése.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma” (magánygyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére) **Budapest**, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Szt. Lukács-fürdő

téli és nyári gyógyhely

= **Budapest.** =

Dr. Baumgarten Samu Stefánia-út 55. szám alatti **Sanatorium** sebész-főorvosa osztályán **sebészeti és húgyszervi betegek** külön szobára kitünő ellátás, gondos ápolás és állandó orvosi felügyelet mellett napi **négy forintért** vétetnek fel. Bővebbet 1/22—1/24-ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utca 23. szám.

Rheuma, köszvény, neuralgiák, isch as stb. ellen. Nagy kénes iszapfürdő. Iszapbegöngyölések és külön fürdők. Kö-, kád- és gőzfürdők és uszodák. Kitünő szállodák. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. A fürdő orvosa: Dr. Bosányi Béla. Prospektust küld ingyen az igazgatóság.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (VI. szakülés márczius 8-dikán.) (VII. bemutató szakülés 1899. márczius 22-dikén) 341. l. — A berlini tüdővészcongressus. 343. l.

Közkórházi orvostársulat.

(VI. szakülés 1899. márczius hó 8-dikán.)

Elnök: Rákosi Béla; jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

Áldor Lajos: Csak néhány szót kívánok az előadáshoz fűzni, mely a theoria mai állását olyan világosan tárgyalta.

A prophylaxisra általában nagyobb súlyt kell helyezni, mint az ma a gyakorlatban érvényesül; nevezetesen ne elégedjünk meg azzal, hogy minden betegnek megvizsgáljuk a vizeletét cukorra, hanem a gyakorlatban a glykosuria minden alakját diabetesnek tekintjük, ne vegyük tehát fel a praxisban a glykosuriának alimentár, transitorikus és egyéb fajait; legyen szabad erre egy példát felhoznom: egy 31 éves, gravid nő vizelete megvizsgálván, abban 1% cukor volt kimutatható; a nő egy hét múlva más által is megvizsgálta vizeletét s az eredmény negatív volt; a családát nyugtalanította ezen körülmény és egy éven belül teljesen szabad diéta mellett a beteg vizeletét többször megvizsgálta, mindig negatív eredménnyel; ez megnyugtatta a beteget és orvost egyaránt, mert kétségtelennek látszott, hogy diabetese nincs. Hat év múlva, a múlt évben egy emésztési zavar alkalmával a nő vizeletét újból megvizsgálattatott s akkor 8% cukor volt kimutatható; ha 6 év előtt nem transitorikusnak tekintik a glykosuriát, akkor ma nem állnánk szemben a diabetesnek ilyen súlyos alakjával. Tehát nem elégséges mindig csak annak megvizsgálása, hogy tartalmaz-e a vizelet egyáltalában cukrot, hanem, ha a legkisebb gyanunk is van diabetesre, s cukor nincs is kimutatható, szükséges volna a szervezetnek szénhidrat asszimiláló képességét megvizsgálni. Ezen célra eddig a Noorden eljárásán kívül, mely nem egészen megbízható, más módszerünk nincs.

Régi tapasztalat, hogy a thyreoidin a szervezetnek szénhidrat asszimiláló képességét jelentékenyen leszállítja. Strauss-nak olyan diabetikusoknál, kik előzőleg cukormentesek voltak, thyreoidinra sikerült cukrot létrehozni, s arra az eredményre jutott, hogy csak ott érhet el thyreoidin adagolására glykosuriát, a hol a hajlam diabetesre megvan; tehát nem elég a cukorvizsgálat negatív eredménye, hanem ki kell terjeszkedni a szénhidratok asszimiláló képességére is.

Hertzka Imre: A cukorbetegség therapiájának különböző módját abból magyarázhatjuk, hogy a diabetes egyáltalán nem önálló betegség, hanem a glykosuria a főtünete a testben előforduló legkülönbözőbb megbetegedéseknek, mint azt a láznál és sárgaságnál is tapasztaljuk.

Nagyon érdekes Gyurman felolvasása, a mennyiben kiterjeszkedett a szénhidratok felhasználási képességére, a melyből szintén megítélhetjük a diabetes beosztásának helyességét. Leo ugyanis kimutatta, hogy az amylaceáknak fehérjét kimelő szerepe van egyes diabetes-esetekben.

Rumpf (Hamburg) egy előadásában kimutatta, hogy a súlyos diabetesnél egyes esetek előfordulnak, melyekben a testnek az amylaceákat felhasználó képessége megszűnik, s ilyenkor az amylaceák felvétele cukor-elválasztást eredményez, mely sokkal nagyobb mennyiségű, mint a bevitt keményítő s a legszigorúbb diéta mellett elválasztott cukor mennyiségének megfelel; ő Minkovszkynak a számítását vette alapul, mely szerint 1 gm. felvett nitrogénből 3 gm. cukor keletkezik.

Vannak esetek, melyekben 1 gm. nitrogénre 10 gm. cukor is esik, hogy ilyen nagymennyiségű cukor csak fehérjéből keletkezhetik, ez alig tehető fel, tehát más magyarázatot kell keresni, s ez csak a zsírsavakra vonatkozhatik. Fischer és Taafel kimutatták, hogy a glicerin valódi cukorfajba mehet át, és így keletkezik májglicogen glicerinből és zsírokból, de mivel 100 gm. zsír csak 10 gm. cukrot eredményezhet, a vér elárasztatik illó zsírsavakkal, s így meg van a magyarázata annak is, hogy súlyos diabetes-esetekben zsírsavak találhatók a vizeletben, mint azt Rumpf és Jaksch már évek előtt konstatálták.

Eddig azon véleményben voltunk, hogy az oxývajsav fehérjéből keletkezik, bár ezt nem sikerült kimutatni; Markoenikov azonban a vajsavból kis mennyiségű oxývajsavat állított elő. Rumpf ebből kiindulva, egy diabetikusnak, kinek vizelete oxývajsav mentes volt, hét napon át naponta 50 gm. vajsavas natront adott, s csakugyan oxývajsav-elválasztást eredményezett. Liebreich különben a Virchow tiszteletére kiadott „Festschrift“-ben a protagont hozza fel mint olyan anyagot, mely zsírsavakat és cukrot produkál, vannak tehát esetek, melyekben a plasma-fehérje kiméltetik és a zsírsavag szenved, azonban ez individualis, sőt egy és ugyanazon egyénnél is változik.

A különböző szerzők által ajánlott gyógymódok egyes esetekben beváltak, máskor nem, a szerint a mint a diabetesnek egyik vagy másik oka van.

A sanatoriumi gyógymód nem mutat fel mindig kedvező eredményeket, mivel a betegek nem egyformák; főleg fiatal egyéneknél éppen a sanatoriumi gyógymód a legveszedelmesebb, mivel ezek tűrik legkevésbé a drasztikus diabetikus eljárást, melyet Külz és Noorden felállítottak.

A súlyos, középsúlyos és könnyű esetekre beosztást szóló már 1884-ben ismertette és a wiesbadeni belgyógyászati congressuson tartott előadásában kimondta, hogy a Seegen-féle beosztással nem lehet célt érni.

Megjegyezte még szóló, hogy a tüneteket kell gyógyítani, súly helyezendő a bőr ápolásra, a complicatiokra; szívbajost keveset, de sok arterio-sclerotikus diabetikust látott.

A diétaára vonatkozólag a közvetlen átmenetet, a mint Noorden is szereti, főleg fiatal egyéneknél kell kerülni; a mi pedig a sanatoriumi kezelést illeti, annak súlyos esetekben, főleg fiatal egyéneknél, kik egyáltalán kilátás nélküli, kétségbe esett esetek, nem lehet szószólója; példa erre egy 17 éves leány esete, a kinek a Korányi-klinikán a leg gondosabb ápolás, megfigyelés és szigorú étrend mellett sem lehetett a 6-8% cukrot leszállítani; az illetőnél Karlsbadban pár nap alatt eltűnt a cukor, az esetet azonban mégis igen súlyosnak tartotta szóló, 18-20 hónap múlva tényleg coma diabeticumban elhalt; tehát sanatoriumban súlyos diabetes gyógyítani nem lehet.

A thyreoidint illetőleg egy myxoedemában szenvedő dán hölgyet látott, a kinek állapota thyreoidin adagolására javult, de egy év múlva a súlyos diabetes tünetei léptek nála fel, persze, ma már bajos volna megmondani, hogy ez thyreoidin befolyása alatt jött-e létre, vagy pedig az illető már előbb is cukorbeteg volt; tehát mielőtt thyreoidint alkalmaznánk, vizsgáljuk meg a beteget diabetesre.

Gyurman Emil: Osztom Áldor nézetét, hogy nemcsak a cukrot kell vizsgálni, hanem a szervezet asszimiláló képességére is kell próbákat végezni.

A mi a thyreoidin alkalmazását illeti, sokkal jobb 100 gm. dextrosevel végezni a próbát, a mi a glykosuria nemét is megmutatja, hogy alimentár-e az vagy anyagcsere betegség.

A gravid nő esetét illetőleg ki kellett volna mutatni, hogy a vizeletben megjelent cukor nem tejcukor-e, mert a graviditas alatt, szülés után és szoptatás alatt tejcukor van a vizeletben: ez lactosuria, melyből diabetes soh'sem lesz.

Hertzka monographiáját nem ismerem s nem tudtam, hogy ő osztotta fel; a szigorú beosztást mégis csak Noorden csinálta.

Ismerem a diabetes ivógyógymódjának hatalmas eredményét, de ezzel nem foglalkoztam.

(VII. bemutató szakülés 1899. márczius hó 22-dikén.)

Elnök: Rózsaffy Alajos; jegyző: Terray Pál.

Laparotomia érdekesebb esete.

Elischer Gyula: Midőn utolsó alkalommal e helyen néhány laparotomizált esetet bemutattam és a narcosis javalatainak megszorításáról értekeztem, nem hitte, hogy ily hamar ama helyzetbe juthat, hogy nemcsak a narcosis mellözése, de a bódító eszközök teljes kikerülése mellett is nevezett műtétet végezni kénytelen legyen. Ugyanis e hó 11-dikén H. Zs. 50 éves férjzett napszámosnő (Sármegyéből) ment be osztályára baját gyógyíttatni.

A beteg előadja, hogy havibaját 13 éves korában — rendes időben, de hét napi tartammal — kapta; két ízben rendesen szült; havibaja hat hónap óta kimaradt, s azóta hasa folyton nagyobbodik. Ez azonban kevésbé nyugtalanította; nagyobb baja az, hogy alteste, szemérem részei, különösen pedig alsó végtagjai vizenyösen beszűrődtek, vérzése pedig szerfelett akadályozott lett; egyéb fájdalmai nincsenek.

Felvételkor a nagyon lesóványodott s lilégően légző asszonynál egy körülbelül 145-150 cm.-nyi körfogatú altestet láthatunk, melyben a beszűrődött és feszes hasfalakon keresztül több rendbeli dudoros daganat volt tapintható. A jobb Poupert-szalag alatt egy férfiókölyni reponálható sérv. Az ivarszervi vizsgálat következtében feltételezhető, hogy a magásra feltolt méh mögött szabad hasvízkór van jelen.

Pulsus igen gyenge, szapora; a tüdők felett számos szöres-zörej; fehérje a vizeletben nincs.

Ilyen állapot mellett arra kellett törekednie, hogy először is a magásra feltolt rekeszt, valamint a tüdöket szabadítsa fel és pedig a daganat, esetleg a hasvízkór megszüntetése által. S mivel a Schleich-féle szövetinfiltráció érzésnélkülivé teszi a hasfalakat, a szerfelett nagyfokú vizenyős beszűrődés mellett azokat most a nélkül is lehetségesnek mutatkozott megnyitni. Ezen érvelés alapján kísérlete meg a műtét végrehajtását.

Betegét fűrösztsé, a belek kiürítése és a hasfalak előkészítése után narcosis és infiltrálás nélkül vetette alá a műtétnek.

E hó 15-dikén a hasfalakat bemetszve csakhamar körülbelül 8 liter colloid-folyadék ürült ki; valószínűleg egy a hasfalakhoz nőtt cystarekeszt nyitottak meg, ennek eltávolítása után még körülbelül 3 liter tiszta hasúri savó folyt ki. Ezután a daganatot leválasztani akarván, meggyőződött arról, hogy az az összenövés által annyira tapadt a hasfalhoz, hogy sikeresebbnek mutatkozott a hassebet fölfelé tágitani s onnan a peritoneum lehámlását előmozdítani.

Ily módon sikerült is a peritoneumot leválasztani; a műtét azonban baloldalt körülbelül a köldök magasságában megakadt, a mennyiben baloldalt egy 3 ujjnyi széles köteg a hasfalba belényült. Jobboldalt számos széles összenövés tompán leválasztása után a ligamentum latum és ovaricumig haladt, melyből egy 9 hónapos terhes méh nagyságának megfelelő daganat emelkedett ki. A daganat erős, 5 ujjnyi széles kocsanót Richelo-csüptetőbe fogva lemetsette, majd a baloldali rövid-széles kocsanót hasonlóképen befogva, a hasfalról levágta és a daganatot ezek után kiemelte a hasürből.

Most a hasür toilettéjének kezeléséhez fogott s a csontok megerősítése után meglepetésére folytonos vérszivárgást észlelt. Ez a hasfalak összenövéséből eredő arteriosus vérzés alakjában jelentkezett 4—5 helyen, s a feckendő edény felkeresését és szorgos alakötést vonta maga után. Ennek megtörténtével megállt minden vérzés és a műtét befejezése a rendes módon megtörtént. A csontokat lehetőleg peritoneummal vonta be; a hasürben levő folyadékot pedig eltávolította.

Műtéti beavatkozást igényelt a hassér is. Könnyen keresztülvihetőnek mutatkozott a sérvkapunak a hasürben leendő elzárása, a mit erős catgut-varrattal eszközölt; a hasfalakat matraz-öltéssel rétegletesen egyesítette. A hasra szokásos dermatolgeze-wattakötést alkalmazott erős flanel-nyomkötéssel fedve.

Beteg a műtét után igen kimerült volt, hőmérséke délután 38,2, pulsus 112. Fájdalmai nincsenek, hányása nem volt. Három óránként a végbélbe 2—300 gm. borlevest rendelt, azonban a 2-dik beöntés után a beteg — megsajnálva a borlevés ilyen módoni pazarlását — azt inkább per os kívánta bevenni, mely kívánságát teljesítették.

Azon idő óta betegnél teljesen normalis állapot van jelen; harmadnapra a fesztelenítő öltéseket eltávolította, azonban a felső öltések még behagyattak, p. p. gyógyulás ígérkezik.

Szelek távoztak; beöntésre ürülése volt.

A beavatkozást — mondhatni — hősiessé állotta ki; feltűnőnek látszott azonban, hogy — dacára a nagy beszűrődésnek — a hasfalakba való metszés igen fájdalmas volt s ebből következtethető, hogy a Schleich-féle infiltratióal a cocainnak hatása az, mely fájdalommentessé teszi a metszést.

A hasdaganat kiemelésénél nagy elővigyázattal kell eljárni, betegnél ekkor egy csekélyfokú sok állott be. Az ovarium tapintása a Douglas-kitörésénél mindig éles fájdalmat okozott. A hasfalak egyesítése ismét elég fájdalmasnak mutatkozott.

Rendkívül nagy előny az ilyen eljárásnál, hogy a beteg utókezelése igen meg van egyszerűsítve s a gyógyulás gyorsan indul meg.

Ezek tudatával a nem épen kiméletesnek látszó eljárás kimenthető, főleg, ha a többi állapotok is ily közönséges módszerre kényszerítik a műtét.

Májsyphilis esete.

Ángyán Béla: Mult év október havában már volt alkalmja a kórház-társulatnak egy májsyphilis-esetet bemutatni, melynél a kórisme semmi nehézségekbe sem ütközött. Azon alkalommal felemlítette ama diagnostikus nehézségeket is, melyekkel a visceralis syphilis megállapításánál sok esetben találkozunk. Felhozta egyúttal azt is, hogy a syphilis visceralis alakjait az orvosi gyakorlatban ritkábban láthatjuk és habár a májsyphilis aránylag gyakrabban kerül észlelés alá, mégis nem oly gyakori, hogy az egyes előforduló esetek több figyelmet ne érdemelnének.

Ezen körülmény vezette arra, hogy ma ismét egy a tavalyihoz hasonló esetet mutasson be.

A beteg 41 éves mosónő, szülei előtte ismeretlen bajban haltak el. Havibaját 15 éves korában kapta, mely mindig a rendes időben és mennyiségben jelentkezett. Ötgyedév óta kimaradt. Hat izben volt terhes. Két gyermeke 2—4 éves korában gyermekbetegségben halt el, három él és egészséges. Az utolsó terhességéből ezelőtt 5 évvel származó magzata halva született.

Beteg előadja, hogy mint mosónő nyilvános házba járt ruhát mosni, hol egy elhalt leánynak ruháját öltötte magára. Állítólag ettől genitáliái és jobb keze megdagadt. A kezelő orvos ezen daganatokra borogatást és belsőleg kanalas orvosságot rendelt, melyet két hónapon át szedett és teljesen meggyógyult.

Két év előtt a bal arczele fájdalmasan megdagadt, melyet a kórházban operáltak, az operatio nyomát a fültömírigy táján a fül előtt látható függőleges linearis heg mutatja.

Előbbi baja óta gyakran szenvedett éjjeli fejfájásokban.

Egy év óta igen gyengének érzi magát, bágadt, munkáját nem tudja végezni; étvágytalan, gyakran hányás-ingerek kínozzák.

Hét hete veszi észre, hogy a gyomortájon fájdalmas daganat mutatkozik, mely lassanként növekedett. Két héttel fölvétele előtt a homlok jobb felén fájdalmas dudorodás lépett fel.

Február 7-dikén felvétele alkalmával a következő jelen állapot mutatkozott.

A beteg igen elgyengült, állani is alig képes, nagy fokban lesoványodott; bőre és a látható nyákhártyák feltűnően halaványak, sőt a bőr kissé fakó színű. A homlok jobb oldalán a hajzatos fejbőr szélén egy mogorónyi daganat látható, mely önkéntesen is, de nyomásra is fájdalmas, felette a bőr ép, az alappal összekapaszkodik, kissé puhább tapintatú.

Főpanaszát a gyengeség, étvágytalanság, gyomortáji fájdalmak, fejfájások és az alszár fájdalmak képezik. Ezen fájdalmak főképen éjjel lépnek fel s a beteg álmát elrabolják.

A pupillák egyenlők, fényre kellően reagálnak. Nyelv fehéres lepedékkel bevont, szájiz keserű, nyelés szabad, szomj nem fokozódott. A mellkasi szervek fölött semmi rendellenesség.

A máj bal lebenye tetemesen megnagyobbodott, elfoglalja az egész epigastriumot, érzékeny, szélei megvastagodottak és kemények, felületén már szabad szemmel is látható két diónyi dudorodás észlelhető, mely porckemény, valamint igen kemény a többi egyenetlen májfelület is. A jobb lebeny rendes. A lép nem nagyobbodott. A többi hasür szervek felett semmi rendellenesség. A vizelet idegen alkatrészeket nem tartalmaz, az ivarszervek vizsgálata rendellenességeket nem mutat. A nyirkmirigyek a tarkón, hónaljban borsónagysáig megnagyobbodottak. A bemutatott esetben a csaknem cachexiáig fokozódó anaemia, a lesoványodás, elgyengülés, továbbá a máj bal lebenyének megnagyobbodása és felületének dudoros volta első pillanatban azon kérdés elé állít, hogy nem rossz indulatú alképlettel, in specie carcinoma hepatissal van-e dolgunk. Ezen felvétel ellen szól a betegség fejlődése, a lép megnagyobbodás hiánya és a beteg kora.

Más oldalról olyan tünetek és elváltozások észlelhetők, melyek a máj luetikus megbetegedése mellett szólnak és pedig: a már évek óta tartó s különösen éjjel jelentkező fej- és lábszárfajdalmak, a homlokon észlelhető mogorónyi daganat, az egy év óta fokozódó gyengeség, mely mellett a máj fájdalmas daganata csak hét hete kezd fejlődni és végül a nyirkmirigyeknek megnagyobbodása. Igaz ugyan, hogy a fertőzés helye, valamint az elsődleges tünetek a kórelőzményben semmi támpontot nem találnak, de azon körülmény, hogy a beteg 6-dik és utolsó gyermekét ezelőtt 5 évvel halva hozta a világra, valószínűvé teszi a luetikus fertőzés fennállását.

Ezen alapon a betegnél antiluetikus therapiát indítottak meg, a mely eleinte szürke-kenőcs immunctióból állott, minthogy azonban 27 gm. szürke-kenőcs bedörzsölése után salivatio következett be, ezt kénytelenek voltak beszüntetni. Ezen idő óta (február 24.) jodkaliumot szed belsőleg.

Ezen gyógyeljárás csak megerősíti a kórismét, a mennyiben azt látjuk, hogy a beteg táplálkozása fokozatosan javul, erőbeli állapota gyarapodik, anaemiája csökken, fej- és tagfájdalmai elmúltak, alvása jó, a homlokon észlelt gümme már tíz nap előtt eltűnt, a máj felületén észlelt daganatok ellapultak, maga a máj bal lebenye megkisebbedett, de még mindig nagyobb, kemény és kissé szemeses felületű, érzékenysége azonban már teljesen megszűnt. Az eddigi javulás alapos reményt nyújt, hogy a beteg az antiluetikus kezelés mellett egészségét visszanyeri.

Lues maligna esete.

Róna Sámuel: Cs. J. 51 éves ház mesterné, f. hó 10-dikén vétetett fel az osztályra súlyos beteg. Mult karácsony óta beteg s baja torok-, fül- és fejfájással kezdődött, nyelni alig tudott. Két héttel ezután a köztakaró különböző részein kiütések léptek fel, lázak kíséretében.

A folyamat, melyről itt szó van, „syphilis maligna“. Az egész köztakarón elég sűrűn nagy babnyi göbös syphilidek, krajezárnyi, egész tallérnyi mély pustulák syphilidek láthatók, legtöbbször már rupiaszerű varakkal borítva. Állandóan mérsékelt láz, nagyfokú anaemia és elesettség. Az infectio kiindulási pontja valószínűleg a genitáliák voltak. Erre vall az inguinalis mirigyek tetemes nagysága, a többé felületes mirigyek ezekkel szemben elenyészők. Azonban a primær laesiot vagy annak nyomát nem tudtuk felderíteni.

Hogy mi az oka itt a malignitásnak, szintén nem lehetett kideríteni.

A syphilis első nyilvánulása a jobb alsó szemhéjon.

Róna Sámuel: 24 éves czipész neje f. hó 20-dikán vétetett fel az osztályra. A jobb alsó szemhéjon az orbita alsó széle táján mintegy nagy körömfény, barnás-vörös, porckemény, élesen határolt, erősen tapadó, barnás-fekete varral fedett, fájdalmatlan beszűrődés. Az állag alatt jobb oldalán és az áll középen mogorónyira beszűrődött mirigy van, ellenben a fül előtti nem tapintható. Általános foltos-syphilis. A genitáliák épek, inguinalis mirigyek rendesek. A primær laesio beteg állítása szerint valószínűleg kedvezésnek eskőjaitól eredt, mert 10 hó óta férjétől elváltan élt és kávéházban szolgált.

Öröklött syphilis esete.

Bruckmayer Ferenc: Cz. E. 18 éves nőtlen napszámos 1899. január 14-dikén vétetett fel Róna osztályára. Betegsége 3 év előtt kezdődött; a bal könyökcsigolyán esomó képződött, mely kifakadt és kifekélyesedett. Egy év előtt a nyak baloldali mirigyek kifekélyesedtek. Hasonló fekélyek léptek fel a bal füle mögött és a fej hajzatos bőrén. Apja, valamint négy testvére, előtte ismeretlen bajban haltak el. Több-ször feküdt kórházban, a hol sebészileg kezelték. Antiluetice kezelve nem lett.

A korához képest gyengén fejlett beteg hajzatos fejbőrén, a falcsont fölötti tallérnyi területen livid, egyenetlen széli fekély, melynek alapja sárgás-barna lepedékkel fedett. A bal állagtól kezdődőleg, a nyak közepéig terjedőleg kétujjnyi széles, sárgás genyvel belepett, helyenkint lencsenyi, egész babnyi fekélyektől belepett terület látható.

A felkar alsó harmadától az alkar felső harmadáig áttérjedőleg a bőr livid, beszűrődött, egyenetlen felületű; az alkaron tallérnyi, duzzadt, lividszerű fekély. A felkar alsó harmadában mogorónyi gümme. A könyökizületben nagy kiterjedésű heg.

Hasonló elváltozásokat találunk a scrophulodermánál is, melynek kedvező székelye és kiinduló pontja a mirigyek és a csontthártya, de minthogy egyes fekélyeknek határozottan nem tuberculosus külleme volt, és a fekélyedő folyamat local empl. hydrargira gyorsan begyógyult:

jelen esetben a kórismét luesre tettük. Beteg belsőleg jodkalit szedett, 35 bedörzsölést végezt.

Fibroma tonsillae esete.

Paunz Márk: A mandolák rosszindulatú daganatai úgyszólván mindennaposak. Leggyakoribb a carcinoma, rosszindulatú sarcomák sem tartoznak a ritkaságok közé. Sokkal ritkábban fordulnak elő a mandolák jóindulatú daganatai és csak újabb időben képezik nagyobb figyelem tárgyát. *Rokitansky*, *Virchow* a jóindulatú mandoladaganatokat még nem említik. *Pitha-Billroth* nagy sebészeti munkájában *Weber* tárgyalja a garatbántalmakat és csak egyetlen mandolafibromáról tesz említést, melyet *Curling* távolított el. *Morell Mackenzie* többször észlelt apróbb fibromákat, papillómákat a tonsillákon. Újabb mind több és több esetet ismertettek. *Ardenna* 1896-ban összesen 72 esetet tudott összegyűjteni thésisben, melyet a jóindulatú mandoladaganatokról írt. De azóta is már több esetet közöltek. Nemrég *Onodi* tanár mutatott be a mandolából kiindult zsirdaganatot a kir. orvosegyesületben.

Róna tanár szívességének köszönheti, hogy ma egy idevágó esetet mutathat be: P. N., 21 éves cipész, 1899. február 7-dikén vétetett fel a szt. István-kórház bőrbeteg osztályára psoriasis miatt. A beteg néhány nappal a felvételt után torokgyuladást kapott és ez irányban megvizsgáltatván, felfedeztetett nála a bemutatandó daganat. Az eset kórrajza röviden a következő. Évente 3-4-szer szenved torokfájásban, mely rendszerint néhány nap alatt megszűnik. Mellkasi szervek épek. Orr feltűnő változások nélkül. Száj, garat nyákhártyája rendes. Fogak épek. Mindkét mandola jelentékenyen túltengett; a jobb oldali kisdíonyi, a bal oldali nagydíonyi. A bal mandola felső polusán, a mellső garatív mögött mogorónyi, körtealakú, kocsányos, nyelvél egy mandolatüszöböl kiinduló, sárgás-rózsaszínű, sima felszínű, a mandolánál jóval tömöttebb daganat ül. A gége feltűnőbb változások nélkül; a hang tiszta. Tekintettel a daganat tömörségére és arra a körülményre, hogy a mandolák jóindulatú daganatai közül a fibroma fordul elő leggyakrabban, itt is fibromát diagnosztizáltak. F. évi március hó 1-én mindkét túltengett mandolát, a bal oldalt a rajta ülő dagannattal együtt, kimetszette. A szövettani vizsgálatot *Krompecher dr. tanárségéd* végezte. A daganat tényleg tiszta fibromának bizonyult, helyenkint kerekesejt beszfürődéssel.

Nem az eset ritkasága indította annak bemutatására. Van ezen jóindulatú daganatoknak is gyakorlati jelentőségük. Növekedésük által nemcsak kellemetlenekké, hanem olykor veszedelmesekké is válhatnak. *Curling* említett esetében nagyfokú nyelési nehézségek tették szükségessé a kiirtást. *Peysner* 15 éves leánynál kocsányos fibromát észlelt a jobb mandolán, mely légzési nehézségeket okozott. *Hamilton* 22 éves fiatal embernél a jobb mandoláról távolított el 3 hüvelyk hosszú kocsányos lymphangiómát, mely éjjel fuladási tüneteket okozott. *Barnard Holt* pedig említ egy esetet, melyben a mandola mögött fejlődött 9 hüvelyk hosszú lipoma bekerülve a gégebe, súlyos asphyxiát idézett elő.

Ily körülmények között ezen daganatok megérdemlik a figyelmet és ha jelen vannak, eltávolítandók. Ezt rendszerint egyetlen olló-csapással végezhetjük. Ha a mandola túltengett, legezélszerűbben azzal együtt irtjuk ki a daganatot, a mint az esetünkben is történt. Tudunk kell még, hogy néha észleltek nagyon véredényes fibromákat, sőt kocsányos angiómákat is. Ilyenkor, ha nem is veszedelmes, de minden esetre kellemetlen vérzést kaphatunk az eltávolításnál. Ezen kis kellemetlenség érte *Haugot* is, midőn idősebb asszonynál egy myxofibrolipomát lementszett. Nem szabad összetéveszteni ezen jóindulatú daganatokat a mandolák polyposus hypertrophijával, a melyek elég gyakran észlelhetők. Ha még figyelembe vesszük, hogy ezen jóindulatú mandoladaganatok néha csecsemőknél is előfordulnak, körülbelül kimerítettünk mindent, a mit ezekről gyakorlati szempontokból ez idő szerint tudunk.

Lues hereditaria a szájjadlásnak szétesett gummás syphilidjével.

Huber Alfréd: Jelen beteget egyrészt mint a lues hereditariának tipikus klinikai esetét, másfelől pedig annak demonstrálására mutatja be, hogy az öröklött lues mily óriási roncsolásokat képes létrehozni, ha a specifikus kezelés már idejekorán nem eszközöltetett.

A 17 éves nőbeteg január 21-dikén vétetett fel a szt. István-kórház bőrbeteg osztályára azon panaszszal, hogy a torka fáj és fuladozik. Anamnesis: Szájjadlása két év óta beteg, szeméin gyermekkorra óta hályogja van. Tíz év óta mindkét fülén rosszul hall. Bőrkiütése állítólag sohasem volt. Menstruatioja mindaddig még nem jelentkezett. Három hó előtt a nyak jobb oldalán kelése támadt, a mely szürke-tapsz használata után kifelé tört. Fél év óta a torka fáj és fuladozik, ugyanezen idő óta a nyaka kívülől is láthatólag erősen dagadt. Atyja, valamint 2 testvére él és egészséges. Anyja többször vetelt, hogy hányszor, azt beteg nem tudja. Anyja előtte ismeretlen súlyos bajban halt el. *Status praesens:* A genitáliák épek. A torkán, a hát közepén, a jobb fül mögött, a nyak jobb oldalán, az arcz bal oldalán, a bal fül előtt és a nyak bal oldalán babnyi, díonyi, rózsaszínű, részben sima, részben hypertrophikus hegek láthatók. Az arcz jobb fele főleg a parotis táján mérsékelt duzzadt. Az egész fej a hydrocephalus benyomását kelti. Mindkét fülén rosszul hall, főleg éjjel fokozódó fejfájásban és fülzúgásban szenved. Mindkét szemén keratitis parenchymatosa nyomai. A nyak mindkét oldalán mogorónyi, díonyi kemény fájdalommal mirigyek tapinthatók. Legnagyobbak az elváltozások a szájjüregben. Mindenekelőtt feltűnik, hogy az egész szájjadlás végig, kezdve a felső állkapocsnak a két mellső metszőfog közötti részétől a garatig, a középvonalban széthasadt. A hasadék homokóra alakú, elől és hátul a legszélesebb; legszűkebb részén a közepén az anyagihiány mintegy egy cm. széles. A

hasadék alsó határai túlsarjadzó fekélyekből állanak. A hasadék az orrüreggel kommunikál, a minek következtében a beszéd erősen dünnyögő. A fogak egyenetlenek, a bal felső incisivus Hutchinson-féle fognak felel meg. A beteg alacsony termetű és nagy fokban anaemiás. A kezelés jodkali belső adagolásában, a szájjában levő fekélyes felületek laposozásban és inunctiókban áll.

A lues hereditaria diagnosisa a Hutchinson-féle trias jelenlétén alapul; támogatja a diagnosist a nagyfokú anaemia, a menstruatio hiánya és az egész szervezet infantilismusa. A nyak és arcz különböző részein látható hegek valószínűleg gummák szétesése után maradtak vissza.

Atypikus localisatiojú psoriasis vulgaris.

Iványi Ernő: K. S. 60 éves pinzemunkás február hó 14-dikén vétetett fel a szt. István-kórház bőrbeteg osztályára. Bejövételkor előadja, hogy kézujjainak behajlított állása 30 év óta áll fenn, jelen bajára vonatkozólag pedig, hogy 5 hó előtt a bal kéz tenyéryi felszínén lenesényi fehéres folt keletkezett, mely beszáradt, majd leesett, később újak keletkeztek. Két hét óta a baj mindkét tenyerére diffuse elterjedt. A hajzatos fejbőrön sűrűn egymás mellett lenesényi, körömyi pikkelyfelrakódások, psoriasis telepek vannak. Mindkét kéz tenyéryi felszínén helyenként sárgás-fehéres, több mm. vastag elszarusodott hámtömegekkel fedett, a bőr megvastagodott, halványkékessvörös, mérsékelt beszfürődött. Mindkét kéz háti felületén egyes kölesnyi-lenesényi, ezüst-fehér hámlemezekkel borított, a bőr niveaujából alig kiemelkedő pikkelyek, melyeket eltávolítva, halvány-vörös, vakarásra pontszerűen vérző kerek terület látható. Hasonló elváltozások vannak a bal alkar alsó harmadában és a jobb kéztözület alsó felszínén. Mindkét láb ujjainak talpi felszínén egyes lenesényi, kiskörömyi psoriasis plaque-ok. A fandomban a fanszőrök által határolva a bőr halvány, kékes-vörös, kis fokban beszfürődött, mérsékelt hámoló, hasonló a penis háti felületén.

Ezen esetet azért mutatta be, mert a psoriasis fellépte életének 60-dik évében történt, a gyakoribb localisatiokat érintetlenül hagyva, főleg a rendszeren ép tenyérre és talpakra kiterjedt. Figyelemre méltó azonkívül a kezeken jelenlévő insugorodás.

Psoriasis universalis esete.

Iványi Ernő: Z. F. 50 éves vasöntő február hó 10-dikén jött a szt. István-kórház bőrbeteg osztályára. Mult év augusztus végén munkája közben erősen lehült, mely eset után két napra vette észre, hogy a hajzatos fejbőrön és hátán egyes (circa 6 db.) fillérnyi mekkoraságú, veres foltok keletkeztek, mire orvoshoz fordult, ki antiluetikus bedörzsöléseket rendelt. 5 hó óta az egész köztakaróra diffuse kiterjedt a bántalom.

A hajzatos fejbőrön, füleken a bőr diffuse halvány vörös, vékony, kissé tapadó szarúpikkelyekkel fedett, ezek leválasztása után a bőr élénk vörös. Homlok, arcz és a nyak elülső részének bőre — egyes lenesényi-körömyi, szabálytalan, ép bőrszigeteket kivéve — hasonlóan elváltozott. Az orr bőre ép, kissé kitágult hajszálerekkel, az alsó ajk felett a bőr szintén normalis színű és tapintatú. A tarkó, mell, hát, has bőre diffuse halvány vörös, mérsékelt beszfürődött, érdes felületű, a normalis ráncolatokat kifejezetten előtűntető, az egész területen fehéres, könnyen leváló, korpázó pikkelyedés látható. Hasonló folyamat a felső és alsó végtagokon, kivéve a bal láb felületén a sarok felett 6-8 cm. hosszú ujjnyi széles ép bőrterületet.

A psoriasis universalis ezen esetét főleg azért mutatja be, mert nem a szokványos helyeken vette kezdetét s hogy öreg korban kezdődött, azonkívül az antiluetikus inunctiókra az egész testre kiterjedt.

(Folytatása következik.)

A berlini tüdővész-congressus.

(Folytatás.)

Maillart és *Revilliod* (Genf) a genfi kantonális kórház légleírához szolgáló készületeit s a hygienés-diaetás eljárás sikereit 1898/9 telén ismertették. Arra a conclusiora jutnak, hogy a nagy városok kültelekein fekvő kórházakban, ha hideg szelektől védett kert áll rendelkezésre, a sanatoriumi kezelés surrogatúmat adhatjuk a betegnek. Nem is kell sok berendezés. Délnek nyitott barakk, benne párnázott fekvőszékek, tétre jól védő takarók, melegítő palaczkkal a lábánál. A genfi klimában télen át 6-8 órán át alkalmazák naponta a szabad levegő-kúrát s igen biztató eredménnyel. Legelőbb a köhögés, étvágytalanság és álmatlanság enged, utóbb a testsúly emelkedik, hogy azután végül az objectiv tünetek partialis visszafejlődése következnek.

Bruno Alexander dr. (Reichenhall-Nervi) jónak látta a congressust egy „saját kezelésmódjával“ megismertetni és ez nem egyéb, mint az oleum camphorat. officin. pharm. germ. bőr alá fecskendése. „A camphorkezelés — mondja előadónk — a tüdővész végstadiumában is eredményes volt. Erősíti a lélegző-mechanismus izomzatát s a szívizmot, csökkenti a köhögést és a köpetet, megszünteti a lázat és éjjeli izzadást, emeli az étvágyat, üdítő álmat szerez a betegnek s rendkívül élénkítő befolyással van rá“. Némi vizsgálatot mégis csak ad azonban az új terapia felfedezője a sanatoriumok híveinek, mikor így végzi mondani-valóját: „a gazdag embernél biztosabbá teszi a camphor a jó sikert, a szegény néposztályoknál hivatva van pótolni a causalis terapiát, a hygienés-diaetás kezelést“. *Petruschky* (Danzig) merészen kijelenti, hogy a Koch-féle tuberculin szakértő alkalmazásával ambulanter is eltüntethetők az összes tuberculosus körjelenségek. Két esztendő alatt négy ízben megismételt tuberculin-kúra rendszerint kellő eredményt ad. Ajánlja a szer

igénybevételét, mert kedvezőtlen hatást soha sem látott tőle. Krause (Vietz) 25 phthisis-beteg közül 12-t meggyógyított, 13-nál pedig javulást idézett elő a tuberculinnal. Az esetek „gondosan kiválasztott esetek” voltak, ámbátor előadó szerint egy Koch által inaugurált másik eljárás, az inhalatios kezelés itt-ott a kevert fertőzést is megszüntetni bírja. Nagyon kívánatos volna — mondja Krause —, hogy a sanatoriumokban obligatorius legyen a tuberculin alkalmazása (? Ref.).

Baradat cannes-i orvos a francia Riviera gyógyhelyein és főképp Cannes-ban szereplő hygienikus tényezőkről és egészségügyi intézkedésekről szól, melyek a betegek reinfectióját vannak hivatva meggátolni egy főleg tüdőbajosok által látogatott telepen. Nagy védelmezője a bő insolatiónak a tengermellék lakóinak a fertőzéstől már maga a napfény (a saison 180 napja közül Cannesban 156 derült!), de megvan Cannes városában ehhez az emberek hozzájárulása is: a beteglakta helyiségek és használta tárgyak desinfectioja, a tehenek tuberculinozása, pontos, naponta történő istálló-vizsgálat és szigorú tej-ellenőrzés útján stb. Nemsokára tényleg úgy leszen, mint a hogy Landcuzy tanár mondotta — jegyzi meg előadó — „demain ce seront les stations pour tuberculeux, dans lesquelles on se trouvera le plus en sécurité contre la contagion de même que c'est dans les maternités qu'on sait le mieux se garantir aujourd'hui contre la fièvre puerpérale” (magyar orvostársai előtt ugyanezt évekkkel ezelőtt így fejezte ki e sorok írója: „A sanatorium az a hely, a hol a fertőzés épen legkevésbé történhetik meg” . . . a zárt gyógyintézetekről ez helyes vezetés mellett bizvást áll is; már bajosabban a nyílt gyógyhelyekről).

Pecnik dr. (egyiptomi Alexandria) érdekes tanulmányt olvasott fel a sivatagi klímáról, tekintettel a tüdővész gyógyításra. Közép-Arábia és a Sahara „absolut phthisis-immunitásáról” ugyan bátran másként vélekedhetünk, mint előadó, mégis el kell ismernünk, hogy tanulmányával sok tekintetben alapos klimatologiai és klimatoterapiái munkát végzett. Eleinte fokozódik egy kissé a tüdőbajos köhögése a sivatag éghajlatán, de csakhamar erős könnyebbülés áll be. A köpet kevesebb és nem annyira genyes, a lélegzés subjective könnyebb, a láz és izzadás csökken, esetleges fehérjevizelés tiúnik, testsúlyban gyarapszik az egyén, exsudatumai, ha voltak, felszívódnak, infiltratioi hovatovább visszafejlednek. Vérzésekre hajlandó phthisises egyének haemoptoái azonban rendszerint súlyosabb alakot öltenek s az erősen legyengült beteget rapid erőbeli hanyatlás éri utól a száraz-meleg atmosphaerában. A két utóbbi esetet kivéve, a tüdővész haszonnal keresheti fel a délibábos sivatagot.

Nunc venio ad fortissimum virum . . . A therapiáról szóló fejezet befejezéseken van szerencsém referálni arról az előadásról, mely szerintem a congressus Eris-almáját megérdemelte volna. Maragliano genuai tanár a *hygienés-diaetás therapia tudományos indokolását* adta meg a következő, tengeri malaczon kísérletileg beigazolt tételével: „egészséges emberek vérsavója a gümöbaccillusok toxinjának hűdlos dosisait bírja neutralizálni, elgyengült, testileg leromlott egyének vérsavója ellenben ezt a sajátjától nélkülözi.

Tessék tehát a legyengült szervezetet új erőre kapatni s megvalósul a szervezet sikeres „autoscrotherapiája” a gümös méreggel szemben!

Kathy dr.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

23747/ki 1899. sz.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegyénél a jázsági felsőjárás orvosi állás elhalálozás folytán üresedésbe jövén, ezen állásra a vármegye főispánjának megbízása folytán pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, a kik ezen évi 440 frt fizetéssel és 200 frt úti átalánnyal javadalmazott járás orvosi állásra pályázni óhajtanak, hogy törvényes képzettségüket és előnyű működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó évi augusztus hó 2-dikéig beadni sziveskedjenek.

Megjegyzem, hogy a kinevezendő járás orvosa a járás székhelyén. Jászberényben köteles lakni.

Szolnok, 1899. évi július hó 4-dikén.

Királyi tanácsos, alispán helyett:
Dr. Benkó, vármegyei főjegyző.

1—2

7746/899. kig.

Mihályi székhelyvel 8 községből csoportosított s elhalálozás folytán megüresedett mihályi körorvosi állásra, melynek javadalmát 300 frt fizetés, természetbeni fuvar, továbbá a Mihályiban 1891. évi márczius 16-án felvett jegyzőkönyvben megállapított látogatási, valamint Mihályi községben a halottkémlési díjak képezik, ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom tehát azon orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ának megfelelőleg felszerelt kérvényüket f. évi július hó 25-dik napjáig alulírt főszolgabírói hivatalhoz annál inkább nyujtsák be, mert a későbbben érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A választás folyó évi július hó 26-án d. e. 9 órakor fog Mihályiban a róm. kath. iskolában megtartatni.

Kapuvár, 1899. évi június hó 19-dikén.

3—1

A főszolgabírói hivatal.

6405/899. V. sz.

Torontálvármegye törökkanizsai járásába kebeleztet Oroszlámos község székhelyvel szervezett üresedésben levő körorvosi állás betöltése céljából, mely körhöz az említett központi községen kívül Egyházaskér, Majdán és Rábé községek tartoznak, pályázatot hirdetünk s felhívom mindazokat, a kik a kérdéses állást elnyerni óhajtják, miszerint orvostudori oklevéllel s eddigi alkalmaztatásukra

vonatkozó bizonylatokkal felszerelt kérvényeiket f. évi augusztus hó 5-dikéig alulírott főszolgabírói hivatalhoz nyujtsák be.

Ezen körorvosi állással 600 frt évi fizetés, 40 kr. nappali, 80 kr. éjjeli látogatási díjak élvezete van egybekötve.

A megválasztandó körorvos községeit az azok által előállítandó fuvarok igénybe vételével hetenkint egyszer hivatalból meglátogatni, a szegényeket ingyen gyógykezelti, Oroszlámoson a szabályrendeletileg megállapított díjazás mellett a halottkémlési s hűsvizsgálati teendőket teljesíteni tartozik.

Köteles végül a torontálmegyei orvosnyugdíjgyelthe belepni.

T-Kanizsa, 1899. évi július hó 3-dikán.

3—1

A főszolgabírói hivatal.

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 diaetikus italt képezi. **ÉDESKUTY 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.

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.

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 GEZA a labororium vezetői.

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

FRANZENSBAD. SZÉNSAVDÚS LITHION FORRÁS. NATALIE-FORRÁS.

Orvosi tekintélyek kitünő sikerrel rendelik.

Húgyhajtó hatás.

Kellemes íz.

Könnyen megemészthető.

Kizárólagos szétküldési jog: MATTONI HENRIK, Franzensbad, Karlsbad, Bécs, Budapest

Porosz királyi

FACHINGENI

ásványviz, mint gyógyvíz,

a balneo-therapiában kiváló eredménnyel alkalmazható. gyógyjavallatait illetőleg szerepel:

mint tisztán diaetikus víz profilaetice teljes eredménnyel használható typhus abdominalis, disenteria, cho era és maláriánál, mint adiuvens hatány kiváló hasznat hajt a száj, garat, légső, hörgők, gyomor és belek hurutos bántalmainál.

Mint specifikus agens legeredményesebben használható arthritis uterica, diabetes, oxaluria, acut nephritis és chronicus Bright-kór acut exacerbatioinál, pielitis acuta és chronicánál, acut és chronicus cystitis eseteiben, de különösen meglepő eredményeket nyújt a vese húgysavas concrementumainál és oxalsavas vesekövekkel szemben.

Kimerítő prospektus készséggel küld a főraktár:

ÉDESKUTY L. Budapest

cs. és kir. udvari szállító.

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.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

- Boross Ernő:** Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem II. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából. Intravenosus befecskendezések borkósavas sublimattal streptococcus és staphylococcus pyogenes aureus fertőzésnél 346. l.
- Lantos Emil:** Újabb adatok az abortus kezeléséhez. 347. l.
- Baumgarten Egmont:** Közlemény a budapesti poliklinika orr- és gégeosztályáról. III. A phenolum natrosulfuricicum az orr-gégészeti gyakorlatban. 349. l.
- Bókay János:** Orvosi jelentés a „Stefánia” pesti szegény-gyermekórház 1898-dik évi működéséről. 350 l.

Tároza. † Mihalkovics Géza dr. egyetemi tanár. 351. l.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Bókay Árpád, Kéty Károly, Korányi Frigyes: A belgyógyászat kézikönyve. 353. l.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — Sauer Ignác — Kitüntetés. Hazai fürdők személyforgalma. — Herczel dr. — Kuthy Dezső dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. — Falta dr. — Sarbó Arthur dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 330 l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet: Szemészet. 4. sz.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti k. m. t. egyetem II. számú (Réczey Imre tanár) sebészeti klinikumából.

Intravenosus befecskendezések borkósavas sublimattal streptococcus és staphylococcus pyogenes aureus fertőzésnél.

Közli *Boross Ernő* dr. műtő.

A serumtherapia korszakában, a mikor az állatokat — a vérsavóval való immunizálás megteremtője, *Raynaud* (1877) óta — a fertőző bántalmak majdnem mindegyike ellen immunizálják, sőt *Behring* és társai az állatokat vérsavóval gyógyítják, azon korszakban, melyben az orvosi gyakorlatban is igen elterjedt és kedvelt használatnak örvend a vérsavó, a fertőző mikrobáknak a szervezeten belül vegyi anyagokkal való ártalmatlanná tételének kísérlete szinte visszaesésnek mondható egy rég letűnt korba. Hogy azonban a vegyi anyagokkal a már évekkal ezelőtt folytatott kísérletezéseket ismét felelevenítjük, legyen indokolva az alábbiakban, midőn röviden az egyes fertőző bántalmakkal szemben a vérsavóval elért eredményekre utalunk, másrészt felsoroljuk azon feltételeket, a melyek mellett sikerrel alkalmazható a vérsavó.

Behring, *Wernicke*, *Martin* vizsgálati eredményei s *Roux*-nak a párisi Pasteur-intézetben eszközölt vizsgálatai a vegyes fertőzést illetőleg egyaránt kedvezőtlenek, bár *Roux* a vegyes fertőzésnél nem egy egységes antitoxint, hanem a vegyes fertőzésnek megfelelő antitoxint használt. Így pl., midőn a diphtheria-bacillusok mellett streptococcusok voltak jelen, a diphtheria antitoxinja mellett streptococcus antitoxint is fecskendett a kísérleti állatokba. Ugyanazon kedvezőtlen eredményekre vezettek a kísérletek a pneumonia elleni vérsavótherapiánál is, a hol annyiféle mikroba fordulhat elő együttesen s annyiféle mikroba lehet kútforrása e bántalomnak. Puerperalis láznál, pyaemiánál, septicaemiánál pedig alig beszélhetünk tiszta fertőzésről. *Marmorek* maga is bevallja, hogy antistreptococcus seruma a vegyes fertőzésnél (pl. staphylococcusok jelenlétének) teljesen hatástalan, sőt bevallja azt is, hogy az igen erős virussal fertőzött állatokat már nem sikerült megmentenie. *Tizzoni* és *Cattani*-nak sikerült ugyan a tetanussal beoltott kutyák véréből készített savóval más állatokat immunizálni, de már *Baginsky*, *Renon*, *Escherich*-nek nem sikerült minden esetben a tetanust meggyógyítani. Az irodalomban felsorolt 22 gyógyult eset (Réczey, Bókay, Fauser legújabbán még egy-egy esetet közölt) nagyobbára mind chronikus

lefolyasú eset, de ilyen idült eseteknél spontán gyógyulást a serumtherapia előtt is észleltek. *Lazarus*-nak, *Pavlovsky* és *Buchstab*-nak sikerült az állatokat cholera ellen immunizálni, de már nem sikerült azokat meggyógyítani. Végre szabadjon még megemlítenem *Pansini* kísérleteit a streptococcusokkal, *Mallia* kísérleti eredményeit a lépfenével. Ők azt említik fel végeredményként, hogy az immun állatok vérében tenyésztett streptococcusok és lépfenebacillusok virulentiája nemcsak hogy nem csökkent, sőt határozottan fokozódott staphylococcus és streptococcus fertőzésnél.

A vérsavótherapia sikere első sorban azon feltételhez van kötve, hogy a fertőzés tiszta és egységes legyen, másodszor a betegség nagyon előrehaladt folyamatban ne legyen. Hol van azonban a biztosíték pl. puerperalis láznál, pyaemiánál, septicaemiánál, hogy csak a staphylococcus, avagy csak a streptococcus van jelen.

Végre, ha igaz *Behring*-nek, *Rummo*-nak amaz állítása, hogy egyes fertőző betegségek ellen vegyi szerekekkel lehet immunizálni, miért ne lehetne akkor e szerekekkel az állatokat meg is gyógyítani? Mindezek, továbbá *Righi*-nek a sublimattal meningitis cerebrospinalisnál elért kedvező eredményei, *Kézmárcs* két gyógyult súlyos gyermekági lázas esete, végre azon körülmény, hogy a savanyú sublimat igen híg oldatával sikerül a mikrobák fejlődését megakasztanunk s azokat a tápanyagokon tönkretennünk, felbátorítottak arra, hogy kísérleteinket a maró higany savanyú oldatával az állati szervezeten belül is folytassuk.

A kísérletek egész sorozata által fényesen igazolt és általánosan jól ismert tény az, hogy a maró higany a számos desiniciens és antisepticum közül kiválik és elfoglalja az öt méltán megillető első helyet. A maró higanynak e kiváló tulajdonait bizonyító és *Koch*, *Löffler*, *Wolfhügel*, *Fürbringer*, *Passet*, *Jaeger*, *Laplace* stb. által végzett kísérleti vizsgálatoknak eredményei a következők:

Koch és *Wolfhügel* a sublimat hatását az anthrax-bacilluskokra és annak sporáira vizsgálták. Eredményük az volt, hogy a sublimat 1:300,000-es oldata lényegesen befolyásolja az anthrax-bacillusok szaporodási képességét, az 1:100,000-es oldata pedig teljesen megakasztja azok tovafejlődését a mesterséges tenyésztalajokon. Az 1:1000 sőt az 1:5000 oldattal egyszer megnedvesített anthrax-sporás selyemfonalak, ha néhány perc múlva részben gelatinába helyeztetnek, részben egerek hátbőre alá varratnak, sem a gelatinán nem adnak tenyészetet, sem az egereket nem betegítik meg.

Abbot 1:1000 sublimat-oldatból egy cseppet adott staphylococcus emulsióhoz. Rövid időre ebből egy cseppet oltott 10 ccm.

vízbe, a vízből pedig egy cseppet 10 cm³ agarra oltott át, ebből lemezt öntött és eredménye a következő volt.

1. Bizonyos mennyiségű sublimat csak bizonyos számú mikroorganizmust képes elpusztítani.

2. 1:1000 sublimat 5 percen belül a staphylococust nem öli meg.

3. A sublimat desinfiáló képességét a jelenlevő fehérjefélék lényegesen alászállítják.

4. A sublimat által gyengített staphylococcus-tenyészet új-bóli átoltás útján ismét virulenssé válik.

A sublimat és a staphylococcus pyog. aureus közti viszony nem mindig egyformán függ a kultura korától és eredetétől.

Az előbbi manipulációból látható, hogy a sublimatnak csak igen minimális mennyisége hatott a staphylococcusokra.

Jaeger kísérleteiben Koch-éval egyező eredményeket kapott.

Passet kísérleti vizsgálatai révén azon meggyőződésre jött, hogy a staphylococcus pyogenes aureus a desinfienseknek meglehetősen makacsul ellenáll. Az általa használt desinfiensek között a sublimat hatott a legerélyesebben, mert míg az 1:300 salicylsavas-oldatból 100 csepp, az 5:100 carbolból 25 csepp volt szükséges, addig az 1:1000 sublimatból csak 6 csepp volt szükséges arra, hogy a staphylococcus pyogenes aureus növekedése megszünjék.

Gärtner, Plagge, az 1:1000 sublimat és az 1-2-3%-os carbol-oldat hatását vizsgálták a staphylococcus pyogenes albus, aureus, micrococcus prodigiosus, micrococcus tetragenus és anthrax húsleves tenyészetében. Az említett desinfiensek által a spora nélküli anthrax-bacillusok már 10 másodperc alatt elpusztultak, a staphylococcus pyogenes aureus 15 másodperc múlva, a staphylococcus pyogenes albus azonban csak 5 perc múlva pusztult el.

Woronoff, Winogradoff, Koleskinkoff eredményként azt találták, hogy 1:1000 sublimat-oldat 15 perc múlva teszi tönkre az anthrax-sporákat a húsleves-tenyészetben, 2:1000 oldat pedig egy perc múlva; friss anthraxos vér 2:1000 sublimat egyenlő mennyiségével keverve 20 perc múlva teljesen sterilé vált.

Löffler malleus humidusra vizsgálta a sublimat hatását. Burgonyáról vett tenyészetből húslevesben emulsiót csinált, ebben egy napon át steril selyemfonalakat áztatott, a fonalakat azután megszáritva 1:5000 sublimat-oldatba helyezte; 2 perc múlva az ekként desinfiált takonykóros selyemfonalak bárányvérsavóban teljesen sterileknek mutatkoztak.

Guttmann és Mercke a sublimat fertőtlenítő képességét a következő módon vizsgálták meg. 6-8 cm. hosszúságú anthrax-sporás selyemfonalakat erősítettek tapétákra. A megerősített fonalakat spray-készülékkel nedvesítették meg. Bizonyos idő múlva a fonalakat a falról gelatinába helyezték. Eredményként a következőket jegyzik fel: 1:5000 sublimattal megnedvesített 75 anthrax-sporás selyemfonál közül sterilek egy sem mutatkozott. 20 óra múlva a gelatinán épen annyi volt a telep, mint a 75 control-fonális gelatinán.

1:4000-es oldattal nedvesített fonál közül	2	lett sterilé
1:3000-es " " " " "	3	" "
1:2000-es " " " " "	22	" "
1:1000-es " " " " "	34	" "

Guttmann és Mercke az előbbi szerzőkkel egészen ellentétes eredményre jöttek, s a míg Koch, Wolfhügel, Gärtner, Plagge stb. azt találták, hogy 1:1000 sublimat-oldat néhány perc múlva öli az anthrax-sporákat, addig szerintük a sublimat 1:1000 oldata csak a 9-dik napon, 1:2000 oldata a 11-dik napon, 1:3000 oldata a 13-dik napon, 1:4000 oldata a 21-dik napon pusztítja el a nevezett sporákat.

Laplace azon tényből kiindulva, hogy a fehérjefélék a sublimat hatását nagy mértékben alászállítják, mint azt Abbot is találta, kísérleteit a sublimat savanyú oldatával végezte. Eleinte sósavat adott a sublimathoz, de figyelmeztette Koch által, hogy a sósav idővel elpárolog, izgat és a szöveteket meg is támadja, borkósavval helyettesítette azt és így a következő módon végezte kísérleteit. Hat kémcsőbe, melyek rothadó emberi vérrrel vegyest genyedést okozó baktériumokat tartalmaztak, 5 cm³ 1:1000 sublimat-oldatot adott. 20 perc múlva gelatinába végzett oltásokat és ebből lemezt öntött. Öt nap múlva a lemezen a staphylococcus-telepek egész tömege fejlődött. Ugyanazon módon vizsgálta a

sublimat borkósavas oldatának hatását és a lemezen semmiféle baktérium nem fejlődött (Rp. Hydrargyr. bichlor. corrosivi gramma 1.0, Acid. tartar. grammata 5.0, Aquae dest. grammata 1000.0.)

Másik kísérleti eredménye az volt, hogy míg a 4%-os carbol-oldat csak 12 nap múlva öli meg az anthrax-sporákat, addig a 2%-os sósavat tartalmazó carbololdat egy óra alatt előli azokat. A borkósavas sublimat pedig 1:20,000 dilúcióban 24 óra múlva pusztítja el az anthrax-sporákat.

Kétségtelenül bebizonyított tény az, hogy a higanychlorid a fehérjékkel oldhatatlan vegyületet (higany-fehérjét) képez, és ezen alakulatában mint desinfiens megszűnt szerepet játszani. Laplace kísérleteiből kitűnt, hogy 0.5 cm³ serum elegendő arra, hogy a higany desinfiáló képessége 0-ra redukáltassék. Az emberi vér $\frac{2}{3}$ része pedig vérsavó mintegy 8% fehérjetartalommal, azonkívül a baktériumok által termelt ptomainok és toxinok is fehérjetermészetű anyagok, s így egyrészt a vérsavóban foglalt fehérje által a higanychlorid higanyfehérjévé alakítva, másrészt nem lévén kizárva azon lehetőség (mint azt Högyes is állítja), hogy a higanychlorid nem közvetlenül a baktériumokat öli, hanem az általuk produkált ptomainokat és toxinokat gyengítve fejti ki hatását, így tehát ezek által is chemiailag le lévén kötve, desinfiáló képessége csakhamar 0-ra redukálódik.

Ezen körülményeket szem előtt tartva végeztük kísérleteinket nem egyszerűen higanychloriddal, hanem a higanychlorid borkósavas oldatával, leszámolva azon eshetőséggel, hogy a borkósav bizonyos mennyisége az alkalikus vér által közömbösítve hatályon kívül helyeztetik. Nem új már, sőt meglehetősen régen áll fenn a kísérleti therapia terén azon törekvés, hogy a fertőző bajok azon nemcinél, a melyeknél a pathogen baktériumok vagy azok vészthozó termékei a vérben keringenek, a kórfolyamat megszüntetése a vérnek desinfiálásával, a kórtokozó termékek ártalmatlanná tételével érressék el. Lőte körülbelül 11 év előtt vitte harczba az anthrax-sporás fertőzésnél a baktériumölő vegyi szerek egész hadát. Eredményei azonban negatívek voltak. Már szerencsésebben kísérletezett Bacelli Guido a malaria és syphilis ellen. Legújában pedig Kézmárszky a gyermekági láz két igen súlyos esetében alkalmazta meglepően kedvező eredménnyel az intravenosus befeeskendezéseket a higanychlorid 1:1000 oldatával. Kézmárszky összesen 30-33 mgm.-nyi sublimatot feeskendezett 9 nap alatt egy-egy lázas beteg vérebe. A budapesti kir. orvos-egyesület egyik ülése alkalmával kételyek keletkeztek a felett, hogy a higanychlorid ezen csekély mennyisége szüntette-e meg a kórfolyamatot az által, hogy a vérben keringő mikrobákat és azoknak mérges hatású termékeit hatályon kívül helyezte s egyáltalán birhatott-e a 9 nap alatt bevitt 30 mgm. higanychlorid a körülbelül 6 kgm.-nyi vérben elég nagy desinfiáló képességgel?

Dolgozatunk elején jelzett feladatunkat három főkérdésre osztottuk fel:

1. A borkósavas sublimat milyen töménységű oldata mennyi idő alatt képes még a szervezetén kívül a mesterséges tenyésztalajokon a staphylococcus pyogenes aureust és a streptococcus pyogenest tönkretenni, fejlődésüket megakasztani és virulentiájukat gyengíteni?

2. Mily mennyiséget lehet a savanyú sublimat-oldatból a kísérleti állatok, nevezetesen a nyulak vérebe veszély nélkül befeeskendezni; melyik azon maximális adag, a mely még nem okoz mérgezést?

3. Lehet-e a borkósavas sublimattal a staphylococcusok és streptococcusokkal fertőzött állatokat meggyógyítani; lehet-e az előzetesen borkósavas sublimattal kezelt állatokat e fertőzéssel szemben immunizálni?

I. Az első kérdés megoldására vonatkozólag a következő kísérleteket végeztük. Első kísérleteinknél, az időtől teljesen függetlenül, csupán a borkósavas sublimat különböző oldatának hatását vizsgáltuk a nevezett coccosokra. Kísérleteink a következők:

Az 1: (Hg Cl₂) 10: (C₄ H₆ O₆) 1000 (H₂O) borkósavas higanychlorid hatását úgy vizsgáltuk, hogy a staphylococcus és streptococcus pyogenes aureus telepekből sűrű húsleves emulsiót készítettünk, az emulsióból egy kacsnyit vittünk 1 köbcm. borkósavas higanychlorid-oldatba, ebből azután agarra végeztünk oltásokat. Több napon keresztül a fertőzött agart a tenyészszekrényben tartva 37.5° C. hőmérsékletnél, azon telep nem fejlődött.

Az 1:10:2000, az 1:10:3000, az 1:10:4000, az 1:10:5000, az 1:10:10,000, az 1:10:20,000 és az 1:10:50,000 oldattal ugyanazon kísérleteket végeztük hasonló eredményekkel.

A tenyészszerénybe helyezett tápanyagokon kultura nem képződött.

Az 1:10:100,000 oldatnál, az első, a második és a harmadik napon az agaron telep nem fejlődött, de már a negyedik napon a telepek képződése megindult. A kontroll-agaron azonban már másnap nagyszámú telepek mutatkoztak. Az 1:10:200,000 oldatot alkalmazva, már 24 óra múlva számos telep fejlődött.

Az eredményeket összegezve azt találtuk, hogy 1:10:1000 egész-1:10:50,000 borkósavas higanychlorid a streptococcus és staphylococcus pyogenes aureus fejlődését teljesen megakasztja a mesterséges tenyésztalajokon. Az 1:10:100,000 oldat lényegesen alászállítja azok fejlődését. Az 1:10:200,000 oldat teljesen hatástalannak bizonyult.

Ezen bevezető kísérletek után az időt illetőleg végeztük a kísérleteket a savanyú sublimat különböző oldatával. A kísérleteket úgy végeztük, hogy teljesen steril gyufaszálasokat 24 órán át áztattunk staphylococcus és streptococcus pyogenes aureussal fertőzött húslevesemulsióban, a fertőzött szálasokat különböző idő múlva vittük azután borkósavas sublimat-oldatokba; végül destillált steril vízzel leöblítve a szálasokat agarba helyeztük. Eredményeink a következők:

Az 1:10:1000 és 1:10:2000 borkósavas higanychlorid 5 perc alatt biztosan megöli a coccusokat.

az 1:10: 3000	—	1:10:5000 oldat	10 percen belül
az 1:10: 10,000	"	"	15
az 1:10: 20,000	"	"	20 perc alatt
az 1:10: 50,000	"	"	24 óra
az 1:10: 100,000	"	"	24 órai behatás után

sem pusztítja el a coccusokat, de fejlődésüket lényegesen alászállítja a nevezett idő alatt. Telepek az agaron az első és a második 24 órában még nem mutatkoztak, de már harmadnapra szép számmal vonták be a tenyésztalaj felszínét. A kontroll-agaron már a beoltás után következő napon nagyszámú telepek voltak láthatók.

Az első pontra vonatkozólag kísérleteink eredménye tehát az, hogy a borkósavas higanychlorid meglehetősen híg oldatban aránylag igen rövid idő alatt képes biztosan elpusztítani a staphylococcus pyogenes aureust és streptococcus aureust a mesterséges tenyésztalajokon.

II. A második kérdés megoldását illetőleg, vajjon a borkósavas higanychlorid 1:10:1000 oldatának milyen mennyiségét (a mely mérgezést nem okoz) lehet a nyulak visszerein át a vérbe befecskendezni, a következő kísérleteket végeztük.

Schlesinger idevágó kísérleteit szem előtt tartva, a ki kutyákon és nyulakon végzett kísérleteket a sublimattal s eredményként megjegyzi, hogy a nevezett állatok a sublimatból igen nagy adagot tűrnek el (pl. kutyák hasbőre alá a sublimat 0.5%-os oldatából 1 cm³-nyit fecskendett több hónapon át), kísérleteinket a borkósavas higanychloridnak 1:10:1000 oldatával kezdtük meg. Eredményeink a következők:

A borkósavas higanychlorid 1:10:1000 oldatából 1 köbm.-nyit fecskendettünk a nyulak fülvisszerein keresztül azok vérebe. Egy cm³-ben van 1 mgm. higanychlorid. Az első injectiók a nyulaknak igen nagy fájdalmakat okoztak, a befecskendés helyén erős heveny lob támadt. Ezért másnap elhagytuk a befecskendezéseket. A harmadik napon, miután a lobos tünetek mérséklődtek, már 2 fecskendővel, tehát 2 mgm.-nyit vittünk a vérbe. A nyulak ezen második injectiót már meglehetősen jól tűrték.

A 8-dik napon egy-egy fecskendővel, tehát egy-egy mgm.-nyit injeciáltunk a kísérleti állatok vérebe. A nyulak 8 nap alatt összesen 8 mgm.-nyi sublimatot kaptak.

A 7-dik és 8-dik napon a vizeletben kevés fehérje volt kimutatható; ezért 6 nyulnál beszüntettük a további befecskendezéseket, míg 3 nyul vérebe, a melyeknél aránylag legtöbb volt a fehérje s súlyban való csökkenés is mutatkozott, az injectiókat tovább folytattuk. Ezen állatok vérebe 1—1 mgm.-nyi sublimatot fecskendettünk. A nyulak közül kettő 12 mgm. sublimat adagolása után a 13-dik és a 14-dik napon, míg a harmadik a 15-dik napon pusztult el. Nevezett állatoknál a vizelet mennyisége a 10-dik napon már erősen megkevesedett, a vizeletben a fehérje mennyisége erősen felszaporodott; az üledékben hámsejtek és vörsejtek is mutatkoztak. Azon 6 nyul, a melyek 8 nap alatt 8 mgm.-nyi sublimatot kaptak, megmaradtak.

A 800—1000 gm. súlyú nyulak vérebe tehát 8 nap alatt 8—10 mgm. mennyiségű 1:10:1000 borkósavas higanychlorid fecskendhető, a nélkül, hogy olyan mérgezési tünetek mutatkoznának, a melyek a nyulak elpusztulásához vezetnének.

III. Lehet-e a borkósavas sublimattal a staphylococcusokkal és streptococcusokkal fertőzött állatokat meggyógyítani?

Ezen kérdésre vonatkozó kísérleti eredményeinket röviden a következőkben foglaljuk össze.

Házinyulnak bőrén sebet készítve, a sebvonalat streptococcus és staphylococcus pyogenes aureus kulturáival fertőzve: a kontroll-nyulak 8—14 nap alatt elpusztultak phlegmonosus genyedések

következtében. A borkósavas higanychlorid oldatával kezelték közül egy sem pusztult el. A kezelés tisztán helyi volt. Az elpusztult nyulakat boncolva savós izzadmányt a szemben, vizenyőt a mellüregben és a hasürben, pleuritist, pericarditist, a vesékben degeneratio parenchymatosát és apró necrotikus genyes góczokat találtunk. Májban, lépben kevesebb volt a staphylococcus pyogenes aureus és streptococcus; legtöbb volt a vesékből készített met-szeteken.

Házinyul fülét infeciáltuk staphylococcus pyogenes aureus és streptococcus kulturáival; három óra múlva még tökéletes fertőtlenítést voltunk képesek végezni; nyolc óra múltán a fertőzést csak bizonyos mértékig akadályozhattuk meg.

Azon esetekben tehát, midőn a staphylococcus pyogenes aureus és streptococcus kulturákat frissen ejtett bőrsebbe vittük és az infeciált területen borkósavas higanychlorid oldatával helyi fertőtlenítést végeztünk, minden esetben pozitív eredményt értünk el. A kísérleti nyulak közül egy sem pusztult el.

Nagyon virulens staphylococcus pyogenes aureus és streptococcus kulturákat a hasürbe, bőr alá és vérbe fecskendezve: az ekként infeciált nyulakon borkósavas higanychlorid oldatával intravenosus befecskendezéseket végeztünk; eredményünk korántsem mondható kedvezőnek.

Borkósavas higanychlorid oldatával kezelt nyulak közül volt kettő olyan, a mely hamarabb pusztult el, mint a kontroll-állat. A halált ezen esetekben nem septicaemia, hanem a vesék degeneratioja idézte elő.

Intravenosus befecskendezések után már egy óra múlva találtunk a vizeletben staphylococcusokat és streptococcusokat, kétszer huszonnégy óra múlva elpusztult nyulak csontveléjében pedig, a csonthátya alatt és a vesékben tályogokat. Valamennyi kísérleti nyulnál lényeges hőemelkedést észleltünk (*Donáth, Serafini, Lucatello*).

Nem zárkozhatók el egészen azon feltevés elől, hogy ha esetleg nagyobb és erősebb szervezettel állatokkal kísérleteztünk, a melyeknél a mérgező borkósavas higanychlorid oldatából nagyobb mennyiséget fecskendezhetünk a vérbe: eredményeink is mások lettek volna.

Staphylococcus és streptococcus tenyészetek annyira virulensek voltak, hogy a kontroll-nyulak a fertőzés után 36 órával már elpusztultak.

Kedvezőtlen eredményeink dacára az intravenosus befecskendezéseket folytatni kívánjuk, nem a mérgező fémsó-oldatokkal, hanem a kevésbé veszélyes szerves vegyületek só oldataival, pl. a chininsókkal.

Dolgozatunk e negatív eredmény dacára a *gyakorlatra* nézve talán nem mondható teljesen feleslegesnek, mert a mint bizonyos az, hogy a phenol-oldat kevés konyhasó hozzáadása által erősebben fertőtleníti, úgy kísérleteinkből következtethetjük, hogy az 1:1000 sublimatoldat kiváló fertőtlenítő képességét a *borkósav* jelenléte lényegesen növeli.

Azon esetekben pedig, a hol a septikus folyamat annyira előrehaladt s oly szerveket támadt meg, a melyeket a műtő kése meg nem közelíthet, ezekben végső kísérletként a borkósavas higanychlorid 1:10:1000 oldatát intravenosus befecskendezések alakjában alkalmazni megkísérletjük.

Ujabb adatok az abortus kezeléséhez.

Lantos Emil dr. nőorvostól.

(Folytatás.)

Ad 2. A beteg állapota rendszerint az abortust okozta tünetektől fog függni. Minél csekélyebb a vérzés, minél ritkább és jelentéktelenebb a láz, annál jobb lesz az állapot. Egy hosszabban tartó, de nem is nagyfokú, avagy pedig egy hirtelen fellépő, de heves vérzés az anaemia oly súlyos fokát vonhatja maga után, hogy már annak végleges leküzdése egymaga teheti a kiüritést javalltá. Gyakrabban visszatérő rázóhideg, tehát hosszantartó láz természetesen befolyásolni fogja az általános állapotot, az abortus befejezését pedig ezek után kívánatos tenni. De az abortusnak ezen az általános állapotot befolyásoló természetes következményein kívül oly körülmények is léteznek, melyek még nem is

oly nagyfokú vérzésnél vagy láznál sem türik a várakozást. Szervi bántalmak (szív, tüdő, vese), betegségek (typhus, pneumonia stb.), gyengeségi állapotok, reconvalescentia stb. már annyira megingathatták az elvetéendő jólétét, hogy már egy kisebbfokú vérzés avagy láz elégséges lesz arra, hogy a legnagyobb aggodalomra adjon okot.

Ad 3. A mennyire fontos is minden egyes esetben már eleve tisztában lenni azzal, hogy mi ment el és mikor, annyira gyakran leszünk azon helyzetben, hogy ez irányban nemcsak elégtelen felvilágosításoknak, de még a vizsgálat után is csak hiányos támpontoknak birtokába fogunk juthatni. Főleg gyakran fog ez a 2-dik terhességi hónap végéig bekövetkező elvetéleseknel előfordulni: az ily időben még kis ébrény tapasztalataim szerint rendszeren az abortus kezdetén, a mikor esetleg még vérzés sem lépett fel, mely pedig rendszerint a beteget rendellenes állapotára fogja figyelmeztetni, szokott észrevétlenül távozni, mintegy kisiklani a méhszájból, mely azután záródhatik. Ha most oly vérzés lép fel, mely orvos igénybevételét teszi szükségessé, úgy az egy kissé megnagyobbodott méhet, zárt avagy ujjhegyi méhszájat fog találni és igen gyakran nem lesz abban a helyzetben biztosan eldönthető, vajjon távozott-e el már valami. A legtöbb esetben joggal kezdődő abortusra fog gondolni és a szerint is eselekedni: csekély vérzésnél ágynyugalmat elrendelni, erősebbnél pedig tamponálni. Ha már most ily esetben a pete eltávozott, úgy nemcsak az történhetik, hogy a tamponálás nem fog célhoz vezetni, hanem az is, hogy — a mint én azt 8 esetben észlelhettem — életveszélyes vérzés léphet fel, egy állapot, mely csak a méhüreg gyors kiürítésével szüntethető meg. Protrahált elvetéleseknel, főleg a terhesség 2-dik hónapjáig, az ébrény nem ritkán fel is szívódhatik, avagy pedig a pete mola cruenta vagy carnosavá alakulhat át; más alkalommal megint a pete érintetlenül bár, de észrevétlenül is távozhatik. Elég gyakran megesis, hogy még az ébrénynél sokkal vastosabb placenta eltávozása is elkerüli a figyelmet. Hányszor tartják a placentát vérrögnek és másrészt pedig hányszor nézik — előszeretettel a bábák — a vérrögöket placentának! Ha még ezt az ú. n. placentát az abortus megállapítása céljából megörzik, úgy a tévedésnek nyomára juthatunk; de ez nem történik ám minden esetben. Mindebből kiviláglik, hogy ama kérdés, hogy távozott-e el valami és ha igen, mi, sem anamnestikus úton sem egyszerű vizsgálattal, hanem egyedül a méhüregnek közvetlen kitapintása által állapítható meg.

A pete vagy függelékei eltávozásának időpontja főleg a beavatkozási mód megválasztására bir fontossággal. Gyakran megesis, hogy ez irányban pontos adatokra tehetünk szert, gyakran azonban csupán az anamnesis, kapcsolatban a tünetekkel, illetőleg a lelettel lesz képes felvilágosítással szolgálni.

Ad 4. Az eset megbirálására és a követendő eljárás megválasztására a legtöbb esetben a méhszáj, illetőleg nyakcsatorna állapota lesz döntő befolyással. Nyitott méhszájnal általánosságban felvehető, hogy vagy az abortus folyamatban van, vagy pedig, hogy a placenta vagy annak egyes részletei még a méhüregben vannak. Ha a méhüreg üres, úgy a méhszáj kevés kivétellel záródik. Záródhatik azonban a méhszáj már a magzat kiküszöbölése után is, a mikor a méh nagysága és consistenciája, a gyakran elég erős vérzés, láz az üregben még visszamaradt részekre engednek következtetni. A méh belfelületére tapadó decidualis részek mellett is záródhatik a belső méhszáj; ezen eshetőségre a hosszan tartó, ha nem is profus vérzés figyelmeztet majd bennünket. Még csak azt akarom e helyen megjegyezni, a mire alább még vissza fogok térni, hogy placentavisszamaradásnál a látszólag zárt nyakcsatorna könnyen tágítható, valószínűleg azon okból, mert ily körülmények között a méh teljes contractioja és így zárulása még nem következhetett be.

Ezen bevezetés után, melynek elég nagy fontosságot tulajdonítok, áttérek most már a saját eseteim megbeszélésére.

Az activ beavatkozásra 260-szor erős vérzés és 40-szer többnyire rázóhidegtől kísért láz szolgáltatott alkalmat.

A méhüreg kitakarítása 246-szor manualisan, 4-szer magfogóval és 50-szer curette-tel történt.

A méhszáj 250 esetben — a többi 50 esetet, melyekben a curettement napokkal vagy hetekkel a placenta eltávozása után decidua-részek visszamaradása miatt lett végezve, figyelmen kívül

hagyom — 24-szer ujjhegyi, 32-szer szűken ujjnyi, 184-szer ujjnyi és 10-szer 1½–2 ujjnyi volt.

Teljes (complet) abortust, a hol még a magzat és függelékei a méhüregben voltak, 19 esetben, tökéletesen (incomplet) pedig 281 esetben észleltem.

A complet abortushoz 17 oly eseten kívül, a hol expectativ, illetőleg palliativ eljárás után a súlyos tünetek miatt mégis csak beavatkozásra került a sor, még két oly eset tartozik, melyekben a tünetek már eleve a várás ellen szóltak. E 19 esetben a terheesség két hónaposnál idősebb nem volt, az abortus pedig mindannyiszor manualisan — a pete leválasztásával egy ujjal — lett befejezve. 15-ször erős vérzés miatt fogtam a kiürítéshez, mely azután mindannyiszor meg is szűnt, 4-szer pedig rázóhideggel kapcsolatos láz miatt; a beavatkozást 3-szor teljesen láztalan állapot követte, 1-szer pedig, a hol kifejezett sepsis mellett lett a pete eltávolítva, igyekvésem sikertelen maradt, ez egyetlen halálesetem.

Súlyos tünetektől kísért abortus eseteiben rendszerint a placenta anomáliájával, leggyakrabban odanövésével találkozunk, a mikor is, ha hosszabb várakozás után a magzat el is távozott, végül még sem fog egyéb hátramarnadni, mint beavatkozni, a placentát leválasztani és eltávolítani. Ilyenkor a tamponálásnak értelme nincsen, egy beavatkozás helyett kettőre lesz szükségünk.

Incomplet abortus 281-szer fordult elő: 221-szer vagy az egész placenta vagy annak részei, 60-szor pedig deciduarészletek voltak a méhüregben. A placenta vagy részei 216-szor manualisan, 4-szer a magfogóval és 1-szer a curette-tel, a deciduarészletek pedig 11-szer manualisan és 49-szer a curette-tel lettek eltávolítva.

Mind a 227 manualisan befejezett abortus, ha úgy szabad neveznem, acut eset volt, olyan, a hol a beavatkozás a fellépett zavarok utáni órákban vagy 1–2 napon belül történt. A méhszáj állapota ilyenkor, ha csak esukottnak nem találtatott (a mi, a mint azt már említettem, aggasztó tünetek mellett csak nagy ritkán fog megesisni), a beavatkozás elé akadályokat nem gördít; a legtöbb esetben az ujjhegyi méhszáj, illetőleg nyakcsatorna rövid percek alatt ujjunkkal minden erőszak nélkül annyira tágítható, hogy az a méhüregbe hatolni és a kitakarítást eszközölni képes lesz. Ha a tünetek megengedik, úgy alig nyitott méhszájnal még várhatunk, nem egyszer fog az rövid idő múlva megnyílani. 10-szer sikerült rövid várakozás után a méhszáj e megnyílását észlelnem és csak azután a kitakarításhoz fognom. Ha azonban a tünetek a várakozást meg nem engedik, úgy a tágítást más módon kell eszközölni; szerencsére ritkán előforduló esetek ezek, magam csupán két hasonló felett rendelkezem: mindkettőben csekély vérzés mellett lázas tünetekről volt szó. Előrehaladt terhesség eseteiben ujjnyi méhszáj mellett gyakran nem fog sikerülni a placentát egészben kihozni; ezen ritkább esetekben az ujj a már leválasztott placentát a méhüregben kisebbítheti és azután minden fennakadás nélkül eltávolíthatja. Egyáltalában mindenkor elvünk legyen — a mit magam is kivétel nélkül követtem — a méhüregbe minél ritkábban, ha lehetséges, csak egyszer hatolni és az ujjat csak akkor eltávolítani, ha a méhfalak teljesen simák, vagyis ha minden — placenta és decidua — le lett választva. Hogy mennyire kívánatos a gyors és teljes kitakarítása a méhüregnek, azt egyrészt azon 12 esetem mutatja, a hol a méhüregnek más oldalról történt kitakarítása után a vérzés még oly nagy fokú volt, hogy az illető betegeket a legsúlyosabb anaemiában találtam: e 12 esetben kivétel nélkül csak decidua volt a méhüregben, melynek ujjal való eltávolítása a vérzést véglegesen megszüntette; másrészt azon 8 esetem, a hol a vérzés jól végzett hüvelytamponálás után még mindig oly nagyfokú volt, hogy azt csupán a méhüreg tartalmának gyors leválasztása és kihozatala által sikerült véglegesen csillapítani. Bámulatos, hogy a legnagyobb fokú vérzés is mennyire enged már a placenta leválasztása alatt, annak eltávolítása után pedig mily egy csapással szűnik meg.

A manualis kitakarítás 196-szor vérzés miatt történt, 195-ször közvetlen eredménnyel, a mennyiben a vérzés a kitakarítás után úgyszólván teljesen megszűnt. Csak egy esetben maradt el a várt eredmény, és kénytelen voltam a curetthez folyamodni, mely azonban alig egynéhány decidua-csafatot hozott ki; curettement és hüvelytamponálás dacára 2–3 óra múlva a vérzés oly erős mértékben jelentkezett, hogy a tampon eltávolítása után a méh-

üregnek tamponálásához Dührssen szerint nyultam. 8 órával később a vérzés a már nagy fokban anaemikus betegnél újból ismétlődött, a melyet véglegesen csak egy újabb curettement és liquor ferri sesquichlorati intrauterin befecskendésével Braun szerint sikerült megállítanom. Ez esetben kétségen kívül a méhnek súlyos atoniája okozhatta e makacs vérzést. De nemcsak a pillanatnyi eredmény volt annyira kielégítő, hanem az esetek további lefolyása is. Eme 196 eset közül 194 teljesen láztalanul folyt le és csak kettő lázasan. A lázt azonban e két esetben nem lehetett a beavatkozásnak tulajdonítani: az *egyik* egy oly nőt illetett, ki már ismételtelen szülés és abortus után méhkörűli izzadmányban szenvedett és kinél ez alkalommal is képződött egy ilyen, mely azonban két hét után felszívódott; a *másik* pedig arra a nőre vonatkozott, kinél a beavatkozás — mint azt 5 év előtt megtartott előadásomban részletesen ismertettem — abban a szobában történt, melyben vörhenyben megbetegedett gyermeke feküdt.

A 31. láz miatt manualisan befejezett esetben, a hol többnyire rázóhidegekről 40° hőmérsékkel volt szó, a placenta 29-szer az ujj segítségével lett akadálytalanul eltávolítva. Csak kétszer találtam a méhszájat zártnak, a miért is ez esetekben a Dührssen-féle tamponáláshoz folyamodtam; mindkétszer a tampon körülbelül 20 óráig maradt a méhüregben, mialatt a hőmérsék lényeges alábbhagyását nem észlelhettem. A tampon eltávolítása után egy esetben sem találtam a placentát leválva a hüvelyben, a nyakcsatorna azonban ujj számára átjárható volt, miáltal képes is voltam a még odanőtt placentát ujjal leválasztani és eltávolítani. 30 esetben a láz a kitakarítás után teljesen megszűnt; egyszermáskor megtörtént, hogy *közvetlenül* a kitakarítás után még egy-két rázóhideg lépett fel, melyet azonban mindannyiszor teljesen láztalan állapot követett. Csak egy esetben, a hol a beteg már a beavatkozás előtt is peritonealis izgalom miatt lázas volt, tartott a láz 10 napig.

Négyeszer lett a placenta *magfogóval* eltávolítva, mindannyiszor jelentékeny vérzés esetében. Mind a négyeszer a vérzés megszűnt és a lefolyás láztalan volt. A magfogó használata, mely mindenkor a méhbe vezetett ujj ellenőrzése mellett történt, minden egyes alkalommal azon körülményben találta magyarázatát, hogy egyedül az ujjammal nem voltam képes a placentát teljesen körüljárni s így le sem választani. Meggyőződésem, hogy e még gyakorlatom legelső éveiből való 4 esetben is sikerült volna több kitartással a placentát tisztán manuál leválasztani, a miként én azóta sohasem jöttem abba a helyzetbe, hogy a fogóhoz folyamodom, melynek használatát már csak az okból sem ajánlom, mert általa azon kívánalomnak, mindent eltávolítani vagyis semmit sem visszahagyni, nem lehet mindig biztosan eleget tenni.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti poliklinika orr- és gégeosztályáról.

III.

A phenolum natrosulfuricinicum az orr-gégészeti gyakorlatban.

Irtá: Baumgarten Egmont egyetemi m. tanár, az osztály vezetője.
(Folytatás.)

Térjünk át ezen szer használhatóságára a *heveny és idült gégehurutoknál*, a hol azonban semmi különösebb befolyást sem a lefolyás, sem a gyógyulás dolgában nem tapasztaltam. Kővér egyénél, kinek idült gégehurutja volt a záróizmok hűdésével, néhány napig ezen szerrel kísérletet tettem, minthogy a 10% ezüstnitrátoldatok további hatásukat nem gyakorolták. Ezen esetekben is jobban érzik magukat a betegek, a secretio is megindíttatik, de bármennyire is jól érezte magát az illető beteg az esetelés után és ez így volt a legtöbb esetben, mégis kénytelen voltam más szerhez nyúlni, mert nem volt helybeli hatása. Ép oly eredménytelenül használtam a szert *pachydermiánál*, valamint *papillománál*, bárha ép ezeknél dicsértetett. Az első két eset után annyira elkedvtelenedtem, hogy azontúl már nem alkalmaztam. Az első esetem egy nő volt, kinek papillomáit eltávolítottam, minthogy azonban kiujultak, azoknak többszörös kiirtása után a gégét hosszabb

időn át ezen szerrel eseteltem, a mire a kiujulások oly gyorsan következtek be, hogy a beteget extralaryngeal műteni kellett. Továbbá két gyermeknél, testvéreknél, hosszú időn át eseteltem gégepapilloma miatt, de eredménytelenül.

Még magánál a *gégozaenánál* is, hol a szer jól hatott, nem merem a hatást annak egyedül betudni, mert jodglycerin és más szerekek ép oly sikerem volt és így azt hiszem, hogy itt főleg a mechanikai körülmény jó számításba. Különös előszeretettel alkalmazom a szárazhurutok minden esetében, mert a váladék elválasztást fokozza.

A heveny orrhurutoknál ép oly közömbösen viselkedett e szer, mint az idültéknél, a túltengett nyálkahártyák ép oly kevésbé fejlődnek vissza az esetelésekre, mint a massagera. Ellenben igen szép eredményt értem el az *egyszerű rhinitis chronica atrophicanál*, valamint a *rhinitis chronica atr. c. ozaenanál* és azt is kell jeleznem eddigi tapasztalataim alapján, hogy semmi más kezelési móddal sem értem el ily vagy hasonló sikert, mint ezen szer oldataival, elannyira, hogy azt ezen megbetegedéseknél nem is nélkülözhetem, mert ezen esetek számára e szer gyógyszerkincsünk nagyszerű szerzeményeül tekinthető. Hogy félre ne értessem, ismételtelen kiemelem, hogy ezen szer használata mellett az *ozaena* mindazon eseteiben, melyeket hosszasan kezeltem és melyeket ellenőrizni alkalmam nyílt, sokkal jobb eredményem volt, mint az eddig alkalmazott gyógymódokkal, és hogy figyelemmel kísérek eseteket, hol a folyamat már egy év óta javulásban van és bizonyára nem haladt előre, továbbá, hogy oly eseteim vannak, melyeket nagyobb időközökben kell csak esetelnem, sőt sok esetet gyógyultnak mondhatok, ha a gyógyulás alatt a pörkképződés és rossz szag abbahagyását és az atrophias folyamat további haladásának megszűnését értjük. De hogy az ozaena a szó szoros értelmében meggyógyult, az tekintettel arra, hogy még csak egy év múlt el, mégsem mondható.

Az utóbbit 15 év lefolyása alatt minden kezelési móddal megpróbálkoztam, kivéve a rézelectrolysis és a Gradenigo által ajánlott jodinjectiot, valamint a seruminjectiot is, melyeket azért nem alkalmaztam, mert olvastam, hogy azok szünetelése után az előbbi állapot teljesen visszatér és az egyszerű electrolysisnek egyes esetekben nem volt haszna, továbbá hangoztatták egyesek, hogy a rézelectrolysisnél sínesenek állandó eredmények, de főleg azért nem, mert a phenolum natrosulfuricinicum-mal nagyon meg voltam elégedve. Ozaenánál eddigi gyógymódom az orrnak naponkénti tisztogatásában állott. E célra fém- vagy üvegfecskendőt készítettem, melynek fogantyús végén három gyűrű van és elől a hajlított csőveeske olajkával végződik, hogy a gyermekek már maguk korán tanulják meg a kifeccskendezést. Öblögető gyanánt sublimatot, jodsót és utóbbi időben kiváló előszeretettel az odolt használtam, egy-egy esetben az aluminium acet. tartaricumot, de a többi szert, mint carbolt, kali chloricumot, hypermangansavas kaliumot, mint ártalmat, elvettem. Ha a folyamat hosszabb fennállásánál az orrnak tökéletes kitisztítása fecskendővel nem sikerül, akkor a pörkkök előzetesen spray-vel megpuhíthatnak, vagy beolajoztatnak, a mi azután mindig célhoz vezet. Ezen esetekben a beteg utasítottatott éjjelen át vagy az egyik, vagy mindkét ornyílást könnyen gyapottal betömni, a mi sokkalta elviselhetőbb, mint a Gottstein-féle tamponád és a pörkképződést lényegesen csökkentti. Ezek után a megtisztított orr nyálkahártyafelület vagy jodglycerinnel, vagy egy rakás más szerrel bedörzsöltetik, vagy annak rendje és módja szerint masszíroztatik. Ezeket mind azért kell ily részletesen elmondani, hogy az elért eredmények, melyeket e szer útján értem el, összehasonlítás által még inkább feltűnjenek.

A régi gyógyeljárással — egyszerű electrolysis, galvanocaustika, edzések eredménnyel nem jártak, sőt többször a betegek állapota rosszabbodott — a legtöbb esetben sikerült a folyamatot megállapodásra bírni és a pörkképződést és a kellemetlen szagot megszüntetni. A kifeccskendezést 1—2-szer kellett naponta eszközölni és az eseteléseket gyakran bizonyos időközökben. Kéthárom betegnél a legjobb akarat és a leggondosabb tisztogatás mellett sem sikerült a pörkképződést és a rossz szagot megszüntetni, ezen esetekben, minthogy az atrophias folyamat igen előrehaladt és az orrüreg igen tág volt, kénytelen voltam az orrüreg

hátulról mellfelé az alsó orrkagylóig szabályosan jodoforgazé-zel kitönni, a miről más alkalommal fogok beszámolni.

Az ozaenában szenvedő betegekről, kiket 1½ év óta a phenolum sulfuricicummal kezeltem és kezelek ma is, a legjobbat mondhatom.

A Stefánia-gyermekkórházban 3 leánykát, körülbelül 10—15 évesek, hetenként kétszeri 30%-os oldattal való erélyes bedörzsöléssel kezelek, kettőnél a folyamat javult, szag már nem érezhető, a pörkképződés megszűnt és a kifecskenedések félév óta szünetelnek, a harmadik leánykánál itt-ott még alkalmazni kell a feccskendezést. Ugyanezt kell mondanom egy 18 és egy 22 éves leányról is, ez utóbbinál az atrophia nagyon előhaladott, a kagylók mint keskeny léczek láthatók csak, mindazonáltal már nem kell neki magát naponta kifecskenednie és ha hetenként 3-szor esetelésre jön, akkor semmit se. Annyi bizonyos, hogy a gyógykezelésben az a kitarítás, melyet ez utóbbi leányok mutattak, a többinél nem volt meg, de még a legrosszabb esetekben is a kezelés alatt lényeges javulás mutatkozott. Egy 15 éves fiúnál, kit féléven át az említett módon tamponáltam minden 8-dik napon, már 4 heti kezelés után elértem, hogy egyszerű kifecskenedéssel az orr tiszta lett, a mit azelőtt spray, olaj igénybevételével csak nehezen tudtam elérni s a pörköket mindig sondával voltam kénytelen meglazítani. Ezen fiú gyermekora óta kezelés alatt állott és több év előtt megbetegedvén, Schnitzler tanár által galvanocaustice kezeltetett. Magángyakorlatomban sok beteg 3—4 heti kezelés után javult és hosszabb ideig kimarad, miután a kifecskenedést, melyet naponta végeznek, könnyen sikerül, illetve az orr teljesen tisztára öblítetik. Egyeseknek azért otthoni használatra a spray-hez 10%-os oldatot adtam, de mily sikerrel, azt még nem tudom. A Poliklinikán a betegek gyakrabban jelentkeznek és mind e szert kérik, a mennyiben állapotuk 3—4—5 hónapon át jobb volt. Gyógyultnak tehát relative csak két esetet mondhatok, a többiekéről csak azt tudom, hogy sokkal jobban érezték magukat, és hogy egy esetben sem volt a szer rossz hatással.

A Poliklinikán feltűnő sok felnőtt esetem volt *rhinitis chronica atrophica simplex*, ezeknél a szer még jobb eredményt mutatott, sőt vannak nöbetegeink, kik már nem is nélkülözhetik. Az orrban és garatban lévő kiállhatatlan szárazság érzete megszűnik, számos melléktünet javul, reflex-tünetek elmaradnak. Mint-hogy a szer drága, 30%-os oldatot alkalmazok és az ornyálkahártyát lapos sondára csavart vatta-gomolylyal 2—3-szor egymásután erősen bedörzsöltem. Ha megfigyelik, akkor mindjárt ezután észrevehető, miként pirosodik az előbb még halvány száraz nyálkahártya még oly esetben is, hol kifejezett atrophias folyamat van jelen, sőt még bizonyos nedvesség is jelentkezik. Erősebb dörzsölésnél észrevettem, hogy a betegek egynémelyike zsebkeendőjét is használta. A szert senki se találta kellemetlennek.

Eleinte mindennap, majd minden másodnap és később hetenként 2-szer alkalmaztam a szert 2—3 hónapon át. Könnyebb esetekben 1—2 hét múlva kezdem lassan a feccskendezést szüneteltetni, egyik nap feccskendezés, másodnap az esetelés kerül sorrendre. Erősebb oldatokat az orrban nem alkalmaztam, miután az esetelés és dörzsölés által a szer eléggé jól lesz a nyálkahártyára kebelezve és ez esetekben kell, hogy a szer nem mint edző, hanem mint fertőztelenítő szer hasson. Vajjon a szer hatását a bakteriumölő vagy pedig az elfajult nyálkamirigyeket élesztő tulajdonságának tudjam-e be, azt csak későbbi vizsgálatokból fogom megállapíthatni.

Miként bujakóros fekélyeket a gégeben, úgy az általános bujakóros kezeléssel kapcsolatban a nyelv luetikus fekélyeit, az orr gummáit is e szerrel való eseteléssel sikeresen gyógykezelttem, nemkülönben jó eredmény látszott *ulcus perforans septi* 2 esetében is, mivel az átfürödés, mely többnyire fel nem tartóztatható, hosszabb használat után, miként azt az ellenőrzés megmutatta, egyelőre nem következett be.

Csodálatos, hogy a *száraz garathurut-* és *orrgarathurutnál*, holott feltehető volt e szer hatása, semiről sem számolhatok be. Az illető betegek kivonták magukat a kezelés alól és magángyakorlatban más orvosságot óhajtottak, minthogy vagy a szag vagy az íz terhükre volt, bárha bevallották, hogy a szárazság érzete sokat engedett, de a szer kellemetlenebb a jodglycerinnél és azért ismét ahhoz kellett visszatérnem.

Bámulatos, hogy az én eredményeim e szert illetőleg egészen eltérők voltak más kísérletezőkétől, kik azt ajánlották, és hogy ép azon betegedési alakoknál, melyeknél az oly melegen ajánlva lett, pl. a papillomáknál, semmi, a gégetuberculosisnál elenyésző eredményeket láttam, míg ozaenánál nagyon jó sikerrel használtam, a hol pedig minden szer, minden kezelési mód ki nem elégített és már a gyógyeljárást illetőleg kételyeim voltak, most azonban azon az optimistikus nézeten vagyok, hogy elég korán véve azt gyógykezelés alá, még gyógyíthatóvá is lehet.

(Folytatása következik.)

Orvosi jelentés a „Stefánia“ pesti szegény-gyermek-kórház 1898-dik évi működéséről.

A „Stefánia“ pesti szegény-gyermek-kórház az 1898-dik évvel működésének 60-dik évét fejezte be. Ezen hatvan évet magába foglaló időszak alatt az intézetben összesen 457,290 beteg gyermek nyert kezelést s himlőellenes védoltás 29,759 gyermeknél végeztetett.

A diphtheriaellenes savó-kezelés a lefolyt évben is rendszeresen gyakoroltatott a kórházban¹ s miután 1898-ban összesen 292 gyógy-savóval kezelt beteg fekiűt a kórházban: az összes esetek száma 1894. október havától 1899. január 1-sejéig 1105-re emelkedett.

A lefolyt évben elért eredményeket az alant következő táblázatban hasonlítjuk össze az előbbi években (1891-re visszamenőleg) elért eredményekkel.

		Felvéte- tett	Meghalt	Gyógyult	Gyógyu- lási szá- zalak
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
1898. jan.—decz. (serum)	összes diphtheriás esetek ...	292	80	212	72:60
	nem operált esetek ...	181	24	157	86:74
	operált esetek ...	111	56	55	49:55

Intubált eseteink száma a lefolyt [év végéig (1891-től) 1066-ra emelkedett.

A lefolyt évben felvett diphtheria-esetek általánosságban elég súlyosak voltak; nemesak az esetek száma emelkedett 184-ről (1897-ben) 292-re (1898-ban), de azoknak súlyossága is fenmaradt, mit a következő adatok bizonyítanak:

¹ A *höchsti* savó mellett majdnem kizárólag a *Preisz*-féle savó használtatott az intézetben, melyet a nagymélt. belügyministerium mindenkor díjmentesen bocsátott az igazgatóság rendelkezésére.

A diphtheriás megbetegedés a betegeknek *több mint egyharmadán* (101 eset) 2 éven aluli gyermekekre vonatkozik; az eseteknek *több mint felében* (154 esetben) az álhártvás folyamat a gégeire is kiterjedt volt; továbbá, hogy 25 gyermek kórházi tartózkodásának első 24 óráján belüli halálozott el.

Ezen 292 beteg közül gyógyult 212 beteg, azaz --- 72.6%
még halt 80 " " " " " " " 27.4%

Ezen 292 beteg közül operáltatott (intubatio) 111 beteg, vagyis az összes betegek 38%^o-a; ezek közül gyógyult 55 eset (49.55%^o) és meghalt 56 beteg (50.45%^o). A 111 intubált gyermek közül 5-nél másodlagos légesömetszés is végeztetett, mely egy esetben vezetett gyógyuláshoz.

Operatiót nem igényelt 181 beteg, ezek közt gyógyult 157, azaz 86.74%^o s meghalt 24 (13.26%^o).

A kórházi tartózkodás első 24 óráján belül elhalt 25 beteg, ezek közül 21 operált és 4 nem operált gyermek szerepel. Ezek levonása után maradt 267 diphtheriás beteg, kik közül meghalt 55, vagyis 20.60%^o és gyógyult 212, azaz 79.40%^o. Ezen egy napon belül elhaltak levonása után marad 90 operált beteg, kik közül gyógyult 50 (55.55%^o) és meghalt 40 (44.44%^o). Levonás után a nem operált betegek száma 177, kik közül gyógyult 157 (88.70%^o) és meghalt 20 (11.30%^o).

A leggyakoribb heveny fertőző kórok havi forgalmát a kórházban, 1898-ban, a következő táblázat mutatja:

Betegség	Január	Február	Márczius	Április	Május	Junius	Július	Augusztus	Szeptember	Október	November	December
Kanyaró	4	2	5	13	17	17	22	8	11	54	50	24
Vörheny	7	7	13	8	9	20	22	11	38	24	13	8
Báránymillő	10	4	8	9	3	4	6	3	1	6	8	4
Diphther. és croup	28	31	35	20	33	11	38	21	24	46	40	35
Pertussis	12	10	6	6	13	6	10	10	4	9	4	4
Meningitis cerebrospinalis	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—

Összes 17,557 betegünk között *valódi himlő*, örvendetesen, egy esetben sem fordult elő; *hasi hagymáz* 9 esetben észleltetett.

* * *

A „Stefánia“ pesti szegény-gyermek-kórházban 1898-dik évi január 1-jétől december 31-dikéig összesen 17,557 beteg gyermek gyógykezel-tetett; ezek közül 16,233 beteg mint ambulans látogatta az intézetet, a nyilvános rendelési órákban, melyek délelőtt 1/210-től 12-ig, délután pedig 3-tól 5-ig tartattak. Azon szegények, kik az intézetben ápolásra fel nem vétettek, gyógyszerüket részben ingyen nyertek, a mennyiben a rendeléseknél irt vények, a kerületi előljárók utalványa mellett, a fő- és székvaros költségére szolgáltatott ki a gyógyszerárakból; számos sebészi beteg kötszerekkel, a szembetegek pedig külső gyógyszerekkel láttattak el, költségmegtérítés nélkül.

A kórházhoz csatolt s a kórház főépületében elkülönített helyi-séggel ellátott magy. kir. országos központi védhímlőoltó-intézetben 757 oltás és 161 újraoltás, összesen 918 oltás végeztetett, s így az orvosi segélyt kórházunkban igénybe vett gyermekek száma az 1898-dik évben összesen 18,475 volt.

Orvosi ápolásban részesült az intézet 148 ágján mint befekvő 1324 beteg gyermek.

A 16,233 ambulans beteg látogatásainak összes száma az egész éven át 44,927-et tett ki, mely számból 32,346 látogatás a 14,592 orvos-sebészi esetre, 9798 látogatás az 1236 szembetegre, 2783 látogatás 405 fülbetegre esett és így átlag egy napra 123 ambulans beteg jutott.

Az ambulans betegek összes számából az egyes hónapokra a kö-vetkező számok esnek:

január	február	márczius	április	május	junius
1250	1242	1590	1494	1394	1367
július	augusztus	szeptember	október	november	december
1496	1457	1278	1374	1175	1116

Nemre nézve volt: 8635 fiú és 7598 leány; korra nézve: 5348 egy éven aluli, 4788 1 évtől 3 évesig; 3313 3 évestől 7 évesig és 2784 7 évestől 14 évesig. Születési helyre nézve volt 12,324 budapesti, 3851 az ország különféle részeiből és 58 külföldi.

Az intézetben kórházilag orvosolt és ápolat gyermekek száma 1324 volt; ezek közül 100 beteg a megelőző évről maradt vissza és 1224 vétetett fel az év folyamában. Az ingyenes osztályon ápoltatott 902, az első fizetési osztályon (70 kr. ápolási napidíj mellett) 172, a másodikon (50 kr. ápolási napidíj mellett) 250 gyermek. Ápolási díj fejében 6419 frt 25 kr. folyt be az intézet pénztárába. A kórházi várószobákban lévő perselyekben nyilvános adakozás útján 497 frt 19 kr. gyűlt össze.

Az 1324 kórházi beteg 38,654 ápolási napot töltött az intézetben, melyből egy betegre átlag 29 nap esik.

Az ápolási napok összege következőleg oszlik szét az egyes hónapokra:

január	február	márczius	április	május	junius
3130	3314	3559	3456	3472	3159

július	augusztus	szeptember	október	november	december
2766	2553	3178	3342	3437	3288

Egy napra tehát átlag 105 beteg esik.

A csecsemők s nagyobb gyermekek mellé felvett 91 kísérő 849 napot töltött az intézetben.

Az 1324 kórházi beteg közt volt nemre nézve 741 fiú és 583 leány; korra nézve 110 egy éven aluli, 334 egy évtől 3-ig, 487 3-tól 7-ig és 393 7-től a 14-dik életévig.

Az év folyamában részint a ker. előljáróságok és kerületi orvosok, valamint a rendőrség, részint a főváros jótékony intézetei is küldtek beteg gyermekeket az intézetbe, kik mindig készséggel vétettek fel s az ingyenes osztályon ápolattak; így 17 gyermek, kik a kerületi előljáróság, kerületi orvosok, rendőrség és mentő-egyesület útján jutottak a kórházba, 642 napot töltött az intézetben; a gyermek-menhely 6 árva 94 napot; a fővárosi árvaházak 21 árva 877 napot, az országos kiseddóvó-egyesületnek 10 betege 289 napot. Ápoltatott továbbá a kórházban a szeretetháznak, a szürkenéneknek, a Mária- és Ranolder-intézetnek, a Margit- és Szt. János-intézetnek, a magyar gazdaasszonyok árvaházának, protestáns és izraelita árvaház és izr. siketnémáknak, valamint a szegénygyermekkert-egyesületnek 15 betege összesen 640 napig.

Vallásra nézve volt 882 róm. katolikus, 224 izraelita, 71 ágostai, 130 helvét, 15 görögvallású és 2 anabaptista; továbbá volt 1136 törvényes és 188 törvénytelen születésű. Születési helyre nézve volt 729 budapesti, 573 az ország különböző részeiből és 22 külföldről.

A kórházilag kezelt betegek közül gyógyultan elbocsátott 726, javultan 190, nem gyógyultan 82, meghalt 221 (kik közül 25 haldokolva hozott be az intézetbe). 1899-re maradt 105 beteg. Levonva a haldokolva behozottakat, a halálozás 15.00%^o-ra rúg. A 221 haláleset közül elhalt torok-diphtheritishen és álhártvás gégelobban (croup) 82, gümőkóros megbetegedésekben pedig 32.

Az ambulanter és kórházilag orvosolt gyermekek betegségei a következő kórosportozatok szerint fordultak elő:

A kórosportok megnevezése	Ambulans betegek	Kórházi betegek
I. Agy- és gerinczagi betegségek	242	45
II. Idegbetegségek	262	26
III. Fülbetegségek	403	4
IV. Szembetegségek	1236	110
V. Orrbetegségek	238	4
VI. Légzési szervek betegségei	3419	114
VII. Vérkeringési szervek betegségei	74	28
VIII. Nyirkrendszer betegségei	310	14
IX. Száj, torokír és bársing betegségei	2172	32
X. Alhasi szervek betegségei	2634	56
XI. Húgy- és ivarszervek betegségei	435	53
XII. Bőrbetegségek	1183	46
XIII. Sejtszövet-, mirigy- és izombetegségek	286	24
XIV. Izületi betegségek	450	74
XV. Csonbetegségek	292	54
XVI. Heveny-fertőzősi betegségek	1131	510
XVII. Idült fertőzősi betegségek	212	22
XVIII. Általános megbetegedések	944	44
XIX. Fejlődési rendellenességek	187	56
XX. Mérgezések	32	2
XXI. Szinlett betegségek	2	3
XXII. Betegség nélkül	89	3
Összesen	16,233	1234

A kórosetek tekintélyes részét oly sebészeti esetek képezték melyek mütéti eljárást igényeltek. A véghezvitt mütetek a következők voltak:

13 húgyhólyag-metszés húgyhólyagkö miatt, 4 hólyagkö-morzsolás, 1 húgyvesékő eltávolítása, 3 urethro-plastika, 6 esonkítás, 4 necrotomia, 7 osteotomia, 5 ujjkiizelés, 4 brisement forcé, 1 Calot-féle redressement, 26 immetszés, 18 légesömetszés, 8 laryngo-fissio, 1 légesősipoly elzárás, 111 esetben intubatio (a gyógyulási százalék 49.55%^o volt), 25 garatmögötti tályog megnyitása, 17 nyúlajkmütét, 47 túltengett mandola kiirtása, 2 staphylophagia, 31 véredénytapló kiirtása, 1 ranulamütét, 3 végbélhabaroz eltávolítása, 2 végbélképlés, 2 castratio, 6 Bassini-féle sérvmütét, 8 fitymaszor-mütét, 2 hypospadiasis-mütét, 14 laparotomia, 1 mellkas-csapolás, 1 mellkasmegnyitás, 17 bordacsonkolás, 1 incisio pericardii, 3 hascsapolás, 11 viz-sérvesapolás, 1 resectio coli, 1 plieatio coli, 1 gastro-tomia, 1 Bacelli-punctio, 1 végbélsipoly-mütét, 1 vesekiirtás, 8 czombficzam-repositio, idegen test eltávolítása a légesöből 5 esetben, az orrból 17 esetben, a fülből 14 esetben, a boralatti kötőszövetből 11 esetben, 7 paracentesis membr. tympani, 1 aghyártvasérvmütét, 25 esetben lumbal-punctio, 56 esetben adenoid-képlődések eltávolítása a hátsó orrüregből, több fülhabarozkiirtás, számos üszkös csont és szávas fog eltávolítása, 32 nyirokmirigy és 11 alképletkiirtás s végre tályognyitások, varratok alkalmazása és bőrfarkas-kikaparás több esetben. Csont- és izületi bántalmak miatt 85 gypskötés, 35 túrómész- és organin-kötés, és 60 gyps-ágy alkalmaztatott, 30 gyermek pedig testgyegyszeti géppel láttatott el

A szemészeti osztályon 8 szivárványconkolás, 3 hályogműtét, 1 reductio bulbi, több szarűcsapolás és könnycsatorna-felhasítás végeztetett.

A szemészeti osztályt *Vidor Zsigmond* dr. úr vezette s a szem-betegeknek mindennap d. e. 10-től 11-ig rendelt.

A sebészi osztály *Verebély László* dr. és docens úr felügyelete alatt állott; a kórházi műtétek általa s az igazgató által végeztettek.

A fülbetegeknek *Böke Gyula* dr. és rk. tanár úr rendelt kétszer hetenkint az intézetben.

A gége- és orrbetegeket *Baumgarten Egmont* dr. és docens úr látta el, az ideggyógyászati rendelést pedig *Korányi Sándor* dr. egyet. rk. tanár úr vezette.

A kórboneztani vizsgálatokat *Preisz Hugó* dr. akadémiai tanár úr teljesítette.

Rendszeres gyermekgyógyászati előadások az intézetben hetenkint kétszer tartattak s az intézetet látogató orvosok és orvostanhallgatók alulirott és a tanársegéd által gyakorlatilag is oktattattak. Az előadásokat 125 orvostanhallgatók számára előadást. A magy. kir. bábaiskola egyetemi növendékei alulirott és *Vidor* főorvos által nyertek rendszeres oktatást a gyermekápolásból.

A pénztári kimutatás szerint a kórházi kiadások² (a 3-dik tételtől a 18-dikig) 28,780 frtot tesznek: ezekből 20%, vagyis 5756 frt 10 kr. a 16,233 ambulans betegre, 23,024 frt 43 kr. pedig a kórházban 38,654 napon ápolat 1324 beteg gyermek gyógykezelésére és ellátására fordítottak. Ezek szerint egy beteg ellátása és gyógykezelése átlag 17 frt 39 krt igényelt, melyből egy ápolási napra 59¹/₂ kr. esik.

A kórház orvosi személyzetének irodalmi működése 1898-ban a következő volt:

1. *Bókay János*: Adatok a veleszületett külső fejkörvénnyel.
2. *Baumgarten Egmont*: A gyermekek gégepapillomáiról.
3. *Böke Gyula*: A külső hangvezetékbeli hároméves gyermeknél véres műtét útján eltávolított idegen test esete.
4. *Hüllt Hümér*: Gyermekek lágycsérvének radicalis műtételéről.
5. *Preisz Hugó*: A nervus vagus és recurrens elváltozásai chorea laryngis egy esetében.
6. *Preisz Hugó*: Bacillus pseudodiphthericus által okozott endocarditis ulcerosa gyermeknél.
7. *Berend Miklós*: Veleszületett dextrocardia esete.
8. *Berend Miklós*: Xeroform a gyermekek bőrbántalmainál.
9. *Faludy Géza*: Pénzdarab a bázisgingban.
10. *Loewy Leó*: Újabb mozzanatok az intubatio terén. (Enucleatio, écouvillonnage, tubage intermittens.)
11. *Loewy Leó*: Écouvillonnage tanulságos esete.
12. *Preisich Kornél*: A formalin-fertőtlenítés egy új módszeréről.
13. *Preisich Kornél*: A diphtheria bakteriológiájáról.
14. *Preisich Kornél*: A diphtheria vegyes fertőzéséről.
15. *Torday Ferencz*: Sclerodermiához csatlakozott hemiatrophia progressiva esete.

Az elősorolt cikkek mindannyian az „Orvosi Hetilap” „Gyermekgyógyászati” című s alulirott szerkesztésében megjelent mellékletében jelentek meg.

Végezetül felemlítjük, hogy kórházunk, belügyministeri engedély folytán, a lefolyt évben házigyógytárral szereltetett fel.

Bókay János dr. egyet. tnr., igazgató.

T Á R C Z A.

Mihalkovics Géza dr. egyetemi tanár

született 1843, meghalt 1899.

Azok közül, kiket életük folyása és benső ösztönük a modern magyar önművelő orvosi kultúra fejlesztés nagy és nehéz, de szép munkakörébe vezérküzdők gyanánt állított be, *Mihalkovics Géza* halálával egy igazán erős oszlopos tag dőlt ki az élők sorából.

Teljes mértékben fel volt ő ruházva mindazon tulajdonságokkal, a melyek megkívántatnak arra, hogy azt a posztot, a melyet egy modern értelemben vett egyetemi tanárnak a nemzeti kultúra fejlesztésében elfoglalnia kell, sikeresen megállja.

Szakkörében tudós volt, a ki önálló átdolgozás után fel bírta ölelni és elméjében egyetemes egészsz-összeolvastani tudományának mind egyes részletét; *bádog* volt, ki az anatómiának, embryológiának egyes ágaiban az ismereteket positiv kutatások figyelmet keltő eredményeivel bírta gazdagítani; *tanító* volt, ki megérett és kiforrott ismereteit egyszerű tiszta nyelven tudta hallgatóival közölni és azokban a

¹ Jul. és aug. hóban *Verebély* főorvost, távolléte alatt, *Hüllt Hümér* dr. műtő úr helyettesítette.

² A kórházi kiadások összegében befoglaltatik a kisérők, ápolónők, konyha- és mosó-személyzet teljes ellátása is.

tárgya iránt való tartós szeretetet nem szócizomával, hanem a tények és igazságok kellő érzékesítésével és azok fontosságának kellő kidomborításával felébreszteni; *tudományos és nemzeti író* volt, a ki élénk érzetében és tudatában élt hivatásához kötött azon kötelességének, hogy egy magyar egyetemi orvos és természettudományi tanárnak nemcsak tanítónak, búvárnak, tudósnak, hanem írónak is kell lenni, tudományos írónak, ki önálló vizsgálódásainak eredményeit, nem zárja magába, hanem irodalmilag is közzé teszi, közzé teszi magyarul azért, hogy egy önálló nemzeti tudományos irodalom létesítéséhez hozzájáruljon, közzé teszi idegen internationalis nyelven egyfelől azért, hogy a vizsgálódások eredményeit az egyetemes tudományosságtól el ne zárja, másfelől azon, ha úgy tetszik chauvinismusból, hogy documentálva legyen az által az, hogy itt nálunk az internationalis tudományok egyes ágaiban a modern idők kellő munkássága folyik; mindezen munkálkodásaiban pedig az *enthusiasmus*, a *becsvágy* volt vezetője azon fokig kifejlődve benne, mely saját szakmáját tartja élete központjának, a mely körül forog minden gondolatával, a melyen kívül az élet egyéb örömei reá nézve másodrendű szerepet játszanak.

E tulajdonságok neki itthon és külföldön elismert nevet, megbecsült jóhírt teremtettek, munkájának eddigelé is sikerét látta tudományos alkotásaiban és azon alkotások értékességének elismerésében egyaránt.

Munkakedve teljességének tetőfokán ragadta el a halál; nagy bonczatlan és fejlődéstáncát, a miken rendkívüli buzgalommal és szeretettel dolgozott utolsó éveiben, be nem fejezhette ugyan, de a mit eddig adott és közzétett is azokból, azok magok is önálló egésznek képeznek és hirdetői maradnak mindenkor írójuk magas tudományos és búvárkodó képességének.

A mintatudós, búvár, tanító, tudományos és nemzeti író ravatalánál legyen szabad meghajtani elismerésünk zászlaját nekünk is azzal az óhajattal, hogy nemzeti tudományos életünk továbbfejlődése érdekében elhunyt barátunk és munkatársunk — fájdalom, időknél előtte befejeződött — élete tevékenysége szolgáljon mintaképül mindazoknak, kiket hivatásuk az elhunytéhoz hasonló életpályára vezetend. „Insta, ne cesses, veniunt post semina messes” — ezzel fejezte be ő nagy anatómiája közelebről megjelent első kötetének előszavát — „legyen ez jelszavunk, mely törekvéseinkben kitértésre buzdít.”

Mihalkovics Géza tanárnak rövid életrajza következő:

Született 1844-ben Pesten, a hol atyja ügyvéd volt. Középszkoláit s az egyetemet Pesten végezte, 1869-ben ugyanott orvosdoctorrá avatott. 1869–71-ig három éven át Lenhossék J. oldala mellett tanársegéd volt, azután félévig Kovács J. tanár klinikáján műtőnövendék gyanánt működött, majd különösen boldogult *Balogh* tanár ösztönzésére a Schordann-féle utazási ösztöndíjjal külföldre utazott, magát specialiter az anatómiában tovább képezni. Bécsben s Lipcsében egy-egy félévet töltött, 1873–74-ig pedig Strassburgban tartózkodott, a hol Waldeyer tanár mellett I-ső tanársegéd lett és ugyanott magántanárként habilitált, 1875-ben a budapesti egyetemhez a fejlődéstani nyilvános rendkívüli tanárává nevezetett ki, 1878-ban rendes tanárrá lett előléptetve a tájboncztanból és fejlődéstantól, és igazgatójává lett a második boncztan intézetnek (a mely a volt fejlődéstantól keletkezett), 1892-ben pedig a leíró boncztan második parallel tanárává nevezetett ki. 1888-ban Lenhossék József halála után az I-ső boncztan intézet helyettes vezetésével Lenhossék Mihály, első tanársegéd s magántanár lett megbízva, félév múlva azonban az I. boncztan intézet vezetését *Mihalkovics Géza* vette át mint helyettes, azonkívül megmaradt a II. boncztan intézet igazgatója gyanánt. 1892-ben a második boncztan tanszékre *Thanhoffer Lajos* nevezetett ki, *Mihalkovics Géza* az első boncztan intézetet vette át, mint rendes igazgató. „Az agyvelő fejlődéséről” irt munkáját a M. Tud. Akadémia 1882-ben a nagy díjjal jutalmazta, „Általános boncztan”-át az orvos-egylet a Balassa-féle jutalomdíjjal tüntette ki. 1893-ban pedig a budapesti kir. orvosegyesület „Agyvelő morfológiája” című munkájáért a Mészáros K.-féle jutalomban részesítette. A M. Tud. Akadémia 1879-ben levelező, 1884-ben rendes tagjai sorába választotta. 1888–1892-ig az orvosi kar választott prodekánja, 1892/3 és 1893/4-ben pedig dekanja volt, végre az 1898/99-dik tanévre egyetemi rektorrá választott. Tanársága idején külföldön több utazást tett. 1882-ben a nyarat Heidelbergben *Gegenbauer* intézetében összehasonlító boncztan tanulmányokat végezett. 1894-ben mint az egyetem kiküldötté részt vett a halléi egyetem 200 éves jubileumán, a mely alkalommal meglátogatta Hollandia és Belgium boncztan intézeteit is. 1895-ben Svájcban, Párisban és Londonban járt hasonló célból. Rendes látogatója volt az anatomusok internationalis congressusainak. Még ez évben is a húsvéti szünidőket arra használta fel, hogy a francia és német egyetemek administrioját tanulmányozza. Erdemeinek elismerésül Ó Felsége 1896-ban III. osztályú vaskorona-renddel tüntette ki.

*Mihalkovics Géza*t fennvázolt intensiv tudományos munkásságához meglehetősen erős, szívós szervezettel áldotta meg a természet. Igaz ugyan, hogy tanuló korában egyszer vérköpés lepte meg, de ez rövid ideig tartott és később tüdejével semmi baja sem volt. Egyetlen bajt későbbi életévében neki a sok állás folytán kifejlődött alszárviszértágulatok okoztak, melyeket öt-hat évvel ezelőtt vaschlörin-injectiókkal gyógyítottak meg. Halállal végződött baja három évvel ezelőtt kezdődött, a mikor hirtelen rendkívül heves gyomorvérzés lepte meg, a mely többször ismétlődött nála; egy alkalommal oly heveny anaemia fejlődött ki, hogy ájulásából csak konyhasó-transfusiókkal lehetett magához téríteni. E körülmény akkor az ulcus rotundum ventriculi felvételét tette valószínűvé. A későbbi lefolyás e felvételt igazolta. Egy év előtt újra vé-

hányás lepte meg. E második rohama is úgy, mint az első, kellő orvoslásra elmúlt és bár régi erőbeli állapota az első roham után soha sem tért egészen vissza, relatíve elég erősnek érezte magát arra, hogy nagy boncztanának és fejlődésének első kötetét megírja és közrebozsassa. A rendes, különben is terhes tanári teendőket mellett a fokozott szellemi és testi megerőltetés, a mihez még az új boncztanai intézet építésével és berendezésével, továbbá az egyetem igazgatásával járó gondot adó és fárasztó teendőket csatlakoztak anaemiás szervezetét végképen kimerítették, úgy hogy folyó évi május havában már újra ágyba került. Gyomorfájdalmak, majd gyomorvérzések léptek fel nála, melyeket az előbb alkalmazott gyógy-eljárásokkal csak kis mértékben sikerült csillapítani. Némi reményt nyújtott kétségbeesett állapotában e hó elején az a körülmény, hogy gyomra a tejet nagyobb mennyiségben adva is jól tűrte és subjectiv érzete annyira javult, hogy remény támadt benne arra, hogy a nyarat Karlsbadban töltheti, a mely után félbe maradt irodalmi munkálatainak bevezetését remélte. E remény azonban hiúknak bizonyult. Folyó hó 11-dikén reggel ismét heves gyomorfájdalmak léptek fel nála, majd heves hányás és székelés fogta el, úgy a hányadékban mint a bélsárban kevés vértartalommal. A hányás megszűnte után azonban a has folyton igen érzékeny maradt, az érítés üressé, alig tapinthatóvá változott, míg végre a has érzékenységének folytonos fokozódása és az elerőtlenedés továbbfejlődése közben 12-dikére virradólag a halál bekövetkezett.

Tetembontása f. hó 13-dikán ment véghez, melynek eredményét *Pertik Ottó* tanár a következőkben volt szíves közölni velünk:

„*Mihalkovics Géza* tanár halálának legközelebbi oka genyes rostonyás hashártyagyulladás volt, melyet a hasüregbe ömölt gyomorbennék idézett elő; ez pedig *ulcus perforans ventriculi* által jutott oda. Lényeges a gyomorlelet:

A gyomor összeesett, fundusa tágult, egészben füre felé disecált s túlnyomólag a rekesz bal felének homorulatában fekszik.

Savós felszíne genyes-rostonyás 2–3 mm. vastag, elég puha, lemosható izzadmánnyal takart. Mellső szabad színén 4 cm.-nyire a pylorus előtt s 2-5 cm.-re a kis hajlat alatt egy leucemekkora ságú, gömbölyű, 2 mm. átmérőjű, éles kihegyezett szélű *lyuk*, melynek szomszédsága szürkésfeketén elszínesedett.

A gyomor a nagy hajlason felmetszetvén, ürében majdnem egy liternyi, a fundusban felhalmozott, kávéaljszerű savanyúszagú bennék, a melyből mintegy 400 köbcm. volt a szabad hasürben is és pedig a rekesz bal homorulata és a léptáján összegyűjthető. A gyomor ny. h.-ja a pylorus táján megvastagodott, kövezetes rajtot mutat; egyebütt sűrű szürkés-feketebarna, körülbelül egy cm. vastag lepedéktől takart, melynek lemosása után egy eliptikus alakú, 15 cm. hosszú, 4–6 cm. széles, a gyomornak mellső és hátsó falára terjedő, a kis curvatura mellett majdnem egészen szimmetrikusan ülő fekély látható, melynek ny. h. szélei, ki a gyomor felszíne *vagyis a fekély alapja* felé hajlottak, aláváltak (üstzerű fekély), alapját pedig sima, tömött heges szövet, részben maga a heges pancreas képezi.

Kiterjedt heges zsugorodást mutat maga az omentum minus is, úgy hogy a gyomor kis hajlata tetemesen megrövidült: a cardia és a fekély bal széle között 4 cm., utóbbi jobb széle és pylorus között 2-5–3 cm.

A nagy fekélynek a gyomor mellső részére terjedő heges alapján, mintegy 2–3 cm.-re a kis hajlat alatt félkrajcárnyi, élesszélű, másodlagos fekély, melynek közepén egy lencsényi, élesszélű, a gyomor külső színén is látható *lyuk*.

A gyomor mellső színe szabad, sehol sincs oda növe.

Egyéb szervei épek. Csak az odanőtt bal tüdő csúcsában vannak kiterjedtebb palás heges kötegek, melyek a lebeny hátsó $\frac{2}{3}$ részének mérsékelt zsugorodását okozták: a hegekben két kis borsónyi száraz, meszes gócz.

Mindkét tüdő óriási mértékben puffadt, ballonirozott; a jobb tüdő légútjaiban savanyó gyomorbennék; a jobb tüdőben, főleg az alsó lebenyben, aspirált gyomorbennék okozta, savanyó szagú, a többi vérdús tüdőszövetből szürkésárga színe által élénken elütő igen szakadékonny erek, földiónyi lágyultgóczok.

Mikalkovics tanárnak tehát *idült lefolyású, nagy gyomorfekélye volt*, mely az ú. n. szimmetrikus fekélyek osztályába tartozik s melynek régebbi áttörését a pancreással való összenövés gátolta meg. A régi fekély alapján egy újabb gömbölyű lágyulás állott be, mely azért vezethetett akadálytalanul a gyomor átfüréséhez, mert, mint oly sokszor, ez esetben sem léptek fel védelmező összenövések a gyomor mellső falzata és a szomszédságos képletek között.

Az igen savanyú gyomorbennék hányáskor a jobb tüdőbe lett aspirálva, hol emésztési lágyult góczokat, de mint a nagy tüdőpuffadás mutatja, fuladási rohamot is okozott.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: Bókay Árpád dr., Kétly Károly dr., Korányi Frigyes dr. Ötödik kötet. Húgy-ivarszervek betegségei. Venereás és syphilitikus betegségek. Bőrbetegségek. A szöveg közt számos ábrával és egy táblával. A magyar tudományos akadémia segélyezésével kiadta tagjai számára: A magyar orvosi könyvkiadó társulat. Budapest, 1898. 1037 lap.

(Folytatás.)

Elismeréssel adózunk a szerkesztőknek, hogy tért nyitottak ezen munkában a sebészeknek is. A belgyógyászat és sebészet ma annyi

ponton találkozunk, hogy sok helyen sikeres eljárás csak e két szakma együttműködésétől várható. A „*Grenzgebiet*”-nek igen hálás és nagy fér jut „a húgy és ivarszervek” betegségeiben. És ha mint előbb láttuk, a belgyógyászok a sebész követelményeit szem elől nem tévesztették és így *Korányi Sándor* a veseműtétek eshetőségeinél a sebészi beavatkozás javait szigorúan körülhatároló vizsgálati eljárást hozott alkalmazásba, úgy viszont a munkában közreműködő sebészek tárgyak feldolgozásánál a műteti technika részletezésétől mindenütt tartózkodtak és a főszlyt helyesen tárgyak klinikai tüneteire helyezték. Nem utolsó érdem, hogy a nem sebészi gyógymódok részletezésétől és ismertetésétől sem riadtak vissza.

A *hólyaghurutot Janny Gyula* írta meg. Felette érdekesen tárja elé a kóroktan komplikált viszonyait. A bakteriologiai rész áttekinthetőség tekintetében mi kívánni valót sem hagy hátra. Helyes összefüggésbe hozza az előidéző microorganismusokat azon momentumokkal, melyeket a régi nézetek a tulajdonképeni kórokoknak tekintettek, ma pedig csak elősegítő okok gyanánt vagyunk hajlandók elfogadni. A hólyaghurut különböző nemei külön-külön tárgyaltnak és mindenütt a klinikai tünetek kimerítő, élénk eseteleése által tűnnek ki. Külön fejezetet szentel a *pericystitisnek* és a mi eléggé nem méltányolható, a prophylaxisnak is. Hihető, hogy Pasteur idézett szavai „ha azzal dicsekedhetem, hogy sebész vagyok, sohasem vezetnék műszert az emberi testbe, míg azt közvetlenül használata előtt forró vízbe nem tettem, vagy lánggal ki nem hevítettem és utána gyorsan le nem hűtöttem volna”, a gyakorlatban nem maradnak hatás nélkül. A desinfiálásra a legmesszebbre menő utasításokat adja meg és azokhoz practikus megjegyzéseket esatol. A gyógykezelést tárgyaló szakaszban a therapia legújabb vívmányaira van figyelemmel. A *hólyag tuberculosis* külön fejezetben foglalkozik és itt is a viszonyok kimerítő tárgyalása által tűnik ki.

(Folytatása következik.)

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1899. június hó 25-dikétől 1899. július hó 1-jéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 422 gyermek, elhalt 236 személy, a születések tehát 186 esettel múltak felül a halálozásokat. — A fővárosi tisztii főorvosi hivatalnak 1899. július 2-dikától július 8-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 2 (meghalt 1), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben 2, bárányhimlőben 34 (meghalt —), vörhenyben 39 (meghalt 4), kanyaróban 64 (meghalt —), ronesoló toroklobban és torokgyikban 12 (meghalt 1) trachomában 7, vérhasban — (meghalt —), hőkhurutban 16 (meghalt —), orbáncban 12 (meghalt 1), gyermekági lázban — (meghalt —).

* **Sauer Ignác** tanár halálának idejére tévesen lett megemlítve a napilapokban, hogy őt úgy mint most elvesztett Mihalkovicsnak egyetemi rektori működése alatt érte utol a halál. Ő mint az 1862/63 tanév rektor magnificusa teljesen befejezte ebbeli működését és 1863. október 1-sején megtartotta a beszámoló és lelépő rectori beszédét. Az 1863/64 tanévben el is kezdte és folytatta előadásait egészen november 17-dikéig, a midőn délelőtt előadását, délután pedig szigorlatait megtartotta és este vaesora után mult ki biuspudol billentyűfelégtelenséghez csatlakozott heveny tüdővízenyő következtében.

⊕ **Kitüntetés.** *Ludvik Endre* dr. az új szt. János-kórház igazgatójának ő felsége a III. osztályú vaskorona-rend lovagkeresztjét adományozta.

— **Hazai fürdők személyforgalma.** *Balaton-Füred* (VI/30.): 1279; *Budai Erzsébet-sósfürdő* (VIII/8.): 491; *Új-Tátrafürdő* (VII/6.): 295; *Herkulesfürdő* (VII/9.): 3692.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma” (magányógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére**) **Budapest**, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitérő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt drak.* — Kívánatra prospectus.

Fasor-sanatórium Vízyógyintézete

Budapest, a **Herczel-féle sanatórium**ban (Városligeti fasor 9. szám). Bejáró és belkő betegeknek. — Egész éven át nyitva van. — Szigorú orvosi vezetés. — Rendelő orvos: **Dr. Kuthy Dezső**, a vízyógyászat magántanára a budapesti egyetemen.

Szt. Lukács-fürdő

téli és nyári gyógyhely

Budapest

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 négyzetméter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz napokint négyszer megújul. Minden-nemű gyógy- és üdítőfürdők. Kitérő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Prospectust ingyen küld az igazgatóság.

Falta dr. szem- és fül-sanatoriuma, Szeged, Laudon-utca és Mars-tér sarkán. Folytonos orvosi felügyelet, lelkiismeretes gondozás és ápolás, igen jó ellátás. Külön szobák. **Mérsékelt díjszabás.** Külön trachoma-osztály. Telefon 293. Kívánatra útmutató.

Dr. Sarbó Arthur egyetemi magántanár (VI., Podmaniczky-u. 10.) intézete a compenzáló gyakorlati gyógymód keresztülvitelére (Dr. Frenkel-féle módszer, tabeszes ataxiák gyógyítására) a dr. Grünwald-féle sanatóriumban (VII., Városligeti fasor 13–15).

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (V. rendes ülés 1898. október 6-dikán.) 354. l. — Közkórházi orvostársulat. (VII. bemutató szakülés 1899. márczius 22-dikén) 355. l. — A berlini tüdővészcongressus. 355. l.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(V. rendes ülés 1898. október 6-dikán.)

Elnök: Navratil Imre; titkár: Polyák Lajos.

Mindkétoldali külhalljáratot csaknem teljesen elzáró exostosis.

Tomka Samu: (Ezen bemutatás a műtétet megelőzőleg történt a czélből, hogy az egyesület a beteget mai állapotával ismerje. A részletes ismertetés a műtétet követő második bemutatás alkalmával következik.)

Carcinoma laryngis esete.

Navratil Imre: Sz. G., 66 éves férfibeteg 10 év óta rekedt, baja állítólag magától támadt, luesse nem volt. Hat év óta gyógykezelték, de eredmény nélkül. Az erőteljes és jól fejlett beteg egészséges esontrendszerrel, mell- és hasüregi szervekkel bir. Arca és ajkai kissé cyanotikusak, légzése hangos és sívító. Orr- és garatüreg a normalistól nem mutat eltérést. A jobb valódi és áhangszalag helyét kisdiónyi, egyenetlen, dudorzos, karfiolszerű, tetején kifehélyesedett dag foglalja el, mely a környezettől élesen elhatárolt. Mellső széle a középvonalat, a hátsó pedig az arytaenoidealis tájat éri el. A gége nyálkahártyája belövelt, duzzadt. Nyaki és állalatti mirigyek ninesenek megnagyobbodva. A beteg láztalan.

Előadó ezen betegnél előrebocsátott tracheotomia után részleges larynxstirpationnal kívánja eltávolítani a rákoson elfajult részt.

Zwilling: A diagnosit illetőleg hozzájárul a bemutató nézetéhez, hogy a jelen esetben a carcinoma kliniké is minden tekintetben biztosan megállapítható szövettani vizsgálat nélkül is. Az operatiót illetőleg ő is azt hitte, hogy a jelzett módon gyökeresen kell eljárni, annyival is inkább, mert gyakran fordul az elő, hogy a tükröképben kiesínynek látszó daganat a gége feltárasakor nagyobb kiterjedésűnek bizonyul.

Baumgarten: Azon kérdést veti fel, hogy miért nem végzi ez esetben a bemutató egyidejűleg a tracheotomiát és a feloldali kiirtást, mint azt most az angolok teszik. Jobb-e ily esetekben előrebocsátani a tracheotomiát?

Morelli: A vizsgálatnál azt látta, hogy az álképlet már egészen a gége hátsó falának közepéig terjed, el kell tehát készülvén lenni nemcsak a resectiora, hanem a teljes kiirtásra is és épen ezért helyesli, hogy a bemutató a légesömettszést előrebocsátja.

Navratil: Örvend, hogy **Zwilling** az ő álláspontjára helyezkedik; miután a diagnosit kétségtelen, nem is szándékozott szövettani vizsgálat végett előleges excisiót csinálni, ezt majd műtét után fogják végezni.

Hogy resectiót, vagy teljes kiirtást fognak-e végezni, az majd csak műtét közben fog elválni, ha a daganat kiterjedését ismerjük. Tapasztalataiból itélve, reményli, hogy talán a resectioval sikerülni fog kiirtani minden kórosat, mit annál szivesebben tenne, mert a resectio jobb gyógyulási százalékot ad. Csak annyit fognak végezni, a mennyit kell, tehát ha lehet, akkor csak resectiót.

A mi azt a kérdést illeti, hogy miért nem végzi a légesömettszessel egyidejűleg a radical műtétet, azt kell mondania, hogy többször végezte már ily alakban papilloma multiplexnél, sőt epitheliománál is és azt tapasztalta, hogy voltak complicatiók; míg ha a légesömettszést már reactio nélküli volt, akkor sokkal biztosabb volt a műtét eredménye. Ma, az a sepsis idejében bátrabban végezzük az együttes műtétet, neki azonban tapasztalatilag az a benyomása, hogy jobb a légesömettszést előrebocsátani. Nem zárkozik el azonban az elől, hogy kedvezőbb esetben, vagyis ott, a hol a bántalom csekélyebb kiterjedésű, a két műtétet egyidejűleg végezi.

O'Dwyer-intubatioval gyógyult és recidivált laryngitis hypoglottica esete.

Lénárt Zoltán: Az eset, melyet Navratil tanár úr szíves engedélye folytán van szerencsém bemutatni s a melynek kezelésével kegyes volt megbízni, egy laryngitis hypoglottica.

A beteget f. évi január 7-dikén fuldokolva hozták be a szent Rókus-kórházba, a hol rajta felvétele után azonnal tracheotomia végeztetett.

Az anamnesis adatai szerint a beteg mindig egészséges volt, 4 hónap előtt meghűlt s ekkor rekedt lett, rekedtségéhez csakhamar nehézlégzés társult, a mely az utóbbi időben hevesebb mozgások után fuldoklással növekedett.

A mérsékeltén táplált, elég jól fejlett 15 éves fiú mellkasi szervei épek. Orr-, száj-, garat-üreg elváltozást nem mutat. Mindkét hangszalag halványvörös, mellül 2-3 mm.-nyi területen összenőtt egymással; phonationál a jobboldali teljesen szabadon mozog, a baloldali kötött. Az epiglottis, arytaenoidealis tájék elváltozást nem mutat. A hangszalagok alatt mindkét oldalt, valamint a mellső commissura alatt a gége nyálkahártyája a gégeüreg mélye felé vonuló laposdad duzzanat alakjában beemelkedik a gége lumenébe és körülbelül 1 mm.-nyi résszel

szűkíti azt; e duzzanatok a hangszalagok egész hosszának felelnek meg, rózsaszínűek, phonationál alig mozognak, sondavizsgálatnál kemény tapintatuknak mutatkoznak. A jobboldali columna valamivel mélyebben kezdődik, mint a baloldali, úgy, hogy jobb oldalt a hangszalag és a duzzanat között kis rés van, a mely lehetővé teszi, hogy a hangszalag phonationál egészen szabadon mozog, elesésve a duzzanat felett, míg a bal oldalon a duzzanat összefolyik a hangszalag alsó felületével s azt mozgásaiban korlátozza. A beteg a tracheotomia után kitünően érzi magát s a gyógykezelés czélja a stenosit megszüntetni s így a canule eltávolítását lehetővé tenni. A stenosis kezelésére az O'Dwyer-féle tubusokkal való systematikus tágitást választottuk.

Az első intubatiót január 25-dikén végeztem a legkisebb tubussal, a mely elég könnyen hatolt a gégebe s a mit a beteg elég jól tűrt. A tubust eleinte csak néhány perczig hagytam a gégeben, később, a midőn a beteg hozzászokott az eljáráshoz, mind hosszabb ideig lehetett azt bent hagyni s fokról fokra haladva mind nagyobb tubust sikerült a gégebe vezetni. A beteg az intubatiót állandóan kitünően tűrte, naponként intubálva lett s a kezelés vége felé 5-6 óráig is bent maradt a tubus a gégeben, a mi nyelésében nem akadályozta, mert a tubussal a gégeben könnyedén, nehézség nélkül evett és ivott. Májusban már annyira tágult a stenosis, hogy a beteg bedugaszolt canule mellett is igen jól tudott lélegezni s gégejébe egy a beteg koránan megfelelő tubus egészen könnyen volt betolható. A hangszalagok kissé belöveltek, a gége oldalán lévő duzzanatok, különösen a jobboldali, megkisebbedtek, a jobb hangszalag egészen jól mozog, a bal azonban még mindig kötve van.

Az állapotnak ezen javulásával szemben azonban a commissura anterior alatti duzzanat alig változott s még mindig beemelkedik a gége ürébe, a mi arra indított, hogy e duzzanatot — a melyet az intubatio 4 hónap alatt alig befolyásolt — más úton igyekeztem megszüntetni s ezért a beteg előzetes cocainozása után gégekessel kettéhasítottam a hangszalagok között mellül lévő összenövést s a duzzanatba galvanokaustikus égővel több barázdát égetve, azután a gégebe tubust helyeztem, hogy a hangszalagok újból való összenövését megakadályozzam.

A beavatkozás nem idézett elő nagyobb fokú reactiót, az intubatiót zavartalanul folytatni lehetett s a harmadik héten az égetés után keletkezett pörkök ellöködtek, az infiltratio lassanként oszlani kezdett s a duzzanat is eloszlott, a hangszalagok között nem fejlődött ki új összenövés. Ezen objectiv javulásnak megfelelőleg a beteg légzése is teljesen akadálytalan a gégen keresztül, úgy hogy a canule állandóan éjjel és nappal bedugaszolva tartja s ezért jóllehet a bal hangszalag alatti duzzanat bár megkisebbedve, de jelen van még és a hangszalag mozgásaiban kissé korlátozott, július 10-dikén megtörtént a canule eltávolítása. A beteget ezután csak másod-, harmadnaponként intubáltam; a canule eltávolítása után is igen jól érzi magát, minden akadály nélkül vesz lélegzetet, hangja erőteljes s a stenosis laryngis tünetei teljesen megszűntek, azért a decanulement utáni második héten azon figyelemmel, hogy intubálás végett koronként jöjjön el az intézetbe, a kórházból elbocsátottam.

Szeptember 26-dikáig nem láttuk a beteget, ekkor azonban ismét visszajött a kórházba. Légzése hangos, a gége nyálkahártyája belövelt, nyálkával fedett, a hangszalagok meg vannak vastagodva, a baloldali nem mozog, közel a középvonalhoz áll, alatta a duzzanat ismét prominál a gége üre felé s a glottis rész jelentékenyen megsűkül.

Szeptember 27-dikén intubatio, tubuson keresztül kitünően lélegzik, de az intubálás nagyon irritálta a gégét ez alkalommal, a gége nyálkahártyája megduzzadt, érzékeny, úgy hogy indicáltak látszott a gégeinek néhány napig nyugalmat biztosítani s az intubálást nem folytatni, e miatt a beteg nehézlégzésére való tekintetből s hogy a kezelést később minden zavar nélkül folytatni lehessen, szeptember 29-dikén tracheotomia inferior végeztetett ismét a betegnél.

Méltóztassék a beteget megtekinteni, a gégeelváltozások távolról sem oly fokúak, mint januárban voltak, de a folyamat recidivált s a beteg, a ki hosszabb időn át canule nélkül lélegzett, ismét canulere szorult.

Az esetet érdemesnek tartottuk a bemutatásra, egyrészt, mert tanulságosnak látszott a kórfolyamatot egész lefolyásában megismertetni, közölve a sok fáradsággal elért kedvező eredményt és őszintén bevallva ezen eredmény rövid tartamát, másrészt, mert esetünk is csak azt igazolja, hogy az eredményre, a mely a tágulással elérhető, a legnagyobb befolyással a laryngitis hypoglotticát okozó alaphatalom van s a midőn nem egyszerű hypertrophia vagy lobos duzzanat okozza a stenosit, hanem — mint valószínűleg a jelen esetben is — a scleroma, akkor, ha már egyéb operatív eljárásoktól eltekintettünk és a tágitást választottuk a stenosis leküzdésére: szükséges, hogy a beteget hosszú időn át megfigyeljük, állapotát ellenőrizzük s bizonyos időközökben a recidiva meggátlása végett intubáljuk.

Baumgarten: Az eset mai képét következőnek láttam: a hangszalagok duzzadtak, a bal hangszalag közepén fekélyes, a két hangszalag majdnem a középvonalban fixált, csak belégzésnél mozog kissé a bal.

A két hangszálag közt csak fekete rést látok és jelenleg nem mondhatnám, hogy laryngitis subglottica okozza a stenosis, hanem a cricoarytenoid-izület ankylosisa.

Polyák: Felhasználom az alkalmat arra, hogy észrevételeim kapcsán beszámoljak arról a hasonló esetről, melyet a márczius 31-dikén tartott III. ülésünkben mutattam be. Méltóztatnak emlékezni, hogy egy korához képest nagyon gyengén fejlett 15 éves leány volt a beteg, a kinél sürgőse folytán tágitás helyett műtétet szándékoztam végezni és már tracheotomizált állapotban mutattam be. A beteg időközben beleegyezett a tágitásba, melyet az O'Dwyer-féle tubusokkal, kezdve a legkisebb gyermektubuson, végeztem igen gyors eredménnyel, úgy hogy 3 hét múlva már a beteg korát jóval túlhaladó nagy kaucusk férfiutast is könnyen be tudtam vezetni. A gége teljesen tág volt, a subglottikus kemény gyűrű egészen felpuhult, de csak részben tűnt el; laza zacskó alakjában körkörösen még mindig látható volt. Ezért a canulet nem is távolítottam el. Közben a beteg távollétem alatt kikérezett a kórházból és a canule-lel hazament. Valószínűnek tartom, hogy itt is mihamar recidiva fog keletkezni és akkor a beteg újra jelentkezni fog.

Ez épen a tágitási mód hátránya. Az eredmények sokszor igen szépek, de nem tartósak, ha egy időre abba hagyjuk a tágitást, újból előáll a szűkület. Másrészt az O'Dwyer-tubusok, bár a más hasonló tágitó műszereknél jóval előnyösebbek, épen chorditis voc. inf. hypertrophicánál nem felelnek meg eléggé a célnak, mert ott, a hol a legnagyobb nyomást kellene kifejteniük, a hangszálagok alatt, még túlkarcsúak. Azt hiszem, hogy ott, a hol tartós, jó eredményt akarunk elérni, nem számíthatunk a tágitásra, hanem radicalis műtétet, a hypertrophiák kimetszését kell ezentúl végeznünk.

Baumgarten: Nem találom, hogy a tágitás által rossz eredményt mutathatnánk fel . . .

Navratil: Nem rossz, csak nem tartós . . .

Baumgarten: . . . csak türelem kell. Hivatkozhatom a gyermek-kórházban szerzett tapasztalataimra, a hol egy hasonló eset egész éven át intubáltatván, gyógyult. Többször tapasztaltam, ha nincs valódi scleroma, akkor következetes tágitással szép eredményt lehet elérni, sclerománál pedig mindaddig kell intubálni, míg csak a folyamat tart, itt a műtét sem óv meg a kiújulástól.

Lénárt: Bemutatásom elején megjegyeztem, hogy a betegnél a gégebeli elváltozások nem oly tipikusak és nagyfokúak, mint az első bemutatás alkalmával. Az esetet recidivának kell felfognom, én látom a hangszálag megvastagodását nemcsak annak szélességében, hanem kúp alakban, a mélyre terjedőleg is és ebből magyarázom a baloldal ankylosisát, magában az izületben soha sem volt semmi elváltozás, a melyből az ankylosist magyarázni lehetne.

Azt hiszem, hogy a jelenlegi elváltozást rövidebb idő alatt lehet visszafejleszteni, mint a régit; ha a beteg nem lett volna vidéki ember, akkor a második tracheotomiát szükségessé tevő elváltozások nem jöttek volna újból létre, hanem a folytatólagos intubálás sikerre vezetett volna.

(Folytatása következik.)

Kórházi orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1899. márczius hó 22-dikén.)

Elnök: Rózsaffy Alajos; jegyző: Terray Pál.

(Vége.)

Hypospadiasis ritkább esete.

Ferenczi Sándor: A bemutatandó betegen nagyobb fokban kifejezve észlelhető a hypospadiasis, a mit talán helyesebben urethroschisisnek lehetne nevezni. Az eset nemcsak azért ritka, mert az urethralis repedés igen nagyfokú, hanem azért is, mert a genitáliák külső configuratioja átmenetet mutat a pseudohermaphrodisia masculina externa képehez. E mellett szól az anamnesis is.

A patiens G. F., 23 éves, györmegyei születésű, földmives; szülei és 6 testvére élnek és állítólag semmi fejlődési rendellenességet nem mutatnak. A patiens bemonása szerint anyja, mikor vele körülbelül a negyedik hónapban volt terhes, a kocsiából kiesett. Születésekor alig tudták eldönteni: fiú-e vagy leány? és később is sokat kellett szenvednie a falubeli többi gyermektől, a kik őt sokszor az országúton lefogták, genitáliáit lemeztelenítették, ujjal mutogattak reá és mindenféle csúfnevekkel illették őt. E miatt 16 éves korában elvándorolt a falujából. Ekkor lépett fel nála az első pollutio, 17 éves korában pedig masturbálni kezdett. Ez volt mindezeidig nála egyetlen módja a nemi ösztön kielégítésének, mert rendellenességének tudatában sohasem merte a coitust megkísérelni. Ha ma vizsgáljuk a beteg genitáliáit, a nem iránt semmi kétség nem merülhet fel, annyira kifejezett a férfitípus. Valószínű azonban, hogy születése után és kora gyermekiségében a hermaphrodisia képe sokkal kevésbé volt egyoldalú és hogy a mai status csakis a pubertás alatt fejlődött ki. A penis in toto hátrafelé görbült és úgyszólván önmagába visszatérő görbe vonalat képez úgy, hogy a glans a gát felé van irányítva. Valószínű, hogy a barlangos testek erőteljesebb kifejlődése előtt a penist clitorisnak tartották. A corpora cavernosa penis jól kifejlődött, ellenben a corp. cavern. urethrae csak hátulsó negyede van jelen, az előlő rész hiányzik. A praeputium durványos, hasonló a hiányosan körülmetszett előbőrhez. A frenulum praeputii áthidalt és kettéoszlott. A penist felemelve láthatjuk, hogy az

urethra helyét nyílt csatorna foglalja el, melynek partjaiból kiindulva, jobb és bal oldalt egy-egy bőrréde feszült meg, a melyek a penist görbült helyzetében rögzítik. Az urethrának megfelelő csatorna száraz, epidermisszerűleg megszarosodott hámmal van fedve, csak hátulsó harmadában van némi nyákelválasztás. Az orif. urethr. a raphenak megfelelőleg, közvetlenül a pars membranacea előtt van és igen szűk. A kutasz akadálytalanul a hólyagba jut. A húgyeső-nyílástól jobb és bal oldalt az említett bőrréde erőteljesebben kifejezett, a nyílt urethra nyálkahártyája nedvdúsabb, a nyílás patiens gyermekkorában a vulvával volt összetéveszhető. Mint rendesen, a nemi szervek fejlődési hiánya itt is több-szörös. A nagyfokú hypospadiasis partis cavernosae mellett monorchismus is van jelen. Az egyik here hiányzik vagy a descensus testiculi elmaradt. Azon az oldalon, a melyiken a herezacskó üres, a scrotum feltűnően hasonlít a nagy szeméremajakhoz. A feminismus más jelei, melyek hasonló esetekben néha konstatáltak, itt hiányoznak. A csontrendszer, izomzat, zsírpárna, szőrzet, emlők és gégeporczok jellege teljesen férfias, valamint a psychikus állapot is normalis és a sexusnak megfelelő. A leirt bonczotani elváltozásoknak működési zavarok felelnek meg a detrusio urinae, az erectio és az ejaculatio körül. Vizelesnél a sugár a hátrahajlott penistől eltérítve nem előre, hanem hátra irányul; tehát a beteg vagy gugoló helyzetben női módra vizek, vagy álló helyzetben, de ekkor kénytelen a penist kezével előre feszíteni. Erectio közben a két bőrréde megfeszül és fájdalmat okoz. Ejaculationál a sperma hátrafelé lesz feckendezve. Bonifson beosztása szerint ezt az esetet törvény-széki orvostani szempontból olyannak kell minősíteni, a melynél úgy a potentia coeundi, mint a potentia generandi hiányzik. A beteg főleg a közönséges képtelenség ellen keres gyógyulást a kórházban. Ez elérhető egyszerűen a két rögzítő bőrréde harántmetszése és hosszirányú varrása útján. Ha magát a hypospadiasist és a vele járó inpot. generandit akarjuk gyógyítani, complicáltabb és hosszadalmasabb plasticai beavatkozás volna indikált, a melyeknek a sikere is kétségesebb. A tág urethra-nyílás egyúttal mint a gonorrhoeás fertőzés állandó veszélyét okozó körülmény is tekintetbe jön. Másrészt az emyire nyitott húgyesővön érdekes a gonorrhoea lefolyását és a helyi kezelés hatását közvetlenül megfigyelni.

A berlini tüdővész-congressus.

(Folytatás.)

IV.

A nagyszabású congressus tárgyalásainak utolsó (5-dik) fejezetét a sanatoriumi mozgalom megvitatása tette. Ebben kulminált a gyülekezet egész munkássága, e felé a kérdés felé terelte a congressus osztatlan érdeklődését már maga az a kiemelendő tény is, hogy a therapia tárgyalása közben minden más gyógyító eljárásnak csak egyes szószólói akadtak, ellenben a sanatoriumi kezelés célravezetőségét, eredményeit s ennél fogva jogosultságát nem volt előadó, a ki el ne ismert volna s igen kevés akadt, a ki hangsúlyozni elmulasztotta. Mi több, a közölt parányi kivonatokból is láttuk, hogy a tuberculin híve is a sanatoriumban akarja obligáttá tenni a szer használatát, a serum, az antitoxin felfedezője első dolgának tekinti, hogy a sanatoriumi therapia tudományos substratumát megadja, az élő phthiseoklimatotherapeuták egyik legnevesebbje feltétlen előnyt ad a sanatoriumi gyógyításnak a nyílt gyógyhelyi kezelés felett és így tovább.

Ennél hatalmasabb internationalis manifestatio nem tárulhatott volna szemünk elé, meggyőzőbb állásfoglalás a sanatoriumok mellett nem történhetett volna. Az egyes országok fiai versengve tárták fel a vagyontalan tüdőbetegek gyógyítása érdekében eddig tett intézkedéseiket. Németország, a gazda, persze már az ismerkedő estélyen kissé deprimálta vendégseregét. Előbénk tárta a birodalom képviselőháza kupolacsarnokában az ő nagy csomót készen álló és keletkező félben levő sanatoriumának képeit, tervrajzait rögtönzött kiállításban s ilyenféle nyomtatványokat osztogatott szét a congressus tagjainak: „Über Entstehung und Verhütung der Tuberculose als Volkskrankheit, mit besonderer Berücksichtigung der Errichtung von Volksheilstätten überall im deutschen Vaterland (101 old).“ „Die Volksheilstätte vom rothen Kreuz Grabowsee“ (214 old.). „Die von Invaliditäts- und Altersversicherungsanstalten im Harze angelegten Heilstätten für Lungenkranke“ (ez maga 8 sanatoriumnak nagyméretű képeit és tervvázlatait tartalmazza!), hozzá Pannwitz szerkesztésében egy 197 oldalra terjedő díszes kötet: „Deutsche Industrie und Technik bei Einrichtung und Betrieb von Sanatorien und Krankenhäusern“, melyben 26 szegénysorsúaknak szánt és 10 fizető betegnek szolgáló német tüdőgyógyintézet bő leírása és illustratioi foglaltatnak stb. Más országok azután annyit mutattak, a mennyit bírtak; Norvégia leirta sanatoriumait, Ausztria 96 oldalas vaskos, illusztrált füzetben (talán a pangermanismus-tól félve?) francia nyelven ismertette az ő „Sanatoire Alland“-ját, de a hareztepte spanyolok is referáltak „Porta Coeli“ nevű zárt gyógyintézetükről tüdőbajosok számára (Valencia közelében). Mi pusztán jó szándékról referálhattunk egyelőre, üres kézzel kellett hogy megjelenjünk a nagy nemzetközi gyülekezés piacán . . .

Példát azonban vehettünk eleget!

Az ötödik csoport előadásai tehát futtában átpillantva a következők voltak. Meyer „Landesrath“ Berlinből, a sanatorium-alapítás tényezőiről szólott mindenekelőtt financialis szempontból. Szerinte sem egyesek, de még egyesületek vállára sem nehezdedhetik a nagy pénzügyi teher, mely számos szegénysorsú tüdőgyógyintézet alapításából származ-

zik, hozzá kell ahhoz járulni a munkaadónak, a betegpénztáraknak és (persze a német földön megvan!) az államilag szervezett rokkantbiztosító társulatoknak is. A város és az álladalom, mint közvetlenül érdekelt felek, minden lehető eszközzel kötelesek a sanatoriumok létrehozásához hozzájárulni. „Auf der ganzen Linie muss der Kampf und zwar möglichst gleichzeitig aufgenommen werden“... meddig?... a míg minden nagyobb kerületben elegendő nagy gyógyintézet áll: egy szegénysorsú tüdőbajos férfiak és egy másik nők számára. Friedeberg dr. a betegpénztárak és ezek orvosainak szerepéről szólott a sanatoriumi mozgalmában. A betegpénztár gondoskodjék tüdőbajos tagjának kellő időben sanatoriumba küldéséről, az egész intézeti kezelés alatt segítse a beteget és családját; a pénztár orvosai évente egyszer minden tagot pontos vizsgálatnak vessenek alá, a kezdődő tuberculosis jelei után panaszok hián is kutatva; hygienice tanítsák a tagokat előadásokban, népszerű nyomtatványok útján, stb.

Schmieden (Berlin) a sanatoriumok építési normatívumait fejtegeti. Általában egyszerűség, takarékoság, az összes modern higiénés vívmányok igénybevétele s a mellett a betegek kényelméről lehető gondoskodás jellemezze az építési módot. A két nem számára külön sanatoriumok állítandók. A telep épületeinek elrendezését illetően a konyha soha sem lehet a betegek házában, legfeljebb a betegpavillon egy toldaléképületjét képezheti. A mosókonyha egészen fölreese egy épületkőben helyezendő el. Alkalmazottak családi lakásait teljesen el kell különíteni a betegek helyiségeitől. A betegek helyiségei mind napos fekvésűek legyenek. A hálóban legalább 30 m³ levegőtartalom jusson egy ágyra. A beteglétszám 10%-ára számítva készítsünk egy ágyas szobákat. Két ágy között 1 meter távolság; ha egy szobában negy-nél több ágy van, akkor az ágyak négyes csoportonként alacsony közfalakkal választandók el. Minden sanatorium centralis fűtéssel és elektromos világítással látandó el, a legkisebben is benn kell hogy lakják legalább egy orvos. Schultzen főorvos (Berlin) a sanatoriumok berendezéséről és fenntartásáról, valamint működésének eredményeiről szól. Nagyobb sanatorium feltétlenül pavillon-rendszerben építendő. Nyáron transportabilis Döcker-féle barakkokkal lehet még férőhelyeit szaporítani. A sanatoriumnak legfeljebb annyi betegre legyen helye, a mennyit egy főorvos tényleg áttekinthet és legalább annyi betegre kezeljen, a mennyi egy assistens alkalmazását indokolja (75—160 tehát a határszámok). A betegszobák 2—4 ágyasak legyenek. A padló linoleummal fedessék be. Háló- és fürdőruhát az intézet adjon a betegnek, jó, ha egyáltalán elláthatja fehéreművel. Egyöntetű beteg-ruházat, a betegek uniformisba bujtatása: kerülendő. Az étkezésnél a tálak szükség szerinti körülhordása kívánatos, nem a portióként menő ételkiosztás. Az intézet nemcsak orvosi, de gazdasági szempontból is egyedül a főorvosnak kommandója alá helyezendő, a főorvos azután az intézet összes dolgaiért kizárólag is felelős az intézet tulajdonosának. A vezető főorvosnak feltétlenül a sanatoriumban kell laknia. Ápolókul legjobbak művelt apácák, 160 ágyra 3—4 testvér. A sanatorium fenntartása az esetre, ha a beteg 1 frt 80 krt fizet napjában, az eddigi tapasztalatok szerint mindenképpen biztosítva van. Sajat major berendezése igen előnyös az intézetre.

A sanatoriumok eredményeit illetően, mondja Schultzen, az ú. n. gazdasági értelemben vett gyógyulás a legfontosabb, mert leggyakrabban ezzel találkozunk. Ez a körülmények megszűnésével beálló tartós munkabírás állapota. Minden esetre szükséges azonban, hogy a sanatorium vezetősége később is értesüléseket szerezzen be magának a beteg soráról (válaszos levelező-lapok, kérdőívek, ha lehet, egészen orvosi utóvizsgálat útján). Az eredmények egyöntetű kimutatását egy internacionalisan elfogadott séma szerint kellene eszközölni, úgy a momentán eredményre, mint ennek tartósságára való tekintettel. Így néhány év múlva, ha e jelentések összegeztetnének: teljesen megbízható kép állna előttünk a sanatoriumok tevékenységének sikeréről. A német „Reichs-Versicherungsamt“ már megkísérelt egy ilyen összegezést, s azt a congressusnak ajánlotta. A 3958 sanatoriumi ápoltról való tapasztalat szerint az ápolási költség e tüdőbajosoknál körülbelül még egyszer akkora volt, mint másfajta betegeknek. Sem 1897-ben, sem 1898-ban nem voltak a tüdőbajosok gyógyításában elért eredmények rosszabbak, mint a más-nemű bántalmak kezelési eredményei. Az 1897. év végén constatált therapeutikus resultatumok 1898 végén (1 évvel az elbocsátás után) controlláltatván, kiűnt, hogy a tüdőbajosoknál 1 év múlva az eredetileg 62% jó eredményből még 46% érintetlenül fennállott, más betegségek kezelési eredményeinél pedig egy esztendő múltán 58%-ból 45% maradt fenn. A tüdővész kezelési eredményei tehát a sanatoriumi gyógyításnál tartósságban sem maradtak el más betegségeiké mögött. A kúra ismétlésére tüdőbajosok sem sokkal gyakrabban vannak ráutalva, mint egyéb betegek: tüdőbajos egyének 7—10%-ban, más bántalomban szenvedők 7—8%-ban. Kiemeli még szerző a terjedelmes dolgozatokban az ú. n. átmeneti intézetek szükségességét, a hol a beteg a sanatoriumi eredmények consolidálására egy ideig még egészséges munkálkodás (tehát más kényérkeresés) közben tartózkodhassék.

Pannwitz a sanatoriumi ápoltak családjának segítéséről és az intézetből kibocsátott egyén lehető istápolásáról szól. Ha a szegény ember honmaradt családját nem támogatja a társadalom, akkor a legtöbb esetben túlkésőn jut majd a munkás az intézetbe és túlkórán lesz kénytelen családjáért elhagyni azt. A betegpénztárakra vár e téren nagyszabású feladat és jótékony egyesületek tervszerű összeműködése is szükséges lesz ez irányban, nemkülönben kötelesek hárulnak majd a hatóságokra is. Persze az is fontos, hogy a beteg baja kellő időben felismertetvén, ne töltsünk beteket, hónapokat eredménytelen medicinálásal, ne merítsük ki cselra nem vezető kúrákkal a szegény család anyagi erejét, még mielőtt a beteg sanatoriumba jutna. Az intézeti tartózkodás

utolsó idejében a gyógyulófélben levő tüdőbajost egészségi állapotának megfelelő foglalkozásra (mezőgazdasági teendők, kertészkedés, stb.) kell tanítani s e részben a sanatorium maga készítse elő az egyén hivatás-változtatását.

Predöhl (Hamburg) a betegek kiválasztásának és utólagos szemmel tartásának módjairól szól, úgy a hogy az a Hanza-városok rokkantbiztosító intézménye kebelében történik. Külön bizalmi orvosok jelölik ki a sanatoriumba felvételre alkalmas tüdőbajost. Betegségének eddigi tartóssága, a momentán lelet a lélegző szerveken s az általános állapot jellemzői veendő figyelembe főképp (láz, vérzés az utóbbi rovatba tartozik). Mindig lehető initialis legyen az eset, a mely sanatoriumba küldetik. Gégei szövődmenyvel bíró tüdőbajos nem való sanatoriumba. Az intézet elhagyása után az elért eredmények még 5 éven át controllálandók.

Kuthy dr.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

5929/99. szám

A nagykirindai szolgabírói járáshoz tartozó Nákófalva községében a községi orvosi állás lemondás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázat nyitattik, s felhívattak mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtták, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket az alulírott főszolgabírói hivatalhoz f. évi augusztus hó 1-ig nyujtsák be, mert netán később beérkező kérvények figyelembe vételni nem fognak.

A betöltendő községi orvosi állással járó javadalmazás áll: 600 frt évi fizetés, 40 kr. nappali és 60 kr. éjjeli látogatási díjakkal, továbbá a megyei szabályrendeletben megállapított hússzemlézeti díjakból.

N. K i k i n d a, 1899. évi július hó 12-dikén.

2—1

A főszolgabírói hivatal.

2068/899.

Az Elek községben lemondás folytán üresedésbe jött községi orvosi állásra, a mely évi 700 frt fizetés, 220 frt lakbérilletmény s a vármegyei szabályrendeletben meghatározott beteglátogatási és halottkémlési díjakkal van javadalmazva, ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állásnak választás útján leendő betöltésére f. évi augusztus hó 2. napjának d. e. 10 óráját a község székházához tűzöm ki s felhívom a pályázni kívánókat, hogy kellően felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb a választást megelőző nap d. u. 6 óráig nyujtsák be annyival inkább, mert e határidőn túl pályázatokat nem fogadok el.

Elek, 1899. évi július hó 12-dikén.

1—1

Salacz Gyula, szolgabíró.

23747. ki 1899. sz.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegyénel a jársági felsőjárás orvosi állás elhalalozás folytán üresedésbe jövén, ezen állásra a vármegye főispánjának megbízása folytán pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, a kik ezen évi 440 frt fizetéssel és 200 frt úti átalánnyal javadalmazott jársági orvosi állásra pályázni óhajtanak, hogy törvényes képzettségüket és előnyű működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket hozzám folyó évi augusztus hó 2-dikéig beadni sziveskedjenek.

Megjegyzem, hogy a kinevezendő jársági orvos a járás székhelyén, Jászberényben köteles lakni.

Szolnok, 1899. évi július hó 4-dikén.

2—2

Királyi tanácsos, alispán helyett:
Dr. Benkó, vármegyei főjegyző.

7746/899. kig.

Mihályi székhelyvel 8 községből csoportosított s elhalalozás folytán megüresedett mihályi körorvosi állásra, melynek javadalmát 300 frt fizetés, természetbeni fuvar, továbbá a Mihályiban 1891. évi márczius 16-án felvett jegyzőkönyvben megállapított látogatási, valamint Mihályi községben a halottkémlési díjak képezik, ezennel pályázat hirdettetik.

Felhívattak tehát azon orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtták, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ának megfelelőleg felszerelt kérvényüket f. évi július hó 25-dik napjáig alulírt főszolgabírói hivatalhoz annál inkább nyujtsák be, mert a későbbben érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A választás folyó évi július hó 26-án d. e. 9 órakor fog Mihályiban a róm. kath. iskolában megtartatni.

K a p u v á r, 1899. évi június hó 19-dikén.

3—2

A főszolgabírói hivatal.

6405/899. V. sz.

Torontálvármegye törökkanizsai járásába kebelezett Oroszlámos község székhelyvel szervezett üresedésben levő körorvosi állás betöltése céljából, mely körhöz az említett központi községben kívül Egyházaskér, Majdán és Rábé községek tartoznak, pályázat hirdettetik s felhívattak mindazok, a kik a kérdéses állást elnyerni óhajtták, miszerint orvostudori oklevéllel s eddigi alkalmaztatásukra vonatkozó bizonylatokkal felszerelt kérvényeiket f. évi augusztus hó 5-dikéig alulírott főszolgabírói hivatalhoz nyujtsák be.

Ezen körorvosi állással 600 frt évi fizetés, 40 kr. nappali, 80 kr. éjjeli látogatási díjak élvezete van egybekötve.

A megválasztandó körorvos községeit az azok által előállítandó fuvarok igénybe vételével hetenkint egyszer hivatalból meglátogatni, a szegényeket ingyen gyógykezelni, Oroszlámoson a szabályrendeletileg megállapított díjazás mellett a halottkémlési s húsvizsgálati teendőket teljesíteni tartozik.

Köteles végül a torontálmegyei orvosnyugdíjgyeletbe belépni.

T. K a n i z s a, 1899. évi július hó 3-dikén.

3—2

A főszolgabírói hivatal.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. *Schulek Vilmos* tnr.: Átlátszó sárga anyagok fényelnyelése. — *Binder Emil* dr.: Astigmatismus és vizsgálati módszerei katonarvosi szempontból. — *Csapodi István* prof.: A közellátóság osztályozása. — *Csapodi István* prof.: Iritis papulosa esete. — *Irodalomszemle.* — *Vegyések.*

Átlátszó sárga anyagok fényelnyelése.

Schulek Vilmos tanártól.

A fényelnyelésre általam vizsgált anyagok sokja sárga volt. Ez a sárga szín arra mutat, hogy az ilyen anyagok az ibolyásat nem eresztik át, hanem elnyelik. Reményleni lehetett, hogy hígítás által a sárga színt elvesztik és az ibolyát átteresztik. Így azután az egész színes spectrum átmenne és talán a hyperibolya még sem. Az egész kérdésbe alaposan beleereszkedni kellett.

Mint hogy a fényelnyelés viszonyai döntenek a testek színe fölött, határozott színű oldatok általában a saját színük hullámhosszait átteresztik, és a szín az el nem nyelt sugarak együttes hatásától függ: hajlandók vagyunk a színről az elnyelésre visszakövetkeztetni. Ez azonban csak nagyjában talál. A színes üvegekről pl. ismeretes,¹ hogy a legtöbben sok más fényt is átteresztnek, melyet a túlnyomóan jelenlevő fény nem érzetünkben nem enged öntudatra jutni. „Sok módon vegyült fény ugyanazon érzést keltheti, mint homocentres fény.“ A leggyakoroltabb néző sem tudja megmondani, hogy milyen egyes színek vannak az összetett fényben.²

Ha a színvegyítés végtelen sok finom lehetőségét és a mi gyenge megkülönböztető képességünket elgondoljuk, akkor nem lephet meg, hogy a sok sárga anyagtól olyan sokféle színkép származhatik, mint a hogy előző közléseimben jelentettem. Ha ez másképp volna, sok fáradságot kimélni lehetne. Radde színlépcsőzetében a 882 színfokozat hullámhosszait egyszersmindenkorra meghatározni és azontúl kiolvasni lehetne. De ez nem lehet. A színezés megnevezése helyett hullámhosszakban beszélni nem tudunk, bár megfordítva igen.

Az elnyelés ezen részleteiről az irodalomban nincsen felvilágosítás. Pedig határozottan mutatkozott, hogy vékony rétegek nem úgy hatnak, mint megfelelően hígított vastagabbak. A rétegben jelenlevő ugyanannyi molekula még nem biztosítja az elnyelés azonos voltát (bár a Beer törvénye állítja).³ Folyadékok színe a rétegvastagsággal változik (metachromia). Mindezt vizsgálat tárgyává tenni nemcsak érdekesnek ígérkezett, hanem munkálatom céljai szerint szükségessé is vált.

Azon anyagokból, melyeket a H vonalnál történő absorptióra már vizsgáltam volt, egy sorát a színeseknek kiszemeltem: zöldsárgát, tisztán sárgát, aranysárgát, narancsosat, barnavöröset és tisztán barnát. Voltak avultak is, melyek színüket változtatták (heterochrom). Ezt tudni kell, ha a jelen adatokat az előbb nyertekkel összevetni akarjuk.

Vierordt színképnézőjének fél hasadéka elé az anyagot állítottam, a másik felet szabadon hagytam. Égfényt mozgó tükkörrel (heliostat) vettem reá. A hasadék két fele által adott két spectrum különbségét kerestem. A folyós anyagot először palaczkja szerint vastag rétegben, azután éksejtbe öntve a 12, 9, 6, 3 és 1 mm. vastag helyeken működtettem. Kétes eredmény esetében a König spectrophotomerét Auer-fény mellett ellenőrző célból használtam. Hullámhosszak meghatározásáig a pontosságot nem vihettam, de nem is kellett, mert

¹ Eder, Abs. spectr. farb. Gläser, Wien, 1894. K. Akad. és Vogel Spectralanalyse 1889. sokszorosán kimutatták.

² Helmholtz, Physiol. Optik, 2. kiadás, 311. és köv.

³ V. ö. O. Knoblauch, Absorptionsspectralanalyse sehr verdünnter Lösungen. Wiedemann's Annalen 1891, 43. k. 738.

az eredmény céljaimra, a pápaszemes kérdésre, elég jól szolgál, mint majd megítélni lehet.

Mielőtt részletezek, hadd emlékeztessenek a helyzetre. Főjelentésemben¹ az volt a kérdés, hogy a fényelnyelést épen a H vonalon el lehet-e érni, és friss anyagok szerepeltek. Az ottani sorozatos vizsgálatoknál a réteget és a töménységet tehát a H vonalhoz viszonyulás szerint kellett változtatni. A melléklet ábrái viszont azt akarják mutatni, hogy milyen fényvédelmet adhatnak azok az anyagok, melyeknek színképei ott állanak. Erre lehetőleg ócska, azaz végleges színűre vált oldatok használtattak. Most sem a H vonal után, sem a fényelnyelés állandósága után kérdezősködünk, hanem az után, hogy a színezést a színképből megértjük.

24 anyag színéről 6 féle rétegben és mindegyiknek fényelnyelési színképéről, valamint az utóbbinak nyomán készített elnyelési görbéről lesz említés. Az anyagok színezését rétegek szerint táblázaton színgörbékkel (1. ábra) mutatom be. A fentemlített rétegvastagságok szerint a színezést megállapítottam, a táblázatban ponttal megjelöltem és a hat pontot vonallal összekötöttem. Ez a vonal a színgörbe.

Mint feltűnhetik, a táblázatban csak két tényező szerepel: a színezet (Farbenton) és a színvilágosság (Farbenhelligkeit). A színezet oldalfele, a színvilágosság a függőlegesen változónak van berajzolva. Mind a kettő funkciója a réteg vastagságának. De ez a rétegvastagság maga nem kapott helyet a táblázatban. Azt csak egy harmadik irányban, kifele a térbe, lehetne megalkotni. A geometrikus analysisre tehát ez a táblázat tökéletlen. Kettőt azonban jól megtestesít: 1. a görbék haránt összetevője a rétegek színezet-változását jelképezi és 2. a magassági különbség pedig az átjött fény megfogyottságát mutatja, mert a vastag rétegek adatai balról fönt vannak, míg a vékonyakké jobbfele és lefele. A színezetváltozás a zavart színösszhang következménye, a sötétedés pedig a részleges fényelnyelés eredménye.

Az összes tényezőket, melyek ezen vizsgálatnál szerepelnek, még kevésbé lehet egységesen mértani analysisbe fogni. A majd bemutatandó elnyelési görbék létrehozásában ugyanis részesek a bejutó fény, az átjárt réteg, a moleculás szerkezet (ennek szempontjából az összes faktorok, melyek anyagra hatnak, mint a légnyomás, hőfok és egyebek), a kijövő fény hullámhosszúság és erősség (intenzitás) szerint, és végre vagy a nézőnek színlátó alanyi érzése (szemközvegek, látóhártya chemismusa, idegpálya és agyközpontok), vagy a fényképi felvétel összes körülményei (a gép üvegrészei, a fényérző lemez mivolta és egyebek).

A tovább következő rajzolt vázlatokban a színkép (a Fraunhofervonalakkal) a hosszúság által, a bejövő fény mennyisége a magasság által van képviselve. A berajzolt görbék a fényelnyelési eredményeknek graphikus ábrázolásai. Ennélfogva az egy-egy görbétől balra-felül eső terület az átteresztett, a jobbra alul eső terület az elnyelt fénynek felel meg. Minden görbén a réteg vastagsága mm.-ben felírva, a szín az oldalon Radde szerint jelezve, régiebb vizsgálatok görbéje szaggatott vonallal megkülönböztetve, az anyag maga a főjelentés folyószámával ellátva, a felsorolás sárga anyagoktól sötétebbekre haladóan és a leírás a vastag rétegekről a vékonyakra menő sorban

¹ L. „Szemészet“ 1899. 2. és 3. sz.

adva van. A színeképet a vöröstől a hyperibolya felé emelkedőnek veszem. Minden egyes anyag tárgyalásánál a színgörbe és az elnyelési görbék összehasonlítandók.

1. *Petroleum* (16), mint finom gépolaj (Fiume) sárga az üvegben, 2½ év óta még sötétült. A vastag réteg narancssárga és színeképében az ibolyás és a kék hiányzik. A legvékonyabb réteg zöldel és színeképének absorptió vázlatában az ibolyaterületből egy rézsutos esik kiesik. Maga a 2·5 (tehát a 3-hoz közelítő) mm.-nyi réteg színeképe is másolva van az I. táb. 3. sz. a.¹

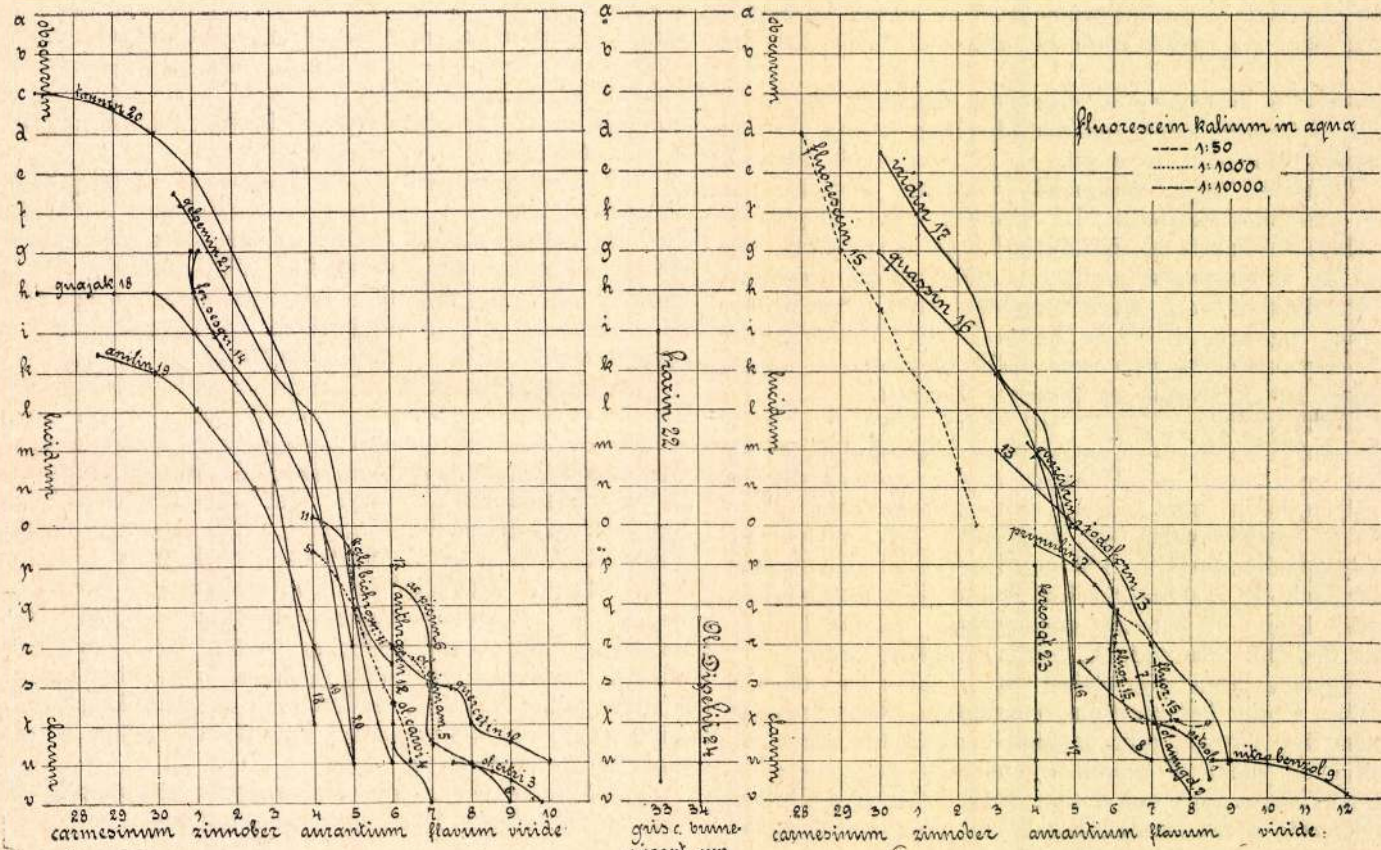
2. *Ol. amygdalarum* (33), avult; a 35 mm. rétegben sárga és vékonyodó rétegben is az marad, míg már csak kevés mm.-nyi réteg a zöldesbe hajlik, a mint azt vele megkent felületeken vagy házi használatkor látni lehet. A színeképben előbb a kék gyenge és az ibolya hiányzik; azután a kék szabadabb lesz úgy, hogy mind több ibolyás is esatlakozik hozzá; végre már csak haránt ibolyás esikoeska hiányzik, a mivel a zöldesbe térő színezés összefügg.

3. *Ol. citri* (158), 2½ év óta avul; már vastag rétegben zöldessárga, azután mindinkább halaványabb és zöldebb, míg végre szintelen lesz. A görbékben ez az alsó végen nyilatkozik, mely

vel összevetve, meglepő, hogy a 2·5 mm. réteg színe mind a kettőben közel egyenlő, míg a színeképek az I. táb. 17. és 18. sz. a. annyira különbözök. Igaz, hogy a bromezüst-gelatinos lemez érzékenysége is *F* és *G* között a legnagyobb, tehát különbségek az elnyelésben ott kirívóan nyilvánulnak.

6. *Acid. picrinicum* (70) in aqua 1 : 20, friss oldat. Színező ereje nagy. Vastag réteg narancssárga, közepes sárga, vékony zöldellő. A görbék balról majdnem meredek, hígított oldatái mindjobban elhajlók. Az 1 : 10000 oldatnak 2·5 mm. rétegben adott színeképe az I. táb. 11. sz. a. látható. Görbéje még két más a főjelentésben már szerepelt oldatával együtt az ide mellékelt 2. számú ábrán leolvasható. A görbék összességéből kitűnik, hogy azok mindjobban az ultraibolya felé ledőlnek, de alsó végük makaeson az *F* vonalhoz tapad. A hígítással járó elzöldülése a sárga színnek karöltve jár azzal, hogy a görbe előtt előbb a kék, azután az ibolyás az elnyelés elől szabadulnak, ellenben a görbe mögött a kéknek és ibolyának egy maradványa teljesen kibontakozni mégsem tud.

Emlékezve a chinin bisulf., vagy a chinidin sulf. és más anyagokra a főjelentésből, hogy egy sora az ő oldatainak az



1. ábra.

az ibolyásba visszahajlik. Színeképe az I. táb. 19. sz. a. látható, mely a görbék alakjával jól összefér.

4. *Ol. carvi* (155), öregült folyadék; sárganarancsos és vékonyítva is az marad. A görbék eleintén meredek, azután fekvőbbek, alsó végük az *F* vonalat nem hagyja el. Az utóbbi jelenlegben különösen eltér a petrolgörbékétől: ott a felső vég előretoiakodik, itt az alsó vég visszamarad. Tessék a 3. és 3. számú görbét egybevetni. Színeképét az I. táb. 17. sz. a. mutatja.

5. *Ol. cinnamomi* (157), avult; olyan színű, mint az előbbi és görbéi mégis mások. A főjelentés már mondta, hogy színeképe az I. táb. 18. sz. a. különböz. A görbék közép része (a döntő) meredek, a végek messze elnyulnak, belőlük a felsőt erős s az alsót gyenge fény jobban kiadja. A vékony réteg színét kimagyarázandók, kiemeljük, hogy a görbe középrése sok hiányt a kékben és ibolyásban árul ugyan el, de hogy a színekép felső vége nem egészen fénytelen, az alsó vége pedig nem teljesen kivilágított. A dolog még sem egészen érthető, mert az ol. carvi görbéi-

ibolyát *H* előtt meredeken elvágja, és hogy színük éppolyan zöldessárga, mint itt a picrinról mondván: azon következtetésre jutunk, hogy a zöldessárga szín épígy az ibolya és kéknek általános gyengülése által, mint az ibolyának a *H* vonaltól visszafele megrövidítésével állhat elő. Még egy harmadik mód az, melyet a petroleumnál és még tisztábban az ol. citrinél láttunk, a hol a görbe a *H* előtti alsó sarkot rézsutosan elvágta. Ha e vizsgálatok főzelejára gondolunk, hogy t. i. az egész ultraibolya és csak ez elvágassék, akkor kiderül, hogy zöldessárga, citromsárga, tiszta sárga, sőt némileg narancssárga, kevésbbé azonban sárganarancsos anyagok illő oldószerben és jól találó töménységben vagy rétegben az ultraibolyát esetleg nagyon vagy egészen megapaszthatják, de mindebből a többi physikalís tulajdonságok nyomán előre mi sem ismerhető fel. Élénk fluorescentia azonban annyit elárulhat, hogy az anyagnak az összes fényhez valami kiválasztó vonatkozása van, mint egy rápillantás a Hagenbach adataira¹ erre megtanít.

¹ L. a Szemészet 1899. 2. sz. mellékletét.

¹ L. Szemészet 1899. 1. sz. 3. l. ábrák.

7. *Primulin* (Victoriasárga), ez egy amidophenol és a fő-jelentésben nem foglaltatik. Narancsos jegecpor, oldatban sárga, fényszűrőnek használják a színes nyomásban. Itt 1 : 1000 alkoholos oldat¹ vétetett, melynek színezései a vázlathoz vannak felírva. Azonkívül egy színekép is van a II. táb. 26. sz. a. 1 : 30.000 oldattól 2·5 mm. rétegben, melynek görbéje ide is át van véve összehasonlításra.² A görbék elébb állók, azután féldőltek. A narancsszínű 40. számú mint ellenszín (complementaer) érthető, a sárga 1. számú az ibolyás terület leszelt darabjával függ össze. Az elszelésnek elébb említett 3 alakja itt együttesen fordul elő: a függélyes, a haránt és a H alsó sarokjabeli.

8. *Quercitrin* (214) alkoholban telítve. Narancsos és sárga a rétegek szerint. Az elnyelési görbék mind meredekek és a szín kiegészítő (complementaer), mint a hogy mintának képzelné szoktuk. Színekép is van róla a II. táb. 23. sz. a., 1 : 500 oldatból 2·5 mm. rétegben, hol látni lehet, hogy H-nál élesen levág csekély toldalékkal.

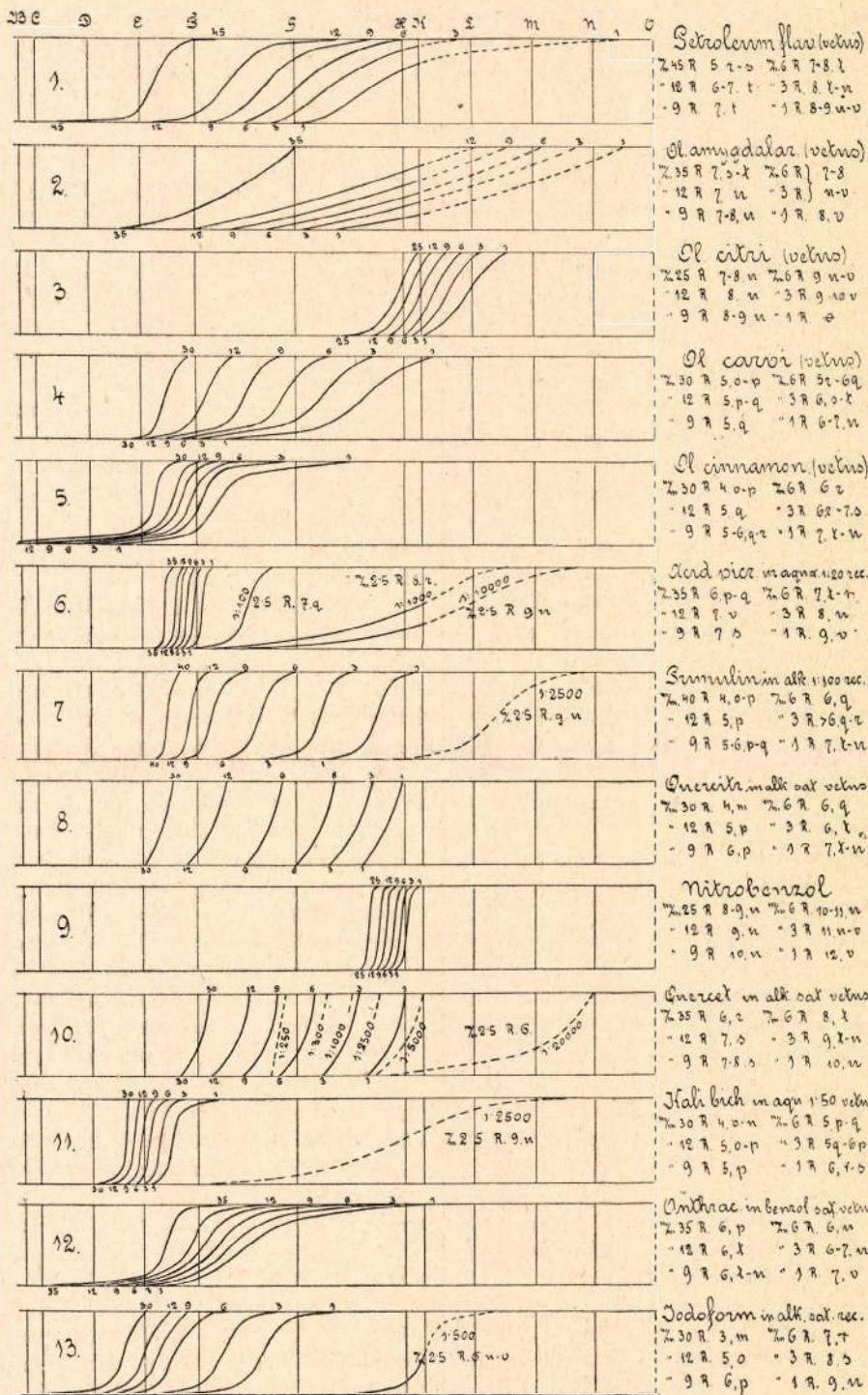
9. *Nitrobenzol* (62) purum, zöldessárga folyadék, mely vékony rétegekben sárgazöld lesz. A görbék meredeken váganak le. A szín az ibolya-terület végének, a H vonalon túl elnyújtózkodó részének, lemaradásából keletkezik. A színgörbék táblázatában (1. ábra) közel harántnak van rajzolva, és itt négy Radde színezet-fokot fut át. Tehát az elnyelési görbék függélyesek, a színezeti görbe harántos! azaz ellentétesek. Színekép 1 : 30 alkohol oldatból 2·5 mm. rétegben az I. táb. 4. sz. a. van. Ez ócska anyagból van véve. Friss oldatból 1 : 20 kellett. Két év alatt valamit sötétült a barna felé. Ez általános sötétítést a színeképben okoz (mint a tannin tárgyalásánál ki fog tűnni). Elnyelő ereje tehát két irányban nőtt: egy helybeli a színekép végén nyilatkozó és egy általános, az egész színeképen mutatkozó hatása fokozódott. Ezen finomabb körülmények vizsgálatának hozzáférhető és a még homályba burkolt színváltozás (metachromia) kérdésében méltánylandók.

10. *Quercetin* (215) alkoholban telítve. A vastag réteg narancssárga, azután a vékonyabbak sárga, füzöldsárga, sárgafüzöld, és végül tiszta füzöld. A görbék állók, csak alsó felük hajlik valamelyest vissza. A szín kiegészítő. Részleteiben ez az anyag érdekes a) makacon színes, úgy hogy még 1 : 5000 is jól sárgál;

b) régebbi színeképek adatai szerint az akkor friss oldatok elnyelési görbéi szakgatott vonalakkal a vázlatba is fel vannak véve; c) a nagyon híg (1 : 10,000 és 1 : 20,000) oldatok görbéi alsó végükkel konokul ragaszkodnak egy 1/3 H-nál levő helyhez, és így nagyon fekvő helyzetet kapnak az ultra felé, hol messze elnyulnak; d) az elnyelés 2 év alatt nagyot változott, a görbék eleintén meredekebbek voltak, a szín akkor kitartóan narancsos volt, most a szín rétegek szerint ingatagabb; e) az elnyelés nőtt, annyira, hogy most 1 : 20,000 elég arra a színeképre, mely a II. táb. 24. sz. a. nézhető, míg elébb 1 : 5000 kellett.

11. *Kali bichromicum* (14) in aqua 1 : 50. Sárga narancsos és csak vékony rétegben narancssárga. Az elnyelési görbék főrészükben fennállók és mind az E vonal körül csoportosulnak. A szín a görbék helyéből érthető. Erős hígításoknál ez másképp mutatkozik. Ugyanis 1 : 2500-hoz 2·5 mm. rétegben R. 9. u., azaz sárgás füzöld, és elnyelési görbéje nagyon dől, hosszú, kezdetével még F-nél tapadt (innen a nagy festő erő), végével messze az ultrába ér. Mikor a vázlat baloldalán a meredek vonalakat láttam, reménykedtem, hogy hígítás által az elnyelés határával ilyen álló alakban lehet majd a H vonalig eljutni. Azonban hamar láttam, hogy sok hígítás a színen csak lassan változtat. Ez már gyanús lett. És csakugyan a megfelelő görbék mindjobban dülök lettek. Így a remény nem teljesedett. Így van ez mind az ásványos sárga anyagokkal, a hígításnál még sárgák és máris ultrát kezdenek átérteszteni. Ezt még illusztrálni fogják a „színes üvegek” című leendő közlésem adatai és színekép mellékletei. A szemészeti irodalomban pedig szelvében úgy irnak, mint ha sárga üvegek az ultrabolyát okvetetlenül kizárnák!

12. *Anthracen* (100) benzolban telítve. Narancsos, majd sárga. A görbék hajlongók, közéjük valamelyesen rézsutos, alsó végük D, felső végük H tájájig elhúzódik. Azonkívül F és G közt majdnem egymásra összerakódnak. A szín könnyen kimagyarázható. Nem egyezik azonban ez az egész eredmény azzal, a mi a főjelentésben előhozva és rajzolva is van. Csakhogy az oldat időközben sok paranthracen jegeczet lerakott és ezzel gyengült. Azonkívül sokat sötétült, és ezzel jóval túlszárnyalta az előbbi változást, az elnyelő erő növekedésében. Még ezenfelül ha nyílt üvegben exponálunk, az anyag az üveg szélére hamar kivirágzik. Tehát az anyag több irányban megbizhatatlan. A régi saturált oldat 2 év alatt végleges állapotát talán csak elérhette, ezért 2·5 mm. réteggel,



2. ábra.

¹ Az ábra melletti adatokban hibásan áll, hogy 1 : 100.

² A mellette álló 2500 szám 30000-re igazítandó ki.

mely most R. 7. u., az I. táb. 12. sz. a. elnyelési színeképet belőle készítettem.

13. *Jodoform* (20) alkoholban telítve. Czinobernarancsszínű, majd fogyó réteg szerint sárganarancs, sárga, sárgafüzdő. Az elnyelési görbék közepükön előbb fennállók, majd mindjobban dülők. A végek legörbülték és pedig a sorozat elején inkább az alsó, a sorozat végén inkább a felső vég. A szint könnyű értelmezni. A színváltozás a görbéknek szétszórtságából érthető és Radde 3-tól 9-ig terjed. Az első és a második görbe között a hézag kiesi, a szín pedig sokat változik. Csakhogy ezek az *E* vonal előtt, illetve után vannak elhelyezve, úgy hogy a zöld az egyiknél hiányzik, a másikat már szerepel. Még egy görbe van pontozottan berajzolva, mely 1 : 500 oldatból 2·5 mm. réteg mellett spectrographosan készült.

14. *Ferrum sesquichloratum* (14) in aqua 1 : 1 (pharm, Hung.). Vastag rétegben carminezinobor, közepesben cinobor 3 mm.-ben cinobernarancs, és innen gyorsan leszál a szín a narancssárgára. A palackban a széli felemelkedő adhaesiós réteg szintén a színekben tarka, sőt a felső éle¹ egészen színtelen. Az ékűvegsejt hegyes vége szintén ezt mutatja. A vastagabb rétegek színe még azonkívül hogy vörös, egyszersmind mellékszínrel is bír, melyet nem lehet a Radde-skálában megtalálni: kombinálni kell a barna és cinobor rovatokat. A 6 mm. rétegtől lejjebb már minden jól egyezik. Minden orvos ismeri a réteget, mely az üvegben barna, használatkor hígítva szép sáfrányszínű. Az elnyelési görbék is érdekesek. Egészben meredek ugyan, de alsó végük (a gyenge absorptio) messze visszanyúlik a vörösbe, talán az infraterületbe. Nem minden görbén van ez így. A 6. számútól kezdve a vékonyabb rétegek már ezen nyulvánnyal nem bírnak. Ha ezt a tényt a fent említett színváltozás felől és az alsó nyulvány hiánya felől összevetjük, azt a jelentős összefüggést találjuk, hogy a mely réteg barna, az az említett nyulvánnyal bír, és ellenkezőleg, a mely réteg nem bír többé nyulvánnyal, az nem is barna. E szerint a nyulvány és a barna szín összetartoznak! Így ha az összes jelenségeket összevetjük, azon következtetésre jutunk: hogy vékony rétegek narancsos színiék, mert a színek jobboldali része, mintegy az *E* vonaltól, hiányzik; vastag rétegek vörösek, a mi azon alapul, hogy az elnyelési határ *D*-nél van, és az egyidejű barna onnan jön, hogy a balról megmaradt színeképrészben partialis absorptio uralkodik.

Még egy részlet figyelemre méltó. Gyenge, azaz 1 : 250 oldat 2·5 mm. rétegben R. 8. u. zöldes sárga. Elnyelési görbéje a vázlatban látható. Nagyon fekvő irányú és mintegy a fél ibolyásban kezdődik, úgy, hogy itt egy lapos területet levág. A zöldessárga szín ebből érthetővé válik.

Ha már most mindazt, mi a tömény oldatokról fönnebb és a hígabból most mondatott, együvé fogjuk, további következtetéseket tehetünk. A színezések Radde 10 osztályzatát fogják be: carmintól vörösn, narancson, sárgán át a füzdőig. A görbéket illetőleg belőlük a legmeredekebb közel *E* vonalnál van. Innen jobbra a görbék mindinkább ledőlnek, de elég egyenesek. A balra jutó görbék kampószerűen visszatörnek, és belőlük egy rész meredek mint az előbbieket, másik rész harántosan toldalékos. Vajjon mi megy a molekulákban végbe? valami általános és mellette valami viszonylagosan járulékos? Minthogy a kétféle jelenség ezen az ásványos (!) anyagon a molekulalengés kifejezése vagyis molekulás szerkezetének funkciója kell hogy legyen, ezért valószínű, hogy a jelenségeknek gondos és apróra szedett tanulmányozása által a molekulás szerkezetre valamilyen visszakövetkeztetés fog lehetővé válni.

15. *Fluoresceinalium* (90) in aqua: *a*) oldat 1 : 50, sötét carminvörös, a széli emelkedő csik vagy felrázás után az üveg üres falazata sárga. Vékonyabb réteg sárga, az 1 réteg cinobernarancsos. A görbék meredek és *D*-nél vannak. A színezés egyszerűen mint kiegészítő magyarázandó. *b*) oldat 1 : 1000, tiszta sárga, majd zöldes, ha a réteg vékonyodik.² A görbék meredek és nagyon szorosan vannak *E*-hez kötve, sűrűbben mint az előbbi oldatái. Ennek oka az *F* előtti elnyelési sáv, mint mindjárt kö-

¹ Csak nem kell felrázni, mert ekkor a lesikló folyadék mást mutat.

² A gyönyörű zöld színjátszástól itt még el kell tekintenünk. Most csak az áteresztett színről, a tulajdonszínéről, van szó.

vetkezni fog. A szín és a görbék jól egyeztethetők. *c*) oldat 1 : 10,000, bonyodalmas elnyelése van. A színezést illetőleg a rétegek ismert rendjében előbb sárga színezet uralkodik és az intenzitás nő; azután az intenzitás marad egy fokon és a színezet megy a zöldesbe. A görbék fekvése ennek megfelel. Ugyanis a színek *E* mögött hirtelen elvágódik, a görbék az előbbi csoport helyére is nyúlnak (és ezért csak középrészük van rajzolva). Azután a vizsgálatnál új jelenség támadt, a mennyiben *G* és *H* közt derülni kezdett; sőt vékony és még hígabb réteg már csak *F* vonalnál hagyott egy külön sötét helyet. Ez a sötét sáv konokul megmarad és csak nagyon híg oldatoknál enyészik apránként. Az ultraibolya régen kibújít az elnyelés alól mielőtt még a kék és az ibolyás megjelenése teljessé válik. Az 1 : 100,000 oldat még mindig sárgazöld, holott az ultraibolya már hatalmasan jelentkezik.

Összegezzük az adatokat olyan sorban, mint a hogy az elnyelés apad. A szín úgy a réteggel mint a hígítással fogy. A görbék *F* előtt úgy torlódnak, mintha a 0·500 μ hullámhosszúságnál különös akadály volna. Elnyelési görbék visszahajlóan *F* felé jelennek meg, míg végre az egész *F*—*H* vidék és az ultraibolya terület szabaddá válnak. Csak éppen *F* előtt nem tud teljes fény kibontakozni. Tehát a 0·500 μ fényhullámokat a molekulák selectív módon fogyasztják még akkor is, midőn már igen kevés számban vannak jelen.

16. *Quassin* (221) alkoholban 1 : 10. Carminról a narancsosig egyenlő lépésekben változik a szín. A görbék kiesit rézsutosról erősen rézsutosra változnak. Van visszahajlásuk az alsó, előrenyúlásuk a felső végen. Elszórtan vannak *D*-től *G*-ig. A színezés jól érthető. Három régebb meghatározású görbe is be van jegyezve, melyek szerint az absorptio akkor kisebb volt és azóta nőtt, de a szín is sötétült.

17. *Iridin* (207) alkoholban 1 : 50; a szín carmin, kevés barna hozzáadással, fogyó rétegekben R. 1—5. A görbék elsői kampós alakúak, azután *S*-formájúak, azután rézsutosabbak és széjelebb, t. i. *F*-től *G*^{1/2}-ig helyezettek. A szín a görbék helyéből érthető, csak a visszahajló darab, mely a 35—12 mm. réteggel jár, követeli külön figyelmünket, mert a barnás szint kell vele kimagyarázni, annyival inkább, mivel a vékony rétegeken a barna szintoldalék is, a kampós alak is hiányzik.

18. *Guaajak* (197) alkoholban 1 : 5; a szín rétegek szerint biborcarmin, carminezinobor, narancsos, de nem biztosan határozható meg, mert hozzá sok barna vegyül. A görbék álló és fekvő részszel bírnak, a mi a balsóknak könyökösen merev szögöt ad; a további görbéken az álló rész elhajló és szendén *S*-alakú, míg a haránt rész mindig messze az *A* felé visszanyúlik. A görbék elhelyezése *C*-től *H*-ig széthányt. A színezés ügyében az elmondottakból értjük, hogy az miért olyan sokfélé, hogy R. 27—30 és 1—4-re, tehát 8 színezetszályra kiterjed; szintúgy értjük, hogy a nagyon makacs barna színvegyülék a görbék alsó visszahajló részének folyton az *A* felé elnyújtózkodásától függ. Erős világításban pl. napfényen szép biboros, gyenge fényen komor sötétbarna lenne ez az anyag, olyan mint a malaga és a ruszti asszú borok.¹ Az I. táb. 20. sz. a. a mellékleten színeképet látható, mely 1 : 25-től 2·5 mm. rétegben származik és R. 5. >-t színű.

19. *Anilin* (63). Színtelen volt 2 év előtt. Most carmintól sárgáig vannak a színei. A görbék karesú *S*-alakúak, de végeik elül és hátul messze elnyúlnak. A színváltozást értjük, mert a görbék *E*-től $\frac{1}{2}$ *H*-ig rendezvék. Az elnyúló végek magyarázása fennakadást okoz. Mi befolyásuk van a színre? Az eddig észlelték szerint barna szint váránk, de az nincs. Meg kell emlékezni, hogy az elnyelésben a gyenge kezdetet és a késlekedő teljességet jelentik. Úgy látszik, hogy ez a kettő itt egyensúlyt tart és hogy ezért nem érvényesül bennünk nézőkben a barna érzése. Ha így, akkor a barna színézés keltéséhez valami egyensúlyháborítás is szükséges. Kérjük a hozzászólást.

20. *Tannin* (83) in aqua 1 : 2; barna folyadék kevés vörössel, a réteg fogyásával lassan világosodik és csak a 6 mm.-nyinél alábbiakban gyorsul a változás. A szint nehéz megállapítani. Az főként kettőből áll össze a vékonyodó rétegek szerint *a*)

¹ Szakértők is borpinézékben az ilyen borokat kétféle világításban nézegetik.

carminből le cinobernarancssárgáig (R. 29., 30. 1-5); b) és barnából lefokozódóan (R. 33. e-u!) a sötétől a majdnem színtelenig. Az elnyelési görbék abban érdekesek, hogy felső felük meredeken áll, alsó felük elgörbül visszafelé, bár nem könyökös hirtelenséggel. Elszórtak D -től $\frac{2}{5}H$ -ig. Azonkívül még egy friss gyengébb oldatból vett spectrographos ábra nyomán van külön görbe berajzolva. A színt a görbék két részéből kell kimagyarázni: a szín élénk alkotó részét a görbék meredek, a komor barnás componenst a görbék fekvő darabjából.

21. *Gelsemin* (147) alkoholban 1:20 avult oldat; színe lehágólag carmin, cinober, narancssárga, nagyobb ugrással a 3 mm. és 1 mm. rétegek között. A görbék hasonlóak a tanninéhoz, csak a vékony rétegekéi nagyon széteső helyűek; az alsó vég messze visszanyúlik, bár meglepő, hogy a vékony rétegekéi inkább. Az utóbbi része a görbéknek egészen alul simul tova és oly kicsi fénygyengülést fejez ki, hogy az összes színezésben a barnaság fel sem tűnt. Tehát a spektroskoppal kellett a sommás színérzést az öntudatban kiigazítani. A vázlatban még egy külön görbe van, mely színeképes felvétel szerint készült.

22. *Fraxin* (217) aqua 4 és alkohol 1-ben telítve. A szín minden rétegben csak barna R. 33. i-v-ig! A görbék felső fele meredező, alsó fele messze visszahajló; a két fél találkozó helye a görbék sorában elein térdes, azután csak íves. A színezést, tekintettel a tisztán barna színre, kell kimagyarázni. Ha a görbék felső és alsó felét külön vesszük, ezt a színezést nem értelmezhetjük. Az látszik nekem az egész leletből kiderülni, hogy a barna színezet létrejövéséhez egy igen nagy darab színeképi területen a fény részleges fogyottságának kell lenni, azonfelül, hogy még a H vonaltól visszaterjedőleg egy bizonyos területen minden fénynek egészen hiányozni is kell. Ha az ibolyás hiányzik, tehát sárgaszín keletkeznék, — ha ibolya a kékekkel együtt hiányzik, tehát narancsszín állana elő, — ha még a zöld is hiányzik, s így vörösszín származnék, — és ha mindezen esetekhez még a színeképi alsó részének egy nagy darabjában részleges fényhiány is hozzájárul: akkor, legalább ezen vizsgálat eredményei szerint, barna színezés támadhat. Hogy a fényhiánylatnak nem kell egészen C vagy B -ig terjedni, azt a vázlat 1. számú görbéje mutatja. Ha ez a magyarázata a barna színezésnek helyes, akkor az ilyen színű átlátszó anyagoknak a barnát erős átvilágításban el kell veszteniük. Ez tényleg így is van, a mennyire kipróbálhattam. A

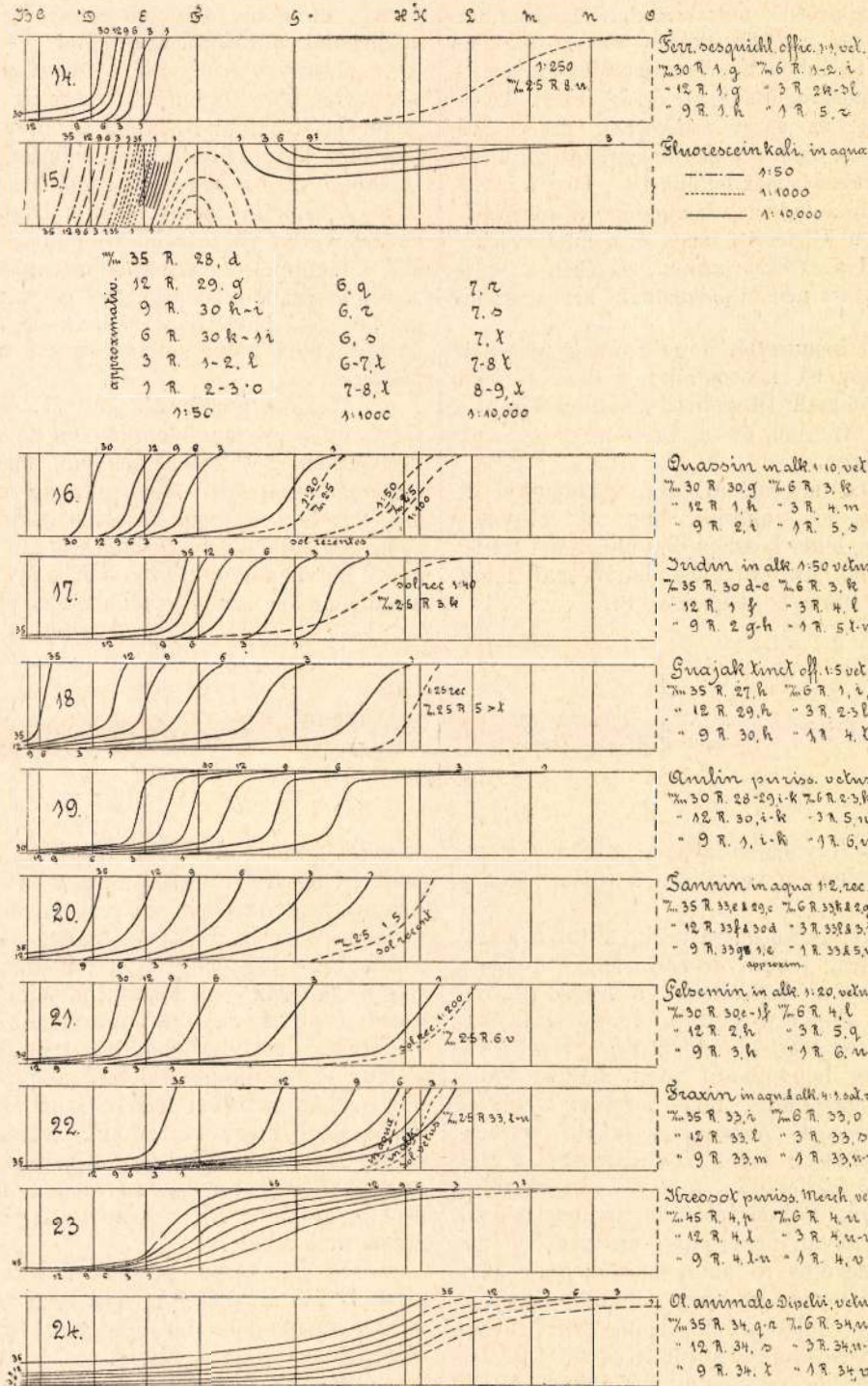
barna borokról ez különben köztudomású. A színteltség tényezőjét ki kell zárni, mert ez gátolja a barna elenyészését, mit a következő elvi fejtegetések számbavételével lehet indokolni. A vázlatba még 3 más vizsgálatból vannak alkalmi görbék berajzolva. Színekép is látható a II. táb. 25. sz. a. A készítmény gyantás volta a színmagyarázatban természetesen közönyös, bár nem az absorptio főkérdésében.

23. *Kreosot purissimum* (75). Színtelen volt 2 év előtt. Minden rétegben tisztán narancsos, csak a fényintenzitás változik.

A színgörbe az 1. sz. ábrán nézhető: a jobboldali csoportban egyenesen áll. Meglehető az anyagnak ez a színhűsége (statochromia) a sok színváltoztató között. Az elnyelési görbék nagyon hosszúak, és közép-részükkel emelkedve, azontúl megint csak elnyúltan folytatódhatnak, részben az ultraibolyába. A görbék összegés képén sajátságos egyensúlyozás uralkodik. Ennek dacára nehéz magyarázni, hogy a szín miért narancsos minden rétegben. Igaz, hogy mindegyik görbe közel az egész színes spectrumon végig változtat valamit. Hanem a színeképnek az elnyelés által eleső területe a 45 mm. rétegnél két akkora mint az 1 mm. rétegnél, holott mind a kettő mégis csak narancsszínű. A balsó görbe szerint ibolya, kék és egy darab a zöldből elmaradt, és ez narancsos színt adott. A jobboldali görbe szerint az ibolya nem egészen és a kékből csak kevés hiányzik, és ez is narancsszínű szolgáltat. Azt hiszem, hogy ezen esetben a hegyesen kifutó keskeny területeket a metszőtengelyen, balról lent és jobbról fent, nagyon számon tartani kell, mert a színhűség ezek segédelmével válik csak érthetővé. Ekkor t. i. látba vetjük, hogy a balsó görbe sem egészen zárja ki a kéket, és a jobboldali görbe sem egészen fogja be a sárgát. A mindegyik görbe által meghagyott terület a hullámhosszaknak minden fajtájából bir valamit, habár más, sőt ellenkező arányban.

Ehhez járul, hogy különbözően erős világitás a megzavart, vagyis jobban mondva a csak nehézkessé vált színösszhangot még inkább egyensúlyba hozhatja. Legalább annyi előretudható, hogy gyenge fény a vázlatból látható helyzetet a bal oldalon, erős fény a jobb oldalon fogja nagyobb szerepelésre juttatni. Az eset megérdemelné a bővebb tanulmányozást.

24. *Ol. animale Dippelii* (149). A színezés minden rétegben R. 34 narancsszürke, ezért a színgörbék táblázatán (1. ábra) a középhelyen külön kellett berajzolni. Az elnyelési görbék harántosan elnyújtózkodók, mindegyik már B -től indul és egész az ultra-



3. ábra.

ibolyába nyúlik, csak G -től H -ig van nagyobb emelkedés. A színmagyarozás tekintetében a narancsos a rézsútosan emelkedő hely szerint, a szürke különböző foka a haránt rész emeletszerű összerakásából vezetendő le. Ha a vázlatnak ezt a képét a többivel egybevetjük, új rejtély előtt állunk. Az imént még a görbék haránt megindulását vettük igénybe a barna színezés kimagyarázására. Íme, most a görbék haránt elnyúlását az egész színképen végig megtaláljuk, annyira, hogy mellette minden más jelenség mint látszólag mellékes, háttérbe szorul. A barna szín most jól érvényesülhetne, ha csak ezen múlték. Pedig az anyag színében a barnának nyoma sincs. Megkísérlek magyarázatot. Talán azért nincs itt barnaszín, mert hozzá a vörösnek (és esetleg toldalékainak) túlsulya egybekötve az intenzitás visszamaradásával szükséges. Itt azonban ez a visszamaradottság az érzésünkbeli keveredésre értéktelenné lett, mert az egész színképben uralkodóvá vált. Így azután a barna helyett csak elkomorult narancsszín került ki érzésünkben. Az előző esetekben is már feltűnhetett, hogy a barna színérés csak ott keletkezett, a hol a vázlatokban a görbének lapos megindulása volt nagyon kifejezett, lapos és nyújtott végződés azonban hiányzott. A hol a *színkép színes* részében a görbének kifutása is lapos volt, ott nem találkoztunk barna színezéssel.¹

Érdekesnek gondoltam bemutatni, hogy vannak meredek határu és egészen elterült határu absorptiók; a közlöttekől pl. a nitrobenzol és az ol. animale Dippeli ilyenekkel bírnak; ezek alakjának vegyese a fraxin és a kreosoté; és azok alakjának közepese az aniliné.

Visszatérek az általános tárgyalásra. Ha valamennyi itt közlött vázlatot áttekintünk, azt találjuk, hogy az elnyelés határa lehet hirtelenül teljes, lehet hosszan elnyúló, lehet fogyó és növekedő gyorsuló módon. Az elnyelési határvonal tehát 4 típust mutathat, mint az ábra 1—4-ig érzékíti.

Sávoknál, milyent a fluoresceintől származni látunk, a leszálló túlsó oldal is számít, tehát a típusokat még az 5., 6., 7. alakokkal kiegészíteni kell. Több lehetőség nincs. A 2-ik típus ritkán fordul elő magában, sőt hogy éppen a H vonalon álljon, mint azt keresem, az szerfelett ritka. Mindenféle vegyülése a típusoknak a közönséges.

Ha a szingörbék az 1. ábrán megnézzük, feltűnik, hogy majdnem minden görbe balról jobbra leszál, hogy továbbá leginkább ott hajlik le, a hol a színváltozás a legkisebb, és hogy az irány általában az elnyelési görbék átlagos irányára merőleges. *A szingörbék az elnyelési görbék ellentétes kiegészítői.* Ez nemcsak a törvényesség benyomását teszi, hanem valószínűen nem is más mint graphikus, tehát *mértani kifejezése annak, hogy az elnyelés a hiányzó fényben, a színezés a megmaradt fényben — mind a kettő a beeső fény összességéhez való viszonyuk szerint — fokozati kifejezésüket találják.* Az elnyelés és a színezés reciprok értékek. Summájuk a beeső fény maga.

A mi eseteinkben ez ugyan nem pontosan talál, de az alapul szolgáló meghatározásokba is pongyolaságok, sőt elvi hibák keveredtek. A színezést nem átesőleg állapítottuk meg, hanem az anyagra reá nézve, holott az absorptió görbe áteső fényt képvisel, hiszen a spektroskopba néztünk és a fényt az anyagon át juttattuk szemünkhöz szinbontott állapotban.² De nem lehet félreismerni, hogy elvben is a meredek szingörbéknek fekvő elnyelési görbék és viszont felelnek meg. A triphenylmethant éppen ezért nem is lehetett itt szóba vagy rajzba hozni. A H vonalnál meredek határral nyel el és szingörbét a Radde-scala alsó határvonalán kellene végig húzni, mert szintelen. Szintűgy áll a dolog a mellékleten közlött

2—26. sz. színképek anyagaival, azaz csak az ott említett töménységű oldataikkal.

A színváltozás (metachromia) és a réteg között a viszony az anyag szerint különböző lehet, de legtöbbször a 3—6 mm. rétegben mutatkozik a színben a feltűnőbb ugrás, míg 10 és 30 mm. rétegek egymástól már alig szoktak színben különbözni. Az 1 mm. rétegen át közönségesen még teljes visusunk érvényesülhet, sőt a réteg sokszor egészen szintelen. Az ék-üvegnek a fényhasadék előtt gyors végigmozgatása az absorptiónak rétegek szerint való egész menetelét plasticen mutatja és a fontolgató lassú megnézés kiegészítésére, sőt ellenőrző elbánságnak általában ajánlható.

Mint hogy a sárgálló emberi szemlencsét is fényáteresztésre vizsgálni készültem, ezért itt is mint határértékű rétegeket 1 és 3 mm.-t vettem. A 6, 9, 12 mm. réteg azután természetesen lépcsőzésnek volt választható. Ráadásul még a palackbeli vastag réteg is szolgálhatott.¹

A világitás neme nagyon határoz. A készülék dispersiója az arányokat változtatja. Hullámhosszak lemérésére fényelhajlási színképpel (Interferenzspectrum) kellene dolgozni, és lemezeket hosszan exponálni. Így az a nagy előny támadna, hogy az elnyelési határvonal előtt és mögött álló területeket lemérni és arányba állítani lehetne, a mi anyagul szolgálna a tanulmányra.

A színmeghatározásokat (1. ábra) feleső fényben tettem, és az üvegsejt megfelelő helyeit keménypapírba vágott réseken nézegettem. Így kellett tennem, mert már a főjelentés adatai egynemű eljárásra köteleztek, de meg az anyagok köztudatú színét kellett irányadóul vennem, hogy könnyebben megértessem. Szabad hangsúlyoznom, hogy hasonló vizsgálatokhoz az áteső fényben mutatkozó szín vétessék mértékül; ezt kívánja a tudományos józanság, több fontos okból. Az elnyelési színképet

az áteső fény adja, tehát az áteső fényben mutatkozó színezését az anyagnak lehet csak az ilyen színképből magyarázni. Színes pápaszemeknél is az áteresztett fény jöjjön számba, mert ezt fogja a szemüveg

viselője érezni. A feleső fényben vizsgálat azért kerülendő, mert az ilyen fényben mutatkozó színbe idegen elemek vegyülnek és rajta módosítanak: az anyag mögötti háttér és a róla történő visszasugárzás; az általános légköri világitásnak és még a környezet tárgyaitól is a reflexfénynek oda vetődése; sőt az egyéb tárgyak színellentétei is belejátszanak. Az utóbb említett körülmények az anyag saját színéhez a *telítés tényezőjét* (a fehéret) csatolják és esetleg ítéletünket teljesen meghamisítják.² Ha tehát az elnyelési színképet ítéletünk alapjául venni akarjuk, az anyagnak szabad szemmel nézett színét csak két tényező segítségével szabad meghatározunk: a színezet (Farbenton, Radde 1—42) és a színvilágosság (Farbenhelligkeit, Radde $a-v$) tényezőivel. A harmadik tényezőnek, mely különben folyton szerepelni szokott, t. i. a szín teltségének (Farbensättigung) kizárva kell lennie.

Ha már sárga tárgyak érdekelnek, az ásványok sárga színe is ide tartozik. Az ásványok színezésének kimagyarázása sem a legtökéletesebb eddigelé. Dolgoznak rajta, de sok a bizonytalanság és a kétely.³

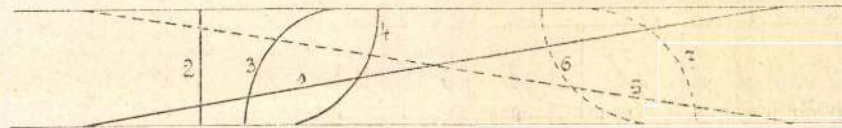
Most még az ilyen vizsgálatoknak, mint az itt végezettek, elvi oldala marad fejtegetni való.

A rétegeknek fényáteresztésére menő vizsgálat a gyakorlati pápaszemes ügyben talán elég jól megállja a bírálatot, azonban ezen vizsgálatoknak a szoros tudományos értékesítés czéljaira, különösen, ha velük az anyag szerkezetét felismerni

¹ Folyadékok hatalmas rétegeit még alig vizsgálták a fényáteresztésre. Légkörünkről vannak jócskán adatok, — de hogy milyen fény van fölöttünk a légkörön kívül, nem lehet meg tudni. Valószínű, hogy végtelen kicsi lengések is vannak benne, melyekről fogalmunk sincs.

² V. ö. Helmholtz, Phys. Optik. II. kiadás, 322 l.

³ Érdekes közlés volt róla a Természettudományi Közlöny 1898. januári számában.



4. ábra.

¹ Semmit sem ragaszkodom ezen színmagyarozásaimhoz. Ha ki jobbat tud, szívesen elfogadom.

² És ennek szemmértékkel megbecsülése nagyon ingatag. Legkevésbé sem merem állítani, hogy a rajzolt görbék mind természethűek. De a más leméreibe sem bíznám meg. Csak a fényképezés ad alapvető adatokat, mint mindjárt szóba fog jönni.

akárnok, sokkal pontosabban és behatóbban kellene történni. A mi a színezés megállapítását illeti, az a dolog természete szerint csak alanyi lehet. De a színlepcsőzetnek mégis finomabb osztásaira volna szükség, mint a minőket a műszaki czelokra készült Radde-féle nyújt. ¹ A physikalís elv kifogástalan keresztülvitelére átlátszó (transparens) színskála szerkesztése elengedhetlen. Ilyen kellene tehát a Radde-féle helyett. Minden egyébként nem elbecsülés szerint, hanem praecisiós készülékek használatával kellene megejtetni.

Elsőben is a fényforrás állandóságát ² és egymértékűségét kellene végre megteremteni, ³ tehát az 1 cm² fehérizzó platinlemezéből kiindulni. ⁴ A szín meghatározását már ilyen mellett kellene megtenni. A spectrograph quarzból birjon üvegeket, ⁵ sőt a rácsos színekpre kellene átmenni. A felvételre lemezek kívánatosak, melyek az egész színekpet vagy legalább a színes részt egyöntetűen visszaadják; mivel erre kilátás nincs, a lebecsülésre olyas szabatosági készülék kell, minő a már leirt Simon-féle. ⁶

Csak szoros mennyiségmeghatározásai a fényhatásnak képesek a pontosabb egyezést a színmeghatározással létrehozni és a még fennálló bizonytalanságokat, melyekből egyik-másikat a munkálatban említettünk ⁷ a tudományból kiküszöbölni. Ekként pontosabban tudnók, hogy az ismert nagyságú beeső fény hová lett. A hátul kijutó fény mérhető lenne és belőle az elnyelt fényt kiszámíthatnók. Az érzékeny lemezen történő felvétel és a szabatos lemérés az elnyelési határnak pontos megállapítását lehetővé tennék. Pontos mértani képet a megmaradt fényről szemben az elnyelt fényvel szerkeszteni lehetne. A képen graphikusan megalakítani és számokban kifejezni lehetne, hogy mely hullámhosszak és milyen erősségben maradtak még meg. A most csak megközelítő becslés útján szerkesztett elnyelési görbéket azontúl az elnyelő anyagok subjectív úton kipuhított színezésével teljes vonatkozásba hozni lehetne. A kiegészítő színezések tanát a legkisebb részletekig kidolgozni lehetne. Az elnyelési vonalnak oldalfelé eltolatása képében minden egyes esetben tudható volna, hogy a kiegészítő színezés létrehozására, mely hullámlengések vannak még tevékenységben. Az elnyelési vonalnak magassági eltolatása által felismerhető volna, hogy a szín világosságának létrehozására amaz az elnyelési folyamatnál még fenmaradt hullámlengések milyen lengési erőt tartottak még meg. Pontos mértani képével bírnánk a bár alanyi módon, de határozott tárgyról leírt színek fokozatnak. Sőt, ha egyes szemlélőben a tárgyilag kidomborított kép az alanyilag megérett képpel nem vána össze, mindjárt a színezésbeli kóros folyamatoknak, még a színvakságnak és szintévesztésnek is, megállapítására kész adatokkal bírnánk.

Az elnyelő színes anyag különben a tényleg követett eljárásban szintén kétszer vizsgáltatott hatására. Egyszer arra, hogy milyen színbenyomást tesz. Mászor arra, hogy fényhatása a spectrographos eredmény szerint milyen görbét enged készíteni. Ha minden physikailag kifogástalanul elvégeztetett, akkor ezen két egymástól függetlenül nyert eredménynek egymással jó megegyezésben levőnek kell bizonyulni. Ha ez egy rétegen el van érve, az anyagnak más vastagságú rétegével ugyanilyen kettős módon kell elbánni. A vizsgálat megint két, egymástól független módon nyert tapasztalatot fog adni, mely egymással felelkezik. Ha már most ezen kettős tapasztalatokat, a kétféle színezést és a kétféle görbét összehasonlítjuk, következtetésnek a színezés különbségére és a görbék különbségére kell vonhatónak lenni.

És most következnek az a további levezetés, hogy ezen kétféle nemű különbségnek egymást értékében teljesen fedeznie kellene. A szín változásából a görbék változására és viszont

kellene, hogy a következtetés lehető legyen. Vagyis lehetőnek kellene bizonyulni, hogy a görbéből a színezést és viszont kitaláljuk. Ez azonban csak közelítőleg van így. Mert színvegyítésekben Helmholtz ¹ kétségtelenül bebizonyította, hogy színérzésünk tompább, semhogy a hullámlengéseknek finomabban lépcsőzött változásával lépést tarthatna. Az előbb említett fordított irányú következtetés még sokkal bizonytalanabb: a színek különbségéből a görbék különbségét szerkeszteni mindig bizonytalan eljárás fog maradni. A színezésből és különbségeiből ugyanazon okoknál fogva a molekulás alkatról sohasem fog valami biztosan és véglegesen kitudódni. ² Ellenben a tárgyilag előállított spectrumképek — az elnyelési görbék — alapján történő buvárlat (a rétegeknek észszerű lépcsőzését ³ és kifogástalan módok betartását feltételezve), mindenek szerint kilátást nyit arra, hogy a rétegvastagságokból és színekpi következményeiből a molekulás minőség kipuhítására új eszköz fog támadni. Fénylengéseknek, vagy ezek kitérésének (amplitudé) valamely kimutatott hiánylata felismerhetőnek igéri, hogy a molekulák a sugárzó energiának azon részletét elhasználták, mely saját lengési képességük rythmusának megfelel. Ezen rythmusból a molekulás alkatra következtetni azután más buvárlati eljárások feladata. ⁴ Eddigél az elnyelési sávokból vontak következtetéseket. A rétegvastagságok funkciójának tudományos értékesítése általánosabb hasznavehetőséget, vagy legalább is igen becses ellenőrző módot ígér.

A fényelnyelési görbéken a merőleges alkatrészt (az ordinátokat) a hullámhosszakra és esetleges helyzeti változásait a kiegészítő (complementaer) színjelenségekre, tehát általában a színezetre (Farbenton) kell vonatkoztatni. A fényelnyelési görbéken a haránt alkatrészt (az abscissokat) a fény erősségére és esetleges magassági változásait a világosság fokára, különböző esetekben a hullámhosszak területében egyenlőtlen világosságra kell vonatkoztatni. Ezek szerint egy kifogástalanul készült elnyelési színekben az elnyelési folyamatnak a fényforráshoz viszonyultan hű functionalis ábrázolását kapjuk. Ezen működési képben a fényforráshoz viszonyítandó hiánylat az elnyelést magát szorosabban megítélni engedi. A működési képnek tényleges tartalma a színezés keltésére szolgáló physikalís alapot (az élettani vizsgálat anyagát) lehető pontosan és tárgyilagosan felismerni engedi. Mind a kettő, a hiánylat és a maradék tekintetében, úgy a hullámhosszak milyensége (a görbék függélyes alkatrészből) mint a hullámhosszak mennyisége (a görbék haránt alkatrészből) számszerűleg meghatározható. A számokban történhet a kifejezés a milyenséget illetőleg abszolút értékű, a mennyiséget illetőleg a fényforráshoz viszonylagos jelentőségű. Ha a fényforrás egységekben megállapítva van, a mi kielégítő módon lehetővé lenni ígérkezik, ⁵

¹ Phys. Optik 312. l.

² Bár, mint a chemiai évkönyvek forgatásából kivehetni gondoltam, a vegyésznek reménykednek benne.

³ Aequi molekulás oldatot kell készíteni úgy, hogy egy milligramm molekulát (azaz a molekuláris súlyt milligrammokban) bizonyos mennyiségű (leginkább 20 ke.) diaktinos (ultrát áteresztő) oldószemben feloldunk és ezt bizonyos térfogatra (rendszerint 20 ke.) hozzuk. Ily módon az anyagok különböző molekulásúlyai mindig egyenlő térfogatokat foglalnak el. Ha azután mindig határozott vastagságú oldatréteget használunk, ennek hatását az egyenértékű (aequivalens) elnyelőképesre, azaz a molekulás absorptióra vonatkoztathatjuk.

⁴ Az optikai vastagság befolyása a Bunsen és Roscoe által kísérletileg bebizonyított törvényeknek hódol (Pogg. Annalen 1857, 101. kötet), melyek szerint 1. a sugaraknak azon mennyisége, melyet véges vastagságú réteg elnyel, a feleső sugarak mennyiségével (intenzitásával) arányos és 2. az elnyelt fény mennyisége a kioltó közeg sűrűségétől függ. Ezen tételből vezetődik le az elnyelési együttható, melyet az 1 rétegen áteresztett fénynek viszonya a feleső fény erejéhez (intenzitás) kifejezi, vagy a B. és R. által a töménységnek az elnyelésből kényelmesebb kiszámítására forgalomba hozott extinciócs.oefficiens fogalma, t. i. azon rétegek viszonyos értéke, melyet a fénynek átfutnia kell, hogy eredeti erejének tizednyijére kioltassék. (Landauer, Spectr. an. 1896, 60. l.)

⁵ O. Lummer a „Physik. exp. Reichsanstalt“-ban (Charlottenburg) a tökéletesítésen dolgozik, v. ö. Wied. Ann. 1897., 98. k.-ben: Die Rothgluth von Metallen. — Ch. Féry fényegységnek acetylengázt ajánl, mely 0.5 mm. átmérőjű és élesen elvágott végű csővecséből áramlik és a szabad levegőben ég. Az intenzitás a lángnak 10 mm. magasságától 25 mm. magasságáig arányosan nő, tehát hossz mértéken lemérhető. (Compt. rendüs 1898., 126. k., 1192—1194.)

¹ A hol cserbe hagyott, ott több osztatot fogtam a keménypapírban készített ablakba.

² Eddig minden fényforrás ingatag.

³ A spermacetgyertya, Hefner-Áltenecker amyacetatlámpa stbi elégtelenek.

⁴ I. Winkelmann Physik, II k. 450 l.

⁵ Eder szerkesztett ílyet és felvételei remek. Lehrb. d. Phot. I. k. 221. l.

⁶ I. Szemészet, 1899. 1. sz. 6. l.

⁷ Pl. hogy a triphenylmethan, chinin, chinidin absorptiója a H vonal elé terjed a nélkül, hogy az oldat színessé váljék.

akkor a spectrographálás közvetítésével azon helyzetbe jutunk, hogy exact photochemiás úton az oldatrétegek színváltozásáról, a mennyiben a physikalís folyamat jön kérdésbe, számot adhasunk. Általában is a gázok, folyadékok és átlátszó szilárd testek színezésének megítélésére szolgáló physikalís alap meg lesz teremtvé.¹

Ha nem ezt az útját a vizsgálsnak követjük, hanem az átlátszó testeket és rétegeiket csak valamely még oly tökéletes színskálával hasonlítjuk össze, akkor az egyéni személyes színítélkezés tévengéseitől el is tekintve, ingatagabb eredményeket kapunk. Ekkor ugyanis az általános világitásnak és a fény-szétvetéseknek nehezen ellenőrizhető bejátszásával bonyolódik a helyzet. Egyszersmind a színellentétek, mint színérzéseinkben jelentős tényező, álnokul hamisító befolyást gyakorolhatnak.² Sőt még az emlékezéstől és annak befolyásától sem menekedhetünk eléggé.

A színezésnek a megtekintés útján megállapítása a gyakorlati életben elsőrendű jelentőségét sohasem fogja ugyan veszíteni, hanem ha a kísérő körülmények szerint a tudományos kérdéstétel megindítva és jól körülírva van, a megfelelés lehető fog lenni a nélkül, hogy közben ismét alanyi meghatározásokhoz folyamodni kelljen.³

A vizsgáls eljárás által, a hogy azt leirtam, a szinkérekben megbízhatóbb physikai alapvetés érhető el mint eddig. Ismereteink a színekről majdnem mind élettani buvár-latokból származnak noha physikai segédeszközökkel. De a physikalís bázis nincs kiépítve és csak a szinkép vonatkozásos részeivel összehasonlításokra szoritkozik. A hullámlengéseknek objektív, azaz tisztán physikai hatását még nem tudták kimutatni, még kevésbbé számokban kifejezni. A photochemia kifejlődésével teljes physikalís biztosság fog a bevágó adatok szerzésében elértni. A szintan egy észszerűen felépülő fény hatásánál (photológiával) fog kapcsolatba lépni és ez meg fogja szüntetni az eddig kényszerű, de félszeg helyzetet, hogy a fénylengések tényleges hatásának ismerete nélkül kellett a színélettant általában és a kiegészítő színérzések tanát különöbben kifejleszteni.

Astigmatismus és vizsgálsati módszerei katonaoorvosi szempontból.

Irtá: *Binder Emil* dr., ez idő szerint a budapesti egyetem szemklinikájára vezényelt m. kir. ezredorvos.

A közös hadseregből és a monarchia mindkét felében fennálló honvédsapatok állományából, a szolgálatképtelenek gyanánt kiválasztottak között elég nagy számát találjuk azoknak, a kik a látás élességének csökkenése és a fénytörő közegek rendellenességei miatt bocsáttatnak el. A közös hadsereg által évenként kiadott „Egészségügyi statistikai évkönyv“ (a m. kir. honvédség ez idő szerint még nem értékesítette hasonló alakban és célból, a csapatok és intézetek részéről szerkesztett beadványokat) összeállítálsai szerint pl. 1896 és 1897-ben a látás élességének csökkenése (ebben benne foglaltatnak a gyuladások által feltételezett vagy ezek után visszamaradt hegek, homályok és törő-

¹ Felületszínezések ügyében (átlátszatlan szilárd testek) a visszavetett fényt és a nagyon vékony rétegeken áteresztett fényt lehetne spectrographálni és a kettőt összehasonlítani, noha ez a nehezebben megoldható része a felvetett kérdésnek.

² W. H. Vogel azt mondja (Hb. d. Phot. 1894. II. 249), hogy az ellentétes színeknek most uralkodó egész tana az újabban felismert tényeknek nem állhat helyt. És valóban meglepő észleleteket közöl, melyek könnyen ellenőrizhetők. A barna színezés is főként ilyen alapon áll, azaz nem spectralis, hanem felületi szín.

³ Már ajánlottuk, hogy szemészeti gyakorlati czélokra a spectrographálsat mindig ikeresik alakjában végezzük úgy, hogy a fényforrás spectruma az elnyelési szinkép mellett álljon. Ha ez nem lehető, legalább közvetlen egymásután és egyenlő körülmények közt szinképezünk. Ha a II. táb. 31. sz.-től folytatólág álló, mintegy 10 szinképet, a színes üvegek spectrumait megnézzük, feltűnhetik, hogy milyen kevés itéletünk lehetne a tárgyban az égfényes külön szinképesíknak hiánya esetében. Egyedül álló fényképes spectrum alig fejez ki valamit. Ha a hasadék a gépen csak 9 mm. hosszú, akkor csak vékony tárgyak helyezhetők a hasadék felére. Kívánatos, hogy a hasadékot hosszabbra készítsék, legalább 15 mm.-re, mint Steinheil tette volt.

közegi rendellenességekkel összefüggésben álló látászavarok is) miatt elbocsáttatott: 249; a rövidlátás nagyobb foka miatt: 239 és túllátás miatt: 60 egyén. A látás élességének csökkenése ezimén, mint gyűnév alatt vannak összefoglalva, a rövid- és túllátás főbb alakjaitól eltérő, de a refraktionalís rendellenességekhez soroló egyéb törőközegi anomáliák is, mint az anisotropia és astigmatismus s ennélfogva nem lehet kivenni, hogy speciell az astigmatismus mennyiben adott okot és hány esetben a fegyveres szolgálat aluli felmentésre? Ép ilyen zavarban hagy a védtörvény végrehajtására vonatkozó utasítás I-ső részéhez kiadott 3-dik számú mellékletben foglalt s a védkötelesek orvosi megvizsgálálsát tárgyazó külön utasítás, mely I-ső almellékletében, a látás tehetőségének vizsgálsatánál, főképp a myopia mikénti megállapítására terjeszkedik ki s jelöli meg a rövidlátásnak azon magasabb határát, mely a fegyveres szolgálatra való alkalmasságot kizárja.

A látás élességének megállapítására nézve az utasítás általában akkép intézkedik, hogy a sorozó-bizottságban működő katonaoorvost, főképp időkimelés szempontjából, de meg azért is, mert a látástehetségnek korrekt megállapítása a kedvező világos helyiségen és több szemészeti eszköz alkalmazásán kívül, szakszerű ismereteket és jártasságot kíván, felmenti a körülményezett látásvizsgálatok eszközlése alól. Egyben kimondja, hogy a hypermetropia vizsgálsata, javító üveg rendelése céljából többé-kevésbbé felesleges, mert a 21—24 éves korokban sor alá kerülő védkötelesek amúgy is olyan jó alkalmazkodási képességgel bírnak, hogy egyaránt jól látnak úgy rövidebb, mint nagyobb távolságokra. Mindazonáltal a sorozás színhelyén bizonyos esetekben a panaszolt rövidlátást illetőleg vizsgálatot kell eszközölni, a mely célból 4 darab concav üveg: —10, —3.25, —2.50 és —1.75 D. áll rendelkezésre.

A vizsgálatokból nyert eredmény azonban a legtöbb esetben kétes értékű, mert a látásélesség kiderítésénél subjectív kijelentésekre levén szorolva, sem a fokra nézve, de igen sok esetben még a panaszolt látászavar milyen természete felett sem fogunk határozottan nyilatkozhatni. Ezen okokból kifolyólág a védkötelesek részéről felhozott panaszok, melyek a látás gyöngeségére vonatkoznak, vagy a látástehetségnek vizsgálsata közben az agrá válás gyanúját ébresztő esetek, alapos voltukat illetőleg a katonakórházakban lesznek közelebből mérlegelve és úgy az alak, mint a fokra nézve szakszerű vizsgálsati eljárásokkal és eszközökkel megállapítva.

Az ilyen kétes természetű és a sorozás színhelyén meg nem állapítható esetek közé tartoznak az emberi szemek azon véleszületett hibái és szabálytalanságai, nemkülönbén törőközégeinek rendellenességei is, melyeknél a látás úgy közelre, mint távolra rossz és sem convex, sem concav üvegekkel határozott látásjavulást létrehozni nem tudunk. A szem rendellenes alkotásának ezen itt megbeszélendő csoportjánál a fénytörő közegek nem egyenlően törnek meg a fényt, a mennyiben pl. a lenese küllös szelvényei által a fényugarak nem is egy pontban és nem egy és ugyanazon tengelyen egyesíttetnek és a cornea sem bir minden irányban egyenlő fénytörő képességgel. Ennek azután az lesz a közvetlen folyománya, hogy a retinán nem pontszerű (α = privativum, $\sigma\tau\gamma\mu\alpha$ = pont) éles, hanem elmosódott szóródásos kép fog megjelenni.

A normalis szem sem mentes egészen a fénytörő közegek szabálytalanságainak bizonyos fokától. Így ismerjük a physiologikus astigmatismust és a szemnek spherikus és chromatikus eltérésében nyilvánuló szabálytalanságait. De ezek a normalis szemnél oly csekély mérvben érvényesülnek, hogy a látás élességét lényegesen meg nem változtatják.

Ha azonban a fénytörő közegek physiologikus szabálytalanságai nagyobb fokot érnek el, ha a lenese egyes szelvényei különkülön nagyobb fokban törnek meg a fényt és a cornealis görbületség mintegy kórosan fokozódik, ebből, mint említve volt: a fénynek is kisebb-nagyobb fokú eltérítése idéztetik elő, mely alatt a korrekt látás is észrevehetően és érezhetően szenvedni fog. A tárgyakat az ilyen szem elhúzódottnak és eltorzultaknak fogja látni (astigmatismusos amblyopia).

A szemnek azon állapotát, melynél a fény eltérítése a lenese bonoztani szerkezetének tökéletlenségével függ össze: *szabálytalan astigmatismusnak* hívják, míg a cornea rendellenes görbületsége

által feltételezett fénytörési szabálytalanságot *cornealis vagy szabályos astigmatismus* névvel szokás jelölni.

A lenese szelvényeinek különböző törőképesége által feltételezett szabálytalan astigmatismus tárgyalását mellőzve, reátérök a gyakrabban előforduló *cornealis astigmatismus* rövid ismertetésére, mely a katonarvos érdeklődését már azért is kihívja, mert egyes alakjai és fokozatainál a megfelelő javító üveggel jó látást hozhatunk létre.

A *szabályos astigmatismusnál* a fénytörési különbségek a cornea görbültségének a különböző délkörökben való különbségei által okoztatnak. A cornea legnagyobb görbültsége rendszerint a függélyes déllőben (meridián) van, míg a csekélyebb a vízszintesben. A délkörök, melyekben a görbültség maximuma (M), illetve minimuma (m) áll fenn: *födélőknek* hivatnak.

Az astigmatismusos szemeknél, mint érintve volt, a fény sugarak sohasem egyesülnek egy pontban és ez okból a szemnek nincs gyűjtőpontja, hanem csak gyűjtőtere. Hogy a retina már most a gyűjtőternek milyen síkjába esik, ez a szem hosszabb vagy rövidebb voltától függ. A retinának a gyűjtőterhez való viszonya szerint lesz azután: 1-ször a szem minden irányban hypermetropiás, ha a gyűjtőter a retina mögé kerül; 2-szor myopiás, ha elébe jut. Beállhat azonban az az eset, mikor a retina a gyűjtőter hátsó síkjába esik s a szem egyik főirányban emmetropiás, másikban myopiás; ha pedig a gyűjtőternek mellső határában áll, akkor egyik főirányban hypermetropiás, a másikban emmetropiához; a gyűjtőteren belül azonban a myopia és hypermetropia kombinálódhatnak is. Az astigmatismusnak azon alakját, melynél a szem egyik főirányban emmetropiás, Donders *egyszerű szabályos astigmatismusnak* nevezi és ebből folyólag megkülönböztet: *egyszerű hypermetropiás* (As. h.) és *egyszerű myopiás astigmatismus* (As. m.). *Összetett hypermetropiás astigmatismusról* (H + Ash) szól akkor, ha a gyűjtőter a retina megett van, *összetett myopiásról* (H + Asm) akkor, ha a gyűjtőter a retina elébe kerül. Ha végre a retina a gyűjtőternek mintegy közepébe jut: *vegyes astigmatismusról* van szó.

A födélők fénytörési különbözete fejezi ki az astigmatismus fokát. Ha pl. az egyik déllőben E s a másikban H 3 D. van, az As = 3 · 0 D; ha az egyik irányban H 2 0 és a másikban Hm 3 0 D. van, az As = 1 0 D. M 2 és M 3 esetében As = 1 D és végre, ha az egyik födélőben Hm 2 és a másikban M 1 van jelen, akkor a vegyes As = 3 D.

Hogy a felemlített astigmatismusos változatok közül melyik alak fordul elő leggyakrabban, erre nézve a vélemények szétágazók. Donders szerint az astigmatismus leggyakrabban társul hypermetropiához; Snellen és Burnett szerint leggyakoribb az egyszerű myopiás, Hulke és Green szerint: az összetett myopiás As. Az általam megvizsgált 61 astigmatismusos között volt: egyszerű myopiás 11, összetett myopiás 4, vegyes 7, a többi hypermetropiás As volt. Az astigmatismus többnyire mindkét szemben van jelen, előfordulhat azonban az az eset is, hogy csak egyikre szorítkozik, vagy hogy a két szemben különböző fokot mutat, vagy végre hogy födélői ellenkező irányúak.

A látásélesség megállapítása végett a sorozásokról vagy a csapatoktól katonakórházakba küldött egyikénél-másikánál előfordulhat, — talán nem is olyan ritkán — hogy a látásromlás okát a szem astigmatismusos voltában kell keresnünk. Statistikai adatok ugyanis azt igazolják, hogy az astigmatismus leggyakoribb a 20—25. életkorban. Az én 61 esetemben 16—33 éves korig találtam: 27 astigmatismusos egyént, a többi 16 éven aluli gyerek volt. Ennek a gyakoriságnak indokolását sok szerző abban találja, hogy a túllátásnál már a távolba nézés alkalmával állandó összehúzódásban van a ciliaris izom, mely a növekedő korról és az alkalmazkodási képesség esökkenésével lassankint kifárad, eler nyed, s ha a cornea valamelyik főirányban amúgy is aszimmetrikus volt, idővel az astigmatismusra jellemző asthenopikus panaszok (olvasás és írásnál a szemek gyors kifáradása, fejfájás stb.) fogják az astigmatismus magasabb fokának jelenlétét elárulni. De azt is láttuk, hogy az astigmatismus sokféle alakban kerül a vizsgáló szemorvos elé és ezen változatoknak valamely határozott irányban való felfedése és a foknak megállapítása után, azon kérdés eldöntése is a vizsgálat megejtésével megbízott katonarvosra vár, hogy

adott esetben az astigmatismus által feltételezett látásgyöngöség olyan-e, hogy a szolgálatképességet kizárja vagy javító üveggel odáig lehet korrigálni, hogy az eset a szolgálatképtelenség határában belül maradjon. A felvetett kérdésekre félremagyarázhatlan határozottsággal csak az a katonarvos felelhet meg, a ki megfelelő szakmabeli jártassággal bír, a vizsgálati módszereket ismeri és azok helyes alkalmazásával tisztában van.

Lássuk már most, melyek általában azon vizsgálati módszerek, a melyeknek segítségével az astigmatismus felderíthető, alakja és foka megállapítható?

Legcélszerűbb, ha a vizsgálatot ott kezdjük, — mint az a budapesti szemészeti klinikán divó szokás — hogy a rosszul látásra panaszkodónak szemét előbb áteső fényenél (fokális világítás) megtekintjük, mikor az esetleg jelenlevő közegi homályok s más zavarok, mint a látásromlás előidézői, azonnal szembeötlenek s azután fordítjuk figyelmünket a szem alakjára. Igen sok esetben ugyanis már a szem alakjából képesek leszünk annak fénytörő tulajdonságaira következtetést vonni. Így a hypermetropiás szem hiányos fejlődésű, méreteiben akárhányszor tetemesen megkisebbedett (mikrophthalmus), a sclerotica csekélyebb görbültséget mutat és az egyenlítő táján hirtelen áthajlik, melyből rövid szemtengelyre lehet következtetni, a csarnok sekélyebb, pupilla kisebb és látszólagos kancsalság van kifelé. A myopiás szem egészben véve előbbre dül, a szemhéjakat elődomborítja és szaruhártyája laposabbnak tűnik fel, míg az astigmatismus nagyobb fokainál a szemteke a délkörök görbülési határában párnacsücsökhöz hasonló alakúnak fog látszani.

A további vizsgálatok során a vizsgálandót háttal az ablak felé ültetve, felszólítjuk, hogy az 5 meternyire felállított Csapodi-féle táblán felrajzolt betűket („Látás-próbák“) felülről lefelé folytatódólagosan olvassa le, vagy ha olvasni nem tud, a Csapodi által szerkesztett és különféle helyzetben levő alakokról mondja meg, hogy azoknak villaszerű háromága merrefelé néz, először az egyik s azután a másik szemével, miközben az egyik szem teljesen elfedve marad. Feltéve, hogy szabadszemmel csak ujjakat veszen ki vagy csak 1—2 sort olvasott le, megkísérjük előbb pozitív, azután negatív üvegekkel, a leggyöngébbeken kezdve (+ 0 25; — 0 25 D.) a látást javítani. Ha célunkat így nem érnök el, megkísérjük a szem elé helyezni a szűklíkat, s ha most 2—3 sorral többet olvas az illető, jogunk van feltenni, hogy a szem astigmatismusos (a gyuladások és hegek után visszamaradt *cornealis As.* itt nem lesz figyelembe véve).

A szabályos astigmatismus mértékének megállapítása tekintetéből kétféle irányban fogjuk a vizsgálatot folytatni: 1-ször a födélők irányát kell meghatároznunk; 2-szor a födélők fénytörése közötti különbséget, illetve az As. fokát. A kitűzött cél elérésére nézve a vizsgálati eljárások kétfélék: *functionalis* (subiectív) és *objectív* vizsgálati módszerek.

A *functionalis* vizsgálati módszerek azon kísérleti eljárásokon alapulnak, melyekkel Young, Airy és mások saját astigmatismusokat akarták meghatározni.

I. A *functionalis* módszerek a következők:

a) Donders ajánlata szerint a födélők meghatározása akkép eszközölhető, hogy az ablak egyik üvegtáblájára közepén átlukasztott lapot helyezünk s az astigmatismusos szemű egyénnel a nyílást nézetjük. A mely irányban a nyílást elhúzódottnak fogja látni, lesz az első s a kereszteződésben a másik födélő. Ha az így talált födélők irányában a stenopaeikus rést először függélyesen állítva helyezzük a próbaszemüveg foglalatába, miközben a másik szemet elfödve tartatjuk s a látáspróbákat 5 meternyiről olvastatjuk s a látásélesség így nyert eredményét feljegyezve, a rés elé convex üveget tartunk s azt találjuk, hogy a látás javult; a legerősebb convex üveg fogja a délkörre nézve a fennálló hypermetropia fokát kifejezni. A rést vízszintesre állítva, ugyanezen sorrendben fogjuk a másik födélő fénytörési állapotát kipuhatólni. Ha a convex üveg nem felel meg, concav üvegekkel kell megpróbálkoznunk. Azon leggyöngébb concavüveg, a mely a látást javítja, fejezi ki az egyik vagy másik födélőben fennálló myopia fokát s az elolvasott sor a látásélességét. Ha valamelyik födélőben a rés elé tartott pozitív üveget nem fogadja el és negatív nem javít, ezen délkörre nézve emmetropia áll fenn. Például:

$$\begin{array}{l}
 J. \left\{ \begin{array}{l} | \frac{5}{20} + 1.0 \text{ D. v} = \frac{5}{10} \\ - \frac{5}{30} \text{ ü. n. j.} \end{array} \right. \\
 B. \left\{ \begin{array}{l} | \frac{5}{15} + 1.0 \text{ D. v} = \frac{5}{7} \\ - \frac{5}{20} \text{ ü. n. j.} \end{array} \right. \\
 \\
 J. \left\{ \begin{array}{l} | \frac{5}{15} \text{ M.} - 0.5 \text{ D. v} = \frac{5}{10} ? \\ - \frac{5}{15} \text{ Hm.} + 2.5 \text{ D. v} = \frac{5}{7} \end{array} \right. \\
 B. \left\{ \begin{array}{l} | \frac{5}{15} ? \text{ M.} - 0.75 \text{ D. v} = \frac{5}{7} ? \\ - \frac{5}{15} \text{ Hm.} + 2.0 \text{ D.} = \frac{5}{7} ? \end{array} \right.
 \end{array}$$

J. = jobb szem; B. = bal szem; | = függélyes rés; — = vízszintes rés; ü. n. j. = üveg nem javít; M. = myopia; Hm. = hypermetropia.

b) Az Airy-féle módszernél, melyet az összetett myopiás astigmatismus magasabb fokainak meghatározásánál vehetünk igénybe, úgy járunk el, hogy sötét ernyő közepén levő kerek nyílást tartunk a vizsgálandó szeme elé, s miközben az égre vagy valamely fényforrás felé nézetjük, a nyílást a szentől oly messzire tolatjuk el, illetőleg közelítjük, míg az elhúzóadás az egyik s másik fődéllőben a legtisztább lesz; a léptéken leolvasott távolságok fejezik ki a két fődéllő myopiájának a fokát. Ha e módszert a nem myopiásoknál is akarjuk alkalmazni, a szemet egy megfelelő pozitív üveggel előzőleg myopiássá kell tenni. A módosított Airy-féle eljárásnál az alkalmazkodást mydriatikummal szüntetjük meg.

c) Stokes módszere. A Stokes-féle 4.0 D.-ás astigmatismusos lenese áll egy convex és egy concav cylindrikus üvegből, melyek egymás felett forgathatók. A vizsgálandóval ezen a lencsén keresztül nézetünk s az üvegeket addig forgatjuk egymás felett, míg a legtisztább látást értük el. Az eszközön alkalmazott mutatóval beállítjuk a talált déllőt s a beosztáson leolvassuk az astigmatismus fokát. A gyakorlatban azonban ezen módszer nem válik be, mert az astigmatismus javításánál az ametropiának egy csekély része még mindig korrigálatlan marad, a mennyiben az As. myopiára vagy hypermetropiára kiegyenlíthető ugyan, de emmetropiára csak sphaerikus üvegekkel lesz lehetséges, a végleges javítást eszközölni.

d) Becker a fődéllőket félkörben álló, sugárszerűen elhelyezett, kinyitott legyezőhöz hasonló, fekete vonalas ábra segítségével határozta meg. A vonalak 10^o-nyi távolban vannak egymástól s a 0^o-kal jelölt középső vonaltól balra esők minus (—), a jobb oldalon állók plus (+) jelűek. Ha az astigmatismusos ezeket a vonalakat 5 méternyiről szemügyre veszi, az egyik fődéllőben állókat tisztán, a vele keresztződőket csak homályosan fogja kivehetni. A fődéllők illetően meghatározása után, a fénytörést cylindrikus üvegekkel fogjuk megállapíthatni.

e) A Becker-féle vonalas ábra helyett Pray és Heymann a fődéllők meghatározása céljából, a mondott ábrához hasonló alakban felrajzolt csikolt betűket nézettek a vizsgálandóval, kinek azt a betűt kellett bemondania, a melynek csikjait legtisztábban kivette.

f) Az astigmatismus fődéllőinek és egyúttal ezek refractiójának meghatározására, valamint magának a cornealis asymmetriának kijavítására, illetve a távolpontnak a véghetetlen távolba való kitolására szolgálnak a cylindrikus üvegek. Ezek háromfélék: egyszerű cylindrikus, bicylindrikus (□) és sphaero-cylindrikus (○) üvegek. Az egyszerű cylindrikusak a sphaerikus üvegek mintájára, gyűjtőtávoluk szerint, pozitív és negatív csoportra oszlanak. Positívek: a biconvex, planconvex és concaveconvex (positív Meniskus); negatívek: a biconcav, planconcav és convexconcav (negatív Meniskus) üvegek. Mindezen elősorolt üvegeknek az a fősajátága, hogy a tengelymentén a fénysugarakat szabadon át eresztik, míg a görbüléssel keresztzett irányban hatásukat vagy mint gyűjtő-, vagy mint szórólencsék fejtik ki.

Cylindrikus üvegekkel a vizsgálatot akkép ejtjük meg, hogy a próbaszemüveg forgatható gyűrűjébe, a szükséghez képest convex vagy concav cylindrikus üvegeket teszünk s a vizsgálandóval a látáspróba betűt olvastatva, az üvegeket addig változtatjuk és forgatjuk a szem előtt, míg megtaláltuk azon legerősebb convex vagy leggyöngébb concav üveget, melylyel adott esetben a fennálló astigmatismusnak kielégítő vagy megközelítőleg tökéletes kijavítását létrehozhattuk.

A cornealis asymmetriát azonban, mint az a mondottakból is kitetszik, cylindrikus üvegekkel csak kielégítőleg, csak meg-

közelítő pontossággal korrigálhatjuk, s a mint az a tapasztalatból ismeretes, csupán azokban a kedvező esetekben, mikor a cornea fődéllőrei a cylindrikus üveg főtengelyével összeesnek. A pápaszem foglalatának elhajlása, a szemek oldalmozgásai, avagy a szemüveg oldalrészein való keresztülzés elégséges okot szolgáltatnak arra, hogy a cornea fődéllői és a használt cylindrikus üveg között létesített dioptrikus összhang meg legyen zavarva és a tárgyak természetes alakjukból kiforgatottaknak, eltorzultaknak láttassanak. „Az ilyen cylindrikus szemüvegeket használó egyéneknek általános panaszja abban áll, hogy látóterük szűk és csak akkor látnak élesen, ha a cylinderlense középen néznek át. A torus-lensék használata által a felsorolt nehézségek el vannak hártva, mivel a nézővonal minden állásánál a cornea főmeridiánjai a viszonyoknak jobban megfelelő üveggörbületekkel állanak szemben.“

Vannak egyszerű (convex, concav) és kombinált torusok, azaz olyanok, melyeknek egyik felülete torikus s a másik sphaerikus görbületű. Vannak azután bitorikus és periskopikus-torikus (kagylóalakú) lencsék.

A torus-lensék úgy a szóban forgó cornealis, mint az összetett astigmatismus javítására vannak hivatva és minthogy a cylindrikus üvegeknek összes előnyeit, azok hátrányai nélkül egyesítik, velők a kívánt cél idealisan elérhető. (L. Goldziehernek „A torus-lensék“-ről 1893-ban tartott előadását.)

II. Objectív módszerek, illetve vizsgálati eszközök: a Placido-féle keratoskop, a Wecker-Masselon és Javal-Schiötz-féle astigmatometerek, Schmidt-Rimpler refraktometere, a skiaskopia és végre a szemtükör.

g) A Placido által feltalált keratoskop bádogból készült s középpontján átfűrt korong, mely a patiens felé fordított és fehérre festett oldalán, egyenlő szélességű, koncentrikusan elrendezett fekete köröket tüntet fel. A vizsgálandó astigmatismusos szemet, a korong közepén levő és convex lenesével ellátott nyíláson át szemléljük. A normalis szem corneáján a közők felrajzolt szabályos távolságban körkörösön tükröződnek vissza, míg cornealis astigmatismus jelenlétében, elliptikus elhúzóást észlelünk. Az ellipsis hossz tengelye a csekélyebb görbültségű hossz tengelyben fekszik, a mely jelenléte nemcsak a fennálló astigmatismusra, hanem a délkörök főirányára nézve is tájékozva leszünk. Pontos adatok azonban ez eszközzel nem nyerhetők. A sorozásoknál való használása annyiban ajánlatos volna, a mennyiben az astigmatismus jelenlétének konstataálásával, a katonakórházakban eszközöndő, további vizsgálatokra nézve, némi támpont lenne nyújtva.

A Wecker-Masselon, Javal-Schiötz-féle astigmatometerek, valamint a Schmidt-Rimpler-féle refraktometer is az astigmatismus fődéllőinek és fokának meghatározására szolgálnak, de ezek körülményes leírását mellőzöm és rövideg okáért, az említett eszközkhöz csatolt pontos leírások és ábrákra utalok.

h) Skiaskopia. A Cuignet által ajánlott s Parent, Chibret és Monoyer által vizsgálati módszerré emelt skiaskopia (árnyékpróba) lényegében a következő: ha a pupilla területére 1 méternyi távolról siktükörrel fényt vetítünk és a tükröt függélyes tengelye körül jobbra elfordítjuk úgy, hogy a pupillaterület egy része még megvilágítva maradjon, akkor a másik felére árnyék fog borulni, mely a tükrő teljes elfordításánál balról jobbra suhan át.

Ha tehát a vizsgálandó szeme olyan fokban myopiás, hogy távolpontja (punctum remotum) a vizsgáló és vizsgált szem között van, az árnyék a pupilla területén a tükrő elfordításával ellenkező irányban fog átsuhanni. Ha a vizsgálatot concav tükrőrel végezzük, az árnyék haladása könnyen érthető physikai okokból megfordított irányban fog végbemenni. Az árnyék haladási iránya, alakja és sebessége ujjmutató lehet az ametropia megítélésében. Mennél lassúbb az árnyék haladása és íveltebb határa, annál nagyobb fokú az ametropia és megfordítva.

Bármely szemet myopiássá lehet tenni, ha eléje erősebb concav üveget tartunk, a mikor egyszersmind az árnyék átesapását is alkalmunk lesz észlelni. Ép úgy lehet myopiás szemet concav üveggel emmetropiássá tenni vagy a rövidlátás bizonyos alacsonyabb értékre redukálni (pl. 1 D.-ra).

A kifejtett elvek alapján konstruáltattak a különböző skiaskopok (Schweigger-, Hess-, Roth-, Wolff-, Hori- és Rindfleisch-

féle skiaszkopok). Valamennyinek az a célja, hogy az árnyékpróba segítségével a szem refraktióját meg lehessen határozni.

A budapesti szemészeti klinikán a Roth-féle skiaszkopot több ízben használtam a fénytörés és az astigmatismus fókának meghatározására és kielégítő eredményeket értem el vele. E készülék alkatrészei: siktükör nyéllel, korong 6 üveggel (convex = 4, 8, 13; concav = 6 és 12) különböző színű lapokkal felismerhetőkké téve és mérőszalag az üvegeket jelző színes sávokkal, mely a két alkatrészt egymással kapcsolatba hozza.

Az astigmatismus alakjainak és fénytörési viszonyainak meghatározásánál ezen eszközzel megállapítjuk először a szem refraktióját a vízszintes délkörben úgy, hogy a korongba foglalt üvegek valamelyikét közvetlen a vizsgálandó szem elé tartjuk és bizonyos távorról a tükör által a pupilla területére vetített fényt, a tükörnek merőleges tengelye körül való elfordítása által jobbról balra és viszont átvezetjük és a függélyes délkörben úgy, hogy a fényt felülről lefelé és megfordítva reábocsátjuk. Azután a vizsgálandó szemhez mindaddig közeledünk, míg az árnyék haladása bizonytalanná válik és most a szem elé tartott üveg jelző színét a mérőszalagon felkeresve a refraktiót direkte leolvassuk. Ha már most a vízszintes délkörben pl. 3 D. myopiát és a függélyesen 5 D.-t találtunk, az astigmatismus foka egyenlő a két fődéllő fénytörési különbségével, tehát jelen esetben 2 D.-val. Ennek a vizsgálati eszköznek az a nagy előnye, hogy a fődéllők refraktióját megközelítő pontossággal meg lehet határozni és így az összes astigmatismust is, de hátránya, hogy a fődéllők irányát nem lehet vele pontosan beállítani, melyek mint tudjuk, nem fekszenek mindig pontosan sem a vízszintes, sem a függélyes délkörben, hanem igen sokszor jelentékeny eltéréseket tüntetnek fel. A vizsgálatot bármely szemtükörrel és sphaerikus üvegek igénybevételével hasonló módon meg lehet ejteni.

i) Szemtükör. Knapp dr. volt az első, ki 1861-ben reámutatott arra, hogy astigmatismussal a látóideg (papilla) egyenes képen vizsgálva, alakváltozást mutat, azaz, hogy az erősebben törő, illetve rövidebb gyújtó délkör irányában el van húzódva.

Ha szemtükörrel egyszerű myopiás astigmatismust vizsgálunk, azt fogjuk észrevenni, hogy a papilla hosszirányban tojásdad alakban el van húzódva, felső és alsó szélei elmosódtak, míg a külső és belső szélek élesen határoltak; megközelítőleg függélyesen kiinduló véredényei tisztán kivehetők, a többé-kevésbé vízszintesen haladók azonban fátyolozottak. A kép megfordított sorrendben ugyanazon viszonyokat fogja feltüntetni, ha az erősebb fénytörésű, illetve rövidebb gyújtó fődéllő, a vízszintesben van. Ha a fődéllők ferdén állanak, mint a hogy ez elég gyakran előfordul, a papilla is ferde állású ovalis alakot fog mutatni. Fordított képen vizsgálva a papillát, arra a tapasztalatra fogunk jönni, hogy a míg egyenes képen a függélyesen álló fődéllő irányában hosszúkasan ovalis alakja volt, addig fordított képen alakja harántul ovalis vagy kerekded. Ezt az astigmatismus lényegében rejlő alakváltoztatást — a papilla anatomikus konfigurációjától teljesen eltekintve — az egyenes és fordított képen való vizsgálatnál mindig szemünk előtt kell tartani, ha a tévedést kikerülni akarjuk. A papilla elhúzóási irányára tehát, a fődéllők fekvésére nézve is tájékozást nyújt.

A fődéllők refraktióját egyenes képen úgy határozzuk meg, hogy a fődéllők irányában a papillából derékszög alatt széthajló és függélyesen felfelé törekvő, respective vízszintesen haladó edényeket, a papilla széléhez közel szemügyre vesszük és kikeressük azon leggyöngébb concav vagy legerősebb convex üveget, melylyel azokat legtisztábban tudjuk megkülönböztetni. Azon üveg, melylyel a függélyesen haladó véredényeket vehetjük ki legtisztábban: *a vízszintes délkör fénytörési állapotát* jelzi, s melylyel a macula lutea felé vízszintesen haladók látszanak legjobban: *a függélyesen fennálló refraktiót* árulja el. Az üvegek közötti különbséget adja az astigmatismus fokát.

Ha az itt felsorolt eljárásokon és vizsgálati módszereken végig tekintünk, önként felvetődnek a következő kérdések. 1. Gyakran fordul-e elő az astigmatismus? 2. Van-e olyan alakja és foka, mely a megfelelő üveggel való javítás után, katonai szolgálatra fegyverrel vagy a nélkül, tehát csak bizonyos csapatnemekre nézve nyújt a besorozást és szolgálatképességet illetőleg, kecsgető kilátásokat és ha igen, elérhető-e olyan magas számérték, a látásélesség javítása által, mely a kiválasztással járó fáradságos, sok

türelmet és időt igénylő hosszadalmas utánjárást indokolja? 3. Melyik azon vizsgálati eljárás, illetve eszköz, mely a katonai orvos részéről a legtöbb figyelemre érdemes?

ad 1. Donders „Astigmatismus und cylindrische Gläser“ című munkájának előszavában azt írja: „nem vonakodom kijelenteni, hogy 100 beteg közül, a kik a szemorvoshoz fordulnak, átlag legalább kettő van olyan, kinek látása a szem törőközegeinek aszimetriája miatt rossz és a kinél cylindrikus üvegekkel javítás várható“. Később ismét azt mondja, hogy 40–50 szem közül legalább egy astigmatismusos van. Én 8 hónap leforgása alatt, a budapesti szemészeti klinikán 2317 egyént vizsgáltam meg szemtükörrel (törőközegei zavarok rendellenességei és szemfenéki eseteket összevetve) s ezek között találtam: 1018 hypermetropiás, 316 myopiás és 61 astigmatismusos szemet.

ad 2. Pfalz (Düsseldorf) szerint az astigmatismusos szemek alig javíthatók s a javítás csak specialista által eszközölhető, — mert teljesen jól illő szemüvegek mellett is, olyan látásélesség nem érhető el, mely a tűzérségnél, gyalogság- vagy lovasságnál megfelelne. A jó látás, szerinte, akadályozva lesz már egyszerűen az által, hogy a szemüveg foglalata esetleg elhajlik, valamint azon körülmény miatt is, hogy czélzásnál a szemüveg oldalrészein kell átnézni és végre minthogy a katonai szemüvegét csakis lövéskor használja, nem tanulja meg az alak és távolság helyes megítélését. Az As. csekélyebb fokainál (1.5 D.-ig) 596 esetben mégis jó katonai látásélességet kapott, míg a magasabb fokoknál, még ha a tengelyek egyenesen állottak is, tetemes apadás volt észlelhető; az összetett astigmatismussal még kedvezőtlenebbül állott a dolog. A mondatokból a végén oda concludált, hogy az astigmatismus 2.0 D. értéknél több nem lehet, mert ilyen látás a fent említett csapatoknál a szolgálatképességet az érintett okokból kizárja.

Nordenson „Recherches ophthalmométrique sur l'astigmatisme etc.“ című munkájában viszont kiemeli, hogy 1.5 D. cornealis astigmatismus mellett fiatal egyének látásélessége nem hagy kívánnivalót (. . . les jeunes gens d'avoir une acuité visuelle supérieure à 6/6). Mások még tovább mennek és észleleteikre támaszkodva odanyilatkoznak, hogy ez nemesak a fiatalság kiváltsága és hogy még 3.0 D. As. mellett sem fog a jó látás a legkevésbé is szenvedni.

Az általam megvizsgált astigmatismusos szemek csekély száma nem jogosít fel arra, hogy merész kijelentéseket tegyek, de támaszkodva a mások vizsgálatára és minthogy 61 eset közül, egyszerű hypermetropiás és myopiás As.-nál a megfelelő cylindrikus üvegekkel (1.5–2.0 D.) 14 egyénnél 7/7 (Csapodi-féle „Látáspróbák“) és 3-nál 5/5 visust értem el, hiszem, hogy ezek az egyének jól konstruált és toruslencsékkel — melyeknek egyetlen hibája, hogy nagyon drágák — felszerelt pápaszemmel, gyalogcsapatoknál, a látás élességükkel szemben támasztott követeléseknek ép úgy meg fogának felelni, mint a 4.0 D. pápaszemet viselő myopiások; különösen, ha figyelembe vesszük, hogy a torusüvegek szerencsés constructiójánál, illetve köszörülésénél fogva: „a látvonal a szemmozgásainál mindig körülbelül merőlegesen az üveg felületére és ilyenképen a láttérben oldalt fekvő tárgyak széthúzása és eltorzulása eszik“. (L. Goldzieher „Torus-üvegek“.)

Az astigmatismusos szemű egyén pápaszemét kénytelen hordani, ha a tárgyakat természetes alakjukban akarja látni, s ez esetben meg fogja szokni az alak és távolságra nézve is a helyes itéletalkotást. És ha azt elfogadják is, hogy 2.0 D.-nál magasabb értékek, a tűzérségnél és lovasságnál való szolgálat megnehezítik, sőt lehetetlenné is teszik, marad még elég olyan csapat- és fegyvernem, hol különbeni alkalmasság mellett 3.0 D. értékű egyszerű hypermetropiás vagy myopiás As. a besorozás és az illető csapatnál vagy katonai intézetnél való szolgálatteljesítés elé semmiféle akadályt nem fog gördíteni. Ezzel kapcsolatosan a bevezetésben feltüntetett és a látásélesség csökkenése címén (ebben az astigmatismusos egyének is benne foglaltatnak) elbocsátottak száma is tetemesen meg lesz apasztható.

ad 3. A szemtükör az az eszköz, melylyel a szemész-katonai orvosnak úgy kell banni tudni, mint a legjobb vadász vagy gyalogos katonának a Mannlicher-puskával. Katonás rövidség okáért, de a lényeg megcsorbitása nélkül, ezzel kezdetjük a törőközegek rendellenességére való puhatolozást és nagyobb gyakorlatnál, azt mondhatnám minden esetben, ezzel az eszközzel, a kívánt értelem-

ben be is fejezhetjük a vizsgálati eljárást. Ha az egyenes és fordított képen való vizsgálattal, mint azt fenn leírtam, kiderítettük, hogy a vizsgálandó szem astigmatismos, az árnyékpróba segítségével könnyen tájékozódhatunk a meglévő aszimetriának alakja és fődéllőinek iránya felől is; azután egyenes képen meghatározzuk a refrációt és végül a talált eredményhez képest kikeressük a megfelelő cylindrikus (respective torus-lencsét) üveget.

A szemtükör kezelésében jártos katonarvos a leírt értelemben könnyen fog boldogulni s az astigmatismos szemben elhúzódtoknak látszó és elmosódott határokkal bíró papillát ép oly kevésbé fogja a gyuladással eredetűnek (papillitis) tartani, mint a hogy a physiologikus szemfenéki táblázottságnak semmi köze nincs a degeneratio retinae (retinitis pigmentosa) körképéhez.

Irodalom: „Astigmatismus und cylindrische Gläser“ F. C. Donders. — „Regulations as to Defects of vision“ etc. by J. Fayrer. — „Optique physiologique“ Tehering. — „Refraction et Accomodation“ Landolt. — „La vision et ses anomalies“ Giraud-Teulon. — „Der Sitz des Astigmatismus“ Donders. — „Előadások a szemtükörözésről“ Grósz Emil. — „A szem fénytörése“ Hoor. — „Útmutató a szemészetben“ Csapodi István. — „De l'astigmatisme“ Imbert. — „Refraction of the Eye“ G. T. Helm. — „Vorlesungen über den Gebrauch des Augenspiegels“ Schweigger. — Több kisebb dissertatio az astigmatismusról. „L'examen de la vision devant les conseils de revision et de reforme dans la marine et dans l'armée“. A. J. Barthelemy.

A közellátóság osztályozása.

Irta: Csapodi István prof.

A myopiának kis fokura, közepesre és nagy fokúra való felosztása nem elégséges, az *excessiv* jelzővel való megtoldása pedig bizonytalan. Előadásaimon én praktikusabbnak látszó osztályozást szoktam tenni. Mivel pedig, azt hiszem, a szemüveg-rendelés dolgában ez az osztályozás teljes útbaigazítást ad, e helyütt is ismeretemet felosztásomat.

I. Csekély fokú közellátóság 0.25—0.75 D.

Ezen a fokon nem okvetlenül szükséges a szemüveg, a szem összehunyorítása annyira csökkentheti a szóródásos köröket, hogy teljes látás is lehetséges. A kiknek azonban kiváló szükségük, hogy messzire tisztán, finoman lássanak, orresiptetőt rendelünk. Középre nem engedünk üveget viselni.

II. Kis fokú közellátóság 1—3.5 D.

Messzire nézéskor okvetlenül szükséges a szemüveg, tehát könnyen föltehető és levehető orresiptetőt adunk. Íráshoz, olvasáshoz nem engedjük meg az üveg viselését. Bizonyos foglalkozásokhoz azonban szükséges lehet a szemüveg. Zongorázáshoz, üzleti könyvek írásához mintegy félmeternyi távolságig kell tisztán látni; tehát erre a célra javítjuk a 2 dioptrián felül eső részt pl. 2.5 D-ből 0.5 D-t, 3 D-ből 1 D-t, 3.5 D-ből 1.5 D-t. Vonós hangszerekhez már az 1 D-án fölül levő részt javítjuk.

III. Közepes közellátóság 4—8 D.

A myopia ezen fokaira nézve szabály, hogy messzire nézéskor az egészet javítjuk, de olvasáshoz is okvetlenül adunk szemüveget, még pedig 3 dioptria javítatlanul hagyásával az ezen fölül levő részt pótoljuk üveggel. Pl. 4 D-ből 1 D-t, 5 D-ből 2 D-t, 6 D-ből 3 D-t. Az előbbeni pontban említett célokra szintén a 2 illetőleg 1 D-án fölül levő részt pótoljuk. Azonban megjegyzem, hogy nem szívesen rendelünk 6 dioptriánál erősebb üveget, a 7 és 8 D. rendelése kivételes.

IV. Nagy fokú közellátóság 9—13 D.

Az ilyen fokban közellátóknak is rendszerint csak 6—8 dioptriás szemüveget rendelünk a messzire nézéshez. A közélre nézéshez nem egyforma a rendelésünk, az összetérisítés állapota határoz. Ha az összetérisítés elég jó, úgy hogy a két szem együtt szokott működni, a szemüveg állandó viselését, tehát olvasáshoz, íráshoz használatát is, nemesak megengedjük, hanem meg is követeljük. A 8 dioptriást természetesen csak 11 D-től kezdve engedjük meg olvasáshoz is. Ellenben, ha az összetérisítés rossz, tetemes az insufficiencia, akkor a közélre nézést szemüveg nélkül végeztetjük, fél szemmel. Ez sokkal kíméletesebb szemhasználat, mint ha szemüveggel összetérisítésre kényszerítjük a két szemet.

V. Igen nagy fokú közellátóság 14 D-ától fogva.

Ezt az osztályt a Fukala-féle műtét javalata választja el az

előbbeni csoporttól. A mint Grósz Emil az egyetemi szemklinika részéről a lencse-kieresztés javalatát megállapította, a 14 D. a határ, melytől kezdve tetemes haszna lehet a myopiás embernek az operálásból. Operálás nélkül az ilyen ember sohasem juthat látása élességének teljes kifejtéséhez, sőt még csak meg sem közelíti a rendelhető 6—8, sőt esetleg 10 dioptriás szemüveggel az egész látó tehetőségét. Ellenben lencsehias állapotban 14 D. myopia után csupán 3 D hypermetropia várható, 15 D után 2.5 D, 16 D után 2 D, 18 D után 1 D, 20 D után emmetropiás lehet a szem fénytörése. Természetesen az alkalmazkodást még 3 dioptriás convex üveggel kell pótolni az E-ra nézve, 3 D-t kell hozzáadni a H föntebbi fokait pótló convex üveghez, tehát 6, 5.5, 5, 4 dioptriás lesz az olvasó szemüveg.

Összefoglalás.

I	—	0.25	0.50	0.75	D
II	1	1.25	1.50	1.75	D
	2	2.25	2.50	2.75	
	3	—	3.50	—	
III	4	4.50	5	5.50	D
	6	—	7	8	
IV	9	10	11	12	D
	13	—	—	—	
V	14	15	16	18	D
	20	—	—	—	

Iritis papulosa esete.

Irta: Csapodi István prof.

A bujakórság második időszakának korai nyilvánulása szokott lenni a szivárványhártya gyuladása. Ennek sajátlagos göbös alakját eddig általában *iritis gummosa* néven szokás nevezni. Mivel azonban ebben az időszakban nem fejlődnek gummák, hanem azok a harmadik időszak termékei, okszerű dolog volna, ha *Widder* tanácsa szerint a második időszak göbös szivárványhártya-gyuladását *iritis syphilitica papulosa* nével jelölnénk.

Tehát az *iritis syphilitica papulosa* egy érdekes esetét akarom ismertetni, mely gyógyítása során gondolkodóba ejtett, s mint ilyen tanulságossá vált.

P. V. 32 éves könyvelőt 1898. október 21-dikén láttam először. Jobb szemén élénk sugártáji belöveltsége volt, de szivárványhártyája épnek látszott. Egyelőre enyhe ólomvizes borogatást rendeltem neki. Mivel azonban az izgalom nem szűnt, fölvettem a kereskedelmi kórházba. Atropinra a szembogár kitágult, szélének tágulás közben láthatóvá vált letapadásai megszakadtak. Ekkor tudtam meg, hogy közvetlen e szembaja előtt bujakórság miatt gyógyították. A kórházból gyűlölfélben bocsátottuk el, de még januárius havában is folyton küzdöttem nemesak a jobb, hanem az időközben szintén megfájdult bal szem gyuladással is. Mihelyt az atropin becsöpögtetését abba hagytam, a két szem újra megvörösödött, sőt apró letapadások is támadtak. Általános orvoslásul Kerpel-féle szürke pilulákat szedtettem vele, majd bedörzsölő kúrát, azután jodkaliomot rendeltem neki.

1899. januárius 13-dikáról jegyeztem föl, hogy a különben igen tág szembogár nem egész kerek, hanem a bal szemben kívül-

alul, a jobb szemben alul nem egészen teljes a tágulása, erre felé a szivárványhártya vastagabb, mintha ki nem fejlődött göb volna benne. Jan. 15-dikén a bal szem szivárványhártyája megvastagodott részében kis kerek vörös foltot láttam, ennek némi nyomát a jobb szemben is.

Minden esetre különösnek tetszett, hogy az iritis okszerű gyógyítása mellett, majdnem teljesen kitágított pupillájú szivárványhártyában göb keletkezhesék. Azonban gondolkodóba ejtett, hogy ha azon a helyen csakugyan papula támad, s a mint szokta, maradandó letapadást okoz, ott a környéki részen, nem lesz-e az nagyobb baj, mintha szűk pupilla széle tapad le. Elhatároztam, hogy meghagyom szűkülni a bal szem pupilláját, a jobbé maradjon tág, ott úgy sem bizonyos, fejlődik-e göb.

Jan. 17-dikén a bal szem pupillája már megszűkül, még pedig felső kerületében mérsékelt, alul-kivül azonban nagyon szűkké vált, itt a szivárványhártya megvastagodott, szélesen letapadt, szövetében jól kifejlődött vöröses sárga göb látszott. Scopolamint csöppenttettem kétszer, otthonra atropint rendeltem. Másnapra a felső kerület jól kitágult, de a letapadás megmaradt. 10 percznyi időközökben 3-szor csöppenttettem scopolamint. Jan. 19-dikén a letapadás még mindig nem engedett. Ekkor scopolamint, 10 percz múlva atropin-cocaint, újabb 10 percz múltán megint scopolamint csöppenttettem. Másnapra a szembogár teljesen s kerekre kitágult, a göb elsimult s lassanként eltűnt, nyomot alig hagyva.

Ez alatt a jobb szem pupilláját folyton tágan tartottam. A gyanus folt itt is papulának bizonyult, de a tágan tartás miatt nem nőtt nagyra. Azonban mégis megbántam, hogy nem tettem ezzel a szemmel is úgy, mint a ballal, mert az iritis teljes gyógyultával is csorba maradt a szembogár. Ugyanis a különben rendes tágaságú pupilla aláfelé egy kissé elhúzdódik, affelé a kis sorvadttal felé, mely a szivárványhártya alsó felének lapjában látható.

Érdekes volt ebben az esetemben, hogy a papula az okszerű orvoslás közben, hónapokig tartó gyógyítás során, majdnem teljesen kitágult szembogarú szivárványhártyában fejlődött ki, még pedig mind a kettőben. Érdekes, hogy a megszükülés gyors kifejlődést engedett neki. Érdekes, hogy az erőtített tágító kísérletek a letapadást végre tökéletesen megszakították; pedig tudjuk, mily ritkán sikerül a papulás letapadásokat teljesen megszüntetni. Érdekes, hogy ehhez megvolt az ellenőrző kísérlet a másik szemben másformán alakult folyamatban.

A jó eredmény elérése arra vall, mily hatalmas tágító szerünk van a scopolaminban, bár e hatás elérésében része lehetett az atropin-cocain-oldatnak is.

Végezetül megjegyzem, hogy a scopolamint szeretem iritises szembe csöppenteni, de a betegre magára nem bizom, mert mérgező hatása sokkal hamarabb beáll, mint az atropiné. A magam szemén is megpróbáltam néhányszor. Már rövid idővel a beesőpentés után szárazságot éreztem torkomban, s ha ismételttem a beesőpentést, szinte hányásra ingerlő köhögéssel kelle küzdenem. Egyszersmind vizelelkor sajátszerű forró érzésem volt, a mi bő vizivás során szűnt.

IRODALOM-SZEMLE.

A vasszilánkok felismeréséről és eltávolításáról gyűjtött adatait közli Asmus. A szem belsejében székelő magneses természetű idegen testek diagnostikája és műtéti módja az utolsó évtizedekben sokat tökéletesedett, nevezetesen az idegen test felismerésére szolgáló érzékeny eszközök, valamint az eltávolítást eszközölő erősebb electromagnes használatba vétele által.

Igen elterjedt használatnak örvend a Hirschberg-féle electromagnes, melynek kezelési módját szerzője pontosan körülírta. Igen jó eredmény érhető el vele, csak arra kell ügyelni, hogy megfelelő áramerő alkalmaztassék. Egyáltalán nem mondható, hogy a nagy electromagnes feleslegessé tette volna ezen kisebb eszközt, mert sokszor csak éppen ezzel sikerül az idegentest eltávolítása. A nagy electromagnes annyiban kiméletesebb eljárást enged meg, hogy nem kell vele a szem belsejébe hatolni; nagy előnye, hogy ismeretlen helyzetű testeket is sikerül vele eltávolítani, ellenben

hátránya, hogy a nagy vonzó ereje miatt, főleg ha nem kellő óvatossággal alkalmaztatik, a szilánk a szem belsejébe képleteit zúzhatja, szakíthatja. Az által, hogy az idegen testet erősen húzza és így bizonyos érzést idéz fel a szemben, hozzájárulh azonban jelenlétének, sőt helyzetének felismeréséhez is. Ez az érzést a test elmaradhat, ha a test oly kicsiny, vagy oly mélyen ül, hogy a magnes hatáskörén kívül esik. Ily esetekben jó szolgálatot tesz a diagnostikának az érzékeny eszközök, nevezetesen a Gérard-féle magnetometer, s a sideroskop alkalmazása; ez utóbbi különösen megfelel e célnak.

A legideálisabb eredmény érhető el a sideroskop s a kis és nagy electromagnes együttes, egymást kiegészítő használatával; ha a nagy electromagnes nem áll rendelkezésre, úgy a Hirschberg előírása szerint alkalmazott kis electromagnes a sideroskoppal együtt is jó eredményt adhat. A statistika bizonyítja, hogy a műtéti mód tökéletesedésével mind több idegen test eltávolítása sikerül. Hogy a látásélességből mennyi menthető meg, arra természetesen a műtéti eljárásán kívül több más tényező is befolyással van, nevezetesen a sérülés természete, a szilánk nagysága, aseptikus, vagy septikus volta, valamint a baleset óta eltelt idő; ez utóbbiától függ, hogy esetleg siderosis vagy izzadmányképződés bekövetkezett-e, vagy sem. Bár nem tagadható, hogy Hippel szerint a szem siderosisszerű elszíneződése haematogen eredetű is lehet, mégis az irisnek rozsdás színe, valamint az elülső lencsetoken látható rozsdabarna foltok jelentős támpontot nyújtanak a szem belsejében székelő vas- vagy acél-szilánk felismerésében. E törekvésünkben esetleg a Röntgen-féle X-sugarak is segítségünkre lehetnek, de hogy az idegen test magneses természetű-e, erre csak a mágnesű adhat feleletet. (Zeitschrift für Augenheilkunde 1899. 2. Heft).

Az 1897. és 1898. évben megjelent **bacteriologiai dolgozatokról** közölnek adatokat Bach és Neumann. A vizsgálók nagy része egyetért abban, hogy a conjunctiván ép viszonyok közt is számos bacteriumfaj található, köztük több feltételesen pathogen is. Kimutatásuknál jó szolgálatot tesz a fedőlemez készítmény, mert több bacteriumot éppen csak festés útján lehet kimutatni (xerosis-, diplobacillus), míg tenyésztésük eddig a közönséges talajokon igen nehezen, vagy egyáltalán nem sikerült. A mi a valódi diphtheria-bacillus, a pseudodiphtheria s a xerosis-bacillus közt való elkülönítő diagnosist illeti, arra a meggyőződésre jutottak, hogy éles és határozott, minden esetre érvényes megkülönböztető jel az említett 3 microorganismus közt nem állapítható meg; sőt inkább úgy látszik, hogy átmeneti alakok vannak a virulens diphtheria-bacillustól az egészen hatástalan xerosis-bacillusig.

A conjunctivánál is nagyobb számban találhatók pathogen bacteriumok a szemhéjszájban; a védekezés velük szemben igen nehéz. Eddig nem ismeretes oly módszer, melynek segítségével biztosan csiramentessé tehetnők a kötőhártyát, s még kevésbé a szemhéjszájat. Az erős desinfectans anyagok valamennyien károsan hatnak egyszersmind e szervekre is, a mennyiben esőkkentik az ellentállási képességet a microorganismusokkal szemben, s heves izgalmi állapotot teremtenek. Az újabb kutatók tényleg az asepsis mellett foglalnak állást. Sebzések után bekövetkezett infectióknál még a hydrargyrum oxycyanatum ajánlható leginkább; Bachnak mindig sikerült vele a corneába oltott bacteriumokat megölni. Ostwald kísérletei nyomán azon következtetésre jut, hogy az intraocularis operatiókhoz szegődött fertőzés függ: 1. mindenekelőtt lencsetörmelékek jelenlététől, 2. a bacterium virulentiájától és 3. mennyiségétől.

A conjunctivitisek bacteriologiájának már nagy irodalma van. A kérdés még korántsem sincs teljesen tisztázva, de talán nincs messze az az idő, midőn a conjunctivitis aetiologiáját a bántalom keletkezési módjából, egy, vagy kétoldalúságából, a két szem megbetegedése közt lefolyt időből stb. a legnagyobb valószínűséggel lehet majd megállapítani. Hogy tisztán csak a bonczatani és klinikai tünetek e célra elégtelenek, azt a vizsgálatok egész sora igazolja.

Ismereteink mai állása szerint a conjunctivának feltétlenül és feltételesen pathogen bacteriumait különböztethetjük meg; előbbiekhez soroljuk a gonococust, a Koch-Week-féle bacillust s a diplobacillust; utóbbiakhoz a diphtheria-bacillust, pneumococust,

staphylococci s a streptococci. (Zeitschrift für Augenheilkunde 1899. 6.)

Leitner Vilmos dr.

Ismereteink mai állása a trachoma fejlődését, kórboneztanát és aetiológiáját illetőleg. Junius dr. A trachoma főjellemonása a conjunctiva érdessége már az ókori orvosok előtt is ismeretes volt. Az érdesség lényegére nézve azonban igen eltérők voltak a nézetek. A nevezetesebb nézetek közül megemlíthetjük, hogy egyesek a conjunctiva mirigyves szövetelemei bántalmának, mások Eblétől leirt papillaris testecsek túltengésének, egyesek hólyagos exanthemának, a submucosus szöveti plasticus izzadányának tekintették. Bendz (1858) arra terelte a figyelmet, hogy a trachomás conjunctiván a lymphoidsejtek körülírt halmaza (lymphoid-follikulus) a legfeltünőbb kórboneztani elváltozást képezi, a nézetek más irányt vettek. Vizsgálatai után felmerült a kérdés, hogy vajjon a follikulus csak a trachománál fordul-e elő, vagy vannak a conjunctivának más karakteristikus elváltozásai is, és hogy micsoda szöveti szerkezete van a follikulusnak, vajjon valódi lymphoid-follikulus-e, vagy lobos termék? Míg a vizsgálók egy része (Krause, Baumgarten, Stöhr, újabban Logetschnikow) follikulust ép conjunctivában is találtak, mások már pathologikusnak tartják. Wolfring (1868) szerint follikulus ép conjunctivában nem fordul elő, és a trachomaszemcsék, a melyek csak a papillákban fordulnak elő, sohasem hiányzó és leglényegesebb substratumai a trachomának. A trachomaszemcse az adenoid rétegben levő lymphoidsejtek körülírt halmaza, a mely a conjunctiva reczés szövetéből álló stromából, ennek hézagait kitöltő lymphoidsejtekből, a follikulusokat körülvevő és beléjük hatoló erekből és igen gyakran a follikulust körülvevő a szomszédszövetből képezett hártýából áll. Ilyen szöveti szerkezetű follikulusok más conjunctiviteseknél is előfordulnak, azonban Wolfring szerint jellemző tömeges fellépésük, hogy bizonyos állandó elváltozást okoznak a conjunctivában. Ezen állítások mindegyikét megtámadták a szerzők, mégis kevés változással maig is fennáll. Hogy a trachomás esomónak stromája van, Mandelstam kivételével minden autor elfogadja. Hogy vannak véreerei, szintén általánosan elfogadott nézet, kivéve Iwanoffot, Rählmann Michel elfogadja, hogy a trachomaszemcsét kötszöveti hártýa veszi körül, Blumberg, Berlin Iwanoff szerint ezek nem tartoznak a follikulusokhoz. Villard újabb vizsgálatai szerint a follikulusok lymphoidsejteket, mononuclearis leucocytaikat, phagocytaikat és eosinophil-sejteket, polynuclearis sejteket tartalmaznak. Hogy a trachoma follikulusok visszafeljöhetnek, a szerzők részben tagadják, részben elfogadják.

A conjunctiva egyes rétegei elváltozására vonatkozó nézetek a következőkben adhatók: Az epithel kétféle elváltozást szenved, localisan hypertrophizál, a mely a conjunctiva érdességét képezi és necrotizál. A Berlins és Iwanofftól felfedezett „trachomamirigyek“ szerepe a trachoma létrehozásában kétes, jelentőségük annyiban lehet, hogy a trachoma kórokozóját magukba rejthetik, és újabb és újabb infekcióra alkalmat szolgáltathatnak. A conjunctiva adenoid szövetében levő elváltozást a vesiculosus granulatiót, a mely tiszta lymphoidsejtanyagot tartalmaz, már a régi szerzők is ismerték. Ezen rétegben előforduló elváltozások közül megemlíthetjük a Lebertől leirt félhordalaku sejteket, melyeknek jelentősége ismeretlen, és a szövet mélyében előjövő egymagvú sejteket, a melyek thionin vagy methylnékkel ibolyára festődnek, míg a mag kék marad. A hegképződés a trachomának igen gyakori kimenetele. Hogy miképen jó létre, hogy vajjon a follikulus elemei a kötőszövetben változnak el s ezt a szerzők csak egy része fogadja el, vagy pedig az infiltrált adenoid szövetben a follikulusokon kívül jó létre a hegesedés és ez az általánosabban elfogadott nézet. Az anatómiai vizsgálatok eredményét összefoglalva általában mondhatjuk, hogy a trachomára leglényegesebb, noha nem kizárólag karakteristikus a trachoma szemcse, de hogy az lymphoid-follikulus-e vagy sem, jelen kórboneztani ismereteink alapján el nem dönthetjük. A follikulus structuráját illetőleg Wolfring munkája alapvető, a későbbi autorok közül Rählmann, Villardtól tudunk a finomabb szerkezetre vonatkozó adatokat.

A trachoma kórokozóját már régen kutatták a vizsgálók. A bacteriologiai ismeretek előtt valamely constitutionalis dyskrasiának, nevezetesen chronikus localis vizsgálatnak tulajdonították főszerepet. A bacteriologiai vizsgálatok, mintegy két évtizedre vihe-

tők vissza, noha már Hirschberg és Krause irtak le a trachománál pálezika-bacillusokat. Ezen idő óta igen jeles autorok a legkülönbözőbb mikroorganizmusokat irták le, mint a trachoma okozóját. Igen sok támogatója akadt, a Sattlertől 1881-ben felfedezett diplococcusnak, a mely morphologiailag és biologiailag a Neissertől felfedezett gonococcusal majdnem azonos, csak hogy kisebb. Koch Egyiptomban, az úgynevezett egyiptomi szemgyulladás súlyosabb alakjánál a váladékban a Neisser-féle gonococcushoz hasonló mikroorganizmust mutatott ki. Michelnak 1885 sikerült oltási kísérletei voltak. Hasonló eredményre jutottak Rählmann, Poncet, Désormes, Kucharski stb. Azonban mindezen vizsgálatok nem állították ki a szigorú kritikát. Hasonló mondható a többi bacterium-fajtákra is, pl. a mikrosporon trachomatosum Noisewski, a mikrosporon furfur Kaposi stb. A vizsgálók más része a follikulusokban nem talált mikrobákat, hanem a conjunctiva váladékában igen sok bacteriumot mutattak ki. (Da Gama Pinto, Reid, Cazalis.) Újabban egyesek tagadták, hogy a trachoma infectiosus eredetű volna, hanem visszatértek a régi nézetre (Muttermilch, Guénod, Gunning). Mások a protozoák között keresték a trachoma kórokozóját, azonban pozitív eredmények ez ideig nincsenek. Burchardt ovalis coccidumokat, Czapliewski amöbákhoz hasonló testecskéket, Elze plasmodiumokat a monadatok csoportjából irtak le. Mindezeket összevetve látjuk, hogy a trachoma aetiológiája ez idő szerint ki nem deríthető. Az egyes mikroorganizmusok előidézhetnek acut conjunctiviteseket, a melyeknek azonban a trachomához semmi közük nincsen, esupán esetleg a talajt alkalmassá tehetik a trachoma kifejlődésére. Legújabbban egy új hypothesis merült fel, hogy a trachoma nem egy, hanem többféle mikroorganizmus által idéztetik elő, a melyek együttes közreműködése adja a trachoma tipikus képét. (Zeitschrift für Augenheilkunde I. 5. 1889. Mai.)

Gabler Lajos dr.

Thorner Walther új, stabil szemtükröt ismertet, melynél az összes reflexek ki vannak zárva; eszközzel, mely mozzatlan alapon áll, a szemlélő a vizsgált egyén szemfenekét tisztán láthatja, a nélkül, hogy a corneáról, vagy a lenesékről visszavert fény a képet zavarná.

A reflexek kizárásának több módja van. Legegyszerűbb berendezés az, midőn a vizsgálandó szem elé üveglapokkal határolt kamarát illesztünk, melyet physiol. konyhasó-oldattal töltünk meg; ez utóbbinak a törés tényezője a corneával körülbelül megegyezvén, elesik a cornea-reflex. Az eljárás azonban körülményes volta miatt nem terjedhetett el.

Egy másik mód a fény-polarisatió alapszik. Ha ugyanis a szemet vonalasan polarizált fényvel világítjuk meg, úgy ez a fény a corneáról ugyanígy, a szemfenékről azonban depolarizálva verődik vissza. Már most, ha az összes visszavert fényt oly Nicol-hasábon át nézzük, melynek polarizáló síkja 90°-val keresztbeződik a beeső fényével, akkor a corneának a reflexe megsemmisül, a szemfenékről visszavert depolarizált fény ellenben ismét vonalasan sarkítva, a vizsgáló szemébe jő. Legjobb ezen ezéla polarisatornak és analisatornak is Nicol-hasábokat használni; ilyen berendezéssel sikerült az összes, corneáról és lenesefelületekről származott reflexeket eltüntetni, csak az a kár, hogy a hasábok a szemfenékről visszavert fényt is gyenge fényt még jobban meggyengítik. Azért szerző a reflexek kizárásának egy más, sokkal egyszerűbb módját igyekezett a szemtükrözésre használatóvá tenni.

Az elv, melyet szemtükrének megszerkesztésénél követett, azon alapul, hogy ha a pupillának csak felén át világítjuk meg a szemfenekét, s a másik felén át vizsgáljuk, akkor reflexek nem juthatnak a vizsgáló szemébe. Oly válaszfal azonban, mely a vizsgálandó szem corneájának volna támasztható, tényleg nem alkalmazható, már pedig, ha e válaszfal a cornea felszínétől csak néhány milliméterre is van távol, már annyi sugár reflectálódik a megvilágító félről a vizsgálandó félre, hogy a cél elérésére irányult törekvésünk meghiúsul. Elérhető lesz azonban, ha e tényleg nem alkalmazható válaszfalat egy ily válaszfal optikai képével pótoljuk. E ezélt Th. oly berendezés segélyével érte el, melynek lényege az, hogy a világító sugarak útjába egy rekeszt téve, azoknak a felét kizárta; lenese és ferdén álló tükrrel ily módon a vizsgálandó szem pupillájának csak fele lön megvilágítva, míg a másik felét a vizsgáló sötétnek látja. A pupilla felén át

bejutott sugarak azért az egész szemfeneket megvilágítják, csak a fény erőssége csökkent a felére. A vizsgálandó és a vizsgáló szem közé iktatott convex lenese a felében megvilágított pupilla képét a vizsgáló pupillájának felére veti; a vizsgáló tehát ezen fél pupilláján keresztül veheti csak észre a vizsgálandó szemről jött reflexeket úgy, hogy nem kell mást tenni, mint alkalmas rekesz segítségével a vizsgáló szeme felé eső ezen sugaraknak útját állni, s akkor a vizsgálandó szem meg nem világított pupilla-felén át a szemfenékről jövő sugarak reflexek nélkül érhetik el a vizsgáló pupillájának felét. Ezen elv alapján készült a szemtükör, melynek szerző oly berendezést nyújtott, hogy a szemfenéken belátható terület, a fényerősség s a nagyítás is lehetőleg előnyös legyen.

A tükörrel, mely fordított képét adja a szemfenéknek, oly nagyítás érhető el, mint egyenes képen való vizsgálatnál. Ajánlatos a pupillát kitágítani; ilyenkor a papilla s a mac. lutea egyszerre látható. Miután reflexek nem zavarnak, az egész kép tisztán látszik, s miután az eszköz mozgathatlan, az egyes részek hosszabb ideig figyelhetők meg, s így finomabb részletekig terjedhet ki a vizsgáló figyelme. (Zeitschrift f. Psychol. u. Physiolog. d. Sinnesorgane. Bd. XX. H. 4., 5.)

Leitner Vilmos dr.

Kuhnt Hermann 709 eset alapján számol be az **utóhólyag műtétekről**, melyeket jobbára saját módszere szerint végzett.

Rendszeres discissiót gyakorol Kuhnt a hályogműtét után körülbelül egy hét múlva, de csak teljesen békés szemeken. A tipikus discissiót úgy eszközöli, hogy először is egy átfala elmésen konstruált kettős tubusban elhelyezett összetett lencserendszerrel bíró elektromos világítókészülékkel rendkívül intenzív fényt vetít a műtét területére, miáltal az utóhólyag helyzetét, minőségét, a kötegek irányát alaposan megismerve, a külön e célra készült késecskével végzi a műtétet. Ilyen kétféle van: egy jobbra és egy balra metsző kés, mely hasonlít a Knapp-féle késecskéhez, csak hogy nyele a kés lapjának megfelelőleg körülbelül 120°-nyira meghajlított. E műszert körülbelül 3–4 mm.-re a corneaszéltől átszúrva a conjunctiván subconjunctivalisan vezet a csarnok széléig, itt beszúrva a késecskét, az iris síkjával párhuzamosan az ad maximum tág pupillaterbe tolja elő, majd a sphincter széle alá süllyesztve az utóhólyagon átszúrja, körülbelül 2–3 mm. mélyen, s apró fűrészelő mozgásokkal az ellenkező pupillaszélig vezetve körülbelül 6–8 mm. hosszú rést hasít.

Szivacsos secundariáknál T-alakú rést készít. Ezt már két késsel végzi úgy, hogy az egyik késsel hosszú horizontális metszést tesz, azután felette átszúrva a secundariát iparkodik ezt az előbbi metszéssel összekötni; ha ez nem sikerül, előretolja a másik kést is és az olló mechanizmusát utánozva a két kés közé fogott hárttyát a késélek közelítésével átvágja. Máskor a két kést átszúrja az utóhólyagon, s fokkal állítván egymás mellé, az élek távolításával metsz rést a hárttyákon. Vagy két párhuzamos rést készít, s a hidat köztük ismét a két késnek ollószerű alkalmazásával vágja át.

Miinden műtéteknél az a főelv, hogy a metszések a hárttyák rostjainak lefutási irányára lehetőleg merőlegesen legyenek.

Vaskos secundaria ellen, Kuhnt is a Wecker pince-ciseaux-ját használja. Ugyanezzel gyakorolja az iridotomiát is. Ha azonban az üvegtést elhigult, akkor megfelelőbbnek tartja a Mooren által ajánlott és Graefe-késsel végzett iridotomiát, a melynél a cornealis punctio helyén az irisen átszúr, s alatta elvezetve a kést, az átellenes oldalon kiszúr. Most egy gyors metszés átvágja a hárttyás képleteket és irist s a kést a csarnokból visszahúzza. E célra Kuhnt Weiss & Sohn-nál külön kést készített, melynek 10 mm. hosszú pengéje 5 mm.-nyire kétélű, s nyele a sebet obturálja.

Legvégül az ő műtét eljárást ismerteti azon vaskos diaphragmáknál, melyeket az iris, lenesetek és izzadmány-hárttyák összenövése alkot. Ezeknél a corneát Graefe-késsel átszúrva azt a diaphragmát átvezeti s a cornea átellenes felén kiszúrja, majd fűrészelő mozgásokkal a corneát átmetszi s e sebet át iris-csipővel a diaphragmát előhúzáván, belőle erős pince-ciseaux-val V-alakú darabot eltávolít. (Zeitschrift für Augenheilkunde 2., 3. 1899.)

Bradach Emil dr.

Anderson Critchett egy jodoform által előidézett **toxikus amblyopiát** mutatott be. A betegnek rákos fekélyesedése volt

mellén, melyet 3 évnél tovább kezeltek jodoformmal. Extrem rossz látás állott elő, más színt, mint kéket nem bírt felismerni s erre is nagy centralis scotomája volt; a papillák külső fele halvány volt. 10 héttel a jodoform kihagyása után minden színt képes volt felismerni, de csak a peripherián a kiterjedt centralis scotoma az összes színekre nézve megmaradt; a látásélesség a jodoform kihagyása után szintén javult. (Ophth. Review 1898. június.)

Schmidt-Rimpler a **szürke hályog spontán feltisztulásáról** értekezik. Ez kétféleképp képzelhető, az elszürkült lenese felszívódása és feltisztulása által történhetik. Az előbbi eshetőségre Natanson az irodalomból vagy 50 esetet állított össze, ehhez Schmidt-Rimpler 2 esetet fűz hozzá; a hályog felszívódása vagy úgy történik, hogy a kéreg elhigul, azután felszívódik s végül a mag is felszívódik, vagy pedig úgy, hogy a hályog annyira töpörödik folyadékvesztés folytán, hogy a pupilla egy része szabad lesz. Az elszürkült lenese feltisztulását sem tartja lehetetlenségnek; traumaticus cataracták, naphtalin-etetés által mesterségesen létrehozott cataracták, valamint a Seegen által közölt diabetikus cataracta-esetek, melyek feltisztultak, eme lehetőség mellett szólanak. (Die ophth. Klinik. 1898. november.)

S. A. Mullen kisebb szemoperációknál, különösen pterygium eltávolításnál, tenotomiáknál nagy hasznát látta az **extractum suprarenalenak**; e készítmény ugyanis összehúzáván a conjunctiva kis arteriáit, a cocain hatását intenzívebbé és tartósabbá teszi s egyszersmind a vérzést is csillapítja, az operatio utáni izgalmat kisebbíti, a könnycsövecs felhasításánál és a könnyorrvezeték sondázásánál is jó hasznát látta a cocain mellett; a corneára, a szer káros hatást nem gyakorol, a papillát és az accomodatiót sem befolyásolja. (American Journ. of Ophthalmology 1898. augusztus.)

Guttman a kornak és nemnek befolyását a **szem scrophulotikus bántalmaira** (ideszámítja a phlyctenát, a nem sérüléssel eredetű keratitis superficialist, a catarrhus mucopurulentus scrophulosust) vizsgálta statisztikai alapokon. A boroszlói szemklinikára 40,000 betege közül 6550 szenvedett ezen bántalmak valamelyikében, ezek $\frac{2}{3}$ -a nő, $\frac{1}{3}$ -a férfi; a 15 éven aluli szem-betegeket különve, ezek $\frac{1}{3}$ -a szenvedett ezen scrophulotikus szembajokban; a lányok és fiúk aránya szintén 2 : 1 volt. Más az irodalomból vett statisztikákban, melyek összesen 107,000 szem-betegről vonatkoztak, szintén a nők túlsúlyát bírta constatalni a férfiak fölött a scrophulotikus szembajokban szenvedők között. Itt az arány 1.7 : 1-hez volt. A korra nézve azt találta, hogy a scrophulotikus szembajok $\frac{4}{5}$ -e a 15 éven aluli korban támad, legnagyobb a megbetegedési szám az első és második dentitio, a 2–6 év között; a 15–20 éves korra az összes esetek $\frac{1}{10}$ -e esik, s a 20 éven felüli korra ismét $\frac{1}{10}$. (Deutsche med. Wochenschrift. 1890.)

Pólya Jenő dr.

Diez a **keratitis parenchymatosa** aetiologiájára vonatkozó adatokat közöl; az irodalom e kérdést tárgyaló munkái mellett a würzburgi klinika 5 évi (1893–1898) anyagát is felhasználva, bő átnézetet nyújt a tárgyban.

Tudományos szempontból a keratitis parenchymatosát Michel nyomán primaer és secundaer alakok szerint különbözteti, hangsúlyozván, hogy éppen az aetiologikus szempont teszi kívánatosá a szétválasztást. Statisztikája tárgyát csak a primaer keratitis parenchym. képezi.

Hutchinsonig az aetiológiában majdnem kizárólagos szerep jutott a scrophulosinak; a keratitist „scrophulotica“-nak nevezték. Mióta Hutchinson ama fontos kijelentést tette, hogy minden keratitis parenchymatosa a lues hereditaria tarda-nak részjelensége, azóta a bűvárok nem szüntek meg e kérdést vitatni. A nézetek azonban mai napig is igen szétterőtek. Vannak, kik H. fel-fogását osztják, mások megint egyáltalán tagadják; a legnagyobb számban vannak azonban azok, kik elfogadják, hogy a keratitis parenchymatosa az esetek nagy részében, de nem valamennyiben, a lues hereditaria következménye s csak ama kérdésben tér el a nézetek, hogy mely tünetek alapján lehet a lues hereditariát felismerni. Szerző a lues heredit.-t akkor vette fel okul, ha a körleírásokban a Hutchinsontól jellemzőeknek mondott tüneteket találta a gyermekek vagy testvéreik. E jellemző tünetek: a csontok megbetegedése, sugaras hegek a szájjug körül, fekélyek és hegek a torokban, a légyszájpad gyorsan széteső gummái, vagy

ily gummák a test egyéb helyein, syphilitikus gégeszükületek, psoriasis s esetleg hallási zavarok s fülfolys. A Hutchinson-féle fogakat, melyek egymagukban nem bizonyítanak semmit, keratit. parenchymatosával együtt bizonyítóknak tartja a lues heredit. tardára nézve; egyes esetekben az anya többszörös, ki nem mutatható okból bekövetkezett elvetéléseit vette támpontnak.

Ily szempontból itélve, statistikája anyagát kitevő 107 eset közül 37-ben (34.6%) volt képes a lues hereditaria tardát, mint kórokol kimutatni.

Lues acquisita a primaer keratit. parenchym. esetei közt csak egyszer volt okolható. A bántalom egy középkorú férfinál, ki a tabes II. szakában volt, egy szemem lépett fel s recidivált. Általában a szerzett lues igen ritkán hozható összefüggésbe a keratit. parenchymatosával. Mint a lues késői tünete, rendszeren csak egyik szemem jelenik meg s recidiválhat.

A secundaer keratit. parenchymatosa a szem elülső képleteinek gyulladásaihoz társul. Aetiologiája nagyjában összevág a primaer alakéval. A veleszületett és szerzett luessel szemben szerző eseteiben a tuberculosis áll első helyen. 107 eset közt 47-szer biztossággal, 10-szer valószínűséggel lehetett a tuberculosis felvenni. A tuberculosis a tüdők állapotából, esontbántalmakból s a ligamentum pectinatum irid. tuberculumai alapján diagnosztizáltak. Egy esetben lues acquisita volt kimutatható. (Zeitschrift für Augenhk. Bd. I. 5—6.)

Leitner Vilmos dr.

A német biztosítási törvény a munkásoknak egy szem elvesztése esetén 25% kártérítést biztosít, kivéve, ha a másik szem nem normalis vagy úgynevezett „qualificált“ munkásról van szó, a kinek 33¹/₃%-ot biztosít. (Zeitschr. für Augenh. 1899. 5.)

A német birodalmi biztosítási hivatal teljes balesetjárdékot ítelt meg egy munkásnak, a ki tabesben s következményes látóidegsorvadásban szenvedett ugyan, de tanúk által beigazolvva, munka közben felhevülve s légvonatban dolgozva, hirtelen vesztette el meglévő látását. A beteg különben tabesben, arteriosclerosiban és aortabillentyű-elégtelenségben szenvedett. (Zeitschr. für Augenh. 1899. 4.)

Az átlátszó lencse eltávolításáról referált Pflüger a francia szemészcongressuson. Dolgozatának legnagyobb része a myopia operálásával foglalkozik. 1891—1896. 103 myopiást (108 szemet) operált, 95 sorsát továbbra is figyelemmel kísérhette. 83 esetben az operáltak kora 7—30 év közt volt, 30—40 éves 12, 40—50 5, 51 éves 1 volt. 3 esetben 10 D, 5 esetben 11 D, 20-szor 12—13 D myopiást operált. Ezek valamennyien hypermetropiások lettek (5 D-ig). 12-szer 14 D, 4-szer 15 D volt a myopia, 53 esetben 16—27 D. Pflüger tapasztalatai szerint a myopia növekvése szünetel a műtét után. Technikája: a Fukala eredeti methodusa, discissio s utána extractio. (Revue gén. d'opt. 1899. No. 6.)

A nyitott sebkezelés hívének vallja magát Rohmer 89 hályogoperálása alapján, pedig 12% iris prolapsusa, s 3 panophthalmitise (3.88%) volt.

A trachoma gyógyítás módjáról ír Feuer Náthán. 2 főszere a 2% argentum nitricum és 1% sublimat-oldat, ezekkel egyik új szer sem vetekszik. Előbbit a váladékos s a conjunctiva duzzadásos szakában alkalmazza, és pedig rendszeren másodnaponként. A mint a váladék megessőkent s a kötőhártya succulentiaja megszünt, vagy ha azok a lapis-oldatra nem engednek, áttér a sublimat ledörzsölésre, ezt vattagomolylyal eszközli s ugyancsak másodnaponként. A csomók kinyomására nagy súlyt helyez, ezt körmei segélyével eszközli s csak a zugokban alkalmaz közönséges epilator. A Knapp-féle mángorlóról nincs jó véleménye. Azon esetekben, a midőn a cornea a sublimat sem türi, 1% jodtrichlorid- vagy 3% bórsav-oldatot használ ledörzsölésre, ilyen esetekben a lapis mitigatus is jó szolgálatot tesz. Pannus ellen bórsavpor, jodofompor behintéseket is használ. Az argentaminról s a protargolról nincs jó véleménye. Ezután beható bírálat alá veszi az áthajlási redő s a porcz kimetszésének a königsbergi iskola által gyakorolt eljárását. Feuer főleg azon esetekben tartja indicálnak, a midőn a porcz maga nagyon vastagodott, elgörbült, a midőn a trachoma következtében ptosis van jelen. (Gyógyászat 1899. és Centralblatt für Augenhk. 1899. IV. és V.)

Snellen a kagylós műszemek helyett egész gömböket ajánl, mi által a váladék pangása akadályozva van. Ilyeneket a wiesbaden Müller-czég készít. (Klinische Monatsblätter für Augenhk. 1899. márczius.)

A vérbocsátás és a revulsio a szemészetben. Pergens a belga szemorvosok egyesületében tartott előadásával kimerítően ismertette a vérbocsátás történetét és hatását. Kifejtette, hogy az általános vérbocsátásoknak hatása a szemre tagadhatatlan, ezt a vérvesztések után keletkező amblyopiák és amaurosisok eléggé igazolják, mégis, ha egyáltalán vérbocsátás szóba jöhet, az localis szokott lenni. Egészen véve a halánték picézásától azonban nem sok eredményt vár. A conjunctiva scarificálása szerinte eredményes lett, míg a fül mögötti vérbocsátás czéltalan. Hashajtók, meleg lábfürdők elvonólag hathatnak. A hideg borogatások Pergens szerint a conjunctiva zsák temperaturáját alászállítják, a meleg borogatások emelik. Sinapismusok, vesicatorok a szemre jó hatással nem alkalmazhatók.

A fonálbehúzástól sem várható eredmény, bár Panas jó véleménynyel van ezen eljárás felől.

Pergens azon nézetben van, hogy mindezen eljárások a fájdalomcsillapítás révén nyerték jó hírnevet s nincs többé jogosultságuk. (A halántékon alkalmazott vérbocsátások hatékonysága iritis eseteiben tagadhatatlan. Ref. Klinische Monatsbl. für Augenh. 1899. Juni.)

VEGYESEK.

— *A IX-ik internationalis szemész-congressust* — mint már jeleztük — 1899. augusztus 14—18-dikáig *Utrechtben* tartják. A congressust *Argyl Robertson* fogja megnyitni, az összes üléseken *Leber* (a szem táplálkozási viszonyai), *Pristley-Smith* (a gyermekek kancsalságának kezelése), *Panas* (traumatikus eredetű szemizombénulások), *Reymond* (a cornea hibás görbületének operatív kezelése), *Knapp* (a szemtengelyek helyzetéről s forgásáról) és *Dimmer* fognak előadásokat tartani. A sectiók (A) boncztan, kórboncztan, bakteriologia; B) optika és physiologia; C) klinikai methodusok és operálások) számára számos előadást jelentettek be, Magyarországból *Goldzieher Vilmos* és *Grósz Emil*.

— A pesti izraelita hitközség *Bródy Adél* gyermekkorházának szemészeti osztályán (osztályos rendelő orvos: *Mohr Mihály* dr.) az 1898. évben az osztályon 80 beteget, járólóg 1140-et kezeltek, előbbieken 51, utóbbiakon 31 operálást végeztek. A betegeket felekezeti különbség nélkül ápolják (a betegek csak 34% o-izraelita vallású). Az egész kórház orvosi szolgálatát 8693 gyermek vette igénybe s 819 fekvő beteget ápoltak. A kórház összes kiadásai az elmúlt évben 37,261 frtot tettek, egy-egy ápolási nap 1 frt 70 kr., egy-egy napi étellemezés 36.6 kr. A kórház ágyainak száma 117. Ez adatok sok tanulságot rejtenek magukban, mindenekelött azonban buzdításul szolgálhat arra, hogy hazánk kórházihiányán társadalmi úton is segítsünk. Jól mondja *Imre József*, hogy a közegészségügy kérdése első sorban kórházkérdés.

— *Waldhauer* a rigai magánjótékonyág útján keletkezett szemkórház egykori vezetője 79 éves korában meghalt. *Graefe* és *Desmarrés* tanítványa volt, s tudását szűkebb értelemben vett hazájának szentelte, *Curland* lakossága szerette, a tudományos világ pedig becsülte, pedig csak akkor irt, a mikor volt mit mondania — manapság ritka erény.

A *Klinische Monatsblätter für Augenhk.* szerkesztője *Zehender* 1899. május 21-dikén ürte meg 80-dik születésnapját, a folyóirat társzerkesztője *Azenfeld* rostocoki egyetemi tanár lett.

Cohn Hermann f. é. június 15-dikén ünnepelte 25 éves tanári jubileumát. 1868/69—1899-ig 126 előadást hirdetett, 2646 hallgatója volt, 217 dolgozatot irt.

Bader, a szemészet egykori előadója a *Guy's Hospital* orvosi iskolájában, meghalt.

Neureuther, a prágai cseh egyetem szemésztanára meghalt. *Pröbsting* freiburgi egyetemi magántanár a kölni szemkórház igazgatója lett. Elődje *Samelsohn* volt.

Helmholtz márvány-émlékét 1899. június 7-ikén leplezték le a berlini egyetem kertjében. Az ünnepélyen jelen voltak: a német császárné, a trónörökös, *Frigyes Henrik* herceg s a politikai s tudományos világ számos képviselője. Az első beszédet *Delbrück* miniszter mondta, ki előadta az emlék felállításának történetét, mely hivatva van az ifjúságot állandóan emlékeztetni *Helmholtzra*, a ki a tudományt önmagáért művelte, a ki munkásságának sokoldalúsága s annak a közéletre való befolyása által a dicsőség kevesek által elért magaslatára emelkedett. *Waldeyer* rector, az egyetem nevében tartott nagy szabású beszédet, melyben *Helmholtzot*, kinek emléke *Humbolt Sándor* és *Vilmos* szobrai mellé került, mint a német tudományosság dicsőségét ünnepelte. Az emléket *Grassnick* vezértörzsorvos, *Warburg* tanár, *Siemens* asszony és gyermekei (*Helmholtz* leánya és unokái) is megkoszorúzták. Az emlék megszemlélésekor a trónörökös *Helmholtz* özvegyének nyújtotta a karját. Így becsülük meg a tudóst s emléket — Németországban.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Lovrich József: Közlemény az egyetemi I. számú női klinikáról. (Kézmárszky tanár) Rendes helyen tapadó lepény időelőtti leválásának esete. 357. l.
Lantos Emil: Újabb adatok az abortus kezeléséhez. 358. l.
Baumgarten Egmont: Közlemény a budapesti poliklinika orr- és gégeosztályáról. IV. A rhinitis chronica hypertrophica véres kezelése. 360. l.
Herczel Manó: 32 év óta fennálló, bélsárpolyokkal komplikált cruralis eventratio műtett esete. 362. l.
Tárca. Buchböck Gusztáv: A eszi jodtartalmú ásványvíz physico-chemiai vizsgálata. 362. l.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Bókay Árpád, Kéty Károly, Korányi Frigyes: A belgyógyászat kézikönyve. 363. l. — Lapszemle. Radlauer: Formoform pinus essentia, antiseptikus szájgyógyó. — Cronkhite: Tannigen dysenteria gyógyítására. 364. l.

Hetiszemle és vegyesek. Mihalkovics Géza tanár temetése. — A főváros egészsége. — A British Association gyűlése. — Hazai fürdők személyforgalma. — Bejelentett oklevelek. — Herczel dr. — Szt. Lukács-fürdő. — Baumgarten dr. — Pályázatok. — Hirdetések. 384 l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet: Vorderbrühl sanatorium prospectusa.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az egyetemi I. számú női klinikáról.
(Kézmárszky tanár.)

Rendes helyen tapadó lepény időelőtti leválásának esete.

Közli: Lovrich József dr.

Mult évi október 30-dikán este 10 órakor egy terhes nő szállítottak be az egyetemi I. sz. női klinikára meglehetősen súlyos állapotban, a kiről kérdezéssel a következőket tudtuk meg:

32 éves, I. grav., utolsó havibaja 1898. március 15-dikén volt. Egész terhessége alatt nem jól érezte magát; gyakran hányt s koronkint nehéz lélegzésben szenvedett; két héttel felvétele előtt lábai dagadni kezdtek, négy nap óta pedig az arca is puffadt; gyakran fáj a feje. Előző napon, tehát a terhesség nyolczadik havában, séta közben hirtelen fájdalmi támadtak a hasában s ezért előbb bábát, majd orvost hívatott, kik ismételtel megvizsgálták. Vérése addig nem volt, de vizsgálat után erősen megindult. Egész éjjel nem aludt fájdalmi miatt. Felvétele napján orvosa ismét megvizsgálta, mire újból vérzett; este ismétlően a vizsgálatot, operatiót — állítólag esaszármetszést — ajánlott, mibe a beteg környezete nem egyezett bele.

Felvételekor a beteg folytonos kínzó fájdalmak miatt igen nyugtalan. Mindkét lába térdig vizenyos, arca puffadt, szemhéjak duzzadtak; a conjunctiván chemosis. A hasban a méhfénék a köldök felett 3 ujjnyira tapintható; a méh feszes, igen érzékeny. Magzatrészek nem tapinthatók, szívhangok nem hallhatók. Fájasokat kifejezetten nem észleltünk. Belső vizsgálatot egyelőre mellőztünk. A vizeletben igen sok fehérje és elzsírosodott vesehám. Hőmérsék 37.7—13.2 pulsussal. Vérzés nincs. Ezek alapján a terhesség nyolczadik havában levő nőnél egyfelől placenta praeviára gondolhattunk, mely mellett a vérzés épen szünetel, másfelől a rendes helyen tapadó lepény időelőtti leválása jöhetett szóba, melynek felvételét támogatta a fennálló nephritis. Éjjel s másnap folytonos nyugtalanság, a hasnak állandó fájdalmassága miatt behatóbb vizsgálat még mindig nem végezhető. A hőmérsék délelőtt 37.3—108, délután 37.2—128. Ekkor már határozottan fájások észlelhetők s ezért belső vizsgálatot teszünk s azt találjuk, hogy a medence kimenetében van a fej, mely kicsi, puha, erősen egymásra toldott csontokat mutató. Csakugyan kevéssel hat óra után megszületett spontan egy macerált magzat: leány, 43 cm. hosszú, 1685 gm. súlyú. Utána kis vérzés mutatkozik s a méh gyöngye nyomására nagy ökölnyi, sötét, fekete, tömött, tehát régi alvadék ürül ki.

Húsz percz múlva könnyen kinyomható a lepény s utána hasonló jellegű, körülbelül másfél ökölnyi véralvadék tömeg. A lepény 285 gm. súlyú, 17—18 cm. terjedelmű, 53 cm.-nyi köldökzsinórral. A lepény tehát körülbelül a terhesség végének megfelelő terjedelmű, de igen vékony, lapos, méh felszínén férfitenyérenél nagyobb, ovalis besüppedést mutat, melynek szélei karimászerűleg köröskörül kiemelkedők, alapján pedig 1—2 apró, mogyorónyi, régi fekete véralvadék tapadt. A vájulatba pontosan odailleszthető az egyik véralvadéktömeg. A két darab alvadék összes súlya 720 gramm.

A gyermekágyban a második naptól fogva bűzös folyás is mutatkozott ugyan, de csak két ízben okozott 38.5°-ig menő hőemelkedést. Állandóbb maradt a pulsus szaporasága, mely egyszer sem volt 108-on alul. A nephritis e mellett fokozatosan javult. Kilenczedik napon kívánságára a gyermekágyast hazabocsátottuk. Mint utólag értesültünk, otthon még mintegy két hétig volt gyöngélkedő, azután egészséges lett.

Ezekben foglalhatom vázlatosan össze az eset történetét s főleg azt óhajtanám kiemelni, hogy a terhes nő igen súlyos megbetegedés képét mutatta a klinikára való bejövetelekor. A 132, kiesiny, üres pulsus mellett a beteg halványsága, szegényvérisége, nagy nyugtalansága, a has állandó fájdalmasságai voltak a szembeötlő tünetek.

Mint az eset további lefolyásából kitűnt, e súlyos állapotot a lepény időelőtti leválása idézte elő. A terhesség VIII. havában levő, vesebajos nőnél minden külső ok nélkül vérzés támadt a pete felszínén ott, a hol a placenta tapad. A kiömlött vér leválasztotta egy darabon a lepényt s megalvadva retroplacentalis haematomát alkotott. E névvel jelölik ez állapotot a különféle szerzők.

A kiömlött vér nagy tömegű lehetett; ez okozta a nő hirtelen rosszulletét, fájdalmait és nemsokára a szülés megindulását. Egyelőre azonban külső vérzés nem mutatkozott, hanem csak később, vizsgálat után.

A terhesség vége felé a lepénynek rendes tapadása mellett ilyen időelőtti leválása, mint alább látni fogjuk, igen ritkán fordul elő, talán még súlyosabb jelentőséggel bír, mint a lepénynek elülfekvése (placenta praevia) esetén. Súlyos ez a belső vérzés miatt. A terhesség kezdetén ugyanez a jelenség: vérzés, ennek folytán a pete részének leválása mindennap előfordul. Tudva-levőleg így indul meg számos esete az abortusnak. Itt a vérzés azért nem oly veszélyes, mert csakhamar külsőleg is elámulja magát és segítségre hív fel. A kis méhből kis pete mellett mindjárt külsővé is válik a megindult vérzés. Nem úgy a terhesség végén; eicinte itt a vérzés csak belső, mely megalvadva

haematomát — daganatot — alkot s ha nagyobb mérvű a vérvesztés, a nőt komoly veszedelembé dönti. A daganat elődomborodik a méh testéből, kipúposodik s így könnyen összetéveszthető méltumorral, pl. myomával is (Bar előadásai szerint); azonban a vérzés hirtelen keletkezik, ez által a nő gyorsan kifejlődő, súlyos állapota, a méh kemény volta, kizárják a myomát. Nem szabad ezen állapotot összeeserelnünk a placenta praevia eseteivel sem, mert ez utóbbinál a lepény hibás fekvése okozza az időelőtti leválást s így a nagy vérzést, míg itt a normalis helyen tapadó placenta kezd leválni, ekkor keletkezik a retroplacentaris haematoma s a vérzés nem szükségképen tör magának utat mindig kifelé is. A belső vizsgálat megóv bennünket ezen tévedéstől, mert itt a vizsgáló ujj nem tapint előlfekvő lepényt s mert a nő nagyfokú anaemiáját nem tudjuk magyarázni az elfolyt vér mennyiségéből.

Miután az ilyen retroplacentaris haematomák súlyos anaemiához vezetnek, gyors beavatkozásra is lehet szükség, ezért fontosnak vélem ezen eset kapcsán röviden összefoglalni mindazt, a mit erről tudnunk kell, hogy a bajt felismerjük s kezeljük.

Az ilyen betegségek *aetiologiajában* főszerepet játszik a nephritis, mely esetünkben is megvolt; ezenkívül a különféle szerzők megemlítik az endometritist, a placenta és hulló hártya megbetegedését, a rövid köldökzsinórt, traumát; ritkán minden kimutatható ok nélkül is támadhat ilyen vérzés.

A betegség *symptomái* általánosak és helybeliek, mint azt a már elmondottak szerint látjuk. Az általános tünetek közé tartozik a terhes nő nagymérvű anaemiája s ennek jelei: a nő elcsúsztsága, gyors pulsus, nyugtalanság, ájulozás, mely tüneteket a külső vérzésből nem magyarázhatunk meg; a helybeli tünetek a méhre vonatkoznak; a méh nagyobb, mintsem ez a terhesség idejének megfelelő, a méh rendesen kemény, noha téztás is lehet, néha kidudorodást mutat; magzatmozgás vagy szívverés nem mutatható ki, mert a magzat a vérzés kezdetén elpusztul. Belső vizsgálatnál, ha a nyakcsatorna kitágult, úgy a placéntát kitapintanunk nem sikerül, továbbá a burok majdnem állandóan feszül. Ezen tünetek mellett támpontul szolgál az is, ha a vizeletben fehérjét mutathatunk ki és ha oedemák is vannak jelen.

A placenta képe és a vérrögök a placenta mellett esetünkben csakis a normalisan tapadó placenta időelőtti leválása mellett bizonyítanak. E mellett szólanak még a többi jelek is, melyek esetünkben előfordulnak. Tudjuk azt, hogy normalisan tapadó placenta főleg albuminuriásoknál válik le idő előtt; esetünkben a terhes nő kifejezetten mutatta a nephritis jeleit; a vizeletben levő fehérje, az arcz és lábak vizenyős duzzanata a nephritis mellett szólanak.

Kezdetben gyakran nincs külső vérzés, mert a normalisan tapadó lepény leválása a középső részeken kezdődik; ide ömlik kezdetben a vér, midőn a lepény széli részei még erősen tapadnak; ha a vérzés nem túlságosan nagy, úgy kifelé nem is kell vérzenie a terhes nőnek; ha azonban a vérzés nagymérvű, úgy ez kifelé is tör magának utat, azonban nem oly mérvben, hogy belőle a nagyfokú anaemiát magyarázni tudhatnánk. Igen ritka esetben megtörtént az is, hogy a vérzés betör a placéntán át a pete üregébe. A kizárólag centralisan elhelyezett vérzés ritka s noha egyesek ennek lételetét tagadják, mégis biztosan észlelt ilyen eseteket ismerünk az irodalomból. (Oldham és Gant esetei.) Goodel az irodalomból 106 eset közül tízszer mutatja ki a placéntának csupán centralis leválását. Természetesen a vérzés nagyságát s az ez által okozott tüneteket súlyosbítja azon állapot, melyben a legtöbb ilyen esetben nephritica már ezen betegsége miatt is szenved.

A *prognosis* a vérzés miatt rossz úgy az anyára, mint a magzatra. Az anya a sok vérvesztés miatt kerül komoly veszélybe. A különféle szerzők csaknem egyhangúlag kedvezőtlen statistikát állítanak fel az anyára; így Goodel összeállításában 110 eset közül 56 anya halt el ilyen természetű vérzés következtében. Brunton 32 esete közül 19 volt halálos az anyára és Dumarec 13 esetében öt volt halálos kimenetelű. Mi ezen irányban különben sem rendelkezünk tapasztalatokkal, hisz klinikai évkönyveinkben ilyen eset eddig nem fordult elő; csupán meg kell jegyeznünk azt, hogy bár esetünkben a nő állapota igen súlyos volt, mégis az eredmény kedvező volt. Az összeállításokból kimaradhattak azon

nagyszámú esetek, hol a vérzés csekélysége miatt alig észrevehetően folyik le ezen máskor súlyos megbetegedés.

A *magzatra* azonban még sokkal kedvezőtlenebb sors vár, mint az anyára, mert a magzat csaknem biztosan elhal a vérzés által okozott lepényleválás kezdetén. Az irodalomban a magzatok halálózása nagy számmal szerepel a statisztikai összeállításokban; így Goodel 111 esetében csupán hét magzat volt megmenthető.

Miután a statistika ilyen nagy halálozási arányokat mutat ki, nem mulaszthatom el a *therapia* méltatását sem ennél a megbetegedésnél. Bár esetünk a nő súlyos megbetegedésével és utóelváltozásokkal is volt egybekötve, mégis a *therapia* semmit sem különbözött azon eljárásoktól, melyeket egy normalisan lefolyó szülésnél is követünk. A klinikán uralkodó conservatív eljárás jelen esetben is haszonnal vált be. Más szerzők szerint is ezen betegség *therapiájában* az *ellenőrzés* játsza a főszerepet, de ez elengedhetlen fontosságú, mert az esetek intenzitása szerint fogunk tovább várakozni vagy különféle beavatkozni a szülés különféle stadiumai szerint. Így mérsékes külső vérzésnél ép úgy, mint az abortusnál dietetikus lehet eljárásunk; beérhetjük egyszerűen a nő lefektetésével, nyugalommal, borogatással, esetleg narcoticumokkal is; erősebb vérzésnél az ellenőrzés folytonossága mellett tamponáláshoz is folyamodhatunk; ez ugyanis fájdalmat, illetve contractiot vált ki s így ez által lesz a vérzés közvetett csillapítója. Ha a magzatvíz már elfolyt, úgy a különféle szerzők szerint tanácsos a szülés gyors befejezése akár tágitó eljárások segítségével is.

Fontos azonban tudnunk azt, hogy súlyos vérzéseknél óvakodjunk a szülés gyors befejezésétől, hanem állandó ellenőrzés mellett ügyelnünk kell, mikor szűnik meg az uterus növekedése, mert ezen terimenagyobbodás a méh falát csak egy bizonyos mértékig tágithatja s azután a méh fala maga lesz természetes gátja a további vérzésnek. Ha azonban a szülő utak eléggé kitágultak, lassan ereszsztük ki a magzatvizet és exprimáljuk a magzatot.

Esetünkben külön kiemelendőnek vélem végül azt, hogy a lepény távozása után a méh rendesen contrahálódott s nem állott be az atonia uteri semmilyen foka, noha az előzmények után ettől joggal tarthattunk volna. Kiváló gondot kell fordítani a lepényi időszakra is, mert a lepény gyors kisajtolása újabb vérzésre s így a collapsus emelésére adhat okot. A méh renyhe összehúzódása után is ellenőrizni kell a méh további működését.

Természetesen a vérzés következményei ellen általános erősitő, izgató szereléseket használunk.

Végül kedves kötelességemnek ismerem hálás köszönetemet kifejezni mélyen tisztelt főnökömnek, Kézmárszky tanár úrnak, hogy az eset közlését megengedni kegyes volt.

Ujabb adatok az abortus kezeléséhez.

Lantos Emil dr. nőorvostól.

(Folytatás.)

A *curettement*-t 50-szer végeztem, majdnem kizárólagosan ú. n. *chronikus esetekben*, vagyis a hol az abortus napok vagy még többször hetek előtt következett volt be és pedig:

2-szer	2 nap	előtt
1-szer	4	" "
12-szer	1 hét	" "
12-szer	2	" "
6-szor	3	" "
5-ször	4	" "
5-ször	5	" "
4-szer	6	" "
3-szor	8	" "

Az abortus mindannyiszor tökéletlen volt és pedig: 49 esetben csupán deciduarészletek és csak egyetlen egyszer placenta visszamaradásáról volt szó. Ezen egy esetben, a hol még a placenta a méhüregben tartózkodott és a mely már 8 év előtt került kezelem alá, elvem ellenére csupán azért folyamodtam a *curettement*-hez, mert a betegnek állandóan rázóhidegei voltak (8 hétig post abortum!) és a tágitást duzzasztókkal veszélyesnek tartottam. A tágitás jodoform-gazeval, a mint azt most végzem, annak idején még ismeretlen volt.

Az abortus ez 50 esetben: 28-szor az I—II. hónapban
18-szor a II. „
4-szer a II—III. „

következett be.

A beavatkozás javulatát 44-szer vérzés képezte: az eredmény mindig kedvező, a lefolyás pedig mindig láztalan volt. Hatszor láz, illetőleg rázóhideg miatt történt a beavatkozás: a láz itt is a műtét után mindannyiszor megszűnt, valamint ezen esetek is simán, minden következményi baj nélkül folytak le. Kellemetlen esélyeket, mint *méhátfűrást* stb. nem észleltem.

Végezetül még egynéhány általános megjegyzés:

A manualis kitakarítást minden esetben a szülőcsatorna előzetes fertőtlenítése nélkül, csupán kezecimnek gondos tisztítása után (többnyire szappan és sublimat) végeztem.

A kitakarítást a méhüregnek kiöblítése követte valamely antiseptikus oldattal, eleinte carbol- vagy sublimat-, ma pedig lysol-, lázas esetekben pedig kizárólagosan sublimat-oldattal. 12 esetben, a mikor az *igen erős* vérzés gyors ténykedésre hívott fel, az öblítéstől teljesen el kellett tekintenem, a mennyiben sem irrigator, sem más efféle rendelkezésemre nem állott; mindazonáltal ezen eseteim is teljesen láztalanul folytak le, úgy hogy már azok kapcsán is, a mint arra még később vissza fogok térni, azt a benyomást nyertem, hogy a legtöbb esetben nem a betegek, hanem mi vagyunk a fertőző csírok vívői. A kiöblítéseket azonban már csak az okból sem hagyom el, mert azok elég gyakran már leválasztott, de még az üregben visszamaradt apró placentaris vagy decidualis részeket fognak kimosni.

A curettement Sims-fekvésben a portionak golyófogóval való lehúzásával történt; előzetesen a csatorna carbol- illetőleg lysol-oldattal lett tisztítva. A nyakesatorna tágítása egy esetben sem vált szükségessé.

300 esetem közül egyben sem kellett a narcosishoz folyamodnom, minden egyes esetben képes voltam még a legérzékenyebb és legvastagabb hasfalakat is annyira engedékenyekké tenni, hogy azokon át a méhet különös fájdalom okozása nélkül belső ujjamhoz közelíthettem. Türelem és kitartás itt is czélhoz fognak vezetni még oly nehézségekkel szemben is, melyeknek leküzdésére első pillanatban csak a narcosis látszik teremtenie lenni, mely gyakran igen körülményes és nem ritkán nem eléggé megbízhatóan viheto keresztül.

Az *utókezelés* 8—10 napi ágynyugalomból állott, mialatt a szokásos gyermekági diaetát követtük: az első 3 napban csak folyékony táplálékot (leves, tej) nyújtatok; az első 2 napon Priessnitz-borogatások rakatnak a hasra; székrendezésről gondoskodunk. A külső nemirészek kétszer napjában lesznek lysol-oldattal lemosva; hüvelyöblítések csupán lázas lefolyású esetekben a szükséghez mérten alkalmaztatnak. Nem emlékszem, hogy az általam kezelt esetekben valaha szótérdemlő utóvérzés lépett volna fel; gyakrabban megtörténik ugyan, hogy az abortus befejezése után 1—2 napig csekély vérszivárgás mutatkozik, ez azonban ergotin (20%) adagolására rendszerint megszűnik.

Abortus-eseteim *lefolyása* közel ideális volt: 300 esetem közül, köztük 41 olyan, a hol a fennálló láz képezte a beavatkozás javulatát, 295 láztalanul folyt le. (Ily lázas esetek befejezését követő 24 órán *belüli* hőemelkedés itt számba nem jöhet.) De még az 5 lázasan lefolyt eset sem megy a beavatkozás rovására, mint azt már láttuk. Egyetlen egy esetben sem jelentkezett láz ott, a hol a befejezés előtt a beteg láztalan volt és így a *láztalan lefolyás*, ha a 2 septikus esettől eltekintek, a többi hármát pedig hozzászámítom, 99%-ot tett ki, oly százaléki számot, melynél kedvezőbbet el sem lehet képzelni.

Ha még felemlítem, hogy eseteim lefolyása közben — leg-
alább tudtommal — sohasem észleltem sem jelentékenyebb utó-
vérzést, sem deciduoma, avagy placentaris polypus képződését,
sem pedig más bonyodalmat, úgy referatuumom végére érkeztem és
csupán rövid szavakban kívánok még az abortus sepsiséről meg-
emlékezni.

Az *abortussepsisről* határozottsággal nem nyilatkozhatom, a mennyiben csak 2 olyan eset felett rendelkezem, a mely, bár bakteriologikus vizsgálatot eszközölni nem lehetett, a sepsisnek klinikus képét mutatta.

Az 1. eset egy a terhesség 4-dik havában levő V. parára vonatkozik, kinél vérzés, illetőleg láz 6 nap óta állott fenn és már 3 rázóhideg 40°-os hőmérsékkel a magzatnak 24 óra előtt történt távozása óta jelentkezett. Ezen anamnestikus adatok birtokában előzetes sublimathüvelyöblítés után a szűken újjnyi méhszájon át eltávolítottam az odanőtt és már büzös placentát a méhüregből és utána az egész csatornát sublimat-oldattal ki-feeszkendeztem. A hőmérsék a beavatkozás alatt 40°-ról 39°-ra esett. Másnap újból rázóhideg, hányás, kezdődő meteorismus, száraz nyelv; hőmérsék 40°. Az üresnek talált méhüreg kiöblítése sublimat-oldattal. A tünetek rosszabbodnak: állandóan magas hőmérsék, legnagyobbfokú meteorismus, csillapíthatatlan hányás, filiformis pulsus; a halál a septikus peritonitis tünetei között a kitakarítást követő 6-dik napon állott be. Minden rendelkezésemre álló eszközzel igyekeztem a sepsis ellen küzdeni, a méhet sajnos későn igénybevett segítségem után azonnal kiürítettem, az üreget azontul napjában 1—2-szer sublimat-oldattal kiöblítettem, különben is minden megtörtént, de semmi sem volt képes a fulminans sepsist megakasztani.

A 2. esetben egy II. parához lettem hívva, ki 24 óra óta mérsékelten vérzik és kit 2 óra előtt rázott ki a hideg. Utolsó tisztulás 7 hét előtt; has kissé meteoristikus, érzékeny. Hőmérsék 39°-90. Beteg bevallja, hogy 2 nap előtt az abortus provokálása czéljából valamely hüvelyen át történt beavatkozásnak vetette magát alá, egyéb felvilágosításokat azonban megtagad. A méh nagyságából körülbelül 6 hetes terhességre következtethettem; a méhszáj ugyan nyitva volt, de a nyakesatorna az ujjat nem fogadta be. A beteget *azonnal* asztalra fektettem és Sims-fekvésben, házi-orvosának segédkezése mellett curettement-t végeztem. A curettement csupán kevés deciduacsafatot hozott ki; a méhüregnek sublimat-oldattal való kiöblítése után Dührssen-féle utero-vaginalis tamponálás. Aznap délután a hőmérsék 39°-20, a meteorismus jelentékenyebb, alhasi fájdalmak és hányás. Másnap reggel a meteorismus még nagyobbfokú, igen gyakori hányás, hőmérsék azonban csak 38°-20, délután a tünetek változatlansága mellett hőmérsék 37°-80. Ettől kezdve láztalan lefolyás mellett a peritonitikus tünetek még 2 napig fennállanak; azontúl gyors javulás. Beteg a műtét utáni 14-dik napon gyógyultan hagyja el az ágyat. Feljogosítva érzem magamat ez esetet septikusnak tartani és erős meggyőződés, hogy a gyógyulást csupán a gyors beavatkozásnak — egészben 1 rázóhideg 2 órával a kitakarítás előtt — köszönhettem.

Egymásmellé állítva e 2 esetet, rögtön szembetűnik azon különbség, mely köztük létezett. Az 1. esetben az abortus jelentékeny lázas tünetektől kísérve 6, a rázóhideg pedig 1 nappal a kitakarítás előtt kezdődött, a 2-dikban pedig az abortus kezdete egynéhány, az egyetlen rázóhideg azonban csupán 2 órával a műtét előtt. Két esetből következtetést vonni nem lehet, de belőlük mégis azt a benyomást nyertem, hogyha a kitakarításhoz és a méhüregnek antiseptikus kezeléséhez az első súlyos tünetek fellépése után azonnal hozzáfogunk, még a septikus abortus is kedvezően folyhatik le; ha azonban a tünetek már hosszabb idő óta állanak fenn, úgy a kitakarítás és kiöblítés már nem fog sokat használni és ily esetekben Olshausen ajánlatát, a méhet függelékivel együtt kiirtani, komoly megfontolás alá kell vennünk.

Valamely gyógyeljárás ajánlása illetőleg követése akkor jogosult, ha vele egy létező bajt kiméletesen és véglegesen olykép szüntethetünk meg, mint azt más (akár activ, akár passiv) eljárásokkal elérni nem vagyunk képesek és végül akkor, ha utókövetkezményei nincsenek. Vázolt eljárásunk e követelményeknek teljesen megfelel: 1. kiméletesnek mondható, a mennyiben egy abnormis állapotnak már oly időben vet véget, a mikor az esetleg vészthozó tünetek még fel sem léptek (prophylactikus hatás); 2. tényleges veszélyt (vérzés, anaemia, láz) véglegesen leküzd és 3. későbbi megbetegedéseknek (deciduoma, placentaris polypus, endometritis) elejét veszi.

Még mindig nincsen véglegesen megoldva azon kérdés, hogy vajjon az abortuskezelésnél a passiv (expectativ) vagy az activ eljárás jogosult-e és így a gyakorló orvos még mindig nincsen abban a helyzetben, hogy egységes elvek szerint járjon el. Több újabb

dolgozat a passiv eljárás mellett kardoskodik és egyik-másik szerző annyira megy, hogy még „igen nagy vérzés okozta gyengeségi állapot mellett“ is várakozik. A *passiv* eljárás kétségenkívül direct és későbbi veszélyeket rejt magában: *direct veszélyek*, miként azt tagadhatatlan példákkal meg is erősíthetem, a *vérzés* illetőleg súlyos *anaemia* és *láz*, *későbbi veszélyek* pedig *deciduoma* és *placentalis polypus képződése*, *endometritis*. Miután eleve sohasem lehet majd megállapítani, hogy mikor fognak e veszélyek beköszönni, úgy a priori az exspectativ eljárás mindig ezen veszélyekkel fog járni. Hogy az „erős“, a passivitás abbahagyására indító vérzés nem mindig a betegnél való tartózkodásunk alatt fog bekövetkezni, az ép oly természetes, mint hogy adott esetben az orvos megjelenéséig a vérvesztés oly jelentékeny lehet, hogy az a szervezetre közönyös nem lesz. Bizonyára találkoztunk mindannyian oly esetekkel, hol az exspectativ kezelés a beteget a legnagyobb életveszélybe hozta; bár ilyen körülmények között fellépett elvérzési halálesetről közvetlen tudomásom nincsen, de viszont a legnagyobb fokú anaemiával nem egyszer találkoztam. Az exspectativ kezelést azonkívül lázas tünetek kísérhetik, a méh tartalmának decompositioja folytán, mely azután megnehezített körülmények között teheti a gyors kiürítést kívánatosá.

Egyedül helyesen akkor járunk el, ha oly esetekben várakozunk, a hol a méhből még semmi sem távozott, vagyis *complet abortusnál* enyhe tünetek mellett, azaz, ha aggasztó vérzés avagy *láz* még nem lépett fel; hiszen ne felejtjük el, hogy az elvetélések nagyobb része spontan folyik le. Nagyonbbszerű vérzés avagy *láz* kísérte *complet abortusnál* tovább várni, teljesen jogosulatlan, a mennyiben a tapasztalat arra tanít, hogy ily körülmények között később mégis csak beavatkozásra kerül a dolog. Ezen eszmemenet helyességének bizonyosságául, elég gyakran láttam a *complet abortust* spontan lefolyni; ha azonban nagyobb vérzésnél mégis vártam, miként azt a 19 *complet abortus* esetemben meg is tettem, úgy csak 2-szer láttam a *abortust* spontan bekövetkezni, ellenben 17-szer be kellett avatkoznom és pedig 10-szer tisztán exspectativ eljárás (nyugalom és hüvelyöblítés), 7-szer meg hüvelytamponálás után.

Incomplet abortusnál azonban sehogyssem helyeselhetem az exspectativ eljárást; mert ha az *activ* kezelés egy „erős“ vérzésnél vagy *láz*nál nagyobb veszélyt rejtene magában, úgy a várakozó *methodus* híveinek álláspontja még csak jogosult volna, de helyt nem állhat abban a pillanatban, a melyben a beavatkozás quoad valetudinem előnyösebb lesz. De a várakozó eljárás már csak azért sem tekinthető szabálynak, mert analogjával más kóros állapotoknál sehohsem találkozunk. Kinek fog majd eszébe jutni egy *rendes szülés* utáni *placenta retentio* illetőleg *odatapadásnál*, még ha vérzés vagy *láz* nincs is jelen, rövid pár óránál tovább várakozni! Hiszen ilyen viszonyok között sem képezhetné a *placenta leválasztásának* egyedüli javalatát azon körülmény, hogy a méhszáj egynéhány óra mulva zárul és így a későbbi eltávolítás elé nehézségeket gördít! Hiszen a nő nem vérzik, *láz* sincsen! Ugyanígy áll a dolog *abortusnál*: ha a magzat távozása után vérzés vagy *láz* nincs, a nyakesatorna zárulni fog. És mégis az előbbi esetben beavatkozunk, utóbbiban pedig várjunk! A *placenta leválasztása* és *eltávolítása* *rendes szülés* után — feltéve, hogy az *expressio* eredményhez nem vezetett — főleg az okból történik, hogy egy esetleg felléphető vérzésnek vagy *láz*nak (*decompositio* folytán) elejét vegyük; a méhszáj összehúzódása csak második sorban jöhet tekintetbe, mert itt ép úgy, mint a tökéletlen *abortusnál*, módunkban volna, ha kell, a méhszájat tágítani.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti poliklinika orr- és gégeosztályáról.

IV.

A rhinitis chronica hypertrophica véres kezelése.

Irta: Baumgarten Egmont egyetemi m. tanár, az osztály vezetője.

(Folytatás.)

A nyálkahártya túltengésével járó orrhurutok kezelése az utolsó években lényeges változáson ment keresztül, mert míg a szakorvosok arra figyelmeztették az orvosokat, hogy az esetel-

sek, sőt az étetések csak nehezen, lassan vagy egyáltalán nem vezetnek célhoz, hanem a villanyos égetések, miben úgy az orvosok, mint a betegek már hinni kezdtek, azalatt a mindinkább nagyobb tért hódító sebészeti eljárások az orrkezelésben is minden más eljárást elnyomnak. A sebészeti eljárások kitünően beváltak, de a galvanocautikát az ornyálkahártya túltengéséinél teljesen ki nem szoríthatják, sőt sok esetben nem is pótolhatják, de mivel oly sok és oly kellemetlen mellékhatással jár a galvanocautica használata, csak bizonyos eset körre fog szorítkozni. Minél nagyobb valamely túltengés, annál egyszerűbb, könnyebb, gyorsabb és alaposabb a sebészi eljárás, ellenben minél csekélyebb s minél több reflex-tünettel jár, annál alkalmasabb a villanyos égetésre vagy étetésre és pedig azért, mert más és más a hatásnak eredménye.

A fiatalabb orvosi gárda már általánosan tudja, hogy a túltengésekkel járó orrhurutnál a felszipantásoknak, a beöntések vagy kifeeszkendezések akármilyen szerrel, de még a most is divó jodglycerin vagy argens nitricum concentráltabb oldataival való esetelések, vagy az oly sokszor használt zink-oldatban telített tamponnak bevezetése a túltengésre befolyással nincsenek. Az orrdugulás a kezelés alatt valamivel javul, de magára hagyva, ismét nagyobb fokú lesz, a melléktünetek elmulhatnak ugyan, de többnyire ismét mutatkoznak. Az oly nagy *reclammat* hirdetett *orrmassage*-ok szintén nem vezetnek célhoz, a *massage* tartama alatt sokszor javulnak a melléktünetek, az orrdugulás csekélyebb lehet, de a túltengés megmarad és a tünetek a kezelés befejezése után ismét jelentkeznek.

Az étetéseknek ellenben már lényeges hatása van a túltengésekre, sőt csekélyebb fokúnál teljes sikerrel használhatók. A leggyengébb étetés a már alig divatos pokolkővel történik, melyet ezüst kutaszra ráolvasztva, érintjük a nyálkahártyát. Ha a túltengés csak csekély fokú is, ezen eljárás kellemetlen és nagyon soká tart, mert nagyon sokszor kell ismételni. Sokkal hathatósabb a trichlorezetsavval való étetés, melyet tömény oldatokban vagy kristályokban használunk, de még ennél is jobb és sikeresebb a chromsavval való étetés. Ez utóbbit szintén ezüst kutasz forrt végére reá olvasztjuk és a túltengett nyálkahártyát az egész terjedelmében érintjük. Míg az első két szerrel az érintés után a nyálkahártya egészen fehér lesz, addig a chromsavnál drapszerű sárgás színt látunk. Miután ezen szerrel már nagyobb reactiot szülünk, az étetés után a felesleges chromsavat soda-oldattal kifeeszkendezzük. Már ezen étetés után is kellemetlenebb szövödmények léphetnek fel, így anginák, kis lázak, fejfájások stb., a helybeli erősebb reaction kívül. A chromsav kitünő szernek bizonyult; különösen ott, hol csekély a túltengés, de bő a váladék, és különösen ott, hol véresen, vagy ott hol a villanyos égetéssel nem tanácsos mindjárt kezelni, így a középső kagyló felső részében.

A villanyos égetések akármilyen módon eszközöltetnek, mint pl. a lapos égetések, a vonalos (Furchen) égetés, a submucosus égetés, rendszeren nagy helybeli reactional járnak. Az orr nagyon bedugul, a váladék bő, lázak, fejfájalmak, anginák, különösen angina tonsillaris szokott fellépni, továbbá erős garatgyulladások stb. Az orrváladék által az orrbemenet sebes lesz, orbánczok léphetnek fel, már azért is, mert az orrban keletkező sebeket nem kötözhetjük be és nem zárhatjuk el. Én 15 évi működésem alatt csak egyszer láttam orbánczot fellépni, de az illető hölgy tudtomon kívül maga ecsetelte orrát, és egyszer a poliklinikán, mi sokkal kevésbé csodálatos, mert ezen betegek vajmi keveset adnak a tisztaságra és az óvszabályokra. De tudjuk a többi jelentésekből is, hogy helyenként gyakrabban fordul elő, ép úgy a lázak, melyek néha 3-8 napig is tartanak s néha az infectio jellegével járnak. Az utolsó években többször láttam ily lázakat és különös, hogy éppen kartársaknál voltak a legkellemetlenebbek, mert senki sem inficiálja magát oly könnyen, mint éppen az orvos. Egyes esetekben a helybeli reactio átmegey a homloköbölbe, valamint a Highmor-barlangba is, hol acut genyedést okozhat. De eltekintve mindeme kellemetlenségektől, noha vannak hónapok, melyekben semminemű complicatio sem jelentkezik az égetés után kellő elővigyázatnál, mégis nagyobb túltengéseknél, ha egy ülésben az egyik orrfélt, másodnap a másik orrfélt még oly alaposan égetjük és 8 nap után, mert addig legalább is tart a reactio, ezt ismételjük, 14 nap után mégis kény-

telenek vagyunk újból harmadszor is égetni. Ha a túltengés még nagyobb, akkor bizonyára még egy negyedik beavatkozás is szükséges és így csak 4–5 hét múlva szabadíthatjuk meg a beteget bajától.

Már évek óta szokásos az alsó kagyló hátsó bunkós túltengését hideg- vagy villamos kaecsal egy ülésben eltávolítani. A villamos kaec kevésbé alkalmas, mert nehezebben lehet a műszerrel bánni, habár alkalmazása idealisabb volna a vérzés kikerülése okából. De részben azért, mert nehezebben lehet a kaecszorítóval a túltengést átfogni és többnyire a villamos kaec, mint egyszerű kaec működik, azaz a hideg kaecsal sem léphet fel rendszeren nagyobb vérzés, ez utóbbival szokták az eltávolítást végezni. A vérzés sokszor csekély, néha nagyon nagy, egy betegnél 4–5 napon át voltam kénytelen az orrt tamponálni, egy másik esetben három napig, de később, midőn ez eljárást nagyban alkalmaztam, meggyőződtem, hogy csak ritkán fordul elő nagy vérzés, sőt voltak betegek, kiknél habár jó mogyorónyi bunkót távolítottam el, vérzés egyáltalában nem volt. Ily mogyorónyi polypoid túltengésnek villamos égetővel való elpusztítása legalább 3 hétig tartott volna, míg így egy pár másodperc műve volt és azonkívül még alaposabb. Az ilyen hátsó polypoid túltengések eltávolítása hideg kaecsal volt az első lépés a most mindinkább terjedő sebészi eljárásához, melyet az orrnyálkahártya túltengéseinek használnak. A ki sok ily hátsó túltengést eltávolított, többször tapasztalhatta, hogy a kaecsal nem sikerül mindig a hátsó véget teljesen levágni, hanem midőn egészen összehúztuk, kénytelenek voltunk egy csekély tractot gyakorolni és ilyenkor egy kisebb-nagyobb része a túltengett alsó kagyló nyálkahártyából is vele jut és minél nagyobb, azaz hosszabb darab jött ki, annál jobb volt az eredmény.

Ezt felhasználva és hogy a villamos égetést kisebb körre szorítsuk és egyszersmind a kezelést rövidebb idő alatt végezhesük, nagyobb túltengéseknél régen a kagyló mellső részét is amputáljuk vagy hideg, vagy villamos kaecsal s ha a túltengés polyposusan elfajult, úgy, hogy a kaecba fogható volt, elülről hátra felé haladva darabonként eltávolítottuk. A vérzés csekély volt, az eredmény jó volt, mert ha így sikerült a túltengett részeket eltávolítani, akkor egy-két égetéssel ezélt értünk. De az égetés még mindig szükséges volt, mert csak a túltengés lebe nyeres részeit távolíthattuk el, többnyire pedig csak a hátsó és mellső végeket és egyes részeket a szabad szélekről.

Most már nem félünk a vérzésektől, kivéve, ha tudjuk, hogy valaki haemophil természetű, mit nem mulasztok el minden esetben alaposan kikutatni. Kizárjuk a terhes nőket a 4–5-dik hónaptól, betegeket, kik szív és véredények megbetegedéseiben szenvednek.

Minél nagyobb fokú a túltengés, minél jobban zárja el az orrjáratokat, minél keményebb a szövet, és minél kevésbé húzódik össze cocain-bedörzsölésre, annál egyszerűbb az eltávolítása ollóval és annál gyorsabb és fényesebb az eredmény. A fájdalom nagyon csekély, és hogy annál alaposabb legyen a műtét, előzetesen nem is szoktam cocainnal esetelni. Az e czélra készített *Panse-Hartmann*-ollóval a mellső véget levágjuk, a csont mentén egyenesen hátra haladva, a túltengést lenyírjuk és midőn érezzük, hogy az orrgaratürbe érkezünk, az olló hegyével azt kifelé fordítjuk és a hátsó bunkós véget egy csapással levágjuk.

Kellő ügyességgel és gyakorlattal egy perc alatt az egész alsó orrkagyló túltengését a mellső és hátsó végekkel egy összefüggő darabban lenyírhatjuk és ez a fődolog, mert ha a lenyírás közben a túltengést egy helyen átvágjuk, a vérzés miatt nehezen vagy alig végezhetjük a hátralévő rész lenyírását. Arra kell ügyelnünk, hogy az ollóval mindig érezzük a csontot, és hogy igen gyorsan történjék a műtét, mert azt meg kell tanulnunk, hogy vérzés közben meg ne álljunk és vérzés közben tovább menjünk. A levágott túltengést a beteg vagy kifújja vagy egy csipesz segítségével kihúzzhatjuk. Az utolsó műtétéknél a nagy túltengéseknél oly alaposan történt a levágás, hogy a beteg nem volt képes azt kifújni, hanem csak nehezen sikerült a nagy levágott darabot az orrból kivenni. Több ily egy darabban eltávolított orrkagyló túltengést a fül- és gégeszeti egylet szakülésén volt szerencsém bemutatni.

A vérzés rendszeren 1–2 perc múlva meglehetősen erős, valószínűleg azért nem mindjárt, mert az izgatottság következtében a véredények reflectorice összehúzódnak. Szükséges tehát ezen jelenséget felhasználni és azonnal az illető orrüreget lege artis kitömní. A kitömés sokkal nehezebb és a betegre kellemetlenebb mint maga a műtét, miért is sohasem szabad egy ülésben mindkét oldalon operálni, mert a kétoldali tamponálás a betegre nézve kínos volna. Én mindig jodoformgaze-csíkokkal tömöm ki az orrüreget, mint ezt az orrsövény elhajlásainak és léceinek műtévéseknél már említettem, de ha valaki nem nagyon jártas az ilyen kitömésekben, tanácsos az ilyen vérzéseknél Belloquot használni. Én még nem voltam azon helyzetben, hogy az általam ajánlott tamponálással ezélt nem értem volna. Miután műtét után az orrüreg eléggé tág, watta vagy Penghavar D'jambi tampon-vánkost csinálva a jodoformgaze-csik végéből én ezt hátra tolom a hortyogóig; az a legnehezebb, mert eleinte rendszeren tovább tolja a nem gyakorlott műtő, a vánkos felnyílik és a csikok az orrgaratba és garatba csúszhatnak, a mi vagy kellemetlenséggel jár, vagy pedig nem tolta eléggé hátra, akkor pedig a kagylónak hátsó vége nincsen eléggé összenyomva és vérezni fog. Ha a tampon vége ép a choanában jól van beékelve, a további kitömés könnyű, egyszerűen a tampont hátsó falul használva, az egész orrüreget a csikkokkal együtt jól kitömöm. E czélra szolgál egy külön orrcsipesz és hosszú jodoformgaze-csikok, melyek 10 meter hosszúságban és 4 cm. szélességben, már szegélyezve és felesavarva készen kaphatók. A külső orrnyílást egy watta-tamponnal, melyet a beteg többször kicserélhet, elzárjuk. A betegeket utasítani fogjuk, hogy műtét után másnapig esendesen maradjanak, nagyobb vérzés után az illető orrfélre kívülről befelé bizonyos nyomást gyakoroljanak.

Előre figyelmeztetjük a beteget, hogy orrából folyton véres folyadék fog szivárogni, de ez a jodoformgaze által okozott inger hatása és csak akkor jelentkeznek azonnal, ha orrából nagyobb vérzés mutatkozik. Ilyenkor többnyire elég a tampont hátrább szorítani és még egy darab csikot bevezetni, miáltal az orrüreget jobban tömjük ki és csak nagyon ritkán kell a tampont kivenni és egy másikkal felcserélni. Ha a hátsó tampon lecsúszik, a mi 2–3 óra után többször megesik, különösen, ha a beteg lefeküdt, elégséges, ha nem vérzik, a szájban levő részt az uvula mögött levágni, a többi rész nem zavarja a beteget; de ha vérzik, mellülről vegyük ki a csikokat, mert hátulról kihúzza ez nagyon ingerli a beteget és sokkal nagyobb lehet a vérzés. A tampont, ha jól fekszik, rendszeren 24 óráig fekvé hagyom, 24 óra után lassan kihúzzom, a beteg feje mindig rögzítendő és azonnal másik jodoformgaze-tamponadot csinálók, mely, ha nincs nagy vérzés, sokkal lazább az elsőnél. A harmadik vagy negyedik napon, ezt szintén a vérzéstől teszem függővé, ezt is eltávolítom és egy steril- vagy sublimatgaze-csikot vezetek be lazán, melyet naponta egy mindinkább rövidebbel cserélek ki.

Rendes körülmények között a 7–8-dik napon csikot többé nem vezetek be, csak watta-dugaszt kap a beteg, nehogy a seb fertőztessék és körülbelül 10–14 nap után a seb teljesen behégedt, de sokszor a 6–7-dik napon is gyógyulva bocsátható el a beteg, vagy megkezdhető a másik oldalon ugyanaz az eljárás és a poliklinikán rendszeren a 12–14-dik napon befejeztetett teljesen a gyógyulás és pedig alaposan és fényes eredménnyel.

Az igen alapos angolok rendszeren az orrkagylót vagy annak nagyobb részét is eltávolítják, de a turbinotomia a betegre nézve sokszor káros következményekkel jár. Már most is figyelmeztetnek egyes szakorvosok, hogy ilyenkor a beteg ugyan teljesen megszabadul az eldugulástól, de állapota a keletkező atrophikus folyamat miatt, sőt a nagyon is tág orrjáratok következtében a szárazság és a pharyngitis sicca folytán tűrhetetlen. Itt is az a főszabály, hogy a rendszerenél tágabb orrüreget ne csináljanak.

Már néhányszor kénytelen voltam az alsó kagyló szabad széléből egy jó darabot eltávolítani, némely esetben a kagyló nagyobb felét is, ha az erősen kiáll, a nyálkahártya túltengése pedig csekély, azaz annak teljes eltávolítása után az orrüreg még igen szűk maradna. Így volt alkalmam asthmás betegeknél, a készítményeket szintén a fül- és gégeszeti társulat egyik ülésén bemutattam, a nyálkahártya csekély túltengésével a kagyló kiálló részét egész hosszában eltávolítani. Ilyen műtéthez persze az erősebb és

nagyobb *Hartmann-féle* csontolló szükséges, az eljárás ugyanolyan, mint a másikonál, de a túltengéssel együtt a kagylóból is eltávolítjuk a szűkületet okozó részletet.

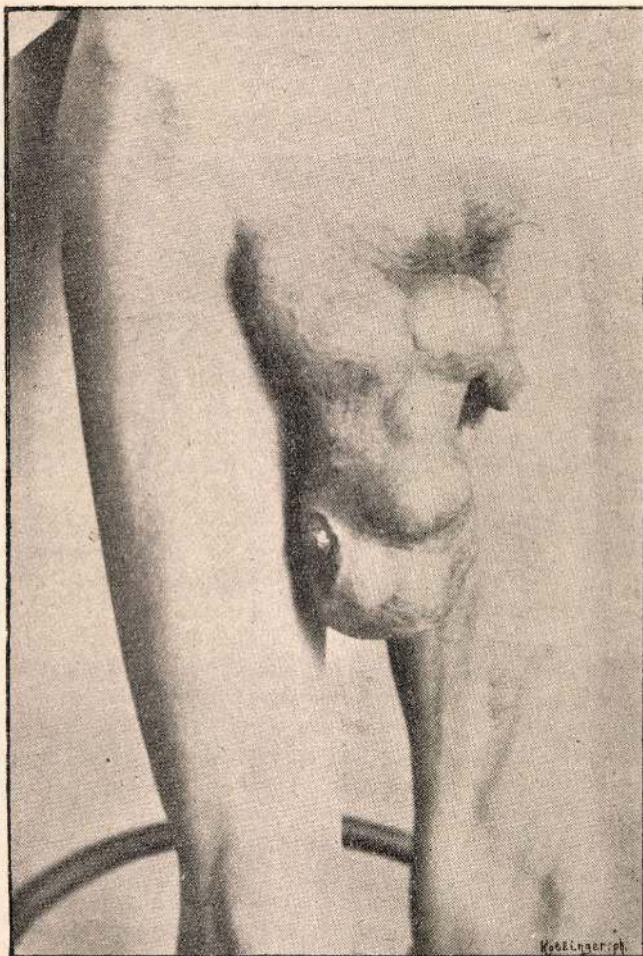
Ezt is sikerül gyakorlattal, egy összefüggő darabban eltávolítani, a vérzés nem nagyobb, mint a milyen az egyszerű leollózásnál, a vérzéscsillapítás pedig hasonlóan történik. Ha a csont, különösen nőknél, nem nagyon kemény és likaesos, a fájdalom nagyon csekély cocainozás nélkül is, de néha férfiaknál a csont kemény, az ollózás fájdalmas és egyes esetekben szükséges lehet a vésés és fűrészelés is. Az angolok azért is csináltak oly sok turbinotomiát, mert ha a szűkületet egy sövényelhajlás és lécz okozta, ezt bántani nem merték, hanem inkább az egészséges kagylót távolították el a turbinotommal. Ez egy éles kapes, melyet az orra hátra bevezetnek és a kagylót vele levágják az által, hogy belefogják és nagy erővel előre húzzák.

Úgy mint az alsó kagyló túltengését, úgy lehet a középsőt is az ollóval eltávolítani, de miután rendszeren ennek csak a mellső és hátsó végén látjuk a túltengést, én a középső kagyló ezen két végét inkább a hideg kaecsal operálom és csak ritka esetekben nyírom le az egészet.

A véres műtétnek említett előnyehez még az is hozzájárul, hogy az étetések és villamos égetések után néha fellépő összenövés nem képződhetnek.

32 év óta fennálló, bélsársipolyokkal komplikált cruralis eventeratio műtett esete.

Laczkó J. 62 éves, földműves, 32 év óta szenved jobboldali czomb-sérvtben, mely lassan-lassan nagybodott, de kizáródva soha nem volt. Felvétele előtt 5 héttel sérve fájdalmas lett, a bőr kipirosodott, beteg



járni nem tudott, de láza állítólag nem volt, nem hányt, széke volt, szelek mentek. Egy hétre rá a sérv külső felszínén a bőr kifakadt, sok bűzös geny ürült, azóta állandóan bélsár ömlik sérvéből, rendes székürülése csak 8—10 naponként van, beteg rendkívül elgyengült, miért is bajától megszabadulandó, október hóban osztályunkat kereste fel.

Felvételkor: a lesóványodott, gyenge testalkatú betegnél körülbelül emberfejnyi, több almamekkoraságú dudorral bíró, vékony, helyenként

heges bőrrel fedett sérvet találtunk, mely mint egy óriási herezaesko csüngött le a czomb belfelületén, mely a czombesatornából indul ki és a jobb normalis serotumot teljesen elfedte. A sérv alsó polusán a belső felszínen két borsónyi nyílásból, mely körül a bőr gyermektenyérszerű területen halvány sarjakkal volt borítva, folytonosan híg, zöldes, bűzös bugyborékoló bélsár ürült. A sérv tartalma teljesen irreponibilis, kopogtatási hangja mindenütt élesen dobos. A bélsár minősége, a beteg rohamos gyengülése és soványodása a mellett szóltak, hogy a sipoly magasan fekvő bélkaecson ül, és hogy a béltartalom legnagyobb része kifelé folyik; azon körülmény, hogy a betegnek 10 nap lefolyása alatt csak egyszer volt széke és beöntésre is csak kevés bélsár ürült, fellevésünket igazolni látszott.

Az inanitio veszedelménél fogva, a műtét a beteg magas kora daczára indikálva volt, melyet október hó 14-dikén végeztem helybeli érzéstelenítés alkalmazásával olyképen, hogy előzetesen a sipolyok felett a bőrt összevarrtam, hogy bélsár a műtét alatt ne ömölhessen. Azután az egész vékony, szinte pergamentszerű bőrt a sérv egész hosszában felmetsztem, kifűnt, hogy egyrészt a sérvtömlő a bőrhöz szorosan oda van növe, másrészt a bélkaecok egymás között és a sérvtömlővel egész felületükkel annyira össze vannak forrva, hogy tiszta fénylő serosát sehol sem láttunk. Az egyes bélkaecok contourjai az összenövés folytán annyira el voltak mosódva, hogy leválasztásuk rendkívül nehéz és fárasztó munka volt, nagy elővigyázatot és sok időt igényelt. Lassacskán kiszabadítván az egyes bélkaecokat, látni lehetett, hogy egy bélkaec 2 szára között egy lapos, 2 cm. széles, tömött alhártya van kifeszítve, a melyen keresztül körülbelül 80 cm. hosszú bélkaec becsúszott a homokóraszerű sérvtömlő alsó részébe. Ezen kaecnak domborulatán, ott, hol ez a bőrhöz, illetőleg a sérvtömlőhöz tapadt, voltak a sipolyok, és pedig 2 borsónyi egymáshoz közel s egy babnyi, az előbbiektől 8 cm. nyire; a bélén azonban strangulatio nyomai nem voltak. A sipolyokat a bél hossz tengelyére harántul álló orsó alakjában körülmetszettük és a széleket 15, illetve 10 sero-serosus varrattal egyesítettük. Ezen kétségtelenül magas, körülbelül 3 m. hosszú vékonybélkaec reponáltatván, benmaradt még a sérvben a vakbél a főregnyújtványnyal és az ileum legalsó része; ennek fala egy helyen annyira volt elongálva, elvékonyodva s oly szorosan volt a sérvtömlőhöz s bőrhöz odanöve, hogy lefejtés közben beszakadt. Miután ezen szakadást 16 sero-serosus varrattal egyesítettük, ezen bélszakaszt is reponáltuk. Azután a sérv nyakán a peritoneumot, illetőleg a sérvtömlőt circularisan körülmetszettük és a metszés szélét dohányzacskószerűen összevarrtuk, a 8 ujjnyi széles sérvkaput erős catgut-fonalakkal elzártuk. A műtét 4 és fél óra hosszat tartott, az öreg gyenge beteg kimerült, s ezért a műtéttel sietendő, nem irhattuk ki az egész sérvtömlőt, egy részét, mely igen tágasan volt a bőrhöz növe, visszahagytuk. A felesleges bőrt levágván, a mely sebüreget lazán tamponáltuk. A collapsust konyhasós infusiókkal és analepticákkal sikeresen leküzdvén, a lefolyás teljesen zavartalan volt, hőemelkedése soha nem volt. 32 év óta fennálló óriási sérvétől megszabadulva, a beteg 2—3 mm. széles sarjadzó sebbel elhagyja osztályunkat.

Herczel Manó dr. e. m. tanár.

TÁRCZA.

A csizi jodtartalmú ásványvíz physico-chemiai vizsgálata.

A csizi (Gömör-Kishont m.) ásványvizet először *Than Károly* egyetemi tanár vizsgálta meg 1865-ben. 1890-ben új kutatók, melynek vizét *Ludwig E.* bécsi egyet. tanár vizsgálta meg,¹ 1898-ban a fürdő jelen igazgatója, *Glos Arthur* úr, felkérte *Than Károly* egyet. tanár urat a víz physico-chemiai vizsgálatára. E vizsgálatot *Than* tanár úr utasításai szerint alulirott segédje végezte.

A vizsgálat tárgyát képező vizet *Glos Arthur* fürdőigazgató merítette és 1 literes, jól bedugaszolt és szinig megtöltött palackokban küldte be. A víz teljesen tiszta és szintelen, levegőn való álláskor rövid idő alatt a kiváló vashydroxydtól megzavarodik. Annak eldöntésére, vajjon az utolsó analysis óta megváltozott-e a víz összetétele, meghatározottatott a chlor-, brom- és jod-aequivalensek összege, és a víz összes szilárd maradéka, ugyane maradék sulfatokká alakítva, és a víz fajsúlya. E meghatározás szerint 1000 gr. vízben van:

	Ludwig szerint	Most	Ludwig adataiból a haloid-aegu-ek növekedése alapján számítva
Cl, Br és J aequivalensek ...	0.3367	0.3592	—
szilárd maradék ...	20.159	21.375	21.503
" sulfatokká alakítva	24.347	25.726	25.971
fajsúly	1.01489	1.01605	—

Ez adatokból látható, hogy a víz jelenleg mintegy 60/o-ka koncentráltabb, mint 1890-ben volt. A chlor-, brom- és jod-aequivalensek összege jelenleg 1.0667-szer nagyobb, mint volt 1890-ben. Miután ez alkatrészek egyrészt pontosan meghatározhatók, másrészt a szilárd maradék főképen haloidokból áll, e viszony alapján számítottam át *Ludwig* analysisét oly módon, hogy a most közvetlenül meg nem határozott alkatrészek

¹ Wiener klin. Wochenschrift, 1890. 42. sz.

növekedését is a haloidokéval arányosnak tételeztem fel. Ez átszámítás szerint 1000 gr. víz chemiai összetétele jelenleg a következő:

Gr.	Aequivalens	Aequ.-százalék
K	0.01985	0.137
Na	7.63218	89.375
Li	0.00084	0.033
H ₄ N	0.05997	0.895
Ca	0.32030	4.323
Sr	0.02146	0.132
Mg	0.22976	5.092
Fe	0.00118	0.011
Al	0.00005	0.002
Cl	12.66292	96.418
Br	0.13105	0.442
J	0.04541	0.097
SO ₄	0.02171	0.122
B ₄ O ₇	0.03089	0.107
HCO ₃	0.63599	2.814
szabad CO ₂	0.16069	0.986
Si O ₂	0.01033	0.046

Ez összeállításban van kifejezve mindaz, a mi a chemiai analysissal biztosan megállapítható. Mert az, hogy a fémalkatrészekből és a savmaradékokból kombinálható sók melyike foglaltatik a vízben, az tisztán chemiai módszerrel egyáltalában nem dönthető el.

A mai felfogás szerint különben a sóknak csak egy, többnyire csekély része van meg bomlatlan molekulák (molek) alakjában az oldatban, az oldott só nagyobb része pozitív és negatív elektromossággal töltött ionokra, a táblázatban közölt fém- és savmaradék-alkatrészekre van disszociálva, melyek mint önálló különvált részecskék léteznek az oldatban.

A physico-chemiai analysis célja, az oldat bizonyos physikai sajátosságainak, nevezetesen a víz fagyáspontjának, ill. osmosis-nyomásának, és elektromos vezetőképességének a meghatározása alapján egyrészt felvilágosítást adni az oldott vegyületek constitutiójáról, másrészt ellenőrizni a chemiai analysis adatait.

A csízi víz fagyáspontja egy, elvben Roloff¹ módszerével egyező eljárás szerint meghatározva -1.2472°, illetőleg -1.2437°, középértékben -1.245 C.^o

A vezetőképesség az ismert Kohlrausch-féle módszerrel² határozott meg. Két, különböző palackokból vett vízpróba spec. vezetőképessége 18°-on 0.03081, illetőleg 0.03083, középértékben tehát

$$\alpha = 0.03082 \frac{1}{\Omega \text{ cm.}}$$

Ez adatokból a következő következtetéseket vonhatjuk.

A víz fagyáspontjából (-1.245°) a vízben oldott anyagok osmosis-nyomása $\frac{1.245 \cdot 22.4}{1.85} = 15.07$ atmosphaera.

Az 1 liter vízben foglalt molek és ionok összege, ugyancsak a víz fagyáspontjából számítva, $\frac{1.245}{1.85} = 0.673$.

A víz spec. elektr. vezetőképessége $\left(\alpha = 0.03082 \frac{1}{\Omega \text{ cm.}}\right)$ megegyezik az olyan natriumchlorid-oldat vezetőképességével, mely 1 literben 0.37 aequivalens natriumchloridot tartalmaz. Ilyen concentrációjú oldatban a natriumchlorid disszociatio-foka 0.755. Ebből az 1 literben foglalt ionok száma 0.559.

A fagyáspontból számított molek és ionok összegéből (0.673) és a vezetőképességből meghatározott ionok számából (0.559) az 1 liter vízben foglalt nem disszociált molek száma 0.114-nek adódik.

A physico-chemiai analysis szerint tehát 1 liter csízi víz tartalmaz 0.114 nem disszociált mol-t, 0.559 ion-t.

Összesen 0.673 mol-t és ion-t.

Ez adatok csak közelítőeknek tekintendők, mert az olyan concentrációjú oldatokra, mint a milyenek a csízi víz tekintendők, az oldatok törvényei már nem érvényesek szigorúan és mert a vezetőképesség az ionok számán kívül minőségüktől is függ. Mindamellett az így megállapított adatok a helyes értékektől nem fognak lényegesen eltérni.

A chemiai analysis adatait is tekintetbe véve, a tisztán physico-chemiai úton talált eredményeket a következő módon ellenőrizhetjük.

A fentebb közölt analitikai adatokból kitűnik, hogy az alkali-fémek egyenértékei 90.4%-át, a calcium egyenértékei 4.3%-át, a strontium 0.1%-át és a magnesium 5.1%-át teszik ki az összes fémegyenértékeknek. E fémegyenértékek 96.9%-a haloidokhoz és csak 2.8%-a bicarbonat-maradékhöz (HCO₃) van kötve. Ha a számítás egyszerűsítése céljából a fémeket mind chloridok és az alkali fémeket mind natriumchlorid alakjában fejezzük ki, a mi következtetéseinket lényegesen nem befolyásolja, akkor az analysis adatai alapján a vegyületek ismert hígításából és az ennek megfelelő disszociatio-fokából a vízben foglalt nem disszociált molekat és ionokat kiszámíthatjuk. E számítás eredménye a következő:

Molek száma 1 literben	Diss. foka	Ionok száma	Nem diss. molek száma	Ionok és nem diss. molek összege
Na Cl	0.3403	0.76	0.517	0.599
Ca Cl ₂	0.0081	0.85	0.020	0.021
Sr Cl ₂	0.0002	0.97	0.001	0.001
Mg Cl ₂	0.0095	0.85	0.024	0.025
szab. CO ₂	0.0037	0	0	0.004
Si O ₂	0.0002	0	0	0.000
0.3620				

Az analysis adataiból számítva 0.562 0.088 0.650
A f.-pontból és vezetőképességből 0.559 0.114 0.670.

A megegyezés a physico-chemiai úton talált és a chemiai analysis alapján számított összetétel között kielégítő. Kiderül egyúttal ezen adatokból, hogy az összes oldott moleknak (0.362) mintegy 72%-a elektrolitosan ionokra disszociálva foglaltatik a vízben és csak mintegy 28%-a az összes moleknak bomlatlan. A bomlatlan molek túlnyomó része nem disszociált natriumchloridból áll.

Az ásványvizek chemiai constitutiójának kérdése a chemiai és a physico-chemiai analysis adatai alapján közelítőleg meg van oldva. Végrelegesen és szigorúan megoldottnak a feladat csak akkor lesz tekinthető, ha elméleti ismereteink annyira fognak fejlődni, hogy teljes szigorúsággal nemcsak az oldott különvált részek (molek és ionok) számát, hanem azok minőségét is fogjuk tudni megállapítani. Akkor egész szigorúsággal fogjuk tudni kifejezni az ásványvizek tényleges chemiai összetételét. Addig azonban, míg ez lehetséges lesz, egyedül helyes képet az ásványvizek constitutiójáról csupán az alkatrészek egyenértékeiben kifejezett chemiai összetétel¹ nyújt, kiegészítve a physico-chemiai analysis azon adataival, melyek a tudomány mai álláspontja szerint megállapíthatók. Budapest, 1899. május havában.

Buchböck Gusztáv dr. egyet. tanársegéd.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: Bókay Árpád dr., Kétly Károly dr., Korányi Frigyes dr. Ötödik kötet. Húgy-ivarszervek betegségei. Venereás és syphilitikus betegségek. Bőrbetegségek. A szöveg közt számos ábrával és egy táblával. A magyar tudományos akadémia segélyezésével kiadta tagjai számára: A magyar orvosi könyvkiadó társulat. Budapest, 1898. 1037 lap.

(Folytatás.)

Réczey Imre jeles sebészünknek e munkában ugyancsak nagy feladat jutott, melyet a legteljesebb sikerrel oldott meg. Mint fontos részt a húgyhólyag daganatait tárgyalja, és pedig helyes érzékre vall, hogy a kórbonczati viszonyoknak elegendő tért szentel. Finom megfigyelési képességét a vérvizelés, a vizelet kiürítési módzatának leírása bizonyítja. A hólyagtükrözés technikáját e helyen ismerteti a tárgy fontosságához mért alaposan. A „húgyhólyagkö” fejezet megírásából látszik, hogy a szerző óriási önálló tapasztalat felett rendelkezik, de azért mindenütt kellő figyelemmel van a külföldi és régebb hazai irodalomra is. A különböző sebészeti beavatkozásoknak külön-külön állapítja meg a javait. Ugyancsak Réczey írta meg a „vesekőbaj” szakaszt. Kellő méltatásban részesül a kőképződés és kórbonczan. Mint mindenütt, úgy ezen szakaszt is érdekesen illusztrálja szerző nagy tapasztalatai. Egyes példái, így midőn mindkét ureter egyszerre el van tömve, méltóan sorakoznak Dittel híres eseteihez. A kórtünetek feltüntetése kimerítő és a gyógykezelés ismertetése is olyan, hogy még belgyógyászati szempontból is a legmesszebbre menő igényeket kielégíti. Köszönettel lehetünk szerzőnek, hogy megfelelő helyen hazai ásványvizeinket mindenütt a külföldiekkel párhuzamba helyezte. Hasonló alaposan vannak megírva „Idegen testek a húgyhólyagban”, „Élősdiek a húgyhólyagban” és „1 húgyhólyag ideges bajai” című fejezetek. Utóbbinál az ideges hólyagbajok két csoportját különbözteti meg, ú. m. a kórosan fokozott ingerlékenységen alapuló hólyaggörcsöt és ennek fokozatait és a kórosan csökkent ingerlékenységen alapuló hólyagbénulást és ennek fokozatait. A hólyaggörcs okait pontokban összefoglalva tárgyalja, a mi rendkívül könnyíti az áttekintést. Ezen szakaszoknál is a klinikai tünetek méltatása minden dicsegetésre érdemes.

Bókay János ezen könyvben mindössze „A gyermekek éjjeli ágyba vizelése” című szakasszal van képviselve. Erdeme hazai bűvárokodásunknak, hogy azon nézetek, melyeket hazánkban a modern gyermekgyógyászat megalapítója, Bókay sen. évek előtt kifejtett, ma is érvényben vannak. „A kezeléssel a gyermek büntetése s a durva bánásmód, melyben ily betegek gyakran részesülnek ártatlanul, mindenkoron helytelenítendő”. Ezen elv ma a gyógykezelésnél irányadó lett. Egyébként ezen szakasz is méltóan sorakozik szerzőnek a „Magyar Belgyógyászat” előző kötetiben megjelent dolgozataihoz.

(Folytatása következik.)

¹ Zeitschrift für phys. Chemie 18. k., 572. l. (1895).

² Kohlrausch u. Holborn. Das Leitvermögen der Elektrolyte. Leipzig. 1898.

¹ Lásd Than Károly. Az ásványvizeknek chemiai constitutiójáról és összehasonlításáról. M. T. Ak. Ért. a termtud. köréből. 1890. XX. k. 2. sz.

II. Lapszemle.

Két hygienikus újdonságot állított ki Berlinben a Radlauer-féle gyógyszerész. Az egyik *Radlauer formoform pinus-essentiája*. Ezen készítmény kombinációja formolnak a törpefenyő destillátájával. Tudvalevő, hogy a *formaldehid* a legjobb fertőtlenítő szer a betegszobában tüdőveszélyes és egyéb fertőző betegségeknél (hőkhurut, diphtheritis). A formaldehid azonban kellemetlen éles szaga folytán izgatja a nyálkahártyákat. Ezen Radlauer úgy segített, hogy a törpefenyő destillátáját kombinálta a formaldehiddel, melynek fertőtlenítő hatása megmarad és rossz szaga a törpefenyő ozonós illata által pótolatik. Az alkalmazás porlasztóval történik. A másik újdonság *Radlauer antiseptikus szájjágyógyói*. Ezek összeállítására *thymol, saccharin, menthol, eucalyptol, vanillin* aa 0-001, mely szerek kis cukros golyócskák alakjában kellemes ízzel és szaggal bírnak és a száj- és garatfertőt, valamint az orrjáratokat desinfiálják s a rossz szájbűzt megszüntetik. Ezen szájjágyógyók két szemenként többször napjában véve, a gyomrot nem izgatják s kivált gyermekeknél, kiknél az öblítés nehezen megy, igen előnyösen alkalmazhatók a száj, garat és gége hurutos bántalmánál. Úgyisintén preservatív szer gyanánt ajánlatnak diphtheritis ellen, mert a szájban feloldódva, a mandolákon levő gombákat, azoknak csirait és a rothasztó anyagokat eltávolítja. Ily célból napjában két golyócskát kell az egészséges gyermekekkel vétetni.

Tannigen dysenterianál. *Cronkhite* dr. egy dysenteriajárvány alatt a tannigent 23 betegnél alkalmazta, kivált gyermekeknél s belőle a kor szerint 5—10 grant (30—60 centigramm) adott 3—4 óránként, egyes esetekben $\frac{1}{4}$ gm. calomellel. Csak két esetben maradt el a hatás, a többinél bámulatosan gyorsan hatott s a kezelés tartama igen rövid volt. Szerző mint legbiztosabb és gyorsan ható szert melegen ajánlja a tannigent hasmenések és vérhas eseteiben. (Medical Review, May 99.) Úgyisintén *Cioja* dr. is alkalmazta a tannigent vérhasjárványnál és tejsomatoséval kapcsolatban kitűnő hatást tapasztalt. Ha a véres nyálkás székelés megszűnt, az utókezelés tej-somatoséval megkezdett és a betegek feltűnően rövid idő alatt ismét visszanyerték erejüket. (Il Morgagno 22. 99.)

Hetiszemle és vegyesek.

— **Mihalkovics Géza tanár temetése** kartársainak és a nagyközönségnek élénk részvétele mellett folyt le f. hó 15-dikén, szombaton d. u. 5 órakor. Ravatala az egyetemi templomban volt felállítva, elleve koszorúkkal, melyeket különböző hivatalok, testületek, továbbá tisztelői és barátai — köztük a közoktatásügyi miniszter is — küldöttek a koporsóra. A koszorúk közt voltak a bécsi, boroszlói, strassburgi egyetemek orvosi fakultásának, valamint a strassburgi bonczani intézetnek koszorúi is. A bécsi orvosi kar nevében Tholdt prorektor és a bonczani tanára személyesen tette a koszorút a ravatalra. A gyászoló család és az egyetem tanártestületei a templom szentélyében foglaltak helyet, a templomot betöltő közönség között a rendet az egyetemi ifjúság tartotta fenn.

A vallásos szertartás befejezése után a koporsót a templom előterébe vitték, a hol mindenekelőtt *Herczeg Mihály* prorektor mondott búcsúzó beszédet, hosszasan fejtegetve a megboldogult érdemeit, majd *Waldeyer* berlini boncztanár és a berlini tud. akadémia titkára lépett a ravatal elé és megindult hangon palmaágat téve a ravatalra, mondotta a következő mélyen átértzett szép beszédet: „Tisztelt halotti gyülekezet! Ez a virágoktól borított ravatal az Isten háza előtt, körülveve e gyászoló gyülekezettel, elmondja mindenkinek, a ki azt nem is tudná, ki az, a kit e szűk utolsó házaeska rejt magában és nyilvánvalóvá teszi, hogy olyan valakit készülnék örök nyugvóhelyére kísérni, a kinek halála súlyos veszteség a budapesti egyetemre, sőt egész Magyarországra. Valóban ez a koporsó egyik legjobb fiát zárja magába ennek a szép és virágzó országnak. De sőt még többet is. Mihalkovics Gézának, a kit ma sírba helyezünk, fájdalom oly korán bekövetkezett halálát nemcsak itt érezzük meg és fájlaljuk mélyen a Duna partjain, hanem távol messze minden országokban, a Szajna, úgy mint a Spree mellett, a Tiber partján, úgy mint a Nawaén, sőt túl a tengereken túl is. Vegyenek engem Magyarhon fiai ennek tanúbizonyságául! Nekem ugyan nincs megbízásom, hogy külföldi kartársaim nevében is beszéljek, mert azt a gyászír megkapása után, itten meg akarván jelenni, idő híján meg nem szerettem: de azért hiszem, hogy nem fog akadni odakünn kollegáim közül bárhol is akárki, a ki engem meghazudtoljon: mindenki igazat fog nekem adni abban, a mit mondtam és ismételve mondok: hogy ezen férfúnak olyan kora elköltözése az élők sorából nagy veszteség arra a tudományra, a melynek szolgálatában állott! Különösen fogják ezt érzeni hazámban, Németországban, a melynek legifjabbik egyeteme az elhunytat egykoron kötelékében tartotta.

A tudomány nem ismer határt a népek közt; és bármennyire legyen is túlsúlyban most sajnó érzetünk, e legszomorúbb órában ez a tudat fellül emel bennünket az emberi szív jogosult bánatán és vigasztalódással tölt el e gyászúton.

És engedjen a t. szomorú gyülekezet most még egy szót a barától is az eltávozó baráthoz; mert ez a koporsó nekem többet is takar el, mint csupán a tudomány emberét; takarja az én híu segítőmet is, a kinél jobb nekem sohasem volt; takarja az én hosszú éveken keresztül eleven szellemű munkatársamat is, a kivel való érintkezés egyenlő dolgokban javamra vált nekem is; takarja az én legkedvesebb barátomat is, a ki az ő nemes és mélyen szomorkodó feleségével az enyéimnek is igazi barátja vala.

Hogy nekem tégedet síroddhoz kellett kísérnem, az mélyen fájdalmas nekem, mélyebben mintsem kimondhatom! De így volt elvégezve!

Nyugodjál tehát békében kedves barátom, nem felejtünk el sohasem!”

A beszéd elhangzása után a koporsót feltették a gyászkoocsra s a menet megindult az Egyetem-utczán keresztül a Kossuth Lajos-utca felé. Elöl a rendőrség ment díszruhában, utána a segédorvosok testületileg, majd az ifjúság az egyetemi zászlóval. Az ifjúság után haladt a gyászkoocs a koszorúkkal. A gyászkoocs mellett mindkét oldalról haladtak az egyes fakultások dékánjai, koszorúk szalagjait tartva, utánuk pedig a szolgák díszben az egyes fakultások jelvényeivel. A koporsó után haladt a prorektor s a rektori szolga díszben a rektori jelvényekkel. A prorektor mellett mentek *Waldeyer* és *Tholdt*. Ezután következtek az egyetemi tanárok, majd pedig a gyászoló család és a gyászközönség.

Mikor a menet a Kossuth Lajos- és Újvilág-utca sarkára ért, oda, a hol a régi egyetemi épület állott, a menet megállt, és a koporsót újra beszentelték. Innen azután a menet végig a Kerepesi-úton kivonult a kerepesi-úti temetőbe, a hol *Mihalkovics* rektor tetemét a főváros által felajánlott díszsírhelyre temették el.

A sírnál *Klug Nándor* orvostani dékán mondott búcsúszavakat. „Bened, drága halott — úgymond — a jeles tudóst, ki a messze idegenben is becsülettel szolgáltad a magyar tudományosság hírnevét, s a szeretett pályatársat egyaránt siratjuk.

Bánatos, őszinte részvétünk kísérjen új, rideg otthonodba. A végzet határozata elől nines menekülés. Vissza nem térsz többé. Keresnünk kell a megnyugvást. S midőn ezt tesszük, úgy látszik, te még sem hagysz itt végkép bennünket: alkotásaidban köztünk maradsz. Fáradhatatlan kutató lelked élni fog közöttünk, példád pedig jövő nemzedékeknek mintaképpül szolgál.

Mint tudós örök emléket biztosítottál magadnak.

Emléked legyen áldott!”

Utána *Tellyesniczky Kálmán* dr. I. tanársegéd a bonczani intézet személyzete, *Morelli* orvostanhallgató pedig az orvostanuló ifjúság nevében intéztek búcsúszavakat az elhunyt intézeti főnök és szeretve tisztelt tanár hült tetemehez, mire a sírásók vették át munkájokat, hogy átadják az örök enyészethez hamvait azon tudós férfúnak, ki hosszú haldoklása alatt is az életreklés örök problémáit kutatta és ismertette mindaddig, míg a mikroszkop és író toll kezéből végkép ki nem esett.

— **A fővárosi egészsége.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1899. július hó 2-dikától 1899. július hó 8-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 393 gyermek, elhalt 267 személy, a születések tehát 126 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2355 beteg, szaporodás 741, csökkenés 747 maradt e héten végén ápolás alatt 2349. — Nevezetesebb halálok voltak: croup —, ronesoló toroklob —, hőkhurut —, kanyaró 3 vörheny 9, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykéreg 14, agyverőmleny 7, rángások 4, szervi szívbaj 12, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurunt 35, tüdőgümő és sorvadás 46, bélhurut és bélob 11, carcinomata et neoplasmata alia 25, méhrák 11, Bright-kór és veselob 5, angolkór —, görvéllykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 13, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 6, erőszakos haláletet 10. — A fővárosi tisztifőorvosi hivatalnak 1899. július 9-dikétől július 15-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymában 9 (meghalt —), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 23 (meghalt —), vörhenyben 38 (meghalt 1), kanyaróban 49 (meghalt 3), ronesoló toroklobban és torokgyikban 12 (meghalt 3) trachomában 8, vérhasban — (meghalt —), hőkhurutban 9 (meghalt —), orbánczban 6 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

○ A **British Medical Association** 67-dik nagygyűlését augusztus 1—4-dikéig Portsmouthban tartja *Sir Thomas Grainger Stewart* edinburgi belklinikai tanár elnöke alatt.

— **Hazai fürdők személyforgalma.** *Vihnye* (VII/12.): 530; *Tátrafüred* (VII/13.): 391; *Új-Tátrafüred* (VII/15.): 387; *Herkulesfürdő* (VII/13.): 3933; *Lipik* (VII/8.): 1264; *Tarcsa* (VII/13.): 564; *Balatonfüred* (VII/11.): 2007.

* **Bejelentett oklevelek.** A tisztifőorvosi hivatalnál oklevelüket május hó folyamán bemutatták: *Gobler Lajos, Cholnoky Ferencz, Friedmann Kornél, Baranyai Jenő* dr.-ok és 3 szülész. —

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma” (magánygyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére**) **Budapest, VII.**, Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospektus.

Szt. Lukács-fürdő

téli és nyári gyógyhely

— **Budapest.** —

Rheuma, köszvény, neuralgiák, isch. us stb. ellen. Nagy kénes iszapfürdő. Iszapbongyűlések és külön fürdők. Kő-, kád- és gőzfürdők és uszodák. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját üzemből. Orosz árak. A fürdő orvosa: Dr. Bosányi Béla. Prospektust küld ingyen az igazgatóság.

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 $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ -ig járóbeteg rendelőjében, Budapest, VI. ker., Eötvös-utca 23. szám.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (V. rendes ülés 1898. október 6-dikán.) 365. l. — Közkórházi orvostársulat. (IX. bemutató szakülés 1899. április 19-dikén) 366. l. — A berlini tüdővészcongressus. 367. l.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(V. rendes ülés 1898. október 6-dikán.)

Elnök: Navratil Imre; titkár: Polyák Lajos.

(Vége.)

Primaer inyvitörlarák ritka esete.

Zwillinger Hugó: Az 53 éves, beteg, kit bemutatni szerencsém van, szept. 30-dikán jelentkezett a kerületi betegpénztár poliklinikájának gégeészeti osztályán azon panaszával, hogy négy nap óta nyelvén fájdalmakat érez; ezelőtt mindig egészséges volt, dacára foglalkozásának (hajófüttő), csak legénykorában volt baja, mely leírása szerint ulcus molle lehetett, semmiféle kúrát nem végzett. A rosszul táplált, sápadt arcú ember száját tökéletesen kinyitni nem bírja, az inyvitörla jobb fele formátlan, megvastagodott, kifeléyesedett; a fekély egyenetlen, öblös, beszüremkedett, megvastagodott, szélei felfelé a kemény és a lágy szájpad határán sárgásvörösek, kemények, balfelé az oedematous uvula és vele az eltolt inyvitörla bal fele határolják az újképletet, befelé a nyelv lenyomása után látható a tumor alsó határa, mely az inyvitörla alsó szélének megfelelőleg megvastagodva s mintegy a nyelvgyökön feküdvé részint szabadon lóg. A nyelvgyök jobb széle mellett ujjalakú kis képlet látható, az arcus palatoglossus nyoma veszett, ép úgy, mint a jobb tonsilla-é; ennek helyén szürkésfehér nekrotizáló s felfelé és jobbra, a jobb fogatlan felső processus alveolaris felé terjed az újképlet, az intermaxillaris redőt infiltrálva. A kifeléyesedett hely egyenetlen fenekén szürkésfehér lepedékkel fedett helyek sárgásvörös helyekkel váltakoznak. Kutaszszal az újképlet mögé juthatni, mozgatról, mint láthatják, szó sincsen. A újké szabad, légzés és hang rendes. A jobb állalatti mirigyek duzzadtak.

A beteg jodkalit szed. A daganat egy kis része kórszöveti megvizsgálás céljából kivágatott, a csekély beavatkozásnak nagyobb-fokú vérzés volt a következménye. Czélszerű tehát ily esetekben galvanocautikus kacsot használni. Az esetet szemügyre véve, három különböző folyamattal lehet dolgnunk: kizárva előre a gümös folyamatot, első sorban carcinomára vagy sarcomára, végre széteső gummára kell gondolnunk.

A sarcoma a legtöbb esetben jól elhatárolt daganatot képez, igen ritkán jelenik meg, mint a lágy részeket infiltráló élénkpiros tömeg, a tumorképződés mindig előtérben van, úgy hogy a kórisme klinice könnyen megállapítható. Kétséges esetekben a histologiai vizsgálat megadja a magyarázatot, jellegzetes különben a mirigyek magatartása is, sarcománál hiányozhatik a mirigydaganat, míg az a carcinománál megvan.

A rák tendenciája a mélybe való hatolás és a gyorsabb szétesés. A széteső gümö characteristikus kivájt fekélyével, egyenes széleivel ritkán téveszthető össze carcinomával; megjegyzendő, hogy az ex juvenibus való kórismézésnél soha nem tévesztendő szem elől azon körülmény, hogy jodkali adagolásra a rosszindulatú daganatok fekélyei is kitisztulnak, hogy tehát biztosak legyünk, ehhez eelatans javulás szükséges. Az anamnestikus adatok hiánya mellett fellelhetők talán más syphilitikus elváltozások. Az állalatti mirigyek jóindulatú újképleteknél is megduzzadhatnak, hacsak a regionalisak is.

A mi esetünkben carcinomával van dolgnunk, és pedig az inyvitörla primaer carcinomájával. Azt fogják mondhatni, hogy a megbetegedés ily előrehaladott stadiumában nehezen határozható meg a daganat kiindulási pontja; ép ezen okból sorolom eseteimet a ritkábbak közé, mert első megtekintésre látható, hogy a gócz az inyvitörlában fekszik, a folyamat csak későbbben terjedt át a pharynx oldalfalára. Jellegzetes a csekély fájdalomosság, a beteg csak négy nap óta panaszodik nyelési fájdalomokról. A rhinolalia aperta, mely ily esetekben hamar keletkezik, egyelőre hiányzik még; megvan azonban a szájszor, mely beszűrődés az intermaxillaris redőre való áttérjedés következtében keletkezett.

Az újképlet felső szélén habár csekély oedema látható, a már könnyebb megérintésre beálló vérzés mind oly tünetek, melyek fellevesünk mellett szólnak.

Az adagolt jodkalira változás nem tapasztalható.

Hogy therapeutice mi csinálendő ezen szomorú prognosisú esetekben, a felelet az, hogy ha a bántalom, mint itt, a pharynx oldalfalára áttérjed, nem marad más hátra, mint pharyngotomia és ezen úton való tökéletes kiirtása az újképletnek és a megtámadott mirigyeknek. Megszivlelendő Mikulicz azon ajánlata, hogy az állkapocs felhő ágának maradó resectioja eszközöltessék, mi által a bekövetkezendő szájszor elejét vesszük; hogy az egész beavatkozást praeventiv tracheotomia előzze meg, az a mütő tapasztalataitól függ.

Baumgarten: Sondával ugyan nem vizsgáltam, de azt a benyomást tette rám az eset, hogy a tumor ráterjed a csigolyákra is, ezért nem tartom a mütétet indicálnak.

Zwillinger: Sondával természetesen megvizsgáltam, esontra nem jutni sehoh, a fekély alsó határa megfelel az inyvitörla szabad szélének, a pharynx hátsó falára nem terjed át.

Navratil: És az állkapocsizület?

Zwillinger: Az izület szabad, csak az intermaxillaris redő infiltrált.

Navratil: A mütét lehetősége fennáll, csak az a kérdés, tartós lesz-e az eredmény? Carcinománál az a fő, hogy csak akkor operáljunk, ha legalább abban vagyunk biztosak, hogy egy ideig nem fog kiújulni. A jelen esetben, tekintve a carcinoma óriás kiterjedését, nem vagyok a a kiújulást illetőleg optimista, a mütét contraindicatioja azonban nincs meg. Kétségtelen, hogy az eset carcinoma és nem tartom itt szükségesnek a görösövi vizsgálatot.

Angioma multiplex linguae esete.

Morelli Károly: A bemutatandó eset olyan ritka, melyhez hasonló a külföldi irodalomban, szakmunkákban és szakközleményekben nem találtam s a melyhez hasonló egy esetet *Schwimmer* tanár mutatott be 1894-ben a közkórházi orvostársulat decemberi ülésén s ő is hangsúlyozta annak unicum voltát. Az ő esetében a 12 éves fiúnál a nyelvből kiinduló, mákszemnyi, gombostüfejnyi veres dudorok voltak jelen, melyekre nézve csak a — Török által végzett — görösöi vizsgálat állapította meg a diagnosit, mely szerint azok lymphangiomáknak bizonyultak. Most jelent meg *Mikulitz* és *Kümmel* „Die Krankheiten des Mundes“ című munkája, ebben egy adatot találtam, hogy *Jullian* közölt volna ilyen eseteket 1886-ban, de ezen esetek leírásai részemről nem voltak még megkaphatók.

A bemutatandó 47 éves nőbetegre nézve jelezni kívánom, hogy 23 éves koráig teljesen egészséges volt, csak tíz éves korától fogva voltak gyakori orrvérzései, melyek azonban minden beavatkozás nélkül, rövid idő alatt spontán meg is szüntek.

24 év előtt vette észre, hogy evés után vérrel telt meg a szája s nyelvének egy pontján meglehetősen profus vérzése támadt, melyet Kovács Sebastyén Endre, akkori kórházi sebész ferrum sesquichloratum-mal szüntetett meg, mire a betegnek öt évig nyugalma volt.

Engem a beteg tizennégy év előtt keresett fel az ó-utcai ambulatóriumban először, a mikor is a nyelv hegyéből kiinduló angioma gyakori vérzésre adott alkalmat, azonban akkor operatit indicálnak nem tartván, 30%-os tanninglycerin-ecseteléssel kezeltem, a mi a vérzést meg is szüntette.

Öt év előtt újból jelentkeztek a vérzések, a mikor a nyelv közepvonalában s a nyelv hegye felé terjedőleg jobbra-balra 24 mákszemnyi, egészen gombostüfejnyi, söt lencsényi, barnás, itt-ott élénk piros, sima felületű göb volt jelen. Állítólag a beteg anyjánál is voltak ilyen daganatok a nyelven s az is szenvedett gyakori orrvérzésekben. Ezen edénydaganatokról azt vettem észre, hogy szaporodnak és nőnek, legutóbb az arcán, a fülkagylón, a mellkason, sőt az ujj hegyén is felléptek.

A vérzéseket a nyelven, a fogak surlódása miatt, ez év január havában galvanokauterrel csillapítottam, s mivel ezen daganatok nemcsak szaporodtak, hanem nőttek is s ismétlődő vérzésekkel fenyegetnek, indicálnak tartom — *Schwimmer*rel ellentétben — azok galvanocautikus sorvasztását, természetesen egy ülésben csak 2-3-at operáltván. A görösöi vizsgálatra Török Lajos dr. kartárs urat fogom felkérni és a leletről beszámolok.

Gégescleroma ritkább esete.

Baumgarten Egmont: A 20 éves leány 3 év előtt rekedt lett és légzése folytonosan rosszabbodott. Két év előtt hosszabb ideig belégzéssel és gégeecseteléssel kezeltetett, de eredmény nélkül. Az utóbbi hetekben nehéz légzése annyira fokozódott, hogy állítása szerint napjában 2-3-szor olyan fuladási rohama van, hogy belekékül. Egy év óta légzése zörejes és hangja alig hallható. Fájdalmai nincsenek. A családban hasonló betegséget nem tud, de községében sem volt tudtával. A beteg a poliklinikán a bemutató osztályán jelentkezett és az első vizsgálatnál a következő állapotot mutatott: Sovány, vérszegény leány, majdnem teljesen hangtalan, légzése nagyon zörejes. Belső szervek egészségesek, köpetvizsgálat negatív eredményű. A torokban és a gégefedőn nincsen elváltozás, a nyálkahártyák anaemikusak. Az aryepiglottikus redők duzzadtak, kissé infiltráltak, kevésbé mozognak. A gége és légző lumenje feltűnően szűk, a nyálkahártya fehéres, beszáradt pörkökkel fedve. Mindkét áhangszalag és az interarytenoidalis redő beszüremkedett, kiálló és a valódi hangszalagokat eltakarják. A hangszalagok alatti nyálkahártya kitiüremkedett és a gége hátfalától kiemelkedő nyálkahártyadudorral a gégét és légesőt lényegesen szűkíti.

Az orr véletlen vizsgálatánál a baloldalon egy a porozos orrsövényből kiinduló, félmandulanagyságú, könnyen vérző, alsó részében kemény, felső részében puhább daganat látható, melynek létezéséről betegnek nem volt tudomása.

Az orr és gége váladékából vett culturák sikerültek és a culturából festett bacillusok görösöben szépen láthatók. A beteg utasítottott erősebben fellépő fuladásnál rögtön a kórházba sietni tracheotomia eszközése miatt. Már az első alkalommal sikerült egy ötös számú Schreotter-féle gégecsövet 5 percze bevezetni, második nap pedig már 10 percze

és már a második éjjel egy fuladási roham sem mutatkozott. Egy hét után beteg légzése már alig zörej, a gégecsövet már 20 percig türi. A gégelet feltűnően változott, a gége lumenje sokkal nagyobb, a valódi hangszalagok már jól láthatók, a hangszalagok alatti dudorok lényegesen visszafejlődtek.

Ez esetben elsődleges gégescleromával van dolgunk, mely lassan fejlődik és a légesöbe leterjed és szűkületet okoz. Az orrban a scleroma csak újabb eredetű lehet. Az alakja a gégescleromának szokatlan, az egész nyákhártyára kiterjeszkedik és sehol sem dudoros, mint ezt egyik-ily elsődleges esetben bemutató látta.

Közkórházi orvostársulat.

(IX. bemutató szakülés 1899. április hó 19-dikén.)

Elnök: Rózsaffy Alajos; jegyző: Terray Pál.

Esetek a hassebészet köréből.

Herczel Manó: (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Elischer Gyula: Multkori előadása kapcsán felemlítette, hogy a bronchitis fellépését az esetek legnagyobb számában a narcosisnak tudja be; azt is mondta, hogy a statistika szerint tényleg úgy áll a dolog, hogy majdnem ugyanannyi beteg hal meg a narcosis, mint az operatio következtében.

Ha a pneumonia okát keressük: hogy nem az erős háskötés okozza-e, mert sok száz eset kapcsán ez a lehetőség is felmerült, *Schröder* azt tapasztalta, hogy ha ragtapasz-csíkokkal egyesítette is a laparotomia sebtét, ezen esetekben épp úgy fellépett a pneumonia, mint ha kötözte volna a betegét, tehát a tüdőgyuladásnak nem a nyomás volt az oka.

A tüdőgyuladás kimarad, vagy könnyű lefolyású, ha az életerő megvan, ámde az életerőt a hasdaganatok rendkívül fogyasztják, különösen, ha a táplálkozási viszonyok bizonyos mértékig leszűkítettek, vagy ha a tumor bizonyos nagyságot ért el, pl. egy extrauterin terhességben szenvedő betegen nem volt más, mint hasdaganat, csont és bőr.

Nemcsak a narcosis jár ilyen veszéllyel, hanem a peritonealis shock, illetőleg az intestinalis lehülés és a nagy nedvvesztés is, a melyet az ilyen beteg szenved.

A cocain-hatás a Schleich-methodusnál néha 1—2 napig is eltart s ha ez szövődik a peritonealis shockkal, akkor a pulsus igen rossz; ez ellen igen jó, ha minél nagyobb mennyiségű folyadékot vissziunk be a szervezetbe, s mivel ez per os hasoperatióknál nagyon nehéz, sokkal jobb per anum; az utolsó öt laparotomizált esetében 3 órákint 200—250 gr., részint physiologikus konyhasó-oldatot, részint borlevest adatott a betegnek per anum, s a pulsus feltűnően javult.

Mindezt tekintetbe véve, rajta lesz szóló, hogy a hol lehet, még a Schleich-methodust is mellőzze.

Az utolsó héten szintén végeztet egy laparotomiát narcosis nélkül, a hol az elhalt érett magzat 2 évig volt a méhen kívül a tubában; ezen betegnél szívgyengeség miatt még Schleich-érzéstelenítésre sem lehetett gondolni, s a beteg egészen jól tűrte az operatiót.

Egy másik esetben 10 liter ascitést, 9—10 kg.-nyi fibromyomát távolított el kevés Schleich-érzéstelenítéssel, s a beteg alig érzett fájdalmat; csak a szervek mechanikus vongálása az, a mi fájdalmat okoz.

Szontagh Felix: Hogy gyermekeknél is fellép operatio miatt végzett narcosis után pneumonia, bizonyítja egy esete, melyben a 3 éves fiút *Ludvik* igazgató incarcerált hernia operálása végett narcotizálta s másnapra kifejlődött a kétoldali súlyos bronchopneumonia, úgy, hogy az operatióból szépen meggyógyult gyermeket nagyon nehéz volt megtartani.

Pemphigus vulgaris esete.

Török Lajos: A 35 éves férjzett napszámosnő 1899. január vége felé betegedett meg. Azóta egy márczius elején beállott, körülbelül 10—12 napos szünet kivételével folyton jelentkeznek átlátszó savóval tele lencsényi egész mogyorónyi hólyagok, főleg a külső ivarszervek táján, az emlők alatt, a hónaljokban, a hajzatos fejbőrön, a száj nyákhártyáján, a végtagokon, a hát közepe táján, valamint elszórtan egyebütt is. A hólyagok normalis kinézésű bőrön lépnek fel; részben beszáradnak és eltűnnek, részben beszáradásuk után peripherikus hámelemelődés folytán még tovaterjednek. Az utóbb említett módon nagyobb polycyklikus szélű területek jönnek létre, a melyek közepén hyperaemikusak, szélükön hólyagkoszorút vagy hólyagos sáncot tüntetnek fel. A hólyagok gyógyulása után festenyfoltok maradnak vissza. Subiectiv érzések csekélyfokúak. A beteg kissé gyengült, erősen izzad. Az eruptio kezdeti szakában csekély lázas hőemelkedés volt jelen. Az eruptio jelenleg nagyrészt tűnőfélben van. Itt-ott egy beszáradt hólyag, számos festenyfolt.

A kórisme igen egyszerű volna, ha a bécsiek álláspontját foglaljuk el. Az erythema multiforme bullosus közönségesebb alakjainak, az urticaria bullosának és ehhez hasonló folyamatoknak kizárása után a pemphigus elnevezéssel láthatnók el a még fenmaradó folyamatokat, tekintet nélkül arra, hogy azoknak milyen a további lefolyása, azaz, hogy halálos kimenetűek-e, vagy jóindulatúak.

Nehezebb a dolog, ha az amerikai és francia kutatók által elfoglalt álláspontot némileg méltányoljuk. Bár elismeri szóló, hogy ezen kutatások sem vezettek még teljes világossághoz az erythema-bullosus bőrkiütésekkel járó folyamatok megítélésében, mégis be kell vallanunk,

hogy némi támpontot adtak az idetartozó folyamatok megítélésére; csak hogy ez által a diagnosis-megállapítás sokkal nehezebb és ingadozóbb lett, mivel egyrészt több folyamat megkülönböztetéséről van szó, másrészt az objectiv lelet olyan, hogy az összes bullosus bőrbetegségeknek egyaránt előfordulhat. A diagnosis tehát a bullosus kiütés konstatálása után még más mozzanatok felhasználásával állapítatik meg s ezek is olyanok, a melyek nem fordulnak elő *kizárólagosan* az egyes kóralakoknál, hanem az egyiknél csupán gyakrabban, mint a másiknál. Így pl. a hólyagoknak a normalis bőrön való fellépése, a szájüregben való localisatioja inkább észlelhető a pemphigusnál, de előfordulhat az erythema multiforme bullosumnál s a dermatitis herpetiformisnál is. A diagnosis ily viszonyok között sokszor szorul rectificatioira. Szóló már régen figyelmeztetett arra, hogy a hólyag egymagában mily kevésbé jellemző tünet s hogy a kórisme megállapításánál csak másodrendű szerepet játszik. A hólyagból egymagából nem lehet diagnostizálni. Ezen álláspontot mások, még pedig hazai kartársak is, nem akarták helyesnek elismerni. További tapasztalatok azonban mindinkább megerősítették szólót véleményének helyességéről s a bemutott eset is ezen irányban tanulságos.

Róna Sámuel: Ma nálunk a mérvadó körök a pemphigust illetőleg azt az álláspontot foglalják el, a melyet *Török* említett, t. i. a francia álláspontot.

Két hónappal ezelőtt egy kartárs a dermatologiai egyesületben egy pemphigus neanatorum-esetet mutatott be, akkor körülbelül ugyanazt mondotta szóló, a mit ma *Török*, szóval eltérünk a régi bécsi iskolától, melynek tana szerint sokkal könnyebb volt a pemphigust diagnostizálni, mely pedig, hogy milyen nehéz, azt bizonyítja *Török* bemutatója.

Bélresectio gyógyult esete.

Fischer Aladár: A 40 éves férfibetegnek 22 év óta van jobb-oldali lágyéksérve, mely azonban nagyobb kellemetlenséget soha sem okozott egész mult hó 2-dikáig, mikor sérve a reggeli órákban kizáródott. Állapota folyton rosszabbodván, mult hó 4-dikén délben osztályunkra vétette fel magát a következő jelen állapottal.

Jól fejlett csont- és izomrendszerrel, valamint egészséges légzési és vérkeringési szervekkel bíró férfibetegnél a scrotum jobb felében két férfikölnyi, a herétől elkülöníthető térfogatnagybodás foglal helyet, mely kocsanyszerűleg a canalis inguinalisba folytatódik. A terimenagybodás felett a bőr kissé oedematosus, maga a terimenagybodás érzékeny, feszes, elastikus tapintatú és tempult dobos kopogtatási hangot ad. Beteg faciese kifejezetten abdominalis; nyelv száraz, érlökés 108, könnyen elnyomható; légzés száma 30. Has nagy mértékben puffadt, a jobb inguinalis tájon mérsékeltén érzékeny. Beteg majdnem folytonosan csuklik és sok bélszerű epés hányadékot ürít. Ily körülmények között *Navratil* tanár megbízásából betegnél annak kellő megtisztítása után rögtön végezte a műtétet. A sérvtömlőre réa praeparálván, azt megnyitotta, mikor is mérsékelt mennyiségű hűlszerű, bélszerű sérvvíz ürült ki, egyszersmind kiderült, hogy mintegy gyermekököllyi csepleszdarab és egy 30 cm.-nél hosszabb bélkaes van kirekedve. Úgy a cseplesz, mint a bélkaes a tömlőhöz több helyen odanőtt. A bélkaes kékesfekete, több helyen palaszürke, fénytelen foltokkal. Mintegy kétfillérmekkoraságú sávzerű helyen annyira mállekony és szakadékonny, hogy a tömlővel képzett fibrinosus gyenge adhaesioi leválasztásánál beszakadt. A beszakadás helyét rögtön klemmerrel befogta.

A debridement végrehajtása után a bélkaest óvatosan előrehúzták, mikor is kiderült, hogy úgy az elvezető, mint az odavezető száron kifejezett strangulatio gyűrű van jelen, mely helynek megfelelőleg a bél teljesen anaemikus és tapintásnál elvékonyodottnak és csekély resistentiájúnak mutatkozott.

Mindezek alapján a bélkaes resectiojának indicatioja evidens volt. Hogy manapság ilyen esetben, mikor a bél szabadon elővonható és a kopraemikus intoxicatio tünetei sem túlságosan súlyosak, a resectio a normalis eljárás és nem az anus praeternaturalis készítése, azt nem szükséges részletesen fejtegetni. Bemutató tehát elővonta a belet, hogy a resectioit bőven az épen végezhesse, mert ez a műtét sikerének első feltétele; azután a műtét terét szorgosan isolálva és a belet a megfelelő helyeken comprimálva, 47 cm.-nyi béldarabot resecált. Kezdetben a bélkaes excisiojánál lehetőleg közel tartotta magát a bél margo mesenterialisához, de azután a béltől a mesenterium gyökere irányában távozott; ez azért történt, hogy míg így egyrészt a bélesonkok táplálása biztosítva maradt, addig másrészt a mesenterium varratát megkönnyítette.

Eltávolítván a resecálandó bélrészletet, a bélesonkok egyesítése következett.

A bél egyesítését a *Navratil* tanár által az osztályon inaugurált eljárás szerint a *Murphy*-féle gombbal végezte, a bouton felé még egy sero-serosus biztosító varratot alkalmazva.

A bél circularis varrata után a műtét területén még egyszer alapos toilette-t végzett. A mesenteriumon támadt nyílást összevarrta, az előesve volt csepleszt részletekben való leköttése után ugyancsak resecálta és azután a belet a hasüregbe visszahelyeztetve, a sérvkaput bevarrta és a sérvtömlőt kiirtotta. Minthogy hasonló esetekben a műtét teret gyengén inficiálnak kell feltételeznünk, minden további varrat betevésétől elállott, hanem a sebet jodoformgáz-zel tamponálta.

A lefolyás ideális volt, beteg műtét után rögtön 2 kanál ricinust kapott és még aznap délután bő székürülése volt két ízben. Eltekintve a második napon fellépett 38° hőemelkedéstől, a lefolyás teljesen láztalan volt. A gomb a 19-dik napon távolodott el.

Genersich Antal: Oly esetekben, midőn a sérv elzáródásánál kiténik, hogy a bél nyomást szenvedett s reponálni nem lehet, kór-

boneztani tapasztalataim alapján a resectiot nagy óvatossággal kell végezni, mert csak akkor jár jó eredménnyel, ha az incarceration nem tartott sokáig; mert ha ez s ennek megfelelően a bélsárpangás sokáig tartott, akkor nemcsak a kizáródás helyén, hanem attól 2–3 meternyire is fekélyedések származnak a bélben, melyek annak következményei, hogy a pangó, bomlott bélsár izgatja a belet, helyi táplálkozási zavart okoz infectio folytán, a mirigyek lobja, elhalása-genyedése, szóval fekély jön létre sokkal magasabban álló helyeken, mintsem azt a sebész gondolná.

Ilyen esetekben kórboneztani alapon sokkal helyesebb anus praeternaturalist készíteni, mert ezen át a materia peccans távozhatik, s ezen fekélyeknek idejük van meggyógyulni.

Fischer Aladár: Operált betegünkél az incarcerationt követő 24 órán belül végeztünk resectiot; debilis, a kopraemia tüneteit mutató egyénnél, kinél napok óta fennál az incarceration, tényleg sokkal helyesebb az anus praeternaturalis készítése.

Carcinoma labii inferioris kórboneztani készítménye.

Pertik Ottó: J. A. 47 éves hordár bonezolásánál a jobb alajkon babnyi terjedelemben felületesen kifekélyesedett, egészben véve mintegy féldiónyi, tömött összeállású daganat találtatott, melynek metszlapja lapos hámráknak jellemző makroszkopikus képét (szürkefehéres epithelialis szemcsézettesség és e között kissé besüppedő, áttünő kötőszövetes rajzolat) adja. A leletnek egyéb részletei: 1. a felső jobb incisívus és caninus felett a fogínynek babnyi terjedelemben tömött, kemény beszűrődése a nyálkahártya kifekélyesedése nélkül; 2. a jobb mellkason a XI. borda magasságában a normalis küllemű bőrrel össze nem kapaszkodott, mogyorónyi subcutan gób; 3. hasonló subcutan fekvésű, borsónyi gócz a jobb alkar fesztítő oldalán. A belső vizsgálatnál a jobboldali thalamus opticusban egy mogyorónyi, a IX. háti csigolya testében szintén egy mogyorónyi gócz találtatott, mely a gerincezatornába betört; egy diónyi gócz a jobb trochanter szivacsos állományában; diónál nagyobb Y-alakú gócz a jobb tüdő alsó lebenyében; 2 kraterszerű, merev és meredek partú krajezárnyi fekély a gyomor nagy hajlatán, és borsónál nagyobb, submucosus fekvésű, ki nem fekélyesedett két gócz; hat submucosus, a nyálkahártyával összekapaszkodott gócz a vékonybelekben; nagyobb számú borsó-diónyi góczok a májban; egy kisdiónyi, burok alatti felületen gócz a lépben; egy mogyorónyi a jobb mellékvesében, néhány kisebb borsónyi gócz a vesékben.

Az ajakbeli fekély és a vázolt összes góczok *górcsói vizsgálata* a közönséges lapos hámrák fenforgását bizonyította; az azt jellemző caneroid-gyöngyök nemcsak az ajakon, hanem a vázolt összes szervekben, tehát a gyomorban, a májban, a subcutan két góczban is kimutathatók voltak.

Ezen górcsói vizsgálat magában is kétségtelenné teszi azt, hogy a vázolt góczok között elsődlegesnek a jobb alsó ajakbeli kifekélyesedett rákos gócz tekintendő. Hiszen valamennyi áttételi góczban elszarusodott hámgöngyök voltak jelen; a primaer daganatnak tehát elszarusodó physiologiai hámból kellett kiindulnia és mert a felső ínybeli gócz evidensen másodlagos, miután a nyálkahártya alatt fekszik, azaz még ép ínybeli nyálkahártyával van takarva, azért az ajakrák elsődleges volta feltétlenül beigazoltnak tekintendő.

Az esetnek rendkívül érdekes voltát és ritkaságát is épen az adja meg, hogy *egy aránylag nem nagy kiterjedésű ajakrák a testnek jóformán minden szervében képezett metastasis.* Ezek némelyike — úgy a csontbeliek, mint a májbeliek — máris nagyobb kiterjedésűek a primaer ajakbeli gócznál, a mint hogy ismeretes dolog, mikép a májban, nyirok-mirigyekben, csontvelőben az áttételi rákos góczok rendkívüli gyorsasággal bírnak nőni.

Az áttételeknek ily nagy kiterjedése veti fel épen a *kérdést a metastasis útjairól.* Ismeretes, hogy a rákmetastasisok boneztani útjait rendszeren a nyirokpályák szolgáltatják. Így lehetséges, hogy maga a ductus thoracicus szenvedje a rákos elfajulást és ez úton az összes savós hártákban, néha a tüdőben is támadhat *carcinosis miliaris universalis.* Újabbban ilyen generalizált carcinosis talált *Kontarowicz* rákos gócznak tüdővenákba való betörése után, a mi tehát analogonja a *Weigert-féle* leletnek általános miliaris gümőkóránál. Es tényleg az adott esetben is az áttételi góczoknak annyiféle szervben való elterjedtsége első sorban arra utal, hogy az itt vázolt ajakrának igen korán kellett a vérpályákba betörnie és így hihetőleg a vénákon át a tüdőbeli gócz, a tüdőbeli góczból esetleg az ütérés rendszer a venae pulmonales közvetítésével lett inficiálva. A górcsói praeparatumok magatartása, melyeket előadó részletesebben vázol, legvalószínűbbé épen e felfogást teszi.

A berlini tüdővész-congressus.

(Folytatás.)

Westhoven dr. a Ludwigshafenben lévő anilin- és szódagyár („Badsche Anilin- und Sodafabrik“) vezetőinek buzgólkodását ismerteti a tüdővész munkások megmentése körül. A gyár igazgatósága már 1892-ben elhatározta, hogy *Dannenfels* (a Donnersberg) közelében gümőkóros alkalmazottainak sanatoriumot állít. 1893 szeptemberében a gyógyintézet meg is nyílt s míg a beteg munkás benne tartózkodik, az alatt a gyár honn maradt családjának is gondját viseli. Pedig a kezelési idő e gyári sanatoriumban legalább hat hónap s egy évre is kinyújtható! Az a munkás pedig, a ki nem gyógyulhat már meg, néhány száz márka segédelmet kap a gyártól megfelelőbb új élethivatás kezdéséhez. A

dannenfelsi intézet 100 betegéből régi foglalkozásához (a gyári munkához) aggodalom nélkül visszatérhetett 37, közülök 21 „gyógyult“, 16 „csaknem meggyógyult“. A „gyógyult“ jelzést csak azok kapták a sanatoriumban, a kik úgy közérzetük, mint a physikalís exploratio és köpetvizsgálat értelmében egészségesegeknek látszottak s a kiknek eme kedvező állapotuk régi munkájukhoz visszatérésük után egy esztendővel is megmaradt. A gyógyító intézetek állításával karöltve megteendők az összes prophylaktikus intézkedések is a munkásnép érdekében: jó lakások, fürdők, nőtleneknek megfelelő étkezők, a reconvalescens számára üdülőházak stb.

E. Kaurin (Reknaes-Sanatorium) *Norvégia tüdőgyógyintézeteit* írja le. 1896-ban szavazott meg a norvég storthing jókora összeget a „Reknaes-leprakórház“ átalakítására tüdővészesekek sanatoriumává és 1897. november 15-dikén az északi országnak első tüdőgyógyintézete már megnyílt „Reknaes-sanatorium tüdőbajosok számára“ czímmel. Ez állami intézet nyugati Norvégiában fekszik, *Molde* (1600 lakosú városka) közelében, a 63° 43 p. északi szélesség alatt, erdős park közepén, 107 m. nyire a szép „Romsdalsfjord“-tól, gyönyörűsége kilátással a romsdali hírneves alpesekre. Enyhe, oceáni klímája van + 6.30 C. évi középhőmérséklettel (Budapesti + 10° C. Ref.). A sanatorium főépülete kétemeletes, benne délnek álló ablakkal vannak a betegek szobái többnyire 4–5 (egyesekek csupán 2) férőhelyvel. Valamennyi helyiségbe gőzzel hajtott szellőző apparátus hajtja be a friss levegőt, ha kell, melegített állapotban. A köpetet az intézetben gőzzel megfőztetik s úgy öntik el a tengerhez vezető csatornába. Napi fizetsége egy-egy betegnek 1.20 skandináv korona = 79 kr. a mi pénzünk szerint, a többi költséget az állam viseli. A sanatorium mindkét nembeli tüdőbajosok számára nyitva van, az ország bármely részéből, bárminő társadalmi osztályból legyenek is azok. A betegek napi tejfogyasztása az intézetben 2.7 liter, vajfogyasztása 89.4 gm. Forrált tejet nem adnak, csak nyersét, de az istállók folyton állatorvosi felügyelet alatt állanak.

Egy *második norvég sanatorium* tervei is elkészültek nemrég, úgy hogy nem sokára fel is épül majd. Ez a „St. Jörgens Hospital“ leprakórház anyagi javaiból készül, ugyancsak az ország nyugati részében a „Lysterfjord“ szomszédságában (Sogu-ban), 470 meternyire a tenger színe felett álló erdős területen. Főleg bergeni szegényeket fog befogadni s 80 egyévre tervezték.

Néhány *privat-sanatorium* is van Norvégiában. Legnagyobb közülök a *Tonsaasen-sanatorium* a 60° 49 p. északi szélességen, Norvégország közepén, Valderson, 625 meterrel a tenger színe felett. Nem kizárólag tüdőbajosok számára áll fenn, főleg nyaranta más mellkasi betegségekben szenvedőket, sőt idegbajosokat, szegényvérűeket stb. is felvesznek az intézetbe.

Azonkívül több *állami segélyezett gyógyintézet*ök is van a norvégeknek serophulusis és általában gümőkóros gyermekek számára. Ilyen a *Fredriksvarn* melletti hospice, az ország déli partján; ezt 1889-ben 20 férőhelyvel alkották meg s ma már 100 gyermeket vehet fel az intézet. Egy másik, a *hagevihen-i* gyermeksanatorium *Bergen* mellett 40 skrophulusos esetet fogadhat gondjaiba. Mind a két hely kitünő tengeri fürdő. A gyógyítás díja naponta fejenként 1 skandináv korona (66 kr.). A kiadás többletét itt is az állam és magánosok jótékony adományai fedezik.

Ewald tanár, a „Verein für Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten“ titkára, a *tengeri gyógyintézetekről* így nyilatkozik: „Ezek a tuberculosisra hajlandóságot keltő gyengeségi állapotok és betegségek esetén az ifjú évek leghathatósabb oltalmazói.“ A tengeri gyermeksanatoriumok akárhányszor teljes gyógyulást eredményeznek a lélegző szervben megfeszült gümőkórban is és ugyanígy hatnak sokszor a bántalom külső localisatioi (mirigy-, csonttuberculosis stb.) alkalmával. A gyógyítás télen-nyáron egyaránt sikeres s az eredmény az intézetben maradás időhosszával nő. Lehetőleg nem szabad a kúrát csupán 6 heti időközre szorítani. A téli hónapok pedig jobban kihasználandók a közönség részéről, mint az eddigelé tapasztaltatott. A 20 év óta észlelt eredmények imperative követelik a német társadalomtól, hogy gyermekeinek e mentsvárait, a tengeri gyógyintézeteket szaporítsa! Majd *J. Rufenacht-Walters* (London) az *angol sanatoriumokról* tartott előadást. A mit e sorok írója már 1896–97-ben hangsúlyozott, hogy a sanatoriumi kezelés alapelvei a németekkel szemben az angol fajnak régibb birtokát teszik, s a mit a tavalyi szeptérvári congressuson (1898. december 12) *Berthenson*, az orosz czár udvari orvosa is érintgetni kezdett, most végre előáll vele a londoni orvos is. Kiemeli, hogy „a szabad levegőkúra és a jó táplálkozás gyógyrendszerré alkotása Angliában már régésrég megtörtént“. Ezután közli velünk az angol intézetek és idevágó intézmények leírását s a hazájabeli sanatoriumok therapeutikus eredményeit. A tüdőgyógyító intézet elhelyezéséről szólván, feleslegesnek tartja a magaslati fekvés különös keresését.

Kuthy (Budapest) a magyar sanatoriumi mozgalmat ismerteti, mely 1896-ban *Korányi Frigyes* tanár főrendiházi beszédével indult meg s ma első művének, a budapesti „*Erzsébet királyné-sanatorium*“ megalkotásának küszöbén áll. Mint a külföldön, úgy nálunk is a legmagasabb körök vették oltalmukba az életfontos ügyet. A „*szegénysorsú tüdőbetegek sanatorium-egyesülete*“ (titkárság: Budapest, VII. Damjanich-utca 35. I. 5.) védnökéül Ö Felségét, a királyt tisztelheti, hölgybizottságának védője *Klotild* főhercegeasszony, az egyesület élén mint elnök egy igen tevékeny, ügybuzgó mágán, a volt fiemei kormányzó, *Baththyány Lajos* gróf áll, hölgybizottsági elnökünk pedig *Andrássy Géza* grófné. A hölgybizottmány maga 100 tagot számlál, köztük főrangú asszonyok és művelt társadalmunk hölgyeinek színe-java. Az egyesület 1898. május 3-dikán alakult meg hivatalosan, országos gyűjtését részben az elmúlt ősz kedvezőtlen politikai viszonyai, részben a telekszerzés nehézségei miatt

csak folyó év szeptember—október havában fogja megindíthatni, mind a mellett jótékony adományokból már is több mint 110,000 forintja van együtt. Az őszön megkezdendő országos gyűjtéshez a gyűjtőívek emblémáját *Bevezér* rajzolta meg az egyesületnek ajándékba (a boldogult királyné arczával bíró angyal járul oda részvevőleg a szegénysorsú tudóbajos leányának ágyához), a hírlapok útján is megindul majd a gyűjtés *Jókai Mór* felhívásával és így tovább. Az állam a maga részéről szintén minden lehető meg fog tenni a sanatorium-ügy finansziális gyámolítására, jelenleg pedig a telegkérdés van elintézés alatt a székes fővárosnál. Akkor a congressuson az egyesület titkára még csak legjobb remény-ségének adhatott kifejezést, azóta e remények meg is valósultak.

A székes főváros közönsége, törvényhatósági bizottságának folyó évi június hó 21-dikén tartott közgyűlésén nemcsak áldozatkészséggel egy 24,000 négyszögöl területű telket engedett át a sanatorium-egyesületnek az I. kerületi erdődűlőben a pozsonyi hegy és Budakeszi község között, a metropolistól 5/4 órai kocsiútnyi távolságra. A telekhez, mely a fővárostól nyugati irányban s a Szép Juhásznétől körülbelül 1 1/2 kilométerre, ettől délnyugatnak fekszik, a budakeszi útból kiágazólag aszfaltozott műutat is épít a város, nemkülönbön elkészítette a Szép Juhásznétől mellett végződő vízvezeték-hálózatnak kizárólag az intézethez szolgáló folytatását, mely a sanatoriumot napi 60 köbméter Duna-vízzel fogja ellátni. Ehhez magára vállalta a szükséges vízmedence-építés, csőfektetés, gépbereendezés és gépházépítés költségeit, mindezzel fényes példát adván sok külföldi nagy városnak s hazánk egyéb municipiumainak távol jövőökre.

A congressuson azután folytatólag *Schmid* adott elő *Svédz népsanatoriumairól*. Ez idő szerint 7 ilyen van a kis köztársaságban, 366 férőhelyvel. Valamennyi 1891—98 között keletkezett és pedig: *Bern* sanatoriuma *Heiligenschwendiben* (110 ágy), *Basel* város intézete *Davosban* (86 ágy), *Zürich*-é *Wald*-ban (90 ágy), *Glarus* sanatoriuma *Braunwald*-ban (28 ágy), továbbá a „Sanatorium de *Malcilliers*“ (Neuenburg, 22 ágy), az „*Asile pour femmes*“ *Feydey*-ben (Waadt-kanton, 15 ágy) s az „*Asile pour hommes*“ *Leysin*-ben (Waadt, 15 ágy). Azonkívül nagyobb összegeket gyűjtöttek eddigelő sanatorium-építésre: *St. Gallen*, *Aargau*, *Solothurn*, *Waadt*, *Thurgau* és *Graubünden* kantonok.

C. A. Halbach (Barmen) a jótékonyegyesületek szerepéről beszélt a *tuberculosis elleni hadviselésben*. Jótékonyegyesületek hathatósan működhetnek közre a tudóvész ellen indított croisade-ban, ha a szegénysorsú tudóbajost hozzásegítik, hogy kellő ideig sanatoriumban időzhessék és az intézetből kilépése után kenyérkeresethez juttatják, esetleg szükséges hivatásváltoztatásában gyámolítják. Tudógyógyintézetek keletkezését ily egyesületek anyagi hozzájárulásokkal siettetik, mi több, alkalomadtán ilyenek állítását önmaguknak is célul tűzhetik. A tagok járuléka, de a munkaadók és hatóságok segédelme is rendelkezésre áll majd a jótékonyegyesületeknek a tudóvész korlátozására a szegénysorsúak között, mely cél felé törekedvén, elhíntik a „*socialis béke*“ magvát, közelebb hoznak egymáshoz munkást és munkaadót s a gümőkór elleni védekezést népszerűvé fogják tenni. *Vollmer* (Kreuznach) a *sófürdőben és tengeri fürdőben álló gyermeksanatoriumok* jelentőségét fejtegeti. Joggal mondja előadó, hogy ezek azon intézetek, melyek révén a gümős betegség sanatoriumi kezelésének előnyei legkorábban beigazolódtak (Angliában, mint tudjuk, 1791-ben nyílt meg az első ily intézet az ország déli részében Kent grófságban, Ref.). Németországnak ma 48 gyógyhelyén állanak scrophulás és általában gümőkóros gyermekeknek épült sanatoriumok, kiegészítő részeként a századvégi nagy higienikus mozgalomnak, mely ha pusztán a felnőttek védelmét célozza, bátran az egyoldalúság vádjával illetethetnek. *Weicker* (Görbersdorf) a *sanatoriumok eredményeinek egységes kimutatását* tartja szükségesnek. Németországban az összefoglaló statistika megteremtése legjobban a „*Reichsversicherungsamt*“ kezébe volna letehető, mely azután híu képét rajzolná az intézeti kezelés adta gazdasági haszonnak.

F. Reiche (Hamburg) a „*Hanseatische Versicherungs-Anstalt*“ sanatorium áptoltjainál 1893 óta elért gyógyítási eredményéről számol be. Ámbár a jelentés konstatalja, hogy az objectiv tudóbeli elváltozások csak itt-ott fejlődtek vissza teljesen, mégis a beteg testi erejének helyreállításában, a körfolyamat megakasztásában, sőt retrográddá fejlesztésében, a munkabírás visszacszerzésében nyilvánuló siker igen tetemes és tartósra nézve is teljesen sufficiens volt, úgy hogy nem tekintve a beteg sanatoriumi iskolázásának higienikus előnyeit, maga a konkrét haszon is, melylyel a kezeltetés járt, mindenképp megfelel a várakozásnak. Ezután *Koonker* (Groningen) beszélt hosszan és nem túlsokat mondvá a *népsanatoriumok állításának körülményeiről Németalföldön*. Mindjárt az első kijelentése nem valami nagy igazságot tartalmazott: „*Világos — úgy mond — hogy a mi országunkban hiával vagyunk a déli klíma kedvező hatásának . . .*“ (*Gabrilowitsch* a halilai orosz sanatoriumban télen kapja legjobb eredményeit! Ref.) Azután bőven fejtegette előadó az intézeti kezelés részleteiben manapság még mutatkozó eltéréseket, majd ismét a szükséges klímaterápiának túlzott méltatásához fogott, majd nem oda lyukadván ki, hogy Németalföld nem igen alkalmas sanatoriumok állítására . . .

Mayer (Frankenthal) a *betegsegélyző pénztárak* jogává tenné, hogy a tagsági kötelezettséggel bíró egyéneket a munkába lépés előtt megvizsgálja s gümőkóros vagy arra hajlandó embert ártalmas foglalkozástól távol tartson. A pénztár orvosai a sanatoriumi kezelésre alkalmas tudóbajost hivatalból kénytelenek legyenek bejelenteni, hogy felőle a vezetőség részéről gondoskodás történjék. A beteg családjának — az ő egész intézeti tartózkodása alatt — a teljes „táppénzt“ szolgáltatassák ki. Azonkívül helyezkedjék érintkezésbe a betegpénztár a munkaadókkal, hogy a sanatoriumból dologra alkalmasan elbocsátott tagját hamarosan kenyérhez juttathassa ismét. *A. Baginsky* tanár (Berlin) ismét a *gyermek-*

sanatoriumok ügyét hozza szóba. Gümőkóros gyermekeknek feltétlenül specialis gyógyintézeteket kíván. A *tuberculosis* bántalmak megelőzésére a gyermekkorban a legnagyobb tisztaságot tartja elsőben is szükségesnek a növendék emberke körül, mert a fertőzések nagy része épen közvetlen érintkezés útján történő átvitel (contact-ferőzés). Az infantilis *tuberculosis* határozottan gyógyítható, csak elég hosszú ideig kell a gyermeket sanatoriumban hagynunk, és ott helyben megfelelő iskolázásáról is gondoskodhatunk. A *gyermeksanatorium* legjobb, ha pavillonrendszerben épül a *gyermekkorházak* és *iskolák* legjobb hygienéje szerint.

T. E. Vivant (Monte-Carlo) a monacói „*Nouvel Hôpital*“ban berendezett *külön pavillont* ismertet, mely a *szabad levegő-kúrára* van berendezve tudóvészek számára. A 16 ágyas pavillon kertben áll, délnék néző homlokzattal; elektromos világítással, alacsony nyomású gőzfűtéssel van ellátva, a szobákban sem függöny, sem tapéta; az épület mindkét végén fekvő folyosók. A helyiségek tisztántartása úgy van tervezve, hogy mialatt a betegek kiinn tartózkodnak (s a nap jó része ily módon telik el), formalin gőzfejlesztő apparatus fog egy órán át a szobákban működni. *A. Hohe* (München) a *középosztály részére állítandó sanatoriumok* érdekében emel szót. Egy ily intézetet állítandó alakult is már *Wiesbadenben* a megfelelő egyesület, hogy azoknak, a kik a népsanatoriumokba nem vehetők fel vagy nem akarnak felvétetni, mérsékelt áron tegye hozzáférhetővé a hygienes-diaetás kezelést. Méltó volna az ügy másutt is felkarolásra, nehogy a társadalom középrétegeiben találkozó kevés anyagi erejű ember elhagyatottabb legyen bajában a földhöz ragadt szegénynél.

Érdekes volt *José Juan Domine dr.* és *E. Sanchez-Rosal dr.* előadása *Porta Coeli „nemzeti sanatoriumáról“* Spanyolországban, Valencia közelében. *Moliner* tanár (Valenzia) kezdeményezésére mozgalom indult meg nemrégiben Madridban egy sanatorium állítására, mely a király és regens királynő támogatásával csakhamar azt eredményezte, hogy egy XIII. századbeli (14,000 m² borító) óriás építményt, *Porta Coeli* kolostort tudógyógyintézeté alakították át, állítólag annak déli fekvésű részeit (Clastrum, kápolna, terrasse) levegő-kúra használatára tették alkalmassá. A háló két pavillonban vannak elhelyezve. Minden társadalmi osztály számára van az intézetben hely: a középosztálynak mérsékelt áron, vagyonosoknak nagyobb díjért; az ez utóbbiak által fizetett összegek nyereségéből szegényorru betegek részülnek kedvezményekben. Sőt a szegények honmaradt családjai részére is juttat a sanatorium némi segélydíjat. A városi hatóságok szegény tudóbajosaik után bizonyos járulékot fizetnek az intézetnek. Jellemző, mennyire áthatalta a spanyol népet a gümőkór elleni helyes védekezés kívánalma, hogy Valencia *munkásai* is önkéntesen felajánlják a sanatoriumi mozgalom számára anyagi segédelmeket. Keresményük minden pesetája után 1 centime-ot szándékoznak adni a sanatorium alapjára.

Kathy dr.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

5929/99. szám

A nagyikindai szolgabírói járáshoz tartozó *Nákófalva* községében a községi orvosi állás lemondás folytán megüresedvén, arra ezennel pályázat nyitattik, s felhívattuk mindazok, kik ezen állást elnyerni óhajtták, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket az alulírott főszolgabírói hivatalhoz f. évi augusztus hó 1-ig nyújtsák be, mert netán később beérkező kérvények figyelembe véteteni nem fognak.

A betöltendő községi orvosi állással járó javadalmazás áll: 600 frt évi fizetés, 40 kr. nappali és 60 kr. éjjeli látogatási díjakból, továbbá a megyei szabályrendeletben megállapított hússzemlézeti díjakból.

N.-K i k i n d a, 1899. évi július hó 12-dikén

2—2

A főszolgabírói hivatal.

7746/899. kig.

Mihályi székhelyvel 8 községből csoportosított s elhalálozás folytán megüresedett *mihályi körorvosi állásra*, melynek javadalmát 300 frt fizetés, természetbeni fuvar, továbbá a Mihályiban 1891. évi márczius 16-án felvett jegyzőkönyvben megállapított látogatási, valamint Mihályi községben a halottkémlési díjak képezik, ezennel pályázat hirdettetik.

Felhívattuk tehát azon orvostudorok, kik ezen állást elnyerni óhajtták, hogy az 1876. évi XIV. t. cz. 143. §-ának megfelelőleg felszerelt kérvényüket f. évi július hó 25-dik napjáig alulírt főszolgabírói hivatalhoz annál inkább nyújtsák be, mert a későbbben érkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

A választás folyó évi július hó 26-án d. e. 9 órakor fog Mihályiban a róm. kath. iskolában megtartatni.

K a p u v á r, 1899. évi június hó 19-dikén.

3—3

A főszolgabírói hivatal.

720/99. kb. sz.

A kormányzatomra bizott *Kolozs-vármegye m.-örményesi járásban* megüresült *járási orvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek, felhívom mindazokat, a kik ezen 500 frt évi fizetés és 100 frt útiátalányul javadalmazott állást elnyerni óhajtták, hogy az 1883. évi I. t. cz. 9. §-ának 3. bekezdésében előirt minősítvényüket, valamint a nagym. Belügyminister úr 80,999/893. sz. rendeletével megkivánt tisztiorvosi vizsga letételét igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat hozzám f. évi augusztus hó 10-dikéig annyival is inkább adják be, mert a később beérkező folyamodványok figyelembe nem vétetnek.

K o l o z s v á r, 1899. július hó 14-dikén.

3—1

Gróf Beldi Ákos s. k., főispán.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Tóvölgyi Elemér: Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. számú belklinikai laboratóriumából. Vizsgálatok a „gelatine“ vérmegalvasztó hatásáról. 369. l.

Lantos Emil: Újabb adatok az abortus kezeléséhez. 370. l.

Baumgarten Egmont: Közlemény a budapesti poliklinika orr- és gégeosztályáról. V. A hysteriás aphonyák és azok újabb kezelése. 372. l. — VI. A kemény szájpadlás eddigé ismeretlen fekélyéről. 373. l.

Fried Aladár: Négyhónapos csecsemőnek bőrön át történt heveny alkoholmérgezése. 374. l.

Tároza. Vályi Zsigmond: Hársfalváról. 375. l.

Irodalom-szemle. Könyveismertetés. Oláh Gyula. A ember és az egészség. 375. l. — **Bókay Árpád, Kéty Károly, Korányi Frigyes:** A belgyógyászat kézikönyve. 375. l. — **Lapszemle. Grinzow G.:** A lágyfekély kezeléséről. 376.

Hetiszemle és vegyesek. A főváros egészsége. — A tisztiorvosi vizsgára előkészítő tanfolyam. — A gömörmegeyi közkörház kimutatása. — Kézmarszky tanár szülészeti poliklinikájának kimutatása. — A budapesti általános poliklinika. — Kérelem. — Lakásváltoztatás. — Hazai fürdők személyforgalma. — Megjelent. — Elhunyt. — Herczel dr. — Kuthy Dezső dr. — Szt. Lukácsfürdő. — Pályázatok. — Hirdetések. 376 l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. számú belklinikai laboratóriumából.

Vizsgálatok a „gelatine“ vérmegalvasztó hatásáról.

Közli: *Tóvölgyi Elemér* dr.

Daczára az utolsó évtizedekben az orvostudomány sokat hangoztatott nagy haladásának, még itt is, ott is akad egy-egy nagy hézag, a melynek betöltésére, fájdalom, még eddig minden kísérletezés kudarcra vezet. Ily hézagnak tekintendő például egy kitűnő vérmegalvasztó anyagnak a hiánya. Olykor ugyan merül fel egy ily a coagulatiót siettető avagy előidéző szer a láthatáron, de a mint jött, ép oly gyorsan eltűnik, miután nyilvánvalóvá lett, hogy tényleges alvasztó hatása mellett az élő szervezetre nagy mértékben kártékony, avagy ártalmatlan, de e mellett nem is véralvasztó. De mivel oly anyagra, mely úgy a külső, de még inkább a belső veszélyes vérzéseket volna hivatva megszüntetni, nagy szükségünk volna, érthető, ha örömmel fogadunk minden új szert, a mely e téren hatásosnak ígérkezik.

Jelen kis közleményemben azon kísérleti eredményekről óhajtok beszámolni, a melyeket a legújabbban coaguláló anyagok hirdett gelatinnal az I. számú belkórodán végeztem.

Dastre és Floresco voltak az elsők, kik 1895, majd 1896-ban az „Archiv de physiologie“-ban előző kísérleteik alapján kinyilatkoztatták, hogy a gelatin minden tekintetben megfelelő, kitűnő vérmegalvasztó anyagnak bizonyult. Dastre és Floresco kísérleteiket kutyán és nyulon, de főleg az előbbin végezték, annyi dcm. gelatin-oldatot fecskendezve be az állat kikészített vena tibialisába, a hány kilogramm súlylalt birt az állat: Az injectiora 5% gelatin-oldatot használtak, mely kis mennyiségű, 0.6% konyhasót is tartalmazott. E folyadékot a sorbonne-i laboratórium egy találmányával, az „injecteur thermostat“-tal fecskendezték be, mely az injeciálásra szánt folyadékot 38° C-on tartotta meg. Az injectio előtt körülbelül 5 cm.-nyi vért fogtak fel az arterio cruralisból egy eprouvettába, a befecskendezés után pár perczel ugyanoly mennyiséget és mindkét ízben pontosan meghatározták az időt, melynek elteltével a véralvasztás annyira előrehaladt, hogy az eprouvetta a vér kiömlése nélkül, szájával lefelé volt fordítható.

Kísérleteik főbb eredményeit a következőkben foglalják össze:

A gelatin-oldat állatba injeciálva a vér gyors megalvasztását hozza létre. A gelatin-oldat e coagulatorikus hatását úgy in vitro, mint in vivo is kifejti.

Mi sem természetesebb már e közlemény elején mondottaknál fogva, mint hogy a klinikusok e kísérletek alapján mindjárt megragadták az alkalmat, hogy a gelatina eddig még ismeretlen coaguláló hatását különböző kóros eseteknél, hol a véralvasztásnak a növelése akár a maradandó gyógyulást, akár a rögtöni életmentést illetőleg szükségessé válik, érvényesítsék. Így Lancereaux aorta aneurysmáknál tett kísérletet, vagy két-három esetben állítólag sikerrel, egy-egy betegnél félév alatt tíz-tizenegyszer fecskendezve be 1% gelatin-oldatból 50—150—250 cm³-nyit.

Igen érdekes Boinet kísérleti eredménye. A beteg, a kin kísérletét végrehajtotta, az aorta aneurysma mellett még kiscokú tüdőcsúcshurutban is szenvedett. A gelatin befecskendezések alatt az aortatágulat a felhalmozódó véralvadékok következtében olyan nyomást kezdett gyakorolni az arteria pulmonalisra, hogy ez által a tüdőbeli vérkeringés akadályoztatva, a tüdővész rohamos terjedése mellett az egyén csakhamar elpusztult.

Boinet ez esetből ama következtetést vonja le, hogy a gelatininjectio a coagulatio tökéletlensége mellett még oly complicatióknak is válhatik az okozójává, melyek az exitust csak siettetik.

Nem áll szándékomban, hogy a további néhány eredményes és eredménytelen kísérletről, a pro és contra elhangzott véleményekről beszámoljak, csak mindössze annyit akarok még megjegyezni, hogy némelyek gyomorvérzések esetén a megítatott gelatintól láttak hasznot, mások epistaxisnál alkalmazták, még pedig állítólag szintén sikerrel.

Az eddigi eltérő nézetek mellett még mindig nyílt kérdés az, hogy a gelatina képes-e véralvasztást létrehozni a kísérleti állat vérrendszerében, épen úgy, mint a hogy a kibocsátott vér alvasztását siettetik.

Szerény véleményem szerint Lancereaux, Boinet előbb említett kísérletei korántsem elegendők arra, hogy e kérdést eldöntsék, nemesak csekély számuknál fogva, hanem azon okból is, hogy aneurysmáknál a thrombusképződés különböző okokból létrejöhet és elősegítheti a hosszas ágybanfekvés és a kellően alkalmazott diéta is.

E kérdés tisztázására háziynulaknak billentyűit Korányi Sándor tanár ajánlatára a jól ismert módon elrönsoltam. Célomat ezzel az képezte, hogy a kísérleti állat edényrendszerében egy érdes helyet hozzak létre, a mely az esetben, ha a befecsk-

kendezett gelatine tényleg fokozná a vér megalvadási képességét, a thrombosisnak kiindulási helyül szolgáljon.

Miután hallgatódzással nyulaimnál a systolikus zörejt jelenlétéről meggyőződtem, egy, öt és tíz százalékos gelatina-oldatot feescskendeztem be néhány kísérleti állatnak a vénáiba, néhánynak a bőr alatti kötőszövetébe, ezekhez összehasonlításképpen egy nyul Bombellon-oldatot kapott, egy pedig minden injectio nélkül hagyatott.

Mind e kísérleteknél azonban sajnos, tulajdonképeni eredményről csakis negatív értelemben lehet szó.

Autopsia alkalmával a sérült, a legtöbb esetben azonban teljesen leszakított aortabillentyű helyén sem az egyik, sem a másik nyulnál a thrombus-képződésnek nyomát sem találtam.

További két kísérletemnél a lekötött szív és nagy véredényekben foglalt vér állapotát figyeltem meg az exitus után pár óra múlva.

A kísérleti állat reggel 20 köbem. 1 1/2%-os gelatinát kapott a has bőr alatti kötőszövetébe, délután a befeescskendezést követő hatodik órában el lőn altatva és a nagyedények lekötése után a vérrel jól megtelt duzzadt szív 0.6%-os konyhasó-oldatban maradt 17 óra időtartamra. A jelzett idő elmúltával a szív és nagyedényekben foglalt vér legnagyobb részét folyékony állapotban találtam, csak itt-ott akadt egy kis véralvadék, de a lelet különben teljesen hasonló volt azon állat szívében talált vérhez, mely a Brücke-féle kísérlet mellett injectiot nem kapott.

E hiábavaló fáradozások után nem maradt más hátra, mint hogy megismételjem a Dastre és Floresco kísérletét.

Az eredményről a következőkben számolhatok be.

I. Három kiló súlyú maeska arteria femoralisa kikészítettven, 11 óra 21 perczkor 8 köbem.-nyi vér vétetett. Az alvadás befejeződött 11 óra 25 perczkor, tehát négy percz alatt. 11 óra 32 perczkor a vena femoralisba kapott 40 köbem. 5%-os gelatina-oldatot két percznyi időközökben. 11 óra 39 perczkor vett vér 2 1/2 percz alatt megalvadott, a 11 óra 46 perczkor vett vér pedig 1/2 percz alatt. Az eredmény tehát az első ilyenmű kísérletemnél eléggé biztató, de épen nem mondható ez a következőkről.

II. 2 1/2 kiló súlyú maeska art. femoralisából 11 óra 40 perczkor vett vér 4 1/2 percz alatt megalvadott. 11 óra 58 perczkor injiciáltatott 40 köbem. 5%-os gelatina-oldat a jobb oldali gluteus izomzatába, 1 órakor vett vér alvadási időtartama öt percz.

III. 3 1/4 kiló súlyú maeska art. femoralisából 11 óra 29 perczkor vett 4 köbem. vér megalvadott 1 percz alatt. 11 óra 33 perczkor kapott 1 1/2 percz leforgása alatt a vena femoralisba 30 köbem. 5% gelatinát. 11 óra 40 perczkor a kibocsátott 4 köbem.-nyi vér alvadási időtartama 1 1/2 percz. 11 óra 45 perczkor vett vér alvadása pedig csak 3 percz múlva ment végbe.

11 óra 55 perczkor vett 8 köbem.-nyi vér egy tágasabb ürterű eprouvettában még 7 percz múlva sem alvadott meg, midőn is hozzáöntöttem 5 köbem. 5% gelatina-oldatot és daczára ennek, a megalvadás még újabb öt percz alatt sem következett be teljesen, mindössze is az eprouvetta fenekén képződött egy kis véralvadék.

Végül kísérletet tettem egy (semmi szerelésre nem javuló) haemophiliás egyénen. A betegnél egy ízben 10, egyszer 20 és egyszer 40 köbem.-nyi 1 1/2%-os gelatinát feescskendeztem be a has és a gluteusok izomzatába. Az egyén az első és a harmadik befeescskendezésre 39° C. lázzal reagált, azonkívül a befeescskendezés helye mindannyiszor több napig rendkívül fájdalmas volt már a legesekélyebb mozdulatnál, sőt az injectio területén a bőr alatt apró gombostüfejni véromlányok is képződtek és nem is tűntek el csak hosszú idő elmúltával. Az orr- és szájjárvések semmit nem engedtek előbbi hevességükből és a test számos apró bőr alatti véromlány nem hogy kevesbedett volna, de szaporodást mutatott. Hogy mégis legalább valami kis javulást hozzak létre a már nagyon is vérszegény betegnél, az orr- és szájjárvéseket 5%-os gelatina orrfürdők és szájjáblögetésekkel igyekeztem csillapítani. Az orrvérzések tényleg minden öblítés után egy-két napra kimaradtak, de a szájból eredők csak oly heves magatartást tanúsítottak, mint annakelőtte.

Összefoglalva tehát az elmondottakat, a végeredmény röviden a következő:

1. A gelatina-oldat csak egyetlen egy esetben mutatkozott úgy, mintha coagulatorikus hatása volna, azaz a Dastre és Floresco kísérletének első ízben való megisméltésekor. A további ilyenmű kísérletek azonban a gelatina vérmegalvasztó hatása ellen és azon jól ismert tény mellett tanuskodtak, hogy a vér alvadása a kísérleti állat edényrendszerén kívül, a gelatina-oldattól függetlenül számtalan oly ismert avagy ismeretlen körülményektől függ, a melyek siettetik vagy pedig épen késleltetik a coagulatit.

2. A haemophiliás egyénre a gelatin-injectio teljesen hatásalannak bizonyult.

3. A szűk eprouvettában a vér, akár gelatinával volt kezelve az állat, akár nem, gyorsabban megalvadott, mint a tágabb eprouvettában a gelatin-injectiot kapott állaté. Sőt e tágabb ürterű eprouvettában foglalt vérmennyiséget hiába ráztam össze a merevedéshez már közel álló kihűlt gelatina-oldattal, a megalvadás mégsem következett be.

Nem mulaszthatom el végül, hogy hálás köszönetemet ki ne fejezzem úgy Korányi Sándor tanár úrnak, mint Bálint Rezső dr.-nak kísérleteim alkalmával tanúsított jóakarátú támogatásukért.

Irodalom.

Dastre et Floresco, Digestion saline de la gélatine. Archiv de Physiologie 1895. Action coagulante des injections de gélatine sur le sang. Archiv de Physiol. 1896. Contejeau, Recherches sur les injections intraveineuses de peptone. A. de Phys. 1895. Athanasin et Carvalho, Recherches sur le mécanisme de l'action autri coagulante. Arch. de Phys. 1896. Boinet, Traitement par le méthode de Lancereaux. Revue de Medecine 1898. Floresco, Action des acides et de la gélatine sur la coagulation du sang. Arch. de Phys. 1897. Lancereaux, Behndl. des Aneurysm. mit Gelatine. Aus den Par. med. Gesellsch. 1898. Okt. Lancereaux, Apropos du traitement des aneurysmes par le serum-gélatine. La semaine médicale 1898. Corin, Ueber die Ursachen des Flüssigbleibens des Blutes bei der Erstickung und anderen Todesarten. Foà-Carbone, Zur Frage der Thrombose. Hanau, Zur Entstehung und Zusammensetzung der Thromben. Pechelharing, Ueber die Bedeutung der Kalksalbe für die Gerinnung des Blutes. Hauser, Ein Beitrag zur Lehre von der pathologischen Fibringerinnung. Bonne, Ueber das Fibrinferment und seine Beziehungen zum Organismus. Klug N., Elettan. Eberth und Schimmelbusch, Ueber das Verhältniss v. Thrombose und Blutgerinnung. v. Falk, Ueber postmortale Blutveränderung. Schimmelbusch, Die Thrombenversuche und Leichenbefunde. Ziegler, Lehrbuch der allg. Pathologie.

Ujabb adatok az abortus kezeléséhez.

Lantos Emil dr. nőorvostól.

(Vége.)

Miért nem határozhatják el magukat a passiv eljárás hívei egy activ therapiára? Főleg az infectio veszélye miatt. Azonban hogyan állunk ezen esetekben az infectioval? Mire tanít a tisztán objectiv tapasztalat? 300 active befejezett abortus közül, mely közül biztosan kettő, de esetleg még több is septikusan volt inficiálva, csupán 5-nél mutatkozott láz, tehát 1%-nál. Képes-e a várakozó eljárás csupán ez irányban is jobb eredményeket felmutatni? Nem! Elég gyakran látunk az abortus kapásán következményi bajokat, lázt, gyuladást fellépni ott, a hol egyáltalában semmiféle beavatkozás nem történt. A nyakesatorna és hüvely csirmentességét, a mint azt Menge és Krönig bacteriologikus vizsgálataik alapján kimutatták, saját tapasztalataink is megerősítik. Különben hogy lennének képesek ily kedvező eredményeket felmutatni? A nemí esatorna fertőtlenítése vérzés okozta beavatkozásnál — a leggyakoribb javallat — már csak az abortus befejezése után történt. Ha a hüvelyben és a cervixben tényleg tartózkodnának fertőző csírok (miként azt annak idején többek között Winter is állította), úgy nem egyszer kellett volna megéssni, hogy azok az uterusba víve, még az antiseptikus kiöblítés előtt hatoltak legyenek a vértakba. Hogy annak lehetősége teljesen kizárva nincsen, bizonyítják azon esetek, a hol rövid idővel a placentának minden esetre jóindulatú decompositioja miatt történt leválasztása után — daczára, hogy azt mindig fertőtlenítő kiöblítés követi — majdnem mathematikai pontossággal 1-2 rázóhídeg lép fel, parasiták a placenta leválasztása alatt a vértakba való jutásának kifejezőjeként. De még felhozhatom e helyen, hogy 12 esetben, a hol hirtelen hívtak és épen csak

kezemet fertőtleníthettem sublimattal — nagyfokú vérzésekről volt mindannyiszor szó —, a kitakarítást a méhüregnek utólagos fertőtlenízése nélkül végeztem a nélkül, hogy a lefolyásban a legesekélyebb hőemelkedés is mutatkozott volna. Egy azonban követelhető — és erre már az 5 év előtt megtartott előadásomban is utaltam — hogy a beavatkozó orvos, még inkább a specialista, a mennyire ez egyáltalában lehetséges, tudatában legyen annak, hogy csirmentes. Első pillanatban paradoxnak fog tűnni, hogy e követelményt feltétel gyanánt állítjuk oda. És mégis eleget tehetünk ennek a követelménynek. Már annak idején hangsúlyoztam, hogy „nézetem szerint semmisen képes annyira puerperalis fertőzést létrehozni, mint azon microorganismusok, melyek tapasztalatilag a seb- és fertőző betegségek okozói. Szóval a puerperalis fertőzés okát az esetek túlnyomó számában az említett anyagok átvitelében a szülönőre oly személyek segítségével látom, kik seb- avagy fertőző bántalmakban szenvedőkkel érintkezésbe jönnek. Csupán azon körülményben, hogy évek során fertőző bajokban szenvedőkkel sohasem jöttem érintkezésbe, keresem kedvező eredményeim okát“. Ezen következtetést, a melyre akkor 100 abortus-eset kapcsán jutottam, ma, a mikor több mint 300 abortus és nagyszámú szülészeti eset felett (köztük a legsúlyosabb beavatkozások) rendelkezem, teljességben megerősíthetem. Teljes tudatában vagyok annak, hogy abban a pillanatban, a melyben ezen követelménnyel lépek a kezelő orvos elé, majdnem legyőzhetetlen nehézségekbe ütközöm. De csak majdnem, a mennyiben ez irányban sokat tehetünk. A mi első sorban azt az óhajt illeti, hogy a beavatkozó orvos sebekkel érintkezésbe ne jött legyen, az annyival is inkább csupán *pium desiderium*, a mennyiben a szülészettől való elválaszthatatlanságában rejlik, hogy még a szakorvos sem kerülheti ki, hogy naponként a legkülönbözőbb sebeket ne kezelte legyen. Sebbántalmakkal szemben azonban, miután itt kizárólag csak *kezzeinkről* van szó, melyek a sebbel érintkezésbe jöve esetleg csirokat vihetnek be a méhüregbe, első sorban kezeink legszorgosabb fertőtlenízésével védekezhetünk. Ily esetekben az epidermis felpuhítására, energikus dörzsölésére és sublimatnak a kézre hosszú ideig való behatására különös súly fektetendő; szükség esetén ruhát is válthatunk. Ilyen módon nemcsak a szak-, hanem a gyakorló orvosnak is sikerülni fog az esetleg a kézhez tapadt sebgerjesztőktől menekülni. Sokkal nehezebb a másik követelménynek megfelelni: fertőző csiroktól mentnek lenni azaz fertőző betegekkel érintkezésbe nem jönni. E kérdés már okvetlenül ketté osztandó a szerint, a mint a szak- vagy pedig a gyakorló orvos áll az esettel szemben. A mi a specialistát illeti, úgy axiomaként álljon, hogy a *szülészet* *καὶ ἔξωθεν* fertőző betegeket sohasem kezeljen, a miből természetesen nagy valószínűséggel következik, hogy rajta aligha fognak fertőző csirok tapadni. Nagy városban ez könnyen is fog menni, a mennyiben itt a szakorvos külön szakmájával egyedül fog boldogulhatni, sőt csak így fog elismerésre igényt tarthatni; ép így áll a dolog nagyobb vidéki városok specialistáival is, kiknek a környék annyi anyagot kell hogy szolgáltatson, hogy szakmájukból tisztességesen megélhessenek. De ott a hol nincsenek specialisták, a vidéken, a hol az orvosnak mindennel *kell* foglalkoznia, másképp áll a dolog. Ha egy vidéki orvost szüléshez illetve abortushoz hívnak akkor, a mikor aznap vagy egy nappal előbb fertőző bajban szenvedőt gyógykezelt, úgy, ha még arra idő van és helyben, vagy közel egy másik orvos lakik, ki véletlenül nincsen ugyanabban a helyzetben, ezen orvos segítségét vegye igénybe. Ilyen körülmények között egy másik kartárs meghívása esetleg nagy bajnak veheti elejét! Ha azonban ezen orvos is inficiált avagy a közelben egyáltalában nincsen orvos, úgy az egy vis majornak engedő beavatkozó orvosnak *szent kötelességét* képezze, hogy magát, a mennyire az egyáltalán lehetséges, „csirmentessé“ tegye. Ezt legjobban úgy fogja elérhetni, ha egy sublimatfürdő vétele után, melyben a fej- és arczhajzat fertőtlenízésére különös gond fordítandó, tiszta fehérneműt és e czélra egy külön szekrényben megőrzött ruhát és cipőket vesz fel; a betegnél azután újból legszorgosabb fertőtlenízése a kezeknek. Ha ezen előkészületekre idő nincsen, úgy az orvos legalább arcz- és fejhajzatát, valamint kezeit is alaposan tisztítsa és fertőtlenítsse s csak egy az álltól a talpig lefutó kendőnek maga elé kötése után lépjen a vizsgálatához illetőleg a műtéthez. Ily rend-

szabálynak követése a megbetegedési illetőleg halálozási százalékszámot szülészeti vizsgálatok és műtétek után bizonyára a képzelhető minimumra fogja leszállítani! Hogy az újabb időben ajánlatba hozott műtéti keztyük mennyire lesznek hivatva a fertőzés ellen védelmet nyújtani vagyis az óvó-eljárást megkönnyíteni, azt a jövő fogja majd megmutatni; ez idő szerint ez irányban tapasztalatok felett még nem rendelkezem.

A passiv eljárás követői, utalva azon nehézségekre, melyekbe a főkívánalmunknak, az abszolút tisztaságnak keresztülvitele ütközik, könnyen vészthozónak jelenthetnék ki az activ kezelést. Erre azonban az a válaszom, és azzal egyszersmind az egyedüli fegyverüket — az infectio veszélyét — ragadhatom ki kezükből, hogy 1. az említett óvintézkedések betartásával a veszély közel 0-ra süllyed és 2. várakozó magatartásnál sem háriható el az általuk hangoztatott veszélye az infectionak, a mennyiben, mint azt már hangsúlyoztam, az orvos segítsége rendszerint nyugtalanító tünetek fellépése után lesz igénybe véve, mondjuk pl. vérzésnél, mely ha csak nem jelentéktelen, a mikor mi sem avatkozunk be, egy belső vizsgálat megejtését fogja követelni. Ennek a vizsgálatnak alaposnak kell lenni, mert tőle nemcsak a kórisme, de a kezelési terv megállapítása is fog függni, tehát legalább is a méhszájig kell terjedni, elegendő passage esetleges fertőző csirok elhelyezésére illetőleg továbbvitelére. Gyenge vigasznak tartanám, ha mi egy ilyen körülmények között beállott fertőzés után lelkiismeretünket azzal nyugtatnók meg, hogy hiszen nem avatkoztunk be és így nem is lehet az infectioban részünk; ilyen esetben az alig elkerülhető vizsgálat már maga egy beavatkozás.

Tehát fertőzéstől való félelem miatt, mely egymaga is ritka és akkor ép oly gyakori lesz várakozó kezelés mellett is, a beteg esetleg a vérzés, anaemia, láz veszélyének kitenni, hogy később mégis csak beavatkozásra kerüljön a sor, bizonyító érvnek az expectativ eljárás mellett nem tekinthetem. Vagy tovább is várakozunk, ha ily eljárás mellett, miként azt Winternitz közleményéből (Graefe'sche Sammlung II. Band, Heft 4) kitűnik, későbbi időszakban vérzések lépnek fel és pedig 70 ilyen eset közül 50-szer placentarpolypus, 12-szer deciduomaképződés és 7-szer endometritis miatt. Ezen tény maga beszél! Tehát bátran állíthatom, hogy incomplet abortusnál, a mikor a nyakesatorna csak félig-meddig is átjárható, a várakozó eljárásnak nincsen helye és csupán az activ eljárás jogosult, melyről csak akkor *kell* lemondanunk — és akkor is csak, ha a tünetek nem vészthozók — ha a kezelő orvos tisztaságáért teljesen nem zavartolhat.

Az abortus kezeléséhez méhtamponállással (jodoform-gaze), a mint ezt Dührssen ajánlotta, egynéhány szó fér. Ha eljárása nem is nevezhető direct activnak, mégis annak összes veszélyeit, talán még fokozottabb mértékben, rejtheti magában. A mint táblázatából kitűnik 19 esete közül csupán 10-szer következett be az abortus, 7-szer csupán a nyakesatornát találta átjárhatónak és 2 ízben eljárása teljesen eredménytelen volt, vagyis 19 esetben történt vizsgálat (a vizsgálat veszélye), 10-szer következett be az abortus, tehát 10-szer lett a tampon és a placenta a hüvelyből eltávolítva (újabb beavatkozás), végül 9-szer eredménytelen volt az eljárás, a mikor is a tampon eltávolítása után manualisan kellett beavatkozni (a beavatkozás veszélye). Hogy Dührssen eljárása nem fog mindig a czélra megfelelni, az könnyen érthető, ha meggondoljuk, hogy az elvetélések tekintélyes száma placentitis és endometritis következtében lép fel, oly elváltozások miatt, melyek rendszerint a placenta odanövéséhez vezetnek. Ezen pathologikus odanövést a tampon nem fogja leválasztani és így az eljárás sikere már eleve is kérdésessé válik. Ezen hátrányok az általam vázolt eljárásnál elesnek, a mennyiben rendszerint csak egyetlenegyszer hatolunk a méhüregbe. (A kezelés a vizsgálatat esik össze.) Azon ritka, összesen két esetben, a hol placenta-retentio mellett a nyakesatornán áthaladni nem voltam képes, Dührssen eljárásához folyamodtam azon eredménnyel, hogy a tampon eltávolítása után csupán a méhszájat illetőleg a nyakesatornát találtam újjnyira tágulva, a miért is azután az abortust manualisan kellett befejeznem; a placéntát ezen esetekben ép oly kevéssé találtam leválva a hüvelyben, mint három, Dührssen módszere szerint művileg megindított elvetelésnél is csak a nyakesatorna tágulását, nem pedig a pete megszületését eredményezhettem.

A hüvelytamponálás alkalmazását ily esetekben már csak azért sem tartom ajánlatosnak, mert az természetszerűleg még kevesebbet fog nyújtani, mint a méhtamponálás.

Az activ beavatkozás túlzásának az éles kanál és a curette alkalmazása tekintendő. Előbbi eljárás még a méhüregnek előzetes letapintása után is elvetendő, a mennyiben ilyenkor a tapintó ujj a placenta leválasztását illetőleg eltávolítását sokkal biztosabban és kiméletesebben fogja eszközölni, mint a nem egészen veszélytelen éles kanál.

A mi még a curette-et illeti, helyén valónak tartom, hogy itt annak hasznára és használatára az abortuskezelésben annyival is inkább rátérjek, mert róla még mai napig is a legköszöbb és véleményem szerint a legtúlzottabb nézetek uralkodnak. Teljesen Brausewetterrel tartok, ki Abelnek ama állítása ellen, hogy „abortus utáni vérzésnél minden további előkészület nélkül a portiot golyófogóval megragadják és a méhet kikaparják“, joggal állást foglal, ezt ily alakban érvényre juttatni nem engedi. Az orvosok legtöbbször az iskolában nyert elvek szerint fognak a gyakorlatban eljárni. Nem ismerem azonban iskolát, mely azt tanítaná, hogy abortusnál mindenképp a curette-hez kell nyúlni. Mindig csak egyesek szószólói a curette-nek, kik is abszolút becsét dicsérik és állítják, hogy használata után sohasem észleltek sem méh perforációt, sem más bajt. Ezen csak elvétett dicsőítéseit a curette-nek nemcsak a tanító, hanem a józan olvasó is igazi értékére fogja visszavezetni. Lehetséges, hogy egyesek, kik tekintélyes számú esetben kapartak már, a curette-nek annyira mesterei, hogy következményi bajokat nem látnak tőle, de igényt „iskolá“-ra nem fognak sohasem emelhetni. *Acut esetekben*, tehát ott, a hol az abortus röviddel megjelenésünk előtt folyt le és a hol a vérzést vagy lázt peterészletek avagy deciduaczfatok visszamaradása okozza, a curette használata *okvetetlenül elvetendő*, minthogy ilyenkor nemcsak könnyebb és kiméletesebb a méhüreget ujjunkkal kitakarítani, hanem sokkal biztosabb is annak eldöntése, hogy onnan mindent eltávolítottunk-e. *Chronikus esetekben*, tehát ott, hol az abortus már napok vagy hetek előtt folyt le, a vérzést vagy lázt legtöbbször deciduarészecsek vagy chorionbolyhok visszamaradása okozza, a mikor is rendszerint a nyakcsatorna zárt lesz. Ilyenkor a curettement, mint azt Schröder oly classikus módon leírta, a nyakcsatorna előzetes tágítása nélkül az *egyedüli jogosult* eljárás. Némi gyakorlattal — a mely pedig minden orvostól joggal megkívánható — a curette itt sokkal hasznosabb lesz, mint a tamponálás és az ujjnak behatolása a méhüregbe a czélből, hogy az az ilyen körülmények között *szívósan* a méhfalhoz tapadt deciduát leválassza.

Következtetéseimet dolgozatomból, mely az abortus kezelését a terhesség első 3 hónapjában öleli fel, következő pontokban vélem összefoglalhatni:

1. Zárt méhszájnál a vérzés rendszerint minimalis és lekérdésére legtöbbször ágynyugalom és hüvelyöblítések elégségesek.
2. Jelentékenyebb vérzésnél, főleg ha a méhszáj megnyílt, az abortus a legritkább kivételekkel feltartóztathatatlan, a mikor is az expectativ eljárás életveszélyes lehet.
3. Jelentékeny vérzés közvetlenül az abortus után, avagy csekély, de napokig vagy hetekig tartó vérzés peterészleteknek a méhüregben való visszamaradására utal.
4. A hüvelytamponálás nem gyógyító, hanem csak előkészítő eljárás.
5. A hüvelytamponálás nem tekinthető a fenyegető abortus leküzdőjének, hanem csupán maga az abortus hathatós bevezetőjének.
6. Ha a méh üres, a nyakcsatorna rendszerint zárul.
7. Jelentékeny vérzésnél a nyakcsatorna rendszerint átjárható.
8. Tökéletes abortusnál, a hol a magzat függelékeivel együtt időzik a méhüregben, a beavatkozásnak csupán komoly veszély esetében — jelentékeny vérzés vagy láz — van helye.
9. Tökéletesen abortusnál annak befejezése szabálynak tekintendő.
10. Ha oly vérzésnél, a hol várhatunk, a méhszáj ismétellen nem nyílik, lehet és kell a Dührssen-féle tamponálásához folyamodni.

11. Minél ritkábban — ha lehetséges csak egyszer — hatolunk be a méhüregbe, annál kedvezőbb a lefolyás.

12. Acut vagyis csupán órák előtt végbement tökéletesen abortusnál, a hol a nyakcsatorna félig-meddig átjárható, lehet és kell a manualis beavatkozást igénybe venni, ellenben elvetendő a curette használata.

13. Chronikus vagyis napok vagy hetek előtt végbement abortusnál, a hol a nyakcsatorna zárt, kell és lehet placenta visszamaradásnál Dührssen-féle uterovaginalis tamponálás után manualisan beavatkozni decidua visszamaradásnál pedig — és ez a gyakoribb eset — a curette-hez folyamodni.

14. Chronikus abortusnál a nyakcsatorna tágítása curettement czéljából szükséges.

15. A kitakarítást mindenképp egy méhüregi öblítés valamely antiseptikus oldattal kövesse.

16. Manualis vagy instrumentalis kitakarítás után a vérzésnek meg kell szünni; a vérzés ilyenkor a méhüregben visszamaradt peterészletekre vall.

17. Az activ eljárás gyakran prophylacticus, a mennyiben különben kikerülhetetlen bajoknak elejét veszi.

18. A passiv — expectativ — eljárás veszélyei lehetnek közvetlenek: vérzés illetőleg elvérzés, anaemia, láz, és közvetettek: deciduoma vagy placentalpolypus képződése, endometritis.

19. Az activ eljárásnál veszélyről *csak* akkor lehet szó, ha a műtő fertőző csírok jelenlétét, a mennyire ez egyáltalában lehetséges, nyugodt lelkiismerettel ki nem zárhatja.

20. Septikus abortusnál, a hol az egész pete vagy részei még a méhüregben vannak, az üreg lehetőleg gyorsan kiürítendő és sublimat-oldattal kiöblítendő.

21. Ha befejezett abortus utáni sepsisnél az antiseptikus méhüregöblítések gyorsan eredményhez nem vezetnek, a méh és függelékeinek kiirtása Olshausen ajánlata szerint kísérendő meg.

Közlemény a budapesti poliklinika orr- és gégeosztályáról.

V.

A hysteriás aphonyák és azok újabb kezelése.

Irta: Baumgarten Egmont egyetemi m. tanár, az osztály vezetője.

A gégeben fellépő hysteriás hűdések változatos képet mutatnak, többnyire csak a záró izmokban játszódnak le és csak nagy ritkán van alkalmunk a tágító izmok hűdését észlelni. Nálunk majdnem kivétel nélkül a gége hysteriás hűdései csakis nőknél fordulnak elő s feltűnő, hogy már 8—9 éves leányoknál is, míg férfiaknál, a mi pl. Franciaországban nem ritkaság, nálunk egyáltalában nem jelentkeznek. Már a tabetikus gégehűdésekről szóló közleményeimben rámutattam arra a jelenségre, hogy a gégehűdések a román faj férfainál is gyakran előfordulnak, itt nálunk pedig szerfölött ritkák. De azért nálunk sem nagyon gyakori a hysteriás gégehűdés, mert a poliklinika fenti osztályán kezelt 2176 beteg közül csak 3 esetben volt hysteriás aponia, míg a hasonló francia kimutatásokban ily beteglétszám mellett legalább is 10-szer annyi eset van megemlítve. A magángyakorlatban időnként több ily beteg jelentkezik, többnyire a vidékről és nevelő intézetekből.

A betegnél akár a m. thyreoarytaenoideus, lateralis vagy transversus nem működik, vagy egy, vagy mindkét oldalt, vagy akár miképpen is egymással együtt, a főjelenség az aponia. A gége külseje rendes, többnyire kissé vérszegény és csak az egyik vagy a másik vagy több izomesoport hűdése látható a hangadásnál. Jellegzetes néha a hysteriára, hogy a gégelelet után alig hihető, hogy oly nagymérvű aphonyával jár a jelenlévő hűdés. Az aponia néha a vizsgálat alatt is változik, vagy másnap, néha csak erősebb rekedtség van jelen, de az is előfordul, hogy teljes hangtalansággal is találkozunk, mely állapotot *Peltesohn* apsythyriának nevezett el.

Az aponikus betegek legalább suttogni tudnak, az apsythyriánál azonban még suttogást sem hallunk, a beteg csak ajkaival beszél.

Ha több beteget vizsgálunk meg, feltűnik az, hogy egyik eset ritkán hasonlít a másikhoz. Leggyakoribb alak a *musc. thyreoarytaenoideus* hűdése, azután ezen izom hűdése párosulva a *musc. transversus* hűdésével, továbbá e kettőnek hűdése a *m. lateralissal* együtt. Ritkább a *m. transversus* önálló hűdése és legritkább a *m. lateralis*-é. A hűdés rendszeren kétoldali, azonban a *m. thyreoarytaenoideus* és kivételesen a *m. lateralis* egyoldali hűdése is előfordul.

A hysteriás aphonyának a hűdésen kívül még más oka is lehet és ez a hangszalagok görese. Az aponia spastica eseteiben a hangadásnál látjuk, miszerint a hangszalagok úgyiszólván egymásra görcsösen fekszenek, miáltal nem jöhetnek rezgésbe. Többnyire mind a három izom görese van jelen és a hangszalagok egész hosszukban mutatják a spasmus tüneteit, máskor a hangszalagoknak csak hártvás része, míg a porozos rész nyitva marad, tehát a göresöt csak a *musculi thyreoarytaenoidei* és a *lateralis*-ok idézik elő. Azt azonban, hogy csak a *mm. transversus* mutatnának spasmust, eddig még nem lett megállapítva.

Az aponia spastica hysteriás egyénekénél is előfordul, de ritkán, férfiaknál, különösen szónokoknál, papoknál, s némely szerző szerint fuldoklással járnak. Ezen megbetegedés a foglalkozással együtt jár és mint ilyen hasonlít pl. az írógöreshöz, és néha csak nehezen gyógyítható, míg ellenben a hysteriás aponia spastica néha hamar mulik.

Előbbi években, talán míg a gégetükrészés még az újdonság jellegével bírt, a hysteriás aphonyák gyorsan gyógyultak. Az ily tárgyú első közleményekben olvasható, hogy egyes esetekben a gégetükrészés bevezetése alatt a beteg rendes hangja megjött, később villamos árammal kezelték a betegeket, eleinte percután árammal, majd midőn a hangtalanság újból jelentkezett és ezen kezelés nem vezetett eredményre, endolaryngealis úton. Mindinkább ritkul azon betegek száma, kiknél a villamozás még imponálna, rendszeren már semmibe sem veszik, kivéve az első napokat, vagy az első megbetegedést. Ha, miként az többször előfordul, másodszor is elvesztik a betegek hangjukat, akkor rendszeren a villamozásnak többé már nincs haszna.

Hypnosis által a legsúlyosabb hysteriás aphonyákat, melyek éveken át fennállanak, sikerült meggyógyítani, de ezen gyógykezelés már kiment a divatból, mert az illető betegekre a sok hypnotizálás szármalmas hatású volt.

Jouquier-nek sikerült az ovariumokra való nyomás és masszozás által néha 1—2 ülsben éveken át fennálló hysteriás aphonyákat meggyógyítani. Ezen eljárás némely esetben valóban csodás hatású, mint az egyik alább közlendő esetemből kiviláglik, de néha csak az első alkalommal vezet eredményre, némely esetben pedig teljesen hatástalan.

Maljutin egy új kezelési módot ajánlott, melyet a siketnémák tanításánál is használunk és melyet, miután minden gyógy-mód eszben hagyott, szintén sikerrel alkalmaztam.

A petefészkek nyomás által kezelt esetem a következő:

1898. április havában Szigeti dr. kartárs úr vidékről egy ápolónőt küldött fel hozzám, ki másfél év óta hangját elveszítette, előbb gyermekkertésznő volt, de most hang nélkül nem folytathatta foglalkozását és ápolónő lett. A különben egészséges 23 éves nőnél a diagnosis nagyon egyszerű. A gégeben a képletek rendesek, légzésnél a hangszalagok teljesen kitérnek, hangadásnál a *mm. thyreoarytaenoidei* és *m. transversus* hűdése észlelhető. Az aponia a tükrözés és villamozás alatt változatlan. A *n. vagus*ra gyakorolt erősebb nyomásra valamivel javul. A betegnél fekvő helyzetben erősebb nyomást gyakoroltam a petefészkekre, mire a hang lényegesen javult, és harmadnap, napjában többször gyakorolva nyomást a petefészkekre, teljesen visszatért. Az ilyen gyors gyógyuláson a kíséző, a segédek és én magam is csodálkoztam és legjobban a beteg, mert a gyógykezelés, mely annyira távol a gégetől történt, nagyon is magán hordta a különösség jellegét és a beteg a varázslatban hitt.

Jelenleg hónapok óta jár a poliklinikára egy 18 éves leány, kinél aponia spastica hysterica van jelen. A hangadásnál látjuk, hogy a hangszalagok a *pars membranacea*ban szorosán egymás mellett fekszenek és legkisebb rést sem mutatnak, a mi csak a porozos részben látható. A kezelés elején a tükröbevezetésre még adott hangokat, és már néha órákra tért vissza a hang,

de most ez három hónap óta mitsem használ, naponta villamozák, utóbbi időben erősebb árammal. Állítása szerint most néha van hangja, de a rendeléskor már hangtalan.

Vagus és ovarium nyomásra, valamint masszage nem reagál. Miután most már régen kezeljük, megkísérlem nála a hangvillákat, mert eme eljárás két esetben, miként említettem, jól bevált.

Az egyik esetben, egy 14 éves kis leánynál, kit *Dasinszky* dr. kartárs úr hozott hozzám, hét hét óta hangtalanság van jelen. E kis leány nevelő intézetből jön és kérdésemre elmeséli, hogy jelenleg az intézetben 4 lány szenved hasonló bajban. Az intézet orvosa e bajt helybelileg is kezelte, valószínűleg pokolkö-öldattal ecsetelt, mert a kezelés fájdalmas volt. A kis leány még akkor nem menstruált. A gége vérszegény; a diagnosis: aponia hysterica, mit első perczen fenti kartársam sem igen hihetett el, mert nagyon kétkedő areczsal fogadta kijelentésemet. Ovarialis nyomásra és villamozásra a hang, gondolom egy hét alatt, teljesen visszatért.

Négy hónap mulva a kis leányt ismét felhozták, az aponia ismét beállott az intézetben. Ismét úgy mint első alkalommal a *mm. thyreoarytaenoidei* teljes hűdése, ovalis rés marad nyitva a hangszalagok hártvás részében. Már odahaza 14 napon át villamozás, masszage stb., de hang nem mutatkozik.

Nálunk is minden mivelet hatástalan, miért is megkísérletem az eljárást a hangvillákkal. A rezgő hangvillát a gége, a pajzsporez közepére helyezem, körülbelül a hangszalagok magasságában és felszóltom a kis leányt, hogy énekelje A-val a villa hangját. Az első két napon hang nem mutatkozott, de a harmadik napon már sikerült belőle hangot kihozni s mihelyt az egyszerű, habár gyengén, megszólalt, a hangot többé el nem veszítette. A negyedik napon már az összes magánhangokat a villa segítségével eléneklí, az ötödik napon már szavakat ejt ki hangosan a villával, melyet mindig kisebb nyomással teszek a gége. A hatodik napon már villa nélkül is hangos volt a beszéde nálam és a hetedik napon már otthon is egyszerre hangosan tudott szólani.

Figyelmeztettem a szülőket, hogy ne küldjék vissza az intézetbe és a kis leány, mint nénije beszéli, bevallotta, hogy nem szeret ott lenni, mert sok az imádság és kevés az ebéd.

Egy másik 18 éves leánynál apsythiria volt jelen, már hetek óta hangtalan, utolsó napokban csak írásbelileg közölheti kívánságait. A vizsgálat kideríti, hogy mind a 3 izomesoport hűdése van jelen. A leány nagyon vérszegény és valószínűleg hysteriás látványosság. A szegényt előbb sokat hypnotizálták, most persze oly szármalmas benyomást kelt, hogy senkisé merné hypnotizálni. És miután már villamozták nála, szintén megkezdtem a hangvillával való eljárást és már három nap mulva az apsythiriából egyszerű aponia lett, ismét suttogó hangtalan beszéd jelentkezett, mire a beteg elmaradt.

Végül egy már régebben észlelt és már egyebütt felemlített esetről akarok beszámolni, melyhez hasonlót az irodalomban csak egyszer találtam leírva.

Egy kis leány, 9—10 éves, teljesen hangtalan volt, az összes szükítő izmok hűdése volt jelen. A kis leány még nem menstruált, de már vannak méhgörselei.

Egy hó előtt hangját teljesen elveszítette olyannyira, hogy én sem vagyok képes feleleteit megérteni, majdnem apsythiria van jelen nála. Nagy meglepetésemre apja kívánságára fényes hanggal á-val elénekel számos népdalt és pedig fényesen, de az á-t kimondani képtelen, ép úgy nem énekelhet az ó vagy ú hangon. A kis leányt villamozással kezeltem két hétig, de minden eredmény nélkül. Később kérdezősködtem utána és azt a választ nyertem, hogy még hónapokon át hangtalan volt, 10 éves korában megjött havibaja s azóta visszanyerte hangját.

VI.

A kemény szájpaplás eddigelé ismeretlen fekélyéről.

A szakmánkba vágó fekélyeknél, különösen, ha azok a nyelven vagy a szájpapláson, hátsó és alsó garatürben foglalnak helyet, néha az első megtekintésnél, néha pedig csak bizonyos idő elteltével kórismézhetjük a bántalom lényegét. Ily kétes fekélyeknél segítségünkre van első sorban az anamnesis, a tapasztalat, azaz a látás, tapintás, továbbá a fekély váladékából vett

oltások és a váladék göresövi lelete, nemkülönben a fekély szélé-ről kimetszett részlet göresövi vizsgálatának eredménye és sokszor csak a sikerrel avagy a nélkül járó antiluetikus gyógykezelés.

Nem emlékszem egyetlenegy más esetre sem, melynél előbb-utóbb a kórismét biztonsággal nem tehettem volna az imént felsorolt segédvizsgálatok alapján és ha mindezek eserből hagytak, a klinikai megfigyelés segített világosságot deríteni a homályban. A 3 éven át megfigyelt kórkép, melyet közölni érdemes, e tekintetben kivételt képez, ugyanis most, mikor a fekély végre önmagától gyógyulásnak indul, be kell vallanom, hogy mitsem tudok e fekélyesedés eredetéről, nemkülönben, hogy mindazon szaktársak, valamint bőrgyógyászok és kórboncznokok, kik az esetet látták, felvilágosítással nem szolgálhattak, habár a szokásos segédeszközöket a kórismezés czéljából többszörösen igénybe vették.

1897. év elején K. M., 17 éves kereskedősegéd, azon panaszszal jött hozzám, hogy a szájpádlása érdes és ha keményebb dolgokat eszik, fájdalmakat érez. A fiatal ember haja vöröses, igen vérszegény, de jól táplált és eléggé erős. Mellkasi szervek épek. A kemény szájpádlás közepén egy 3 cm. széles, 2 $\frac{1}{2}$ cm. hosszú, lepkealakú, lapos, szemcsés, mirigyes, kissé sárgás, élesen határolt fekély látható, melyet, ha érintünk, nem fáj. A kutaszszal behatolva alig vérzik, de igen fájdalmas s mindenütt az ép csont-hártya kitapintható. Egy másik körülbelül 2 cm. hosszú, 1 cm. széles hasonló fekély jobb oldalt a fogsor szomszédságában. A beszéd dunnogó, az orrbemenetben idült eczema, a pörkők eltávolítása után a beszéd tiszta és az orr belsejét rendszernek találok. A nyaki mirigyek infiltráltak, jobb oldalt ökölnagyságúak. Ezen állapot már 2—3 hét óta áll fenn, beteg bujakóros fertőzést tagad és a vizsgálat ez irányban szintén semleges.

Ennélfogva a fekélyt első megtekintésre inkább primaer tuberculotikusnak vagy luposusnak tartottam. A váladékot többször göresövíleg megvizsgáltam, de Koch-féle bacillusokat nem találtam. A fekély széléből kivágott részletnek vizsgálata szintén semmi gyanút sem szolgáltatott a gümőkór. A metszetekben felhám-sejtek, papillaris structura, kötőszövet s közte számos lymphoid-sejt, helyenként csak ezek láthatók, továbbá véredények és mirigyek.

A fekélyt helybelileg tejsavval, mentholalajjal és sok más szerrel ecseteltem, később chromsavval edzettem, de az változatlanul maradt. A beteggel később kéneső bedörzsöléseket végeztem és jódkalet szedtettem hónapokon át, de a fekélyek mitsem változtak és arra a tapasztalatra jutottam, hogy azok magukra hagyva, alig terjednek s a legkisebb kellemetlenséget se okozzák. Nyáron át arsen-kezelést ajánlottam, de a betegnél a fekélyek ép olyanok maradtak, azonban a nagy nyaki mirigyek lényegesen eltűntek. Ekkor a beteget bemutattam a fül- és gégeorvosok szakgyűlésén és ámbár senki sem mondhatott biztos véleményt, mégis a többség luetikusnak tartotta a fekélyt.

1898-ban ismét erélyesebb antiluetikus kezelést rendeltem, ezt azonban egy hónap múlva abba kellett hagyni, mert stomatitis mercurialis lépett fel, a jódkalet pedig soká szedte. A fekélyek kissé kiterjedtek, a két fekély csekély híd által egyesítve, de a mélybe nem terjedtek, szétesés vagy mélyedés azokban nem volt látható.

Most biztos volt az, hogy luetikus eredetű a fekély nem lehetett, mert a tertiaer luesnél vagy a lues tardánál 3 éven belül egyik vagy másik helyen szétesés mutatkozott volna és főleg azért, mert az antiluetikus kezelés teljesen eredménytelen volt.

A beteget ismét bemutattam a szakülésen és az összes jelenlevő szaktársak most a bujakórt kizárták mondották. Egyesek most tuberculotikusnak, mások luposusnak mondották és én a negatív göresövi lelet után ismételt vizsgálatok alapján ezt is kizártam, mert nemcsak hogy gümöbaccillust nem találtam, de egyetlenegy metszetben sem volt óriássejt található. A tüdőben soha a legkisebb elváltozás, a beteg inkább erősebb lett.

1899-ben a fekélyek egy alkalommal, midőn a beteg keményebb zsemlyét evett, terjedni kezdtek és utána fájdalmak léptek fel. Az eredeti két fekélyből egy nagyobb fekély lett, mely jobb oldalt egészen a fogsorig terjedt, baloldalt pedig a középvonalon jóval túl.

A mirigyes fekély alapja jobboldalt erősebben állt ki, granulált és miután fájdalmi voltak a betegnek, a kiálló részeket a villamos égővel laposan érintettem. Ekkor én, mert a gégefedőnek különös alakja volt és majdnem üvegszerű beszüremkedést mutatott, a sok lymphoid-sejt miatt attól tartottam, hogy lymphosarcomával lesz dolgom, mert a bántalom terjed és mindinkább kellemetlenné vált, már csak azért is, mert az az arsenkezelésnek mindig megvolt a jó hatása. Egy sebész kartársam a fekélyt egész terjedelmében és mélyen ki akarta irtani, én azonban csak a kiálló részeket égettem le kétszer és csakhamar a régi állapot tért vissza, mely 2 hónapon át fennállott minden változás nélkül.

Ekkor egyszerre a fogak kezdtek fájni, a mellső fogsor gingivája beszűrődött, vörös, feszes és fájdalmas lett, a fogak között vörös, kölesnyi, szemcsés képletek keletkeztek, melyek evés közben maguktól is leváltak. Egy ily eltávolított szemcsét Vas Bernát dr. úr a poliklinika laboratóriumában megvizsgálni szíves volt. A szemese egyszerű papillomának bizonyult. A fogakat sok mézlerakodás, miéért is alkoholos vízzel való tisztogatást rendeltem, mire a fájdalmak lassan javultak és a szemcséképződés megszűnt. Török Lajos dr. magántanár úr a beteget ez időtájt szintén megnézte és a bajt tuberculotikusnak tartotta, fentartván magának azt, ha a göresövi kép nem mutat valamely más elváltozást. Ismét kis részletet vettem ki és azt Vas dr. és Török dr. kartársakkal néztem meg, de a kép ugyanaz volt, a mi a mult-kori leletben: lymphoid-sejtek nagyszámában. A fekélyek majdnem az egész mellső kemény szájpádláson elterjedtek, csak kevés egészséges nyálkahártya-sziget látható, a periost mindenhol egészséges.

E napokban a beteg, mint rendszeren havonta egyszer meglátogat és nézem-nézem a fekélyeket, de azok nyomtalanul eltűntek, egy $\frac{1}{2}$ cm. átmérőjű fekély van még a középen és talán 2—3 gombostűfejnyi elszórt pontokon.

A nyálkahártya a fekélyek helyén még pirosabb, hegek e helyen nem látszanak. A kik a beteget ez előtt ismerték, meg voltak lepve a gyors és spontán gyógyulás miatt, mert a mint látszik, a még fekélyes hegek hamarosan szintén begyógyulnak.

A leírt eset egyes phasisainak elolvasásából kitűnik, hogy oly megbetegedéssel van dolgunk, melyet eddigél még nem ismerünk, azaz nem tudjuk, mily névvel illessük e betegséget. Míg az állapot változatlan maradt és csak szélességben terjedtek lassankint a fekélyek, én mindig csak ismeretlen fekélyesedésnek mutattam be. Most midőn a dolog önmagától oly gyorsan gyógyul és remélhetőleg nyomtalanul fog elmúlni, reflexiók folytán mégis inkább merném definiálni. A fekély lehetne lymphotikus fekély, melyről sokat nem tudunk és mivel oly sok lymphotikus egyénél nem észlelték, inkább azon nézetem vagyok, hogy ez az idegekkel függ össze. A beteg, mint ő azt most bevallja, ideges, utolsó időben észreveszi, hogy lélekezete időnkint 1—2 perczre elakad. Tüdő és szív állapota most is rendes. Én most azt hiszem, hogy — miután a fekélyesedés csak felületes volt és külső érintésre érzéketlen úgy hideg, mint meleg iránt — ezen fekély *neuroparalytikus* jellegű, hasonlóan a keratitis neuroparalyticához.

Hogy mennyire van igazam, azt csak összehasonlítás által bizonyíthatom, de legjobban tudom ily kérdéses és még le nem irt kóralaknál a magyarázat problematikus voltát és csak idővel tisztázhatók a különféle vélemények és felfogások.

Négyhónapos csecsemőnek bőrön át történt heveny alkoholmérgezése.

Az irodalomban közölt heveny alkoholmérgezések rendszeren per os történtek és pedig — a felnőttektől eltekintve — leginkább véletlen folytán vagy a gyermek elpusztítása czéljából.

Jelen esetet annyiban tartom közlésre érdemesnek, a mennyiben V. K. négy hónapos csecsemő heveny alkoholmérgezése a bőrön át történt felszívódás útján okoztatott az által, hogy állítólagos bélkólikáját a hasra alkalmazott borszeszes ruhával vélték csillapíthatni. A négyrét hajtott durva házivászontörülközöt tiszta borszeszbe mártották s némi kiesavarás után a hasra alkalmazták, jól bepólyázzván a gyermeket. Körülbelül másfél óra múlva feltűnt az anyának gyermekének szokatlan halványsága, mire sürgősen hivatott.

Megérkezve, jajveszékeltő környezet fogadott, azon hiszemben lévén, hogy a gyermek kiszívott. Azonnal mesterséges légzést fogatatosítottam és fekete kávé csepegtettem a gyermek szájába, de az

nem végzett nyelési mozgásokat. A test, s különösen a végtagok hűvösek, arc viaszszárga, ajkak vértelenek. Pupillák kissé tágultak, nem reagálnak, cornealis reflex felfüggesztett, úgy hogy ujjal érinthetők, a nélkül, hogy a csecsemő erre némiképen is reagálna. Légzés gyér és felületlen, alig észlelhető, a kilégtetett levegő alkoholszagú. Szív működés nagy fokban lassabbodott s arhythmikus. A végtagok elernyedtek, fel-emelve, saját súlyuknál fogva visszaesnek, rajtuk visszahajlási mozgások ki nem válthatók. Hőmérsék a végbélben 35-8° R. A hasfal egész kiterjedésében nagyfokú dermatitis, a köldök körül pedig valóságos excoriatiók láthatók.

A gyermekek végzett mesterséges légzés látható eredménytelen nem járt, mire az időközben elkészített 30%-os meleg fürdőbe tettem, melybe 50 gm. mustárlisztet helyeztem vékony vászonba kötve.

Ugyanekkor félfeeskendő oleum camphoratumot injiciáltam bőre alá. Pár perc múlva a test vesztett halványaságából, a szemek fénylökké, a mellkas kitérésai láthatókká lettek, s a gyermek a szájába csepegtetett fekete kávé és liquor ammon. anis.-t vontatottan lenyelte.

A füröztést aznapon háromszor megismételve s az említett orvosságot sűrűn adva, a gyermek mindinkább magához tért, majd nyugodtan aludt egész éjjel. Másnap szopni kezdett s csak halvány bőrszíne és hágyadtsága árulta el az előző napi súlyos állapotot. Az eset óta immár nyolcz nap mult el s a gyermek teljesen egészséges.

Ezen eset is igazolja, hogy az egy éven aluli gyermekek nagyon érzékenyek az alkoholikkal szemben s hogy az alkohol még a köz-takarón át is okozhat igen súlyos mérgezést, ha — mint ez esetben is történt — annak elpárolgása gátolva van. Mutatja azt is, hogy a némely vidéken népies pálinkában való füröztetés bőrbajok gyógyítása céljából nem közömbös dolog a gyermek egészségére.

Nagy-Szőllös, 1899. január 20-dikán.

Fried Aladár dr., járásorvos.

TÁRCZA.

Hársfalváról.

Ha a gyógyfürdőről ugyanaz állana, a mi a nőkről, t. i. hogy azok a legjobbak, a kikről legritkábban beszélnek, akkor a czimben megnevezett és jelenlegi tartózkodásunk helyét jelző fürdőt a legjobb-nak kellene tartanunk. Tényleg azonban megfordítva áll a dolog.

Hársfalváról, tudunkkal legalább, vajmi ritkán történik megemlékezés a napi sajtóban, és legfőlegb egyik-másik háládatos betege adja szájról szájra tovább, a nemcsak egészségügyi, de nemzetgazdaságtani szempontból is több méltánylást, de főleg nagyobb publicitást érdemlő tulajdonait. Ezen tudatból kifolyólag, e fürdőben szerzett tapasztalatainkkal annál szivesebben járunk a közönséghez, mert módunkban van a hozzá hasonló külföldieket is, saját szemléletünk alapján, párhuzamba hozni s mindazt kiemelni, miben a külföldiek előtt előnyben vagyunk.

E tekintetben pedig kezdjük azzal, a mi Hársfalva jellegét képezi. A ki csak rövid időn át is tartózkodott Hársfalván, annak előnyösen feltűnik szétlőt védett fekvése és nagyon enyhe levegője. Ehhez képest első sorban az olyan levegőre utalt *vérszegények, sápkórosok* s kiválólag *tüdőhurutosok* keresik fel és ha bajuk még csak kezdetleges, itt meg is találják gyógyulásukat. Első pillanatra azt gondoltuk, hogy Gleichenbergben vagyunk, ha a két hatalmas hársfasortól határolt sétány a nagyobbára ült, kevésbé sétáló közönséget vettük futó szemlére; később azonban meggyőződünk arról, hogy más betegségek gyógyhelyeit is képviseli Hársfalva, nevezetesen Franzensbadot és Karlsbadot, a mennyiben kivált a gyengébb szervezetű nőnem ivarszerveinek különféle betegségeiből eredt általános elsatnyulását képzeli itt pótolhatni; másrészt pedig gyomorbetegségeket, ha bajuk még nem súlyos kóros elváltozásból ered, szintén felkeresik. A „maradék” végre azokból áll, kik a mindennapi élet harcában kimerülve, itt keresnek pihenést, nyugalmat és megfelelő *szórakozást*. Mert bármennyire különösnek tetszszék, a szórakozás is egyik — és nem a legutolsó — gyógyhatány; mert tapasztalatilag: a ki búsul, az nem gyógyul! A magyar fürdők pedig már régen híresek arról, hogy azokban nemcsak a test gyógyul meg, de igen gyakran a lélek is. Sőt nem egyre közülök az az állandó panasz, hogy kevés benne a *csend*, semmi a *rend* (kivált az étned!) s nagyon sok a mindenféle zene *fent és lent*. Ezért a ki nem gyógyulni, de szórakozni megy a fürdőbe, az bizvást magyar fürdőbe menjen.

Hársfalva nem ezek közül való. Első sorban gyógyhely, még pedig *klimatikus gyógyhely*! Bereg megyében — a szolyva-hársfalvai máv. állomástól félórnyira — a Beszkidek alján, 230 m. a tenger felett fekszik és északról kellően védett fekvése elsőrangú gyógyhelynek minősíti. De különben is, élelmes és körültekintő fürdőgondnoksága megértette már a mai kor igényeihez mérten, a kellő kényelmen kívül itt oly gyógyhatányokat létesíteni, melyek — mint a hidegvízgyógyintézet, melynek savanyú és vasas fürdői, újonnan berendezett sós- és fenyőbelégzési intézete Wachslér Ede dr. budapesti orvos szakavatott, buzgó vezetése alatt áll, továbbá melegtej-intézete, juhsavó- és masszage-kurája, végre pedig a „Stefánia-forrás” igen kellemes ízű, lúgos savanyú vize — mind oda hatnak, hogy a fentnevezett bajok a legjobb sikerrel gyógyuljanak. A kik pedig kirándulásra áhítoznak, ime a természet bámulatraméltó szépségeivel pazarul felékesített e kies völgyben egyebek közt (mint például a „Vicsa völgy”) a honunkban annyira

elterjedt „Luhi” (Erzsébet és Margit), továbbá a „Szolyvai víz” és végre a „polenai” völgyben fekvő „Polenai víz” forrását keresheti fel. Benünket, szakértői minőségünkönél fogva, csak ezen utóbbiak érdekelték s egyik szép napon a fürdőorvos és gyógyszerész kíséretében fel is kerestük azokat.

Első célunkat — fordított rendben a Hársfalvához való fekvésükre nézve — a „Polenai víz” forrása képezte. És méltán. Már fekvése is olyan, hogy megérdemli az egy és egy kettő órába kerülő kirándulást. Mert igazán egy második „Tempe-völgy”, melynek üde és tiszta levegőjénél különben nem is képzelhet az ember! Erzi ezt különben mindjárt egy olyan, a főváros különféleképp megszenyezett légköréből ide szakadt magunkféle burokrata. Mert a füst, por és korom helyett *ozonnal* megtelített levegő kimondhatatlan hatással van a fáradt testre: friss vérkeringést érzünk ereinkben és lelkünk, mintha villany-áram rázta volna fel tespedéséből, szabadon érzi magát; felülemelkedik bánaton, gondon, szárnyat nyer és csak boldogságot érez. Hát még ásványvize! Csodálatos, hogy ezen víz a helyett, hogy *első* helyen volna megemlítve s e szerint méltatva is, csak *harmadik* helyre szorult és a közforgalomban, de még az orvosi gyakorlatban is alig szerepel.

Pedig kétségtelen, hogy vegyi összetételénél fogva nagyobb hatással bír a különben eléggé ismert és kedvelt szolyvainál is; sőt, a mint meggyőződünk, nagyobb kell is hogy legyen, a mennyiben a chlorsók még a szolyvainál is nagyobb mennyiségben fordulnak benne elő, és natronbicarbonatot is többet tartalmaz. De még más tekintetben is egyetértünk ama kémiai szakértőkkel és kiváló fürdőorvosokkal, kik azt tartják, hogy: a mennyiben az égvényes ásványvizek hatóképessége a kettedszavas natrontartalom arányában *növekszik*, emeli ezen hatást, főleg a húgysav és húgysavsóknak a szervezetben oldott állapotban lévő tartására nézve, ha megfelelő konyhasó mennyiség is járul hozzá. Ha még hozzáteszzük, hogy egy égvényes savanyúvíznek — minő a szóban levő — *értékét* első sorban a kettedszavas natron tartalma szerint konyhasó kíséretében becsülik legtöbbször; másodsor, hogy a gyógyvíz mészsókban minél szegényebb, és végre, hogy a gyomrot feleslegesen megterhelő vasösszetettésektől majdnem egészen ment legyen: akkor fenti kijelentésünket kellőképpen indokolva, az annak megfelelő „Polenai vizet” legalább is oly hírnévhez akarnók juttatni, a minőben — nem egészen érdemképen — a „Luhi Margit” részesül. Mert: „amicus Plato, amicus Aristoteles, sed magis amica veritas”; az „igazság” pedig követeli és az illető forrásoknál csak most tapasztaltuk, hogy a második helyet a „Luhi Erzsébet” és csak a harmadik helyet a nagyhírű „Luhi Margit” vagyis „Magyar Selters” érdemli. Hasonlólag nem kellőképen van méltatva a „Szolyvai víz” is, a híres Giesshüblivel szemben, melyről már más helyütt és ugyanazon értelemben szóltunk volt, a midőn „A cseh világfürdők, tekintettel a hazai viszonyokra” című, 1885-ben megjelent tanulmányunkban kiemeltük volt, hogy a „Giesshüblü víznél különbet is tartalmaz hazánk!” S ime 14 évvel későbbben csakugyan a helyszínén győződünk meg arról, hogy a „Szolyvai víz” csaknem *háromszor* koncentráltabb a Giesshüblinél, ennél fogva annyiszor hathatósabb is.

Ha a küszöbön álló közigazgatási reform alkalmával a közegészségügy, mint annak egyik kiegészítő és kiváló része, ha más szempontból nem is, de legalább nemzetgazdaságiból kellő figyelemben fog részesülni, akkor Magyarország ásványvizeiben rejülő kincsei — s ezek közt remélhetőleg első sorban a fentiek is — szintén kellő méltánylásban részesülendek, a kincstárnak jövedelmet hajtanak, a szenvedő emberiségnek pedig egészségére és élvezetére válnak.

Budapestben most a sanatoriumok felállításának kérdése forog szónyegen, és megvitatása nem csekély port ver fel. Ime: hic Rhodus, hic salta, a Polena és Szolyva-Hársfalva közti territorium magától kínálkozik arra; mit, hogy minél is hamarabb bekövetkezzék, tiszta szívből kívánunk.

Vályi Zsigmond dr.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Az ember és az egészség. Irta: Oláh Gyula dr. Budapest, 1899. A szövegbe nyomott 33 ábrával. Az Atheneum irod. és nyomdai r. társulat kiadása.

Ezen czim alatt most hagyta el a sajtót Oláh Gyula dr. kartársunknak legújabb műve.

A könyv három részre van osztva. Az *első* rész magában foglalja az emberi szervezet ismertetését. Az emberi test egyes alkatrészeit, azok összefüggését, az egyes szerveket s azok működését röviden és mindenki által könnyen megérthető előadással ismerteti; szerencsésen eltalálja azon középutat, hogy a mű ezen része ne legyen száraz boncztan és száraz élettan, de azért a laikus olvasó tiszta képet nyerjen az emberi szervezet boncztani és élettani viszonyairól s ezen ismerete alapján úgy a felmerülő segélynyújtási esetekben, valamint az egészségügyi közegészségi védekezések alkalmával céltudatosan járhatson el.

A *második* rész a segélynyújtás módjaival foglalkozik s egyenkint véve a hirtelen rosszullet vagy megbetegülés és a sérülések folytán szükségessé váló segélynyújtásokat, nem elégszék meg azzal, hogy szárazon és röviden megmondja a segélynyújtás módját, hanem minden egyes esetben könnyen megérthető előadással ismerteti a szervezetben

bekeverte azon elváltozást, mely miatt a segélynyújtás szükségessé vált és az elváltozással kapcsolatban megismerteti egyszerűen az ajánlott segélynyújtás célját és hatását. Ezen részben behatóan fejtegeti szerző a gyermeknevelés, a tanítás és a betegápolás hygieniáját is.

A munka harmadik részében szerző tüzetesen tárgyalja az egészségügyi közegészségi szabályokat. Itt sem elégszik meg a szabályok egyszerű felsorolásával, hanem behatóan és mindenki által könnyen megérthető módon kifejti ezen szabályok indokait és eredményeit, mert a szerző, mint zárszavának végén mondja, arra törekedett, hogy a segélynyújtás is, az egészségügyi védekezés is ne csupán az adott tanács egyszerű követése, hanem öntudatos cselekvés legyen. A közegészségi törvény kimondja a segélynyújtás kötelezettségét és elrendeli, hogy a segélynyújtás módjait és az egészségügyi szabályokat az iskolában tanítani kell; ez a könyv egészen alkalmas arra, hogy a törvény ezen rendelkezéseinek végrehajtását lehetővé tegye. Azért ez a mű irodalmunkban valószínűleg hezagot pótol és kívánatos, hogy úgy a községek vezetői, valamint a népiskolai tanítók mentől részletesebben megismerkedjenek annak tartalmával; de a nagy közönség is sokat tanulhat ezen könnyen megérthető és nagyon sok esetben bizonyára igen jó szolgálatokat tevő munkából.

A 416 oldalra terjedő könyvet az Athenaeum r.-t. díszesen állította ki. Bolti ára angol vászonkötésben 3 frt 50 kr.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: Bókay Árpád dr., Kétly Károly dr., Korányi Frigyes dr. Ötödik kötet. Hügy-ivarszervek betegségei. Venereás és syphilitikus betegségek. Bőrbetegségek. A szöveg közt számos ábrával és egy táblával. A magyar tudományos akadémia segélyezésével kiadta tagjai számára: A magyar orvosi könyvkiadó társulat. Budapest, 1898. 1037 lap.

(Folytatás.)

Puky Ákos a „Peri- és paranephritis“ fejezetét igen érdekesen és a legapróbb részletekre való körültekintéssel írta meg.

Réczey, mint a tollából ez alkalommal utolsó szakaszt „A prostata betegségei“ írta meg. Figyelemmel van a prostata veleszületett bajaira, túltúlsúlyára, heveny és idült gyulladására, a prostatakövekre, a prostata túltengésére, sorvadására, daganataira és minden sorból látszik, hogy szerző egyik kedvenc tárgyával foglalkozhatott és hogy az itt letétbe helyezett tapasztalatai maradandók és a prostata betegségeiről alkotott nézeteinkre és követendő gyógyeljárára nézve mérvadó. A szöveg közé nyomott több sikerült ábra rendkívül könnyíti a megértést.

A szerkesztők érdeme, hogy e munkába a „női nemi szervek bántalmait“ is felvették és az orvosi közönség hálára lehet kötelezve **Taufer Vilmosnak**, hogy e nagy és nehéz szakasz megírását magára vállalta. Felesleges mondanunk, hogy **Taufer** a hozzáfűzött összes vázlatokhoz eleget tett. És bár a munka mint monographia is megállja helyét, úgy mindenütt bő vonatkozások a belgyógyászati kérdésekhez jelen munka fontos kiegészítő részévé teszik. Behatóan foglalkozik „A havi tisztulás és annak rendellenességei“-vel, kellő helyet szánva a menstruatio és ovulatio mindig érdekes elméletének. A női nemi részek gyulladásos betegségeinek tárgyalásánál a gyors tájékozódást megengedő szokásos anatómiai beosztást követi, bár hangsúlyozza, hogy az egyes részleteiben a genitáliáknak szorosan véve csakugyan nem körülírt és nem élesen elhatárolt a megbetegedés. A míg egyrészt tartózkodik mindenben a microbák hatalmát rettegni, úgy másrészt számítani tanít e kórnevező tényezőkkel, „mert ha egyszer megismertük ezeket, akkor a kórkép minden phasisában exact alapot nyerünk ítélletünk számára és úgy a kórbonczani változások, mint a diagnosis, a jóslat és a therapia egyaránt hasznát veszi ez alapnak“.

Behatóan tárgyalja a szeméremrés és hüvely nyálkahártyájának gyulladását, a mit a méhsatorna gyulladásos állapotainak részletes ismertetése követ. A tárgy fontosságához képest igen alaposan foglalkozik a méhüreg nyálkahártyájának lojával figyelemmel lévén annak különböző alfajaira, így többek közt a méhüreg kankós gyulladására is. E mellett kiterjeszkedik a gümös, bujakóros, diphtheritikus, septikus stb. állapotokra. A tünetek méltatása a kórképet mintegy szemünk elé tárja, a gyógyítás tárgyalásánál figyelemmel van a constitutióra s e mellett behatóan ismerteti a localis kezelés szempontjából felmerült összes beavatkozásokat.

Hasonló alaposással tárgyalja a méhgyulladás és pedig ennek úgy heveny, mint idült alakját. A petevezetők lojájának, valamint a petefészekgyulladás összes mozzanatainak, a kóroktan, kórboncztan, kór-tünetek, kórisme, jóslat és gyógyítás összes részleteinek felsorolásával zárja szerző a női nemi részekkel foglalkozó szakaszt, mely szakmunkák között is előkelő helyet foglal el. **Taufer Vilmos** e kötetben egyszerűen megismerteti, hogy a kitünő nőgyógyász működési tere nem szorítkozik a szó szoros értelmében vett gynaekológiára. A vesetízűkorról írt fejezetekben bizonyítékát adja, hogy nemcsak maga foglalkozott elméletileg és gyakorlatilag e kérdéssel, hanem a vezetése alatt álló klinikai személyzet is értékes adatokat szolgáltatott ez érdekes kérdés tisztázásához. Így **Tóth István**ak hidronephrosis esete világot vet a vesetízűkór ritkább kóroktani mozzanataira, míg **Neumann Sigfried** észleletéből kitűnik, hogy mily erővel dolgozik a vesemedence muscularis és elastikus szervezete a vizeles pangása esetén. A differentialediagnosis szempontjából szerző kóródjáról két esetet közöl, a melyekből levont következtetések irányadóknak tekinthetők úgy a diagnosis, mint a therapeutikus beavatkozás szempontjából.

(Folytatása következik.)

II. Lapszemle.

A lágyfékely kezeléséről jodoformmal, dermatollal, europennel, natrium sozodolicummal és xeroformmal összehasonlító észleleteket közöl **Grinow G. dr.** a *sebastopoli* teng. kórház venereás osztályából, mely észleletekből oda concludál, hogy minden eddig ajánlott szer közül a *natrium sozodolicum* a legjobbnak mondható, és pedig biztos hatása és abszolút szagtalansága miatt. Az europphen csak bizonyos fokig concurrálhat a natrium sozodolicummal, a mennyiben az europphennek hatása a lágyfékely lefolyására szintén kedvező ugyan, de az sokkal kevésbé erőlyes, mint a natrium sozodolicumé. Azonkívül az europphennek is van kellemetlen szaga, mely erősen a jodoform szagára emlékeztet; végre az europphen kétszer drágább, mint a natrium sozodolicum. Az egyéb lágyfékely elleni szerekeknek nincs ugyan kellemetlen szaguk, azonban hatásukban nemcsak messze elmaradnak a jodoform mögött, hanem teljesen értéktelenek is. (Medicinskija Pribawienija K. Morskomu Sborniku. 1898. aug.—szept.)

Hetiszemle és vegyések.

A főváros egészsége. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1899. július hó 9-dikétől 1899. július hó 15-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 448 gyermek, elhalt 277 személy, a születések tehát 171 esettel multák felül a halálozásokat. — A fővárosi közkórházakban ápolottak e hét elején 2349 beteg, szaporodás 763, csökkenés 792 maradt e héten végén ápolás alatt 2320. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, roncóló toroklob 1, hökhurut —, kanyaró 2, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis —, gyermekági láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 18, agyvérömleny 7, rángások 6, szervi szívbaj 12, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgöhurut 33, tüdőgümő és sorvadás 51, bélhurut és béllob 2, carcinomata et neoplasmata alia 11, méhrák 1, Bright-kór és veselob 3, angolkór 2, görvélőkór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 17, aszkór, aszaly és sorvadás 2, aggkór 10, erőszakos haláletet 12. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1899. július 16-dikétől július 22-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 9 (meghalt 2), himlőben —, (meghalt —), álhimlőben 1, bárányhimlőben 17 (meghalt —), vörhenyben 40 (meghalt 3), kanyaróban 56 (meghalt 3), roncóló toroklobban és torokgyikban 11 (meghalt 1) trachomában 9, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 22 (meghalt —), orbánczban 9 (meghalt —), gyermekági lázban — (meghalt —).

× **A tisztiorvosi vizsgára előkészítő tanfolyam** Kolozsvárt szeptember hó 15-dikén kezdődik. Cursus a vizsga minden tárgyából lesz. Bővebb felvilágosítást nyújt **Konrádi Dániel dr.** kórtani tanársegéd Kolozsvárt, Felső szén-utca 4.

× **A gömörmezei közkórházban** az 1898-dik évben — mint azt **Löchever Tamás dr.** igazgató kimutatásából olvassuk — 1213 egyén nyert ápolást, járólagn pedig 1241 egyén részesült 2178 rendelkezésben.

± **A Kézvárosi tanár szülészeti poliklinikájának** segélyét június hó folyamán 54 esetben vették igénybe 39 műtéttel.

— **A budapesti általános poliklinikán** június hóban 3009 új betegnek 11,806 rendelést szolgáltattak.

○ **Kérelem.** Az „Orvosi zsebnaptárban“ való közlés végett kérem a kartárs urakat, hogy címük változását vagy letelepedésüket velem közölni sziveskedjenek. **Faragó Gyula dr.** Budapest, IV., Magyar-utca 5.

× **Lakásváltoztatás.** **Árkövy József** egyet. tanár lakását augusztus 1-jétől kezdve a Ferencziek bazárjából IV. ker., Lipót-utca 27. sz. a. házába teszi át; **Polyák Lajos dr.** közkórházi főorvos augusztus 1-jén IV. ker., Kaplony-utca 3. sz. alá teszi át lakását; **Sarbo Arthur dr.** egyet. m. tanár f. évi szeptember 1-jétől kezdve eddigi lakásáról, Budapest, VI., Podmaniczky-utca 10. sz. alól V., Arany János-utca 10. sz. alá költözik; **Lévai József dr.** lakása augusztus 1-jétől kezdve VI., Gyár-utca 19. sz.

× **Hazai fürdők személyforgalma.** *Tátrafüred* (VII/22.): 630; *Új-Tátrafüred* (VII/22.): 549; *Tátra-Lomnicz* (VII/17.): 233; *Vihnye* (VII/20.): 700; *Lubló* (VII/20.): 519; *Herkulesfürdő* (VII/17.): 4426; *Lipik* (VII/18.): 1562; *Balatonfüred* (VII/20.): 2677.

× **Megjelent a Marczali-féle Nagy Képes Világtörténet** 32. és 33. füzeté, amaz Sokratést és korát, emez a Schliemann-féle mykenai híres ásatásokat írja le. Ara egy füzetnek 30 kr.

↑ **Elhunyt.** **Farkas János dr.** Fejérmegye egykori tb. főorvosa és 1848-as nemzetőri százados f. hó 22-dikén Székesfehérvárott 84 éves korában.

Dr. Herzelt egyet. m.-tanár újonnan épült „Fasorsanatoriuma“ (magánygyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére) **Budapest**, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kívánatra prospektus.

Fasor-szanatórium Vízyógyintézete
Budapest, a **Herzelt-féle sanatórium**ban (Városligeti fasor 9. szám). Bejáró és belső betegeknek. — Egész éven át nyitva van. — Szigorú orvosi vezetés. — Rendelő orvos: **Dr. Kuthy Dezső**, a vízyógyászat magántanára a budapesti egyetemen.

Szt. Lukács-fürdő
Nagy kénés iszapfürdő, melynek 520 négyzetméter nagyságú nyitott és zárt medenczéiben a forrásvíz napokint négyszer megújul. Mindenféle gyógy- és üdítőfürdők. Kitiünő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

téli és nyári gyógyhely
Budapest

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Közkórházi orvostársulat. (X. bemutató szakülés 1899. május 3-dikán.) 377. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (VI. rendes ülés 1898. október 13-dikán.) 379. l. — A berlini tüdővészcongressus. 380. l.

Közkórházi orvostársulat.

(X. bemutató szakülés 1899. május hó 3-dikán.)

Elnök: Rákosi Béla; jegyző: Terray Pál.

Adatok az orbitalis lövés sérülések kórtanához. a) Sérüléssel csontkinövések miatt operált eset. b) Sérüléssel chorioiditis ossificans plastica esetéből származó görcsői készítmények.

Goldzieher Vilmos: A 20 éves férfi suicidii causa revolverrel jobb halántékán lötte magát. A lövés a jobb szemet azonnal elpusztította s a löveg az orrfővön át a bal orbitába hatolt és tangentialis irányban az orbitalis széléig haladva, annak közepén kilépett és a vele szemközti levő ablakkeretbe fűródött. A beteg a szt. János-kórház szemészeti osztályára került a következő jelen állapottal:

A jobb szem legnagyobb mértékben sorvadt, a bal szem minden tekintetben ép; az alsó szemhéj duzzadt, piros, érintésre fájdalmas, a bőr alatt számos kisebb-nagyobb hegyes és dudoros szilárd csontkinövés és osteophytaszerű nyúlvány, melyek a bal alsó orbitalis széltől kiindulva részint az orbitába hatolnak, részint az arc felé, a fossa canina irányában terjednek. Minthogy a bőr a kiemelkedő csontrészek miatt lobos és fájdalmas volt, azonkívül igen észrevehető eltorzulás állott fenn, az operatio a következő módon hajtatott végre: bőrmetszés 5 cm. hosszúságban — diagonalis irányban — a belső szemzugtól a járomcsont alsó széléig, a bőr felpraeparálása és a periost meglehetősen leválasztása után a kiemelkedő csontrészek éles vésővel és kalapáccsal való eltávolítása, a csontbasis simítása az éles kanállal. A műtét Schleich-féle anaesthesia alatt folyt. Teljes gyógyulás minden reactio nélkül.

A bemutató által már több esetben észlelt orbitalis lövések közül szerzett tapasztalatainak rövid tárgyalása után áttér az érdekes szemfenéki elváltozásokra, melyeket az esetek legnagyobb számában észlelünk. Ezen szemfenéki elváltozásokon alapszik a látás romlása vagy teljes elpusztulása még akkor is, ha a szemtekét magát vagy a látóideget a golyó nem is érte. Az orbitán átfutó projektil minden esetre a bulbus nagyfokú megrázkódtatást hozza létre; ha közvetlenül a lövés után megvizsgáljuk a szemet, akkor majdnem minden esetben sűrű vérszálak és üvegtömbök. Ha a vér felszívódása után a szemtükrü vizsgálat ismét lehetséges lesz, látni fogjuk, hogy a szemfenéken nagy rendetlen alakú pigmenthalmozás és gócz, továbbá fehér ívalakú vonalak, hasonlóak az érhártya-repedések ismert képeihez, végre igen kiterjedt fehér plaqueok és hártyszerű, nyilván kötőszöveti kéregesedések vannak jelen, melyek néha igen nagy vastagságban emelkednek ki s az üvegtömbbe érnek.

Az első bonczati vizsgálat *Waldeyer*-től származik, a ki kiderítette, hogy igen sejtűs, az érhártyából eredő sarjadzás van jelen, mely a retinába is hatolt: tehát choreoretinitis plastica. Hasonló eredményhez jutott bemutató is, a mennyiben constatahotta, hogy érhártyagyulladás van jelen dúsan burjánzó lobtermékekkel, melyek elcsontosodásba mehetnek át. Ezen készítményeket bemutatja ma be, a melyek szemlélése után mindenki meggyőződhetik arról, hogy ezek a képek egy chorioidealis lob következményei és nem a vérrögök létrejött fibrinosus kéregesedés.

Mert a bűvárok egy része, mint pl. *Berlin* és *Leber* azt állítják, hogy a lövés sérülések után visszamaradó proliferáló lob a szemfenéken épen úgy, mint a tulajdonképeni retinitis proliferansnál a szemtükrüleg látható fehér kötőszöveti tömegek, egyenesen a vérömlenyek átváltozásából eredő tömegek, mely nézet ellen azonban felhozható, hogy számtalanszor retinalis vérzések után elmaradt a kötőszöveti túltengés, míg kötőszöveti túltengés a retina felszínén létrejön a nélkül, hogy valaha vérzés előfordult volna.

A mi a lövés sérüléseket illeti, annál valószínűbb a choreoretinitis plastica önálló (azaz nem a vérzés által feltételezett) keletkezése, mert a szemteke mögött repülő löveg minden esetre a szem hátsó polusába belépő véredényeket pusztítja el és direkte *Wagenmann* kísérleteiből tudjuk, hogy a ciliar-edények átmetszése után sikerül kísérletileg pigmentelváltozásokat és plasztikai elváltozásokat a szemfenéken előidézni. A klinikai és anatómiai lelet tehát teljesen megegyezik a kórtani kísérlettel.

Grösz Emil: A lövés sérülés után a szem belsejében létrejövő elváltozások magyarázására kétféle nézet uralkodik. Egyesek azt mondják, hogy a lövés után kiterjedt vérzés keletkezik, mely átalakul kötőszövet s más gyuladós termékek is származnak. Más szerzők, így *Waldeyer* és *Goldzieher* véleménye az, hogy ilyen esetekben fődolog a chorioiditis plastica, de ők is concedálják, hogy itt vérzések vannak, a mint a másik nézetben levő szerint is gyuladás firt fenn.

E nézeteltérés felett nagy vita folyt már a különböző gyűléseken és az irodalomban; a kérdés az, *Goldzieher* nézete megerősítésére hozott-e fel ma új érveket. Constatalnia kell szólnak, hogy a most bemutatott készítmények azon praeparatumok, melyek felett a vita folyt, tehát ezeket új érvekkül szóló el nem fogadhatja; másrészt új érvek foglaltatnak azon dolgozatban, melyet *Scholtz* az egyetemi szemklini-

káról közölt, s a melyben azon álláspontra helyezkedik, melyen *Berlin* is volt, hogy t. i. fő a vérzés, mely magában csontosodást szintén megfűr. Constatalnia kell szólnak, hogy azon felfogást, melyet *Leber* is képvisel s mely *Berlin* nevéhez fűződik, még jó érvekkel, jó bizonyítékokkal megdönteni nem sikerült, sőt úgy klinice, mint szövettanilag azon felfogás mellett bizonyítanak, hogy itt a vérzés a fő, ebből alakult a kötőszövet, szóval regressiv folyamat van jelen.

Goldzieher Vilmos: Új érveket nézete helyessége mellett nem kellett felhozni, mert az anatómiai lelet a főrv, a milyen pedig nem sok van; így a lipesei szemkóródán egyetlen egy eset fordult elő, melyben a lövés után fellépett elváltozást görcsővíleg be lehetett bizonyítani; s ha ezen két adat megvan, eddig a kórfolyamat kórbonczati megítélésének ezen két adat képezi legfőbb basisát.

Hogy a vérzések a szem fenekén megindítanak kötőszöveti burjánzást, minőt sokszor látunk, ez a tényen nem sokat változtat, s szülő *Leberrel* szemben is fentartja állítását, hogy a vérzés és a jelzett szemfenéki elváltozás közt oki összefüggés nem áll fenn; hányszor van a szemfenéken vérzés, mely felszívódik a nélkül, hogy kötőszöveti burjánzás lépne fel, pl. a *Haab* által leirt korongszerű vérzések a retina és üvegtest között, továbbá endoarteritisnél fellépő vérzések esetén kötőszöveti burjánzást soha sem látunk, ez csak oly esetekben lép fel, hol a szem nagy rázkódthatásnak volt kitéve, vagy syphilisnél, hol vérzés néha van, néha nincs; a vérzés csak post hoc s nem propter hoc.

Szülő nézetét fentartja, az újabb kórbonczati vizsgálatok is mellette szólnak; mellette szólnak *Partschernak* a retinitis proliferansról szóló munkájában az edényfalakból kiinduló kötőszöveti burjánzások, továbbá más szerzők és klinikai tények; retinitis proliferans láttól szóló, a nélkül, hogy vérzés lett volna jelen; nem is ismerheti e a retinalis vérzés és a kötőszövet burjánzás közti oki összefüggést, a kettő legfeljebb egymás mellett álló eltávozás.

Kétoldali pyosalpinx operált esete.

Bäcker József: K. Anna, 25 éves, O P, folyó évi márczius 9-dikén vétetett fel a szt. János-kórház nőbeteg osztályára. Fehérfolyása és alhasi fájdalmi voltak. Vizsgálat alkalmával jobboldalt a kissé duzzadt uterus mellett egy hosszúkás, gyermekökölnyi, pyosalpinxra emlékeztető tumort, bal oldalt egy gömbölyded, jó diónyi daganatot találtak. Mindkettő érzékeny. Abszolút nyugalom és jégtömlő alkalmazása mellett láztalan 13-dikáig, sőt fájdalmi is esökkentek. Ily állapotban maradt márczius 27-dikéig, midőn kimutatható ok nélkül hőmérséke 38-89-ra emelkedik rázóhideg kíséretében, s egyidejűleg az alhas érzékenysége is fokozódik. Márczius 28-dikán d. e. 38-2—120, d. u. 39-2—132; 29-dikén d. e. 38-2—100, d. u. 40-2—134; 30-dikán d. e. 39-2—120, d. u. 39-2—132; 31-dikén d. e. láztalan, d. u. 38-1; április 1-jén d. e. 37-5, d. u. 38-70. Ezentul láztalan, csak 4-dikén d. u. emelkedett még a hőmérsék 38-7-re. Április 6-dikától 11-dikéig ismét 38—38-70 esti hőemelkedések mutatkoztak. Ezen lázas időszak alatt az alhas érzékenysége tetemesen fokozódott, de általános peritonitis tünetei nem mutatkoztak. A daganatok azonban tetemesen megnagyobbodtak. A jobboldali kis gyermekfejnyi, a baloldali ökölnyi lett. Négy láztalan nap után április 16-dikán próbapunctiot végeztek, per vaginam. A híg, zöldessárga gennyben *Minich* a staphylococcus albus megtalálta. Április 16-dikán végezte szülő a műtétet. Először a hátsó fornix széles megnyitása után, a jobboldali tumor alsó polusát körüljárva, kettéválasztotta a friss adhaesiokat, azután pungálva, a hüvelysebbe húzta a daganatot s jól kiirrigálta. A pontos objectiv és subjectiv desinfectio után a daganat felső részének adhaesióit is átszaggatva, a tumort a hüvelybe húzhatta s kocsanálty pécánokba fogta s levágta. Ezután hátrafelé luxálva a méhet, a baloldali tumort sikerült lejobb hozni, adhaesióit átszaggatnia, s punctio után kiürített állapotban ugyanez a hüvelybe házni, s a kocsanly lekötése után eltávolítani. Eredeti terve az volt ugyan, hogy az uterus megtartja. De mindkét szarvában a tuba interstitialis része duzzanatot alkotván, újabb infectio forrása lehetett volna s ezért tanácsosabbnak tartotta végül a méh eltávolítását. A beteg zavartalanul gyógyult, csak a 8-dik napon volt 38-20 hőemelkedése, mely keserűvízre megszünt. Ma 14 napos, a hüvelybe kivarrt csontok még nem lökődtek el. Közérzete jó. Erdemesnek tartotta az esetet a bemutatásra, mert a daganatok tipikus képei a pyosalpinxnak, s óhajtott felhívni a kartársak figyelmét arra a körül-ményre, hogy a vaginalis úton való műtéves mily könnyű és aránylag veszélytelen beavatkozás ily heveny daganatok eltávolítására. A tumorok genyes tartalmától biztosan megvédhetjük a hasüreget, s az esetleg előforduló laza adhaesiókat átszakítására, a tumor szabadabb tételére elegendő a tér, ha ily nagy daganatokat darabolás nélkül sikerül eltávolítani.

Tuberculosis verrucosa cutis (Riehl) a bal kézhaton.

Róna Sámuel: K. J. 21 éves, nőtlen, péklegény, április 9-dikén vétetett fel az osztályra. Anyja él és egészséges (69 éves). Atyja 69 éves korban, egy heti betegeskedés után, tüdőlobban halt el. 9 testvér közül 4 kicsiny korban halt meg; 1 leánytestvére 19 éves korban (1883) 2 évi köhögés után phthisisben meghalt.

Jelen bajára vonatkozólag: 2 év előtt a bal gyűrűsujj metacarpophalangealis ízülete felett egy gombostüfejni, vöröses, szemölcszerű kiütés támadt, mely folyton nedvezett, erősen kiemelkedett és gyuladt udvarú volt. Nem tud róla, hogy e helyet előzetesen megsértette volt. Azóta a kiütés lassan terjedt a peripheriába, lelapult és 7-8 hó óta csak alig levedzik egyes kis góczból.

St. pr. Nevezett helyen 1.5 cm. hosszú, 1 cm. széles, szabálytalan, kissé hosszúka alakú, halványvörös, a bőrből 1-2 cm.-re kiemelkedő beszűrődés látható, melynek felülete egyenetlen, göröngyös és mérsékelt vastagságú szarútömegekkel borított; a kézhátra néző szélét több kendermagnyi, halványvörös, gócszerű kiemelkedés, középkörön köldök-szerű behúzóddással és abban szarúcsappal, képezi, mely utóbbiak nyomásra minimális savós genyet ürítenek; hasonló néhány gócz a plaque közepén is. Az ujjperc felé néző szél alig észrevehető határokkal megy át az ép bőrbé. Sem spontan, sem nyomásra nincs fájdalom. Az egész köztakaró különben, valamint a nyálkahártyák és a mellkasi szervek épek. Nagyfokú anaemia. Urethritis, periurethritis gonorrhoeica.

Ezen esetben tehát beoltási localis tuberculosis állunk szemben. Miután csak localis folyamat mutatható ki, első sorban a radicalis extirpatio indicált.

Tuberculosis verrucosa cutis (Riehl) a bal kéztőn 10 év óta, csatlakozó lymphangioitis nyomán, scrophuloderma a bal alkaron. Tüdőcsúcs-infiltratio 2 év óta.

Róna Sámuel: R. M. 39 éves, nőtlen, napszámos, márczius 25-dikén jött be a kórházba. Atyja előtte ismeretlen bajban halt el; nem köhögött. Anyja él, egészséges (70 éves). 5 testvére él és egészséges, 2 testvére gyermekkorban halt el.

Jelen bajára vonatkozólag: 10 év előtt a bal kéztő bal felületén kiütés támadt, mely egyik helyen mult, a szomszédságban meg tovaküszött, főleg hidegebb évszakokban exacerbált. A bal alkar belső felületén 6-7 hét előtt egy duzzanat támadt, mely csakhamar kifekélyesedett.

St. pr. A bal kéztő hajlító felületéről a tenyér felé haladól a bőr sötétbarnásan festett, hegszerűen atrophias, erősen barázdázott, rezegzett. Ezen heges terület határán, közvetlenül a tenyéri szélén, a 2-3 cm. széles plaqueban alig beszűrődött alapról gúla-alakú csoportos papillaris kiemelkedések, tetejükön vastag, kemény szarútömegekkel. Ugyanezen kéz kisujjának szélén hasonló, koronányi hegszerű terület, melynek folytatásában filérnyi, kissé beszűrődött alapon az előbbivel azonos szarúcsapos plaque, árkolatos bemélyedésekkel. Ugyancsak ennek szomszédságában ismét 3-4 milliméternyi hegszerű atrophia, majd ismét 1 koronányi papillamatosus plaque halványkék alapon. A bal alkar belső felső felszínén, középharmadban, a bőr alatti kötőszövetből kiindult és borsónyi nyílással kifelé tört tályog, mely körül 3 négyzetcentiméter területen a bőr lividszerű, vékony és alávajt. A könyökárokban két kismogyorónyi mirigy. A köztakaró többi része, valamint a nyálkahártya ép. Mindkét tüdőcsúcs felett erősen tompult kopogtatási hang. A köpetben tömeges tuberculosis-bacillus.

Ezen betegnél valószínűséggel felvehető, hogy a tuberculosis elsődlegesen a bőrbé oltatott be 10 év előtt, és hogy a szervezet innen fertőztetett másodlagosan; e mellett látszik szólni azon körülmény, hogy a beteg csak két év óta tapasztal tüneteket a tüdő részéről; ez előtt sem nem köhögött, sem vért nem köpött. A laesio kiirtása a beteg kívánsága nyomán történt, mert azok munkaképtelenné teszik. A scrophuloderma már kiirtott.

Lupus papillomatosus a jobb lábon; társuló lymphangioitis nyomán sorozatos scrophuloderma a jobb alszáron és czombon; lymphadenitis, tuberculosis regionis cruralis dext. Beoltási lupus.

Róna Sámuel: S. I. — 20 éves nőtlen napszámos — április 8-dikán jött be. Atyja 39 éves korban ismeretlen bajban halt el 3 heti betegség után. Anyja is ismeretlen bajban halt el hosszú betegség után (nem köhögött). Két testvére kiskorban pusztult el. Két év előtt a jobb bokaizület felett, a láb marján, kelése támadt, mely kifakadván, sokáig genyedt; ezután kiütések léptek fel a lábujjakon, talpon és ezek nyomában megduzzadt a jobb alszár is.

St. pr. A jobb talp belső szélén, a sarok előtt, tallérnyi területen éles határu, papillomatosusan elváltozott és vastag, kemény szarúrétegekkel fedett, a bőr niveaujából mérsékelt kiemelkedő plaque. Az egyes papillaris esapok között bízós detritus. A talp közepéből az öregujj felé haladó és ennek nagy részét szintén elfoglaló karfiolszerű, a bőr niveaujából erősen kiemelkedő varral és helyenkint szarútömegekkel borított, nyomásra az interpapillaris közből bízós váladékot és detritust ürítő terület. A bokaizület felett, a láb marján éles határu, a bőr niveaujából hatalmas kiemelkedő, részint karfiolszerű, részint sima felületű dudorok és hypertrophias bőrhidak által képezett terület, melyet az öregujj előbb leirt elváltozásával egy ezerzavastagságú kerekded hypertrophias bőrkötég köt össze. Ezen leirt területek között a bőr helyenkint porckemény és diffuse halványkék-vörös. Itt-ott ép bőrben, és kölesnyi, kendermagnyi szarúképekkel fedett barnavörös, igen felületes göbésék, majd ezek többjének egymásmellé sorakozása által lencsényi szarúcsapos plaqueok. A lábháti folyamattól az alszárra haladó perilymphangioitikus abscessus nyomok (2-3 krajczárnyi heg), majd a czomb belfelületén a középharmadban még egy mogyorónyi kifekélyedett scrophuloderma. A cruralis tájon egy lúdtójsányi mirigykötég. Beteg nagyfokban anaemiás, de jól táplált. A köztakaró többi része, valamint a nyálkahártya ép. Mellkasi szervek épek.

Ezen esetsen a terapia a nagyobb bőrlaesio, a scrophuloderma és a mirigyek kiirtására csak arra törekedhetik, hogy a beteget egy ideig ismét talra állítsa.

Lupus papillomatosus a jobb lábon; lupus különböző alakjai elsősorban a jobb alsó végtagon; társuló lymphangioitis tuberculosa nyomán olvasószerű scrophuloderma-csoportok; lymphadenitis tuberculosa regionis cruralis. Beoltási lupus.

Róna Sámuel: K. F., 19 éves nőtlen csizmadia. Anyja méhban halt el; apja és 5 testvére él és egészséges. Öt év előtt jobb talpat drótszeggel megszurta, azonban a szúrás helye begyógyult. Néhány hó múlva a jobb láb hát közepén egy ezüstforintnyi esomó keletkezett, mely rövid idő alatt kifakadván, hosszas genyedés után ismét begyógyult, de körülötte újabb kisebb-nagyobb az előbbihez hasonló kiütések támadtak, hasonló lefolyással. Az első évben csak a lábon voltak, a másodikban már az alszár alsó felét foglalták el; a következő két évben egész a térdig és az utolsó évben a czomb felső részéig mutatkoztak hasonló elváltozások.

St. pr. A jobb talpon kiskörömyi, halvány-vörös lupusgöcsökből álló terület. Az I., II. és III. ujj erősen megvastagodott és úgy ezeken, mint a láb háton, a jobb alszáron a lupus vulgarisnak közönséges, valamint papillomatosus alakjai láthatók. Úgy a láb háton, mint az alszárukban mogyorónyi és nagyobb félgömböszzerű kiemelkedő hullámzó scrophuloderma-góczok, továbbá ezek széteséséből eredt krajczárnyi, tallérnyi és nagyobb lividszerű túlszárjázó alapú fekélyek. Ezenkívül a térdárok belső szélén egy tyúktójsányi hullámzó scrophuloderma cruralis táj gyermekökölynyi mirigykötéggel összekötő vonal mentén 6-7 olvasószerű elrendezett mogyorónyi scrophuloderma-sor (perilymphangioitis tuberculosa). Nagyfokú anaemia, a bal tüdő csúcsa felett érdes légzés.

Lupus vulgaris különböző alakjai az arcban, felső és alsó végtagokon; a tuberculosis verrucosától meg nem különböztethető szarúcsapos laesio a sarkon és egyes lábujjakon. Perilymphangioitis nodosa tuberculosa az egyik alszáron. Lymphadenitis cruralis.

Róna Sámuel: A folyamat 13 év óta áll fenn. A mellkasi szervek épek.

Az autorok szerint a tuberculosis verrucosa cutis (Riehl) és a lupus papillomatosus (verrucosus, corneus) között a következő *differentiák* léteznek:

1. A betegek korbéli differentiaja; a tuberculosis verrucosa cutis fellépése rendszeren felnőtt korban észleltetik; a lupus rendszeren a zsenge korban; 2. bonczani differentia: a tuberculosis verrucosa (Riehl) igen felületes; a folyamat itt subpapillaris, míg a lupus corneusnál mélyebben a cutisban, sőt a bőr alatti kötőszövetben fészkel; 3. lefolyási differentia: a folyamat sokáig egy kis körülírt helyre szorítkozik; a peripheriába csak lassan és kis arányokban terjed; 4. a complicatiokat illetőleg: a tuberculosis verrucosa cutis rendszeren a nyirokmirigyek részvétele nélkül áll fenn, míg a lupusnál azok a szomszédságban meg szoktak betegedni.

A bemutatott tuberculosis verrucosa cutis eseteket tekintve, azok közül az I-ső a kort illetőleg alig tér el a bemutatott lupus papillomatosus esetektől. A II. tényleg késői fellépést mutat. Azonban egyrészt a lupus vulgaris is felléphet minden korban, másrészt ma tudjuk, hogy kis gyermekek szülei, vagy más rokonaik tuberculosis köpete által a kézen inficiálva tipikus tuberculosis verrucosa cutis (Riehl) kaphatnak (Cambry esetei, 1898). A bonczani differentia nem tartható fenn a két folyamat tipikus példányai között, ha összehasonlítjuk a II. esetet az V. esettel; mert ezen utóbbi luposus betegnek a sarkán és egyéb helyeken is teljesen azonos bonczani alapokon nyugvó és alakilag hasonló laesio is vannak. A lefolyást illetőleg tényleg mindkét eset (I. és II.) mutat differentiát; az egyik esetben évekig, a másodikban egy évtizedig igen szűk arányokban terjedt a folyamat a környékbe, de ezzel szemben tudjuk, hogy a lupus vulgaris is szokott néha évekig, sőt évtizedekig igen kis körre szorítkozva fennállani. A "complicatiokat" illetőleg láttuk, hogy a tuberculosis verrucosa (Riehl) nyomán is keletkezik, habár sokkal későbbben, perilymphangioitis tuberculosa, scrophuloderma és lymphadenitis tuberculosa; sőt a tüdőnek másodlagos megbetegedése is.

Mindezek alapján szóló is Besnier nézetéhez csatlakozik, hogy a két folyamat lényegében egy és ugyanaz; és hogy csak kisebb-szerű klinikai differentiák léteznek közöttük. És ha mindennek dacára a szóbanforgó folyamatot nem lupus papillomatosus vagy verrucosus névvel jelzi, hanem tuberculosis verrucosa cutis (Riehl) névvel, ezt azért teszi, mert ezzel minden körülírás nélkül kiemelni akarja, hogy csak a kézre localizált és jellemző Riehl-féle folyamattal egymagával áll szemben, hogy tehát a folyamatot biztosan külső beoltási folyamattal tartja, és nem a lupus vulgaris (mely lehet öröklött, vagy metastatikus stb., vagy beoltási eredetű) egyik, a localisatiótól függő féleségének.

Török Lajos: A lupus papillaris és verrucosus theoretikus szempontból minden esetben megkülönböztetendő egymástól, ámbár tény, hogy a praxisban néha igen nehéz vagy teljesen lehetetlen őket egymástól különválasztani; a lupus verrucosus u. i. luposus szövet felett az epidermisnek verrucosus hypertrophiját mutatja, lupus papillaris pedig fekélyből keletkezik, a melynek granulatioi hypertrophizálnak.

Diagnostikus szempontból a lupus verrucosus tipikus esetekben a verrucosus elváltozás mellett az irha infiltrációját mutatja, minthogy a lupus a kötőszövetet támadja meg; nem tipikusan kifejlődött esetekben azonban könnyű az összetévesztés a közönséges verrucákkal.

Róna Sámuel: A szerzők nem tesznek oly éles különbséget a papillomatosus és verrucosus lupus között és nem mondják, hogy a papillomatosus lupus fekélyből indul ki; szólok a harmadik esetben a talpon levő elváltozásokon nem képes fekélyes folyamatot felismerni s így a *Török* által említett lényeges klinikai differenciát sem fogadhatja el.

Tuberculosis verrucosa cutis 6 éves leánykánál.

Szontagh Félix: *Róna* tagtárs előadásához szólva és az általa a gyermekek bőrtuberculosisára vonatkozólag mondtak megerősítése gyanánt bemutatkozó szólok 6 éves leánykát, ki folyó évi február hó elején vétetett fel a szt. János-kórház gyermekosztályára azon kör-előzménnyel, hogy bőrbaja már nagyon régen áll fenn és kezeltetett, de eredmény nélkül. Felvetelkor a jobb lábátán két helyen a bőrnek a tuberculosis verrucosa cutisra jellegzetes megbetegedése volt constatálható; ezenkívül borsónyi egészen mogorónyi göbök (scrophulodermák) voltak a bőr alatti kötőszövetben kitapinthatók a lábátán, az alszáron és a czomb alsó harmadában, még pedig typosos helyen: a nyirkutak mentén; a lágyékmirigyek pedig nagyfokban meg voltak duzzadva. Előadó két ízben narcosisban a láb hátán székelő gümös bőraffectiokat vörösen izzó paquelinnel erősen széttroncsolta, a részint még fungosus, részint azonban már elgenyved scrophulodermákat kimetszette. A metszett bőrszekciók mind per primam egyesültek, a lábátán az égetés által előállott bőrfekélyek perubalzsam-cseletelésre látszólag előnyösen befolyásolva gyorsan behámosodtak, a lágyékmirigyek duzzanata spontán teljesen visszafeloldódott, úgy hogy azok kiirtásától bátran el lehetett tekinteni s a gyermek az osztályról április 25-dikén úgyszólván teljesen gyógyultan távozott.

Az anamnesis értelmében a gyermek szülei és testvérei állítólag mind egészségesek és gümőkór a családban egyáltalában nem fordult volna elő; a leánya maga — eltekintve a halványságtól és egy 20 fillérvnyi gümös küllemű hegtől a jobb fül előtt — teljesen egészségesnek látszik. Bemutató mindazonáltal azt hiszi, hogy a bőr gümös megbetegedése ez esetben nem elsődleges infection alapul, hanem haematogen úton jött létre, metastatice keletkezett, valószínűleg peribronchialis mirigy tuberculosisból.

Bemutatáskor recidivák azonban máris constatálhatók; még pedig egyik égetett helyen és a metszett sebek hegeinek egyikén 3, illetőleg 1 kis göbös alakjában, nemkülönben egy új scrophuloderma is van keletkezésben a lábátán, úgy hogy szólok a leánykát gyógykezelés céljából mai napon osztályára újból felvette.

(Folytatása következik.)

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(VI. rendes ülés 1898. október 13-dikán.)

Elnök: Navratil Imre; titkár: Polyák Lajos.

Mindkétoldali homloköböl, iköböl és rostasejtempyema esete.

Polyák Lajos: A 38 éves nőbeteg 1898. márczius 15-dikén consultált első ízben. 8 év óta szenvedett erős baloldali homlokfejfájásban, mely később a jobb oldalra is áterjedt, ezenkívül genyes, időnkint kissé büzös kifolyása volt mindkét orrból és az orr lassankint eldugult, 2 év óta mindkét orr teljesen el volt dugulva.

Az első vizsgálatnál mindkét orr teljesen ki volt töltve polypokkal, melyek között híg geny szivárgott alá. A polypok kitakarítása után, mely alkalommal azok gyökéhez tapadva, vékony rareficiált rostasejtlemezek is ürültek ki, kiderült, hogy mindkét alsó kagyló rendkívül nagy fokban hypertrophiás, a középső kagylók tetemesen nagyobbak, genyvel teltek és ezenkívül bő geny ürült ki mindkét középső orrjáratból.

Ily kiterjedt folyamatnál alapos kitakarításra volt szükség; fokozatosan eltávolítottam tehát mindkét beteg középső kagylót és resecáltam az alsó kagylókon levő hypertrophiákat. A középső kagylók eltávolítása után jól látható lett mindkét oldalt a homlok- és iköböl természetes nyílása, melyeken át bő geny ürült ki.

A további kezelés a szintén beteg hátsó rostasejtek és mindkét iköböl alapos feltárásából és kikaparásából állott. Jelenleg a betegnél már csak a két homloköböl genyvedése áll fenn, de ez is sokkal csekélyebb mérvben, ezenkívül egy jobboldali hátsó rostasejtől ürül kevés geny. A homloköbölök naponra ki lesznek a természetes nyíláson át öblítve és időnkint erősebb lapis-oladatokkal edzve.

A beteg az erőles kezelést igen jól tűrte, a műtétekre keveset reagált, fejfájásai teljesen megszűntek, közérzete tetemesen javult, test-súlya 7 kilóval gyarapodott. Az eset igen tanulságos, mert jelenleg a melléküregek kivezető nyílásait illetőleg in vivo a legkényelmesebb anatómiai tanulmányokat nyújtja. Érdekes még, hogy ilyen kiterjedt sinus genyvedések mellett a Highmor-barlangok épek maradtak, miről próbabpunctio és átöblítés által győződtem meg.

Baumgarten: A rostasejtekben valószínűleg a bennük ülő polypok okozták a genyvedést; a homloköbölöt illetőleg bajos ily gyorsan dönteni. Az iköntöbölöt illetőleg, azt a nyílást, melyet bemutatkozó ezen öböl nyílásaként demonstrált, én nem tartom annak; évek előtt én is, az első közt voltam, megnyitottam az iköntöbölöt; ha az öbölöt sondázzuk, akkor az öböl kibélelt nyákhártyát oly vékonyknak érezzük, hogy azon keresztül rendesen a csontot is átérezzük. A jelen esetben nem éreztem csontresistentiát, de a hely sem felel meg az öböl fekvésének,

mert az iköntöböl sokkal feljebb, beljebb és hátrább szokott lenni. Valószínűleg itt egy hátsó rostasejt fekszik, mely mélyebbre terjedt be, ez többnyire tévútra is vezet, épp úgy mint a homloköbölnél, a hol sokszor hiszszük azt, hogy a homloköbölöt sondázzuk, pedig csak egy mellső rostasejtbe jutottunk bele.

További megjegyzésem az, hogy nem tudom, miért távolította el előadó az alsó kagylót? Hiszen a folyamat nem terjedt ide, sem a polypok, sem a rostasejtenyvedés. Az angolok most kezdenek végezni turbinektomiát egy új műszerrel és figyelmeztettek ezen műtét hátrányára, úgy, hogy megelőgszenek a resectioval. A jelen esetben olyan rhinitis atrophica fog jelentkezni az alsó kagyló hiánya miatt, mely sokkal több bajt fog okozni, mint az előző orrbetegedések. Lehet, hogy azért távolította el a bemutatkozó, hogy jobban férjen a műtét térhez, de éppen abban mutatkozik a műtét ügyessége, hogy az orrkagylót megtartja.

Zwillinger: Előttem szólok a szót vette ki a szájból. Az esetet látván azon tűnődtem, hogy miért távolította el bemutatkozó az alsó kagylót és miért csinált total vagy partialis turbinektomiát?

Polyák: Az alsó kagylókat illetőleg sajnálattal láttam, hogy Baumgarten kartárs úr nem jól értett meg, én nem távolítottam el az alsó kagylókat, hanem csak resecáltam a hypertrophiás nyákhártyát és a kagylócsont szabad szélét; a ki látta a beteget, láthatta azt is, hogy ott az alsó kagylók jó része megvan, persze a természetből tág orr-ürben most az orrjáratok igen tágak, de ez nem határoz semmit; ismerem az angol kísérleteket, melyeket Baumgarten idézett, de ily alakban nem erősíthetem meg őket; e tekintetben én a saját tapasztalataim alapján állok és az én betegeim száraz torokról és más ily subjectiv panaszról még nem tettem említést; persze én nem végeztem turbinektomiát, csak a fölöslegest távolítottam el. Azt pedig igazán nem értem, hogy miként vezethet még a kagyló eltávolítása is atrophia-ra?

Különben megvallom, hogy a mikor az esetet kezelés alá vettem, az alsó kagylók kérdése nagyon alárendelt szerepet játszott előttem. A mint említettem, a beteg orra ki volt töltve polypokkal és genyvel és igen erős fejfájásai voltak. A polypok kitakarítása után, melyeknek egyszerű extractioja alkalmával rareficiált csontocskák is jöttek ki a kocsánnyal összefüggésben, előbb mindkét beteg középső kagylót távolítottam el. Ekkor láttam, hogy az alsó kagylók oly nagy fokban hypertrophiásak, még a felső domború felületükön is, hogy felfelé is elzárják részben a tért és ezért resecáltam róluk a felesleges köros részeket. Az orr tele volt genyvel, a tükörkép itt differential diagnostikus szempontból nem volt értékesíthető, mert geny jött minden oldalról; ezért fogtam a kiöblítéshez és bő genyet kaptam a homloköbölbe bevezetett canülökön keresztül. Az orr alapos átmosása után láttam azután, hogy az összes rostasejtek tele vannak genyvel és polyposus sarjakkal.

Az iköntöbölöt illetőleg, az a nyílás bal oldalt, melyet én az öböl nyílásának demonstráltam s melyet Baumgarten hátsó rostasejtnak tart, nem artificialis, hanem jelenvolt akkor is, csakhogy kisebb alakban mint most és bő polyposus sarjas nyákhártyával volt körülveve; én tágitottam a nyílást az éles kanállal és éles fogóval és így nyerte gyógyulás után mai alakját. Csodálkozom rajta, hogy ezt a nyílást és a sinust, melybe vezet, Baumgarten nem tartja iköbölnek, hiszen, a ki életében csak egy kettőfűrészt koponyát látott, az tudja, hogy itt más, mint iköntöreg nem fekszik. Az analogia, hogy ez hátsó rostasejt lehet és a czélzás arra, hogy itt oly összetévesztés forog fenn, mint a homloköböl kivezető nyílásánál, mely tényleg sokszor folyik egy vagy több mellső rostasejttel egybe, itt elfogadhatatlan, ilyen analogiát itt az anatómia nem ismer. Összetévesztés itt csak nagyon durva tévedés folytán jöhet létre, a mi legfeljebb olyankor érthető, a mikor meglévő középső kagyló mellett végez valaki sondavizsgálatot, a hol tehát nem lát, csak tapint és nem biztos benne, hogy hova hatol be a sondával; a jelen esetben, teljesen eltávolított középső kagyló mellett, midőn az orrüreg hátsó és felső fala teljesen szabadon fekszik szemünk előtt, ilyen tévedés ki van zárva.

Azaz, hogy még sincs kizárva, hiszen mindezek dacára is azt állítja Baumgarten kartárs úr, hogy itt hátsó rostasejtnél lát és nem iköntöböl; azon argumentumát azonban, hogy ez már azért sem iköntöböl, mert iköntöbölnél a vékony nyákhártyán át átérezni a kemény csontfalat, ez esetre vonatkozólag szintén nem acceptálhatom. Vonatkozhatik az ő leírása egészséges, physiologikus viszonyokra, de ilyen esetben, mint az enyém, a hol chronikus empyema volt jelen, a nyákhártya meg van erősen vastagodva, hypertrophiás, sarjakkal is borított helyenkint, ezen át persze nem érezhető oly könnyen a csont. Ellenben az én állításom mellett szól ezen öböl mélysége, melybe a sonda csaknem két cm-nyire hatol be. Különben feltéve, de meg nem engedve Baumgarten állítását, hogy ez itt egy hátsó rostasejt, akkor meg én kérdelem tőle, hogy sziveskedjék megmutatni, hol van itt az iköntöböl? Hiszen az iköntöböl nyílását, ha a középső kagyló el van távolítva, szabad szemmel is látni lehet, sondával pedig biztosan fel-lehetjük, a jelen esetben azonban ezen nyíláson kívül másat találni nem lehet. Különben azt hiszem, el van döntve a kérdés, ha még felemlitem, hogy a jobb iköntöregbe canulón át befecskenedezett folyadék, baloldalt ezen a nyíláson folyik ki; a jelen esetben t. i. úgy az iköntöböl, mint a homloköbölök is kommunikálnak egymással.

Baumgarten: A bemutatkozó úr érvei nem hatottak rám bizonyítólag; hanem, ha az a tünet megvan, hogy befecskenedésnél a másik oldalon jön ki a folyadék, akkor a diagnosist elfogadom, hanem kérem ezt demonstrálni, különben fenn kell tartanom, hogy a nyílás rostasejtekbe vezet és csak akkor fogadom el, hogy itt a sonda-

vizsgálatnál esontot a megvastagodott nyákhártya miatt nem lehet tapintani, ha bebizonyul, hogy communicál az üreg a túldalival. Hogy miért csinált bemutató partialis turbinektomiát, azt nem érvelte meg.

Polyák: Sajnálom, hogy az eltávolított részeket, melyeket alkoholban megőriztem, elfelejtettem magammal hozni, különben láthatnák, hogy az alsó kagylóból csont alig, legfeljebb a szabad szél 1 vagy 1½ mm. szélességben lett elvive, a többi a hypertrophiák rovására esik. Hogy az orr itt ilyen tág, ma az főleg azért van, mert a polypok és a túlnagy, bullosusan felfúvott középső kagylók nyomása miatt a lateralis falak szét voltak nyomva. Különben a beteg e miatt semmi subjectiv zavart nem érez és a toroka sem száraz.

Larynx tuberculosis esetei.

Navratil Imre: Előadó ismerteti az irodalom alapján azon eljárásokat, melyekkel operative akarták a gégegümösödést meggyógyítani. Felsorolja az összes műtét eseteket és ezeknek eredményeit. Majd irodalmi közlésekre támaszkodva saját tapasztalatai alapján a műtétre az indicatíót a következőkben állítja fel: Javalva van laryngofissioval a kóros góczok eltávolítása: ha az elváltozások olyan körülírtak, hogy reményleni lehet, hogy minden kóros el lesz távolítható, ha a tüdő kielégítő állapotban van, vagy ha végre dyspnoë miatt szükséges volt a tracheotomia.

A mondottak megvilágítására következő eseteket mutatja be:

I. T. R., 27 éves jól táplált nő. Három év óta fokozódik rekedtsége, a légzése ezen idő óta nehéz, baja állítólag hirtelen keletkezett, a beteg meghülésre vezet vissza. Jobboldali tüdőcsúcs felett kissé tompult kopogtatási hang van, ennek megfelelőleg érdes a belégzés és megnyúlt a kilégzés. A baloldalon a belégzés végén néhány szörtyzőrejt. A jobb áhangeszalag helyén, ennek egész hosszának megfelelőleg egy a gége üre felé kiemelkedő kisebb mogorónyi, egyenetlen felületű, halványrózsaszínű, szürke lepedékkel fedett infiltratio, a mely elmosódott szélékkel megy át a környezetbe. Ugyanilyen jeleket mutat a mesoarytaenoidális táj beszűrődése is. Höemelkedés nincs, estve köhögés, olykor éjjeli izzadás.

II. H. J. 37 éves férfi. Egy év óta rekedt, baját meghülésre vezet vissza. A meglehetősen táplált egyénnél a tüdőcsúcsok felett kis fokban tompult a kopogtatási hang, a jobb és bal oldalon érdes belégzés, megnyúlt kilégzés hallható. A bal áhangeszalag hátsó harmadán a hangszalaggal párhuzamosan egy hosszúka, felületes, körülírt, babnyi nagyságú infiltratio. Köhögés főleg este, höemelkedés nincs, olykor éjjeli izzadás.

Baumgarten: Tulajdonképen nehéz hozzászólni az előadó úr által felvetett kérdéshez, mert a kísérletek és tapasztalatok nagyon csekélyek. Egy alkalommal, midőn polypusokról és extralaryngealis műtétekről volt szó, azt mondtam, hogy csak akkor térjünk extralaryngealis műtétekre, mikor az endalaryngealis úton egy vagy több kísérletre nem sikerül.

Az I. esetről én endalaryngealis úton végezném a műtétet; nem tudom, hogy sikerülne-e nekem így minden kórosat eltávolítani, de nekem az a benyomásom, hogy igen. Igaz, hogy extralaryngealis úton sokkal gyorsabb volna az eljárás, de aggodalmam vannak az irányban, hogy a műtét után hogyan reagálnak a betegek, mert ismerem eseteket, például azt az esetet, a hol a tüdő kitért állapotban voltak a gégeben Billrothnál carcinomát diagnosztizálva laryngofissiót és partialis resectiót csináltak; a műtét után az eltávolított részek vizsgálata kimutatta, hogy a folyamat nem rák, hanem tuberculosis volt és a beteg utóbb acut miliaris tuberculosisban halt el. Én magam tuberculosisnál ilyen műtétet még nem végeztem, de örülni fogok, ha előadó úr jó eredményt ér el.

(Folytatása következik.)

A berlini tüdővész-congressus.

(Vége.)

A *Porta Coeli-sanatorium fekvése* valóban egyike lehet a legszebbeknek. A klastrom a Sierra Naguera déli lejtőjén Valencia városától északnak, ettől 28 km. távolságban fekszik (17 km. vaspályán, 9 km. jó, épített úton teendő meg). Egy kis halmon terül el maga az épület, a halom szép völgy ölében fekszik, észak felől magas fenyves hegyek amphitheatrumától környezve; délnyugatnak megnyílik a völgy s ez irányban is hatalmas (8 km. terjedelmű) túlevelli erdőség képét tárja elénk. A klastrom táján 5 forrás fakad, melyek vize az épülettömböt mindenfelől körülfolyja. Az egész 360 meterre van a tenger színe felett és mindössze 9 km. horizontális távolságban a tengertől magától. A nem nagy magasság, a tenger közelsége, a sok erdőség annyira mérséklik a földrajzi fekvésen kívül is a hely klímáját, hogy téli középhőmérséklete +14° C., egész évi átlagos temperatúrája pedig +22° C. Téli naponta 9, nyáron 14 órán át van az intézet kitéve a nap sugarainak. S most még csak azt említjük meg, hogy ezt a paradicsomot környező 6000 hektár terjedelmű óriás fenyőerdőséget az állam külön törvényezikkelyvel engedti át a sanatoriumnak örök tulajdonul!

A *Bourcart (Cannes) a gazdasági coloniával egybekötött sanatoriumokról* beszélt. Hogy a gümös betegnek lehetővé tegyék a sanatoriumban töltendő hosszabb időt productive tölteni el, meg hogy elő is készítsük esetleg egy neki megfelelőbb élethivatásra: igen ezélirányos a sanatoriumhoz megfelelő gazdasági coloniát csatolni hozzá. Ebben a tüdőbajos relatív euphoriája idején könnyebb munkával foglalkozhatván, megmarad neki az a felemelő érzése, hogy továbbra is hasznos tagja a társadalomnak, gyermeksanatoriumokban pedig a némi munkálkodás

nevelési szempontból is igen ajánlatos. Ezután *Ijubomir Nenadovic dr., Pancevo szabad kir. város delegáltja* szólott az állam által létesítendő sanatoriumokról a vidék lakossága számára. Szerinte a gümös betegeket a járásorvos tartsa evidentiában s a kormányzat helyezze el őket alkalmas gyógyintézetekben. Az előadás utolsó vezérmondata így hangzott: „Mivel levegő és világság az élet fentartásának első kellékei és a tuberculosis beteg gyógyulásának alapfeltételeit teszik, az *ablaknyitásokra* és szobákra kivetett adókat be kellene szüntetni. Munkáslakások adómenteseknek volnának meghagyandók.“ Hát létezik Pancevoan ablakadó is? Vagy Magyarországról akartuk ezt a barbarismust elhítenni?

Landouzy tanár (Páris) végül a gümőkór prophylax sáról mond még el pótlólag egyetmást. Kiemeli, hogy a magas testalkatú emberek hajlandóbbak tuberculosisra s így ezeknek kerülniök kellene a városi életet. „L'art du puériculteur“ volna, hogy a lymphathikus gyermek az ő „bacilliphile“ szervezetével ne sok időt töltsön városban, iskolák falai között, hanem már praeventív intézkedéskép is idejében eljusson az „oeuvre des hôpitaux marins“, az „oeuvre des enfants tuberculeux“ gondjaiba, avagy legalább adassék ki mezei munkára a vidékre mint „enfant-assisté“, hogy visszanyerje egészségben azt, a mit már szülei is elveszítettek volt a kórházorok levegőhájas labirintusában.

Sok józan tanítás, tenger üdvös beszéd! Csak kivételre jusson egy-egy kis részlete... Az orvosi tényezők valóban megmutatták, hogy irányt jelölni nem mulasztották el. A berlini congressussal egyidőben tisztán a gümös betegség kérdésével foglalkozó számot jelentetett meg egy esomó élőkölő szakfolyóirat is: A „Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie“, a „Centralblatt für innere Medizin“, a „Deutsche med. Presse“, a „Berliner klin. Wochenschrift“, a „Deutsche med. Wochenschrift“ és így tovább, hogy még fokozzák a tárgy megvilágításának lehetőségét minden képzelhető oldaláról...

Elmondhatjuk, hogy a congressus hatása máris érezhető a nem orvoskörökben; tekintélyének nyomása alatt, a sok nagynevű szakértő véleményének hallatára kedvező irányba terelődik a gümőkórsg ellen meglehetősen küzdelem s szilárd bizodalommal nézhetünk az új század első negyede felé. Ez fogja nagyrésztben eldönteni a nemzetek számbeli gyarapodásának mikéntjét a jövőendő seculumban. A hol előbb írják majd ki népsanatoriumok levélszekrényei oldalára (mint azt Grabowseeben, Berlin mellett láttuk):

„A 20–30 esztendő munkáslakás között minden második embert a tüdővész tesz munkaképtelenné“...

ott fog ez a szomorító helyzet hamarabb megváltozni, ott indul hamarabb erős szaporodásnak az ország népessége, hogy eldöntse számarányaival, szellemi, anyagi javakban gyarapodásával a nemzetek hatalmi versenyét.

Kuthy Dezső dr. magántanár.

PÁLYÁZATOK.

Új-Pécs, torontálmegyei község lakosai közül többen elhatároztuk egy orvost községünkbe letelepedés végett keresni. Községünk egy virágzó nagy és szép német község szép nagy vidékkel. Biztosítunk évi 600 frt azonnali jövedelmet, melyet mi kezdeményezők fizetünk.

Letelepedni szándékoznak kereszténynek és az összes orvosi tudományokkal bíró orvosnak kell lenni. Felvilágosítást ad

3-2

Stein János, Új-Pécs, 73. házszám, Torontálmegye.

5363/1899. szám.

Vadász, Bél-Zerind és Simonyifalva községekből álló egészségügyi körben a körorvosi állás lemondás folytán üresedésbe jövén, arra pályázatot hirdetek s a választásnak Vadász község székházánál leendő megejtésére határidőül folyó évi augusztus hó 27-dikének d. e. 10 óráját tűzöm ki.

A körorvos javadalmazása: kötelező kézi gyógytár tartáson kívül 600 frt évi fizetés, úgy 20 kr. nappali és 40 kr. éjjeli látogatási, továbbá 20 kr. halottkémleli s végre a szabályrendeletileg megállapított hűszemle-díjakból áll.

Felhívom mindazokat, kik ezt az állást elnyerni óhajtnak, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában előírt minősítést igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi augusztus hó 25-dikének d. u. 5 órájáig adják be.

A megválasztott körorvos állását f. évi szeptember hó 1-én elfoglalni tartozik.

3-1

Kis-Jenő, 1899. évi július hó 22-dikén.

Csakay Gyula, fűszolgabíró.

2774/1899. kig. szám.

Krassó-Szörény vármegye bogsáni járásában rendszeresített és lemondás folytán üresedésbe jött királykegyei körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A kör 10 községből áll; székhelye Királykegye s az állás évi 1000 frt fizetés és 300 frt úti átalánnyal van javadalmazva.

A választás határnapját folyó évi augusztus hó 21-dik napjának del-előtti 10 órájára Királykegye községéhez tűzöm ki.

A pályázni óhajtok a megkívántató okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket a magyar, német és román nyelvbeni jártasság kimutatása mellett hozzám folyó évi augusztus hó 17-dikéig annál bizonyosabban adják be, mivel a később érkező folyamódásokat figyelembe nem veszem.

3-1

Bogsán, 1899. évi július hó 18-dikén.

Knothy Gyula, fűszolgabíró.