

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárszky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Taufer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fenttartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Buday Kálmán:** Az agy körülírt fejlődési hiányáról, néhány a porencephaliára vonatkozó megjegyzéssel. 686. l.

**Jakab László:** Közlemény a székesfevárosi jobbparti szegényházból. (Rendelő orvos: Tauszk Ferenc dr. egyetemi m. tanár.) Az aggok hőmérséklete ép és kóros viszonyok között. 686. l.

**Tolnay Bernát:** Idegkórtani észlelések. 687. l.

**Kétly László:** Közlemény a budapesti II. számú belklinikáról (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.) Egy különös, chalodermának (laza bőr) nevezhető bőrelváltozás esete. 689. l.

**Tárca. Töcölgyi Elemér:** Berliini levél. 691. l. — **Pekár Mihály és Heim Pál:** Orvosi dolgok a párisi kiállításon. 692. l.

**Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Kuthy Dezső:** A tüdővész sanatoriumi gyógyítása. 692. l. — **Könyvismertetés. Lenhossék Mihály:** Utmutatás az anatómiai gyakorlatokhoz. (Thanhoffer Lajos.) 693. l. — **Lapszemle. Általános kör- és gyógytan. Fraenkel E. és Krause:** Az epe bakteriumai. (Filep.) — **Türk:**

A Löwit által leírt haemamoeba leucaemiae magna. (Hönig Izsó.) — **Belgyógyászat.** A meleg levegő douchéről s annak az aërotherapiában való jelentőségéről. (—nt.) — **Michaelis:** Az oxygentherapiáról. (—nt.) — **Fuchs:** A szív hullamerevségéről, a szív tonusáról és az atrioventricularis billentyűk functionális muscularis elégtelenségéről. (Surányi Miklós.) — **Szülészeti és nőgyógyászat.** Menge és Krönig: A gyermekágyi láz bakteriumai. (Doktor.) — **Bőr- és bűjalkórtan. Pfeifferberger:** Epicarin alkalmazása a bőrkórtanban. (Hönig Izsó.) — **Briss:** A syphilisnek gyógyításáról jodalbiciddal. (Hönig Izsó.) — **Kisebb közlemények az orvostudományról. Henkel:** Meningitis cerebroszpinális tuberculosa egy gyógyult esete. — **Mortari:** Sebészeti gümös bántalmak. — **Carossa:** A tuberculosos gyógyítása. 694—695. l.

**Hetiszemle és vegyesek.** — A főváros egészsége. — Bauer. — Figyelmeztetés. — Megjelent tankönyvek és füzetek. — Krondorf. — Szt.-Lukács-füldő. — Herczel dr. 695. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

**Tudományos társulatok és egyesületek.**

**Mellékletek. Högyes Endre:** Emlékezés Pasteur Lajos felett. — **Taufer Vilmos:** Emlékezés T. Spencer-Wells Bart. felett.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Az agy körülírt fejlődési hiányáról, néhány a porencephaliára vonatkozó megjegyzéssel.<sup>1</sup>**

Buday Kálmán dr.-tól.

A leírandó agyi elváltozás egy hagymázban elhalt betegnél fordult elő s ámbár klinikailag észlelt tüneteket nem okozott, mégis érdemesnek tartottam a közlésre, különösen porencephaliához való hasonlatossága miatt.

Az előzményi adatok, fájdalom, hiányosak, mert a hagymázos deliriumban levő beteget, a ki a belgyógyászati klinikára történt felvétele után a negyedik napon elhalt, sem tüzetesebben kikérdezni, sem idegműködéseire nézve pontosabban megvizsgálni nem lehetett.

A kórtörténetből a következőket emelem ki:

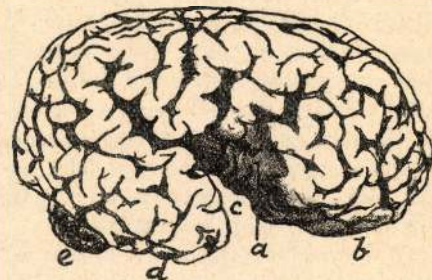
Lázár Sámuel, 23 éves, nőtlen, szobafestő, felvétetett a Karolina-kórházba 1899. december 31-dikén. Szülői élnek, kilencz testvére közül öten kis korukban haltak el, a többiek élnek. Ő maga négy éves korában tüdőgyuladást állott ki, egyébként, gyakori fejfájásoktól eltekintve, beteg nem volt. Most 10 nap előtt lett beteg, azóta bágyadt, gyakran van hasmenése. A beteg kissé lesóványodott, szellemi működései az elesettségtől eltekintve eltérést nem mutatnak, a hozzáintézett kérdésekre kissé vontatottan, de elég helyesen válaszol. Érzéki szervei jól működnek, reflexek kiválthatók, nem fokozottak, végtagok mozgathatók. Másnap a beteg delirál, hasa puffadt. Január 4-dikén hashártyagyulladás jelei közt meghalt. (Utólagos kérdezősködések által hozzátartozóitól még annyit megtudhattunk, hogy ő mint szobafestő az állványokon jól mászkált, de csekély testi ereje és ügyetlen kezei miatt fontosabb munkát nem végeztettek vele. Társai szerint részeges, mulató, verekedő természetű volt s ha

énekelt, kellemetlen hatást tett mindenkre saját szerű mély hangjával.)

A boncolásnál a vékonybelekben a hasi hagymázra jellegző számos fekélyt találtunk, melyek közül több átfürödött, s a halált átfürödési hashártyagyulladás idézte elő. A többi szervek is a hasi hagymáznál rendszerint előforduló elváltozásokat mutatták, úgy hogy részletesebb ismertetésüket mellőzhetjük.

Annál inkább figyelemre méltó, váratlanul érdekes eredménynyel járt a koponyaüreg vizsgálata. Már külsőleg is feltűnt a koponya szokatlan nagysága, a mennyiben annak körzete 58 cm.-t, hosszátmérője 18.5 cm.-t, legnagyobb harántátmérője 16 cm.-t tett ki. A keményagyburok vele összenőve niúsen, a lágy agyburkokkal ellenben a jobb halántéktájon összenőtt s leválatszerűen a pókhálórtya is részben vele szakad, miközben jókora mennyiségű (mintegy 70—80 gm.) víztiszta folyadék ürült ki.

Az agy kivétele után ugyanezen helyen egy gödör szerű bemélyedést találunk, mely a halánték- és homlokleány közt a



I. ábra.

ürben foglalt helyet. A II. ábrán, mely az agyat alulról mutatja, b jelenti a pókhálórtya alatti üreget, a pontozott vonal pedig a pókhálórtya lefutását.

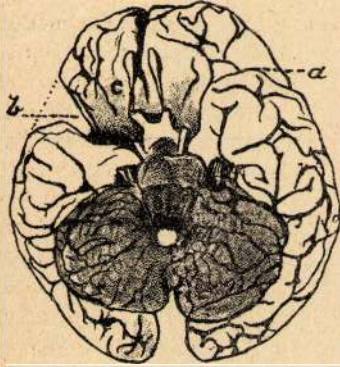
Az agy a koponyához hasonlóan nagysága által tűnik fel; súlya 1685 gm., a subarachnoideális folyadék nélkül, a mely az

<sup>1</sup> Bemutatott az „Erdélyi-Muzeum Egylet” orvosi szakosztályának 1900. január havi ülésén.



agy kivétele közben kifolyt. (Összehasonlításként megjegyzem, hogy Kolozsvárt férőhulláknál 1320 gm. átlagos agysúlyt találtam.) Az agygyomrocsok kitágulva nincsenek, tehát a szokatlan nagy súly tisztán az agyállomány javára esik. Az agytekevénnyek általában a rendesnél vastkosabbak, s a közöttük levő árkok aránylag sekélyek. Egyébként az agy alak, szerkezete s a tekevénnyek lefutása tekintetében nem tér el a rendestől, kivéve a jobb agyféltekén levő bemélyedést, a mely közelebbi vizsgálat, nevezetesen a hidszerűen kifeszített burkok levonása után a következő viszonyokat mutatta:

A jobboldali Sylvius-árok az agy alapján (truncus fossae Sylvii) egy tátongó rést képez, a mely a halánték és homloklebeny közt kifelé fokozatosan szélesedik, úgy hogy a carotis interna elágazásánál kisujnyi, míg ugyanazon lebenyek legoldalsóbb részei közt jó két ujnyi hézag van, II. ábra b. A halántéklebeny mellső része, polusa ennek megfelelően a rendesnél hátrább áll (I. az I. ábrát) s nem fekszik reá a homloklebeny alsó felszínére, míg a baloldali halántéklebeny a homloklebeny alsó részét a szokott módon alulról részben beborítja, II. ábra a.



II. ábra.

Az a hasadék, mely a jobboldali Sylvius-árok kiszélesedése által támad, oldalt és felfelé addig a helyig folytatódik, a hol a Sylvius-árok mellső és hátsó ágra oszlik, úgy hogy oldalról tekintve a jobb agyféltekét, a homlok- és halántéklebenyek közt széles hézagot látunk, a mely alulról felfelé és kissé hátrafelé halad s felül a homlok- és fali lebeny operculuma által határoltatik, I. ábra c.

Ezen hézag szélessége mellülről hátra 3,5–4 cm., magassága 5,5 cm., belső, azaz medialis határát a Reyl-sziget mellső tekevénnyei képezik, melyek a hasadék alapján csupaszon fekszenek s úgy oldalról, mint alulról tekintve szabadon láthatók (I. ábra a), holott baloldalt a Reyl-sziget az operculum által a szokott módon be van fedve s csakis a homloklebeny alsó tekevényének és a halántéklebenynek leválasztása által lesz látható.

Megtekintve a hasadék széleit képező agytekevényeket, azon eredményre jutunk, hogy az főképp a homloklebeny rovására keletkezett, a melynek különösen oldalsó, hátsó részei hiányosak, míg a medialis felszíne és a mellső csúcsa teljesen ép. Ennek megfelelően a homloklebeny egyes tekevényei közül a felső normalis elég széles, a középső és alsó tekevény ellenben jóval keskenyebb, mint baloldalt, az agy alapján épügy, mint annak domború felszínén (II. ábra c).

Különösen satnya az ú. n. operculum, melynek méretei jobboldalt 2,5 cm.: 1,8 cm., míg baloldalt 4,0 cm.: 2,7 cm. Természetes, hogy ilyen kicsiny operculum nem fedhette be kellőleg a Reyl-szigetet. Ez a kisebbedés főleg az által jó létre, hogy a homloklebeny ezen része nem olyan ereszalakú, mint rendesen, hanem tekevényei meglehetősen hirtelen, meredeken csapnak le a középső homloktekevény oldalsó részétől az insulához. Hasonlóképp áll a dolog a homloklebeny alapján, a hol a gyrus orbitalis aránylag keskeny s hátsó része ugyancsak meredeken hátra- és felfelé halad az insula mellső-alsó széléhez, minek folytán a homloklebeny alsó vízszintes felszíne (I. ábra b) hátrább egy egész rendellenes hátsó kissé hosszú felszínbe megy át, a mely a leírt hasadék mellső falát képezi. Az alsó homloktekevény ú. n. pars triangularisa szintén kisebb és laposabb, mint a baloldali.

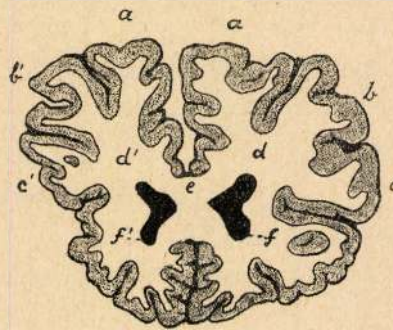
Általában a homloklebeny durványos részein a tekevények a rendesnél alacsonyabbak s valamivel, bár nem sokkal, keskenyebbek is; feltűnő, hogy különösen a másodlagos kanyarulatok száma sokkal csekélyebb s a gyrusok alkotása ennek következtében sokkal egyszerűbb, mint másutt.

A halántéklebeny (I. ábra d) mellső csúcsa, mint már említettük, hátrább áll s egy kissé kifelé van nyomva, mintha a folyadékgyűlem a halántéklebenyt az insuláról leemelte és hátra-

felé tolt volna (I. a II. ábrát); egyébként azonban tekevényei elég rendesek s legfeljebb annyi változást mutatnak, hogy a mellső rész letompítása következtében valamivel vastkosabbak és mellhátsó irányban kissé megrövidültek.

A fali lebeny csupán azon részben mutat változást, a mely a homloklebenynyel határos. A Rolando-árok ezen oldalon 1,5 cm.-rel rövidebb s ennek megfelelően némi rövidülést szenvedtek a mellső és hátsó központi tekevények oldalsó részei is. A fali lebeny többi része s az egész nyakszirtlebeny ép, épügy az agyacs is (I. ábra e).

Az agyat formalinban megkeményítve, frontális síkban átmetszettük a gyrus triangularis közepén keresztül, tehát a homloklebeny keskenyedett helyén.



III. ábra.

Ezen átmetszetben az oldalgyomrocsok nem mutatnak lényeges különbséget. A III. ábrán f a bal, f' a jobb gyomrocs átmetszetét jelzi. A corpus callosum is részarányos (III. ábra e), ellenben a centrum semiovale a kóros oldalon közel 1 cm.-rel keskenyebb (III. ábra d'). A gödör falait képező alacsony agytekevények mindenütt kéregállománnyal vannak ugyan ellátva, de összehason-

lításnál feltűnik, hogy az alsó homloktekevények kéregállománya jobboldalt valamivel keskenyebb (III. ábra c'). Ugyanitt a gyrus fehérállományból álló tengelyi része is valamivel keskenyebb és alacsonyabb.

Egy más frontalmetszet az előbbi mögött 2,5 cm.-rel, az operculumon keresztül ugyanazon viszonyokat mutatja; az operculum fehérállománya s a centrum semiovale megfelelő része szélességben úgy, mint magasságban kisebb, ellenben a corpus striatum és a capsula interna mindkét oldalon egyenlők.

Ha az átmetszeteken a két homloklebeny körvonalaikat egészben tekintjük, azt találjuk, hogy a bal homloklebeny nagyjában félkör alakú, míg a jobboldali inkább egy keskeny, hosszú trapezoid alakjával bír. (A III. ábrán, a mely ép úgy, mint a két első ábra, fényképfelvétel után készült, a frontalsíkból átmetszett agy hátsó darabjának metszési lapja látható s ezért a bal félteke a kép jobb felén van; a a felső, b a középső, c az alsó homloktekevényt jelöli.)

A koponyaüreg leírásához még hozzáteszünk, hogy a jobb scala media valamivel mélyebb a balnál s erős ujjbenyomatszerű gödröket is mutatott.

Góresői vizsgálatra a jobb és bal agyféltekéből a középső és alsó homloktekevény találkozási helye használtatott fel. Frontális metszetben Weigert-festéssel lényeges különbséget találni nem lehetett; a velős hüvelyű rostok festődése, száma, elrendeződése a jobb oldalon sem mutatott eltérést a rendestől, a sugaras és tangentialis rostok a szokott elosztódásban jól fel voltak ismerhetők. Hasonlóképp az idegsejtek is alak, szám, elrendeződés tekintetében látszólag nem különböztek az ép agykéregtől, így a bal homloklebeny megfelelő részétől sem.

Azon eltérés, a mely vastagságra nézve a két oldal kéregállománya közt mutatkozott, kétségkívül a szövetelemek valamely nagyság vagy számbeli különbsége által van feltételezve, de ezt a különbséget csakis rendkívül pontos mérések és számítások útján lehetne kideríteni.

Lobos beszűrődés, gliaszaporodás vagy valamely jele az idegállomány tönkremenésének a kóros oldalon is teljesen hiányzott.

A gerinczagyban sem szabad szemmel, sem góreső alatt kóros elváltozást találni nem lehetett.

Mielőtt az agybeli elváltozás értelmezésére reá térnénk, még egy érdekes leletet kell felemlítenünk. A bal láb öregujján ugyanis a második percz kettőzve volt, két körömmel, két csontos ujjperczcel, mely utóbbiak közül a medialis valamivel vékonyabb



s az oldalsóval szemben elmozgatható; a talpi felszín mindkettőre nézve közös, de mintegy két cm.-rel szélesebb, mint a jobb láb öregujján. A két második ujjperc közl az oldalsó képezi az első percz közvetlen folytatását, míg a medialisan fekvő az ujj tengelyétől befelé esik.

(Folytatása következik.)

## Közlemény a székesfővárosi jobbpárti szegényházról. (Rendelő orvos: Tauszk Ferencz dr. egyetemi m. tanár.)

### Az aggok hőmérséklete ép és kóros viszonyok között

Közli: Jakab László dr.

A modern orvosi tudomány egyik fontos segédeszköze a hőemelkedési viszonyok pontos figyelembe vétele. A hőmérsék pontos megállapítása mindenkor fontos feladatunk, mert ez úton a szervezet sok olyan zavarára következtetünk, a melyek esetleg teljesen elkerülték volna figyelmünket, s mert a hőmérsék foka és menete sokszor ad felvilágosítást a szóban forgó pathologikus állapot súlyosságáról és veszélyeiről viszonyítva az individuum szervezetéhez.

A kóros hőmérséki viszonyok megismerése természetesen feltételezi előbb az ép ember hőmérsékének pontos ismeretét. A múlt század harminczas és negyvenes éveiben találjuk az első beható vizsgálatokat, de azóta is sokan foglalkoztak e tárggyal, biznyságául, hogy még nem értük el a kérdés végleges tisztázását. Így még a Berlinban tartott tudóvész ellenes congressuson is vita tárgyat képezte, vajjon hol van a határ, a mely hőmérséklet felett lázasnak kell tartanunk betegünket. Ezen vita adta meg a kiindulási pontot Marx vizsgálataihoz, ki 200 pontosan észlelt eset alapján középkorú egyénknél a napi hőmérséklet maximumát  $37^{\circ}$  C.-nak mondja, és csak igen ritkán talált egész egészséges egyénknél  $37.1-37.2^{\circ}$  C. maximumot.

Azon nehézségek között, melyek a physiologikus hőmérséklet alsó és felső határának pontos megállapítását zavarják, nem utolsó helyen áll az, mely az egyén korától feltételezett. Kor szerint vizsgálva a hőmérsékleteket, számosan foglalkoztak a gyermekkorral, különösen az élet első heteiben észlelhető hőmérsékleti viszonyokkal. A legújabb időben mindinkább több figyelem jut az aggok hőmérséki viszonyainak méltatására is. Nancyban már 1878-ban az aggkori betegségekre tanszéket állítottak fel és mindenfelé sokan foglalkoznak az ide vágó kérdésekkel. A budai szegényház vezető orvosa Tauszk F. dr. egyetemi magántanár felszólítására örömmel foglalkoztam az aggok hőmérséki viszonyai-val, melyre a szegényház nagy anyaga bőséges alkalmat nyújt.

A hőmérséklet meghatározását a lehető legnagyobb pontossággal naponta négy óránként, néha két óránként, sőt egyes esetekben óránként végeztük. A következőkben foglalt adatok, a mennyiben másképp felemlítve nincs, mind hónalj méresekre vonatkoznak. A könnyebb áttekintés végett a százakra menő hőmérséki adatok részletes felsorolásától eltekintünk s csak a végleges eredmények főbb pontjainak ismertetésére szorítokozunk.

Az öregek hőmérsékletét Wunderlich után általában valamivel magasabbnak mondták, mint középkorú egyénké. Chelmounski vizsgálataiban átlag  $36.4-37.1^{\circ}$  C.-ig találta. Vizsgálataim szerint az aggok hőmérséklete a 60. évtől felfelé alacsonyabb, átlagosan:

a minimum  $36.2^{\circ}$  C.

a maximum  $36.8^{\circ}$  C.

Részletesebben a kort tekintetbe véve:

|            | a minimum         | a maximum         |
|------------|-------------------|-------------------|
| 50-60 évig | $36.4^{\circ}$ C. | $37.2^{\circ}$ C. |
| 60-70 évig | $36.2^{\circ}$ C. | $36.9^{\circ}$ C. |
| 70-80 évig | $36.0^{\circ}$ C. | $36.7^{\circ}$ C. |

Vagyis ezen adatok szerint a physiologikus hőmérséklet a 60. életév felett nem emelkedik, mint ezt Wunderlich állítja, hanem fokozatosan csökken. Ennek magyarázatát nem kutatom, de azt hiszem, nem járok rossz úton, ha ennek értelmezéséhez a más szerzők által említett tényezőkön kívül a senilis anyagcserében keresünk támpontot, a mire Kövesi Géza anyagcsere vizsgálatai útbaigazítást adnak.

Vizsgálatainknál kiterjeszkedtünk arra is, hogy az aggoknál mutatkoznak-e a nem szerint különbségek. A hőmérséki adatok nem szerinti csoportosítása azonban különbséget nem mutat fel, más szóval, nőknél is a physiologikus hőmérséklet valamivel alacsonyabb, mint középkorú egyénknél.

Igen fontos a napi ingadozásoknak figyelemmel kísérése. Ezeket átlag véve igen kiesinyeknek találtuk és az óránkénti differentia a hőmérséklet egyenletes emelkedését mutatja. A napi ingadozás középértékben  $0.6^{\circ}$  C.-t tesz ki, míg Wunderlich középkorú egyénknél  $0.8-1^{\circ}$  C. különbséget talált a minimum és a maximum között. A minimum rendszeren a reggeli 4 és 8 óra közé, a maximum a délutáni 4 és 5 óra közé esik s így ugyanazon viszonyokat mutatja, minőket középkorú egyénknél is találunk. Ezek mellett néha a typus inversus érdekes jelenségével találkozunk. Előfordul, hogy minden kimutatható ok nélkül a maximum reggelre és a minimum a délutáni órákra esik. Chelmounski 122 esetben végzett pontos hőmérséki közben 8 izben találta és a typus inversust bizonyos tekintetben az öregek sajátosságának tartja. A mi méréseink között 50-60 mérésre esik egy typus inversus. Gyakrabban, mint ép viszonyok között, találtuk ezen typust pathologikus hőemelkedéseknél, a midőn a különben lázas magasabb hőmérsék a reggeli órákra, az alacsonyabb lázas vagy láztalan hőmérsék a délutáni órákra esett. A typus inversus előfordulására felhozott magyarázat, mint a minőt Jäger s Debczynski adnak, kik a munka idejének felosztását tekintik okul, a szegényházban észlelt eseteinknél el nem fogadható, lévén itt többnyire minden foglalkozás nélküli egyénekéről szó.

Kerestük, hogy azon befolyások, melyek középkorú egyénknél a hőmérsék változására physiologikus körülmények között befolyással bírnak, minő viszonyokat mutatnak fel az öregeknél. Ezek között első sorban a munka befolyását figyeltük meg. Egyik kísérletünkben egy 22 éves egyén hőmérséklete 1000 meternyi gyalogolás után  $36.6^{\circ}$  C.-ról  $37.4^{\circ}$  C.-ra emelkedett, míg egy 74 éves embernél ugyanilyen munka után  $36.7^{\circ}$  C.-ról  $37.1^{\circ}$  C.-ra szállt fel, tehát a fiatalabb egyénnél  $0.8^{\circ}$  C., az öregebbnél csak  $0.4^{\circ}$  C.-nyi hőemelkedés állott be. Egy órai pihenés után a fiatal ember hőmérséklete  $0.5^{\circ}$  C.-kal, az örege  $0.1^{\circ}$  C.-kal süllyedt csak. Hasonlírányú vizsgálatok mutatták, hogy sík pályán, valamint lépesőn való járás alkalmával teljesen ugyanazon körülmények között öreg egyének hőmérséke munka közben nehezebben emelkedik, mint azt fiatal egyénekén végzett control-vizsgálataink mutatták.

A physiologikus hőmérséklet 1-2 tized foknyi emelkedését észlelték sokan bővebb étkezés után. Hasonló irányú vizsgálataink megerősítik ezen tapasztalatokat, a mennyiben ugyancsak nagyobb tápfelvétel után s így leggyakrabban ebéd után rövid ideig tartó 1-2 tized foknyi hőemelkedés észlelhető.

Charcot, ki egyike volt az elsőknél, kik öregkori megbetegedésekkel foglalkoztak, az öreg és középkorú egyének hőmérséklete között egyedüli különbségnek azt találta, hogy összehasonlító méréseket végezve a hónaljban és a végbélben, a talált két hőmérséklet között középkorú egyénknél csekélyebb az eltérés, mint aggoknál. Így az ő vizsgálatai szerint míg középkorú egyének hőmérséklete a végbélben átlag véve  $0.3^{\circ}$  C.-kal magasabb, mint a hónaljban, addig senilis egyénknél  $0.5-0.8^{\circ}$  C.-kal magasabb, sőt egy 103 éves asszonynál a végbélben  $38^{\circ}$  C-t, ugyanekkor a hónaljban  $37^{\circ}$  C-t észlelt.

Roche 20 öregnél végzett ez irányú méréseinél a végbél hőmérsékletét 4-5 tized C. fokkal találta magasabbnak, mint a hónaljét.

A mi összehasonlító méréseink, melyeket ezen kérdés tisztázása céljából 25 öreg egyénen végeztünk, átlag 4-5 tized C. fokkal magasabbnak mutatták a végbél hőmérsékletét, úgy hogy nem tudjuk megerősíteni Charcot állítását.

Ezzel párhuzamosan kiterjeszkedtünk a nyelv alatt mért hőmérsékletre, mely vizsgálatok eredménye megegyezik azzal, a mit középkorú egyénknél tapasztalunk, t. i. a nyelv alatti hőmérséklet 2-3 tized C. fokkal magasabb, mint a hónalj hőmérséklet.

Összefoglalva az ép viszonyok között talált eredményeket a következőkben fejezhetjük ki:

Az öreg egyének hőmérséklete a középkorúakétól főleg a



physiologikus alsó határokat illetőleg tér el s általában valamivel alacsonyabb, mint a középkorú egyéneké, s nem magasabb, mint azt Wunderlich felvette.

Az aggok hőmérséklete állandóbb s kisebb határok között ingadozik s physiologikus körülmények között nagyobb behatásokra is nehezebben és kisebb mértékben változik, mint középkorú egyénekénél.

\* \* \*

Nem kevésbé érdekes és nagyon sok tekintetben elsőrangú fontosságú azon eltérések ismerete, a melyekkel sokszor találkozunk pathologikus állapotokban. A modern diagnostika egyik igen fontos segédeszköze lett a lázas hőmenet észlelése, s a tipikus lefolyású betegségek megfelelően szabályos vagy eltérő hőmenete igen sokszor irányadó a kórisme felállításánál, a gyógyító beavatkozások megállapításánál, és a kórjóslat kimondásánál is.

S mert ilyen nagy fontosságú, azért szükséges ismernünk a különben tipikus lázgörbét mutató betegségeknek gyakran tapasztalható s könnyen tévedésekre vezető eltéréseket is.

Megfelelően azon észleleteinknek, hogy az aggok hőmérséklete physiologikus körülmények között is valamivel alacsonyabb, a lázas hőmérséklet sem ér el oly magas fokot, mint középkorú egyének különben hasonló természetű megbetegedéseinél. Így phthisisben elhaltaknál, a legutóbbi időben észlelés alá került három esetben a folyamat lassú előhaladása miatt több hónapra terjedő megfigyelés alatt a hőmérséklet alig egy-két esetben haladta meg a  $38^{\circ}\text{C}$ -ot. Öt pneumonia crouposa-esetben, hol mindegyik a tüdőgyulladásban szenvedő egyének közül 60 éven felül volt, mint maximum hőmérsékletet  $39^{\circ}10'\text{C}$ -ot észlelhetünk, ezzel szemben az I. sz. belklinikán észlelt öt olyan egyénnél, kik a 40 év alatt voltak, a pneumonia crouposa első három napján a maximum átlag  $39^{\circ}8'\text{C}$  volt.

Ezen alacsony felső határral szemben igen mély alsó határokat észlelhetünk. Lázas betegségek folyamán igen gyakran tapasztalhattuk a hőmérséklet gyors leszállását a  $36^{\circ}\text{C}$  alá, mely súlyedés nemcsak a betegség lefolyásának végén, de sokszor közepette is fellépett. Hogy mily nagy leesések jöhetnek elő, fényesen mutatja egy esetünk, midőn egy 64 éves, pneumonia catarrhalisban szenvedő öreg asszony hőmérséklete a betegség tizedik napján  $34^{\circ}20'\text{C}$ -ig süllyedt le és ez a pneumonia mégis gyógyulással végződött.

A lázgörbe nem oly tipikus, sőt mondhatnám sohasem, vagy csak a legritkább esetben olyan szabályos, megszokott menetű, mint azt sok pathologikus elváltozásnál középkorú egyének megbetegedése esetén találjuk. Általánosságban mondhatjuk, hogy a remittáló lázgörbe az uralkodó; így pneumonia crouposa eseteinkben a febris continua continens helyett febris remittens találunk. A lázgörbe nem adja a megszokott meredek felszálló vonalat, mely kis ingadozással ugyanazon magasságban marad, hogy egyszerre ismét lesüllyedjen, hanem lassanként 2–3 napra terjedő felszálló ág mellett intermittáló jelleg után lassú lytikus beveződést találhatunk. Tizenhét eset között csak négy esetben találtuk a hőmérséklet hirtelen emelkedését és a többé-kevésbé tipikus pneumonia crouposa lázgörbét. A klinikai tünetek is másképpen jelentkeztek; igen sokszor hiányzik a hirtelen fellépő rázóhideg, az utána jelentkező forróság, mellkasi szűró fájdalmak, erősebb köhögés stb. A hőmérséklet a pneumonia crouposa tetőfokán sem lesz igen magas, s mint már említettem,  $39^{\circ}50'\text{C}$ -t ritkán ér el; többször tapasztalhatunk közben mély, majdnem collapsuszerű leeséseket, hogy rövid idő elteltével új emelkedésnek adjanak helyet. Ezen nagyobb hőmérséki ingadozások mellett láttunk egy esetben olyan pneumonia crouposát is lefolyni, mely kifejezett tünetek daczára csak  $37$ – $38^{\circ}\text{C}$  között váltakozó hőmérsékletet mutatott.

Az influenzás tüdőgyulladások lázgörbéje szintén remittens jellegű, s a többször tapasztalt mély leesés jelzi a rossz kórjóslatot.

Fontosnak találjuk a felemlítésre, hogy a typhus abdominalis aggoknál úgy látszik ritkább megbetegedés. A budai szegényházban az utolsó 3 év alatt egyáltalában nem fordult

elő, akkor a midőn a környékben az ugyanazon vizet használó s egyébként is nagyjában megegyező körülmények között élő lakosságban járványszerűen is fellépett, sőt magában az intézetben lakó szolgák egyike is megbetegedett typhus abdominalisban.

Malariát két esetben figyelhettem meg, az egyik mindennapos, a másik harmadnapos jelleggel bírt. A rázóhidegre beálló hőemelkedés átlag  $39^{\circ}80'\text{C}$ -t ért el s gyorsan követte a hőmérséklet gyors s mély leesése a nélkül, hogy a collapsus tüneteit észleltük volna. Ezen esetek különben chininre meggyógyultak.

Az idült megbetegedések közül sok tuberculosis pulmonum került megfigyelés alá s mint már előbb jeleztem, nagy physikalis eltérések mellett, a tüdőben lefolyó szétesési folyamatok mellett csekély, kistokú hőingadozásokat észleltünk.

Egyéb lázas megbetegedéseknél nyert tapasztalataink megegyeznek az általában mondottakkal, t. i. alacsony hőemelkedés, remittens lázgörbe, elég gyakran remissiókkal.

Számba veendő körülmény, hogy az aggok hőmérsékletét kapcsolatosan az ütérlokéssal vizsgálva, nem találjuk azon összefüggést, mint a minőt a középkorú lázas egyénekénél az ütérlokés számbeli viszonya a hőmérsékletnek megfelelően mutat. Legtöbb esetben az ütérlokés ritkább, mint ugyanazon hőmérséklet mellett középkorúaknál, s az ütérlokés számbeli viszonyából a szivizomzat állapotának figyelembe vétele nélkül a hőmérsékletre következtetnünk nem szabad.

A pathologikus hőemelkedések között nyert tapasztalatainkat következőképen foglalhatjuk össze:

Az öregeknél a lázas hőemelkedés átlag alacsonyabb, mint középkorú egyénekénél, s egyszersmind gyakrabban látunk subnormalis temperaturákat.

A continua continens lázmenet igen ritka, leggyakoribb a remittáló lázgörbe.

A pneumonia crouposánál az esetek legnagyobb számában nincs jellegző kezdet gyors hőemelkedéssel, sem kritikus végződés, hanem kezdet lassú hőemelkedéssel, remittens typus a bántalom tartama alatt és lytikus végződés.

Legyen szabad ez alkalommal megköszönnöm Tauszk F. dr. egyetemi m. tanár úrnak szíves jóakarátát, melylyel az anyagot átengedte, valamint támogatását, melylyel vizsgálataim közben mindvégig segítségemre volt.

## Idegkörtani észleletek.

Irta: Tolnai Bernát dr. körorvos Ajkán.

Idegkörtani megfigyelésekben nem mondható gazdagnak a falusi orvos gyakorlata. Mert, habár az aetiologikus momentumok legfontosabbjai, köztük a létért való küzdelem, öröklékénység, alcoholismus, testi sértések és előrement betegségek itt is feltalálhatók, mégis az egyszerűbb életviszonyok igen gyakran gyengítik, esetleg meg is semmisítik az öröklött vagy szerzett hajlamot. Exact körlefeljárás észleletekre sincs alkalom, mert tudvalevő, hogy a földműves osztály embere egyszer, nagyrítván kétszer vagy többször mutatja be orvosnak betegét és ha a rendelt orvosságra javulást nem tapasztal, rábizza annak sorsát a véletlenre, vagy, a mi az orvos igénybevételét is rendesen megelőzi, kuruzslók kezére.

Ép ezért kimerítő körleírásokkal eseteink felől nem rendelkezünk. A beteg és családja rögtön diagnosist kíván, egyszersmind azt is, hogy az orvos találja ki a kórokozó hatányt és azonnal végleges ítéletet mondjon necsak a therapiára, hanem a prognosira nézve is. Ily körülmények közt természetesen hiányosak feljegyzéseink is; mindamellett ezek feldolgozása is megérdemli a fáradságot, mert nem csak a hézagok adataiból alkotható gyors és helyes diagnosira, hanem a körülmények engedte therapiára is, a mire legnagyobb szüksége van patientsnek és orvosnak egyaránt, hasznavehető útmutatásokkal szolgálhatnak.

Azon meggyőződésben téhát, hogy vele jó szolgálatot teszek ügytársaimnak, közlöm az alábbi ritkább és azért érdekesebb ideggyógyászati megfigyeléseket.



## 1. Neuralgia lingualis esete.

A trigeminus harmadik ágának neuralgiái között a nyelvi ág zsábaja egyike a legritkábbaknak; különösen kivételes azon eset, hogy minden egyéb kóros tünet nélkül egyedül a nyelvben lépjenek fel fájdalmak. Az alábbi leírás épen egy ily ritka megjelenéséről szól nevezett betegségnél.

Baracska Jánosné padragi lakos, 58 éves, 1900. július 22-dikén azon panaszszal fordult hozzám, hogy mintegy négy héttel ezelőtt nagy szélben dolgozott a mezőn és ez idő óta beszéd, evés vagy ivás közben, különösen, ha hideg vizet akar lenyelni, különben teljesen normalis küleműnek látszó nyelvén, a lágy szájpad alatt kezdődő rész jobb felében és ugyanitt a szájfenéken fél egész három percig tartó irtózatossá fájdalmakat érez. E fájdalmak jellege szúró és égető és a nyelv mélyébe hatoló. A nyelvcsont-tágra gyakorolt nyomásra úgy tapasztalta, fájdalmai kissé szűntek. Kisugárzás távolabbi testrészekre nincs jelen. A rohamok csak nappal jelentkeznek, számuk egy huszonnégy óra alatt ötvenhatvan. Fájdalomszünetben a beteg teljesen jól érzi magát.

A vizsgálat fenti panaszt teljesen megerősítette, a mennyiben a minden egyéb tekintetben rendesnek látszó nyelvhat jobb felén, az isthmus faucium alatt egy point douloureux fedeztetett fel, melyre gyenge nyomást gyakorolva, a roham abban a pillanatban előállott és mintegy másfél percig tartott. A fájdalom kitörésekor a beteg azonnal ösztönszerűleg nyakának jobb oldalához kapott és az áll alatti izmokat folytonos jajgatás és ide-oda tipegés közben nyomogatni iparkodott. A roham alatt az arcznak a fájdalom hatása alatti eltorzításától eltekintve, semmiféle elváltozás nem volt tapasztalható. Tehát sem vasomotorikus (elhálványodás, kipirulás), sem secretorikus (izzadás, könyezés, orrváladékszaporodás, nyálzás) zavarok. Egyedüli ilyenmű tünet az, hogy sajátos szárazságot érzett a beteg szájában, e mellett izlési zavar is mutatkozott, a mennyiben a roham alatt különös fémíz volt jelen. Hallási zavarok, izomrángások nem mutatkoztak, úgyszintén a nyelven trophikus elváltozások (féloldali vastagodás stb.) is hiányoztak, a mi tekintve azt, hogy a bantalom mintegy négy hét előtt lépett csak fel, nem is volt várható.

Kezelésem abból állott, hogy a nyelvhat azon táját, melyen a fájdalmas pont találtatott, minden étkezés vagy ivás előtt három százalékos cocain-oldattal beecseteltem és tíz darab fél grammos phenacetin-port irtam fel azon utasítással, hogy azokból a beteg naponta hármat egy-egy órai közzel vegyen be.

A rendelést követő másnap még kétszer fellépett a roham, azóta bár a gyógyszerek elfogytak, három hét óta teljesen megszüntek.

*Clonikus rekeszgörres.*

A clonikus rekeszgörres (csuklás) két esetét azért tartom érdemesnek a közlésre, mert mindkettő a szokott kezelések hatálatlanságát igazolja.

Tudvalevő, hogy a csuklás olyképen jő létre, hogy a légáram a rekesz rögtöni összehúzódása következtében a légutakba taszítatik, a hangrés pedig a hangszálak összehúzódása folytán elzáratik.

Különösen kellemetlennek csak akkor válik e kóros folyamat, ha sokáig tart. Sajnos, gyógytani fegyvertárunkban egyáltalán nincs biztos eszközünk annak leküzdésére. Ez is azon igen gyakori megbetegedések közé tartozik, a melyeknél a nem orvos bámulva szokta kérdezni, hogy hát valóban nincs-e oly eljárás, mely azt megszüntetné.

Ime az első eset, mely szerencsésen végződött.

P. Gynla 66 éves, földhírtokos, 1897. augusztus 17-dikén d. u. 4 órakor azon okból hivatott, hogy reggel óta csuklik.

A beteg kissé halvány, hő 36.8°, érverés kicsiny, percrenkint 80, arca és végtagjai kissé hűvösek; kissé izgatott, de semmi kóros változás ki nem mutatható. A csuklások száma percrenkint 60—70, azok lefolyása a szokott, gyors, rövid.

Betegnek, ki erős dohányos, megtiltottam azonnal a dohányzást és arra biztattam, hogy ne gondoljon a csuklásra, számoljon hangosan. Mikor ez nem használt, zárt hangrésnél erős kilégzési actusra biztattam, melyet szintén többször sikertelenül próbált. Majd ujja hegyeivel bedugta füleit és úgy ivott, de úgy ez, valamint megijesztés, morhium subcutan hasztalan volt. A csuklás

nem mult el egész éjjel. Másnap a beteget folyton halálfélelem kínozza. Újból morhium-befecskendés, majd mikor ez nem használ, bromkalium 5, tinet. belladonnae 2, aqu. 130, syr. 15, óránként egy evőkanállal. Ez is teljesen hatástalan. A rekesz faradizálását is megkísértettem, eredmény nélkül. A következő éjjel még csuklott a beteg, reggel 3 óra tájban azonban elaludt és másnap reggel egészségesen ébredt fel, felkelt, pipára gyújtott, és úgy találtam öt 8 órakor tett látogatásom alkalmával. A görösök nem ismétlődtek.

Nem ily kedvező a második eset története.

Kiss Sándor 60 éves, földmíveshez 1898. október 23-dikán hivatott. Csuklik két napja; a csuklás úgy beszédben, valamint evésben, ivásban akadályozza.

Jelen állapot: Az erőteljes és azelőtt teljesen egészséges egyén arcaszíne fakó, szeméi bágyadtak, ajkai cyanotikusak, végtagok hidegek. Hő reggel 7 órakor 36.5° C. Érverés száma percrenkint 74, kis hullámú, könnyen elnyomható. A csuklások száma percrenkint 40—50. Egy-egy csuklást hosszú, hangos zöreje kísér. Pleuritis, pericarditis, peritonitis teljes biztossággal kizárható, székletét ricinusra prompt bekövetkezett, tehát sérve nincs.

A betegség első 24 órájában egy más orvos által felírt morhium-cseppek mintegy 4 órai szünetet idéztek elő a csuklásban, de ezután újból felléptek a rohamok és tartottak haláláig. A megkísérlett összes eljárások még egy negyedórányi könnyebbulést sem szereztek. Az első esetről említettekén kívül erős sinapismus a mellkas alsó részén, oesophagus sondán át hidegvíz beöntés is megkísérlett, de teljesen eredmény nélkül. A bántalom hatodik napján a beteg elvesztette eszméletét, arca a facies hypocratica jellegzetes kifejezést vette fel, de még ez alatt is, bár ritkábban, fellépett egy-egy vontatott, hosszú hangtól követett csuklási görös. Fokozódó elerőtlenedés közben a halál a 6. nap estéjén következett be.

*Crampus.*

Crampus az ikraizmokban nem tartozik a ritkaságok közé. Elég gyakran találkozunk vele visszértágulat mellett, ritkán marad el kimerítő heveny bélhurutoknál és cholera nostras alatt. Huzamos gyaloglás vagy a lábak más természetű megerőltetései is sűrűn szerepelnek aetiologikus momentumképen. Mindezen alkalmakkor tonikus, bár rövid ideig tartó fájdalmas összehúzódások alakjában szokott jelentkezni.

Az alább leírandó esetben az összehúzódások oly sűrűn és oly szabályos időközökben léptek fel, hogy clonikus görösöknek voltak tekinthetők.

Gergovics Mihály 24 éves, magyarpolányi földmíves 1899. április 9-dikén azon panaszszal keresett fel, hogy összehúzódásokat érez, melyek órák hosszant tartanak, majd megszűnnek és újból fellépnek. Előadja, hogy gyermekkorai bajaitól eltekintve, soha ezelőtt beteg nem volt. Mint tartalékos gyalogos, mult hónapban fázasztó menetelésekben vett részt és azóta érzi lábfejéit.

Jelen állapot: Erőteljes férfi, kinél egyéb eltérés a leírandónál nincs.

A jobb láb rythmikus mozgást végez, ha a másik térdén a jobb alszár keresztül tétetik. E mozgás abban áll, hogy a láb talpi flexioba jő és innen, körülbelül egy másodperc múlva, visszatér a középpállásba. Flexio alatt a lábikra izmai megfeszülnek, de nem maximumig. Nyomásra csekély érzékenység mutatkozik, hasonlóképpen a görösös összehúzódások alatt, azonkívül fáradtság érzése van jelen a megtámadott izmokban. Az órángaszerű mozgás, ha a láb lóg, órákig eltart; ha szilárd alapon nyugszik, szünetel. Éjjel is jelentkezik.

Beteg, miután elvonó és fájdalomcsillapító bedörzsölések javulást nem szereztek, naponta 1 cgm. morhium hydrochloricumot kapott bőr alá fecskendezve a jobb ikraizom felett; erre mind hosszabb szünetek, majd 14 nap alatt teljes gyógyulás következett be.

*Tetania.*

12 évi gyakorlatom alatt két esetét volt alkalmam ezen betegségnél észlelni. Diagnostikus nehézség egyik esetben sem volt.



1. Süle József 8 hónapos gyermek 1896. június 15-dikén azon panaszszal hozatott lakásomra, hogy három hét óta beteg, mely időtől fogva a következő tüneteket észlelik rajta.

A gyermek gyakran sír, igen nyugtalan, kezei, lábai, alkarjai és alszárai hajlítvák, izmok kemények. Alvás közben a kóros tartás megszűnik. Étvágy csekély, széklet lágy, nyálkás, naponta 3–4-szer. Kifejezett hydrocephalus.

Jelen állapot: A gyermek korához képest jól fejlett, közepesen táplált, kissé halavány, hő d. e. 10 órakor 37° C.

A végtagok tartásában a következők észlelhetők: Hüvelykujjak adducálva és a tenyérbe szorítva, többi ujjak, különösen a gyűrűs- és kisujjak a metacarpophalangeal-izületben hajlított, az interphalangeal-izületben feszített tartásban, tenyér feltűnő homorú, a kéz a kéztőizületben kifejezett ulnaris és erős tenyéri hajlításban.

Az alkarok félig hajlítvák; a hüvelykujjak kifeszítése nem épen erőfeszítés nélkül történik.

A lábakon: A nagyujjak a többi ujjak alatt, a láb kissé lólabértartásban; térdizületek hajlítva.

A göresösen összehúzódtott izmok kökemények, nyomásra érzékenyek.

A 14 napig tartó kezelés alatt a göresök mindinkább engedtek, rövidebb ideig tartottak és ritkábban léptek fel, előbb az alsó végtagok, majd a felsők szabadultak fel. A sulcus bicipitalis internusra gyakorolt nyomásra a göresök azonnal felléptek. A mozgatóidegekre gyakorolt gyenge kopogtatás vagy a beteg izmok gyenge árammal történő villanyozása már összehúzóásokat váltott ki, de az izmok mechanikai ingerlékenysége fokozott nem volt.

A gerincoszlopára gyakorolt nyomás nem fájdalmas. Egyéb izmok és idegek magatartásában eltérés nincs.

Therapia: Bismuthum subnitricum 0.10 cgm.-os adagban két óránként, galvanizálás a rendelő órában naponta, oleum hyosciami, chloroform aa. partes aequ. bedőrszülés otthon. Két hét múlva, mikor már némi javulás volt észrevehető, a beteget többé nem hozták el. Mint később értesültem, a teljes gyógyulás csak körülbelül három hónap alatt következett be.

2. Gannai Lajosné 32 éves, béres neje, gyógykezelés alá vétetett 1900. márczius 1-én. Többször szült, jelenleg terhessége 8-dik hónapjában van; úgy maga, mint szülei teljesen egészségesek. Jelenlegihez hasonló baja még sohasem volt. Nyolcz hét óta azt veszi észre, hogy ha valami nehezebbet dolgozik, ujjai göresösen megmerevednek. Ezen állapot, közben meg-megszünve, három-négy napig tart.

Jelen állapot. Jól fejlett nő, VII. P. Mindkét kezén az ujjak tipikus, özfejszerű tetaniatartásban, a többi izmok, izületek eltérést nem mutatnak. A beteg fejszédületről és mérsékelt álmoságról panaszkodik. Ha az ujjak a göres alól felszabadulnak, a mozgató idegekre gyakorolt gyenge kopogtatás elegendő a kóros tartás előidézésére. A jelenlegi roham négy nap óta tart, csekély megszakításokkal, a mikor a beteg kenyeret dagasztott; e művelet után pár órával már hangyamászás érzete támadt ujjaiában, melyeket hajlítani ekkor már képes nem volt.

Az eset havi körlátogatásom alatt kerülvén észlelésem alá, villanyáram iránti érzékenységét a mozgató idegeknek meg nem vizsgálhattam. Mindamelletti kizárhattam a hasonló jellegű göresök közül könnyű szerrel a tetanust, a mennyiben annak főtünete, a trismus hiányzott, hasonlóképp a hysteriát, mert a hysterikus göresöknél a mozgató idegek fokozott mechanikus ingerlékenysége nincs jelen. Nehezebb volt a megkülönböztetés a coordinátorikus foglalkozási neurosisok hasonló formájától, azonban ezen is átsegített a mozgató idegek fent említett magatartása és az, hogy mint beteg előadta, mindenféle nehezebb kézimunkát végezhetett azelőtt, a nélkül, hogy kezeiben felléptek volna a göresök és csak az utóbbi nyolcz hétben tapasztalja azokat és pedig ha bármilyen kissé terhebb dolgot kell is ellátnia. Végre az ergotismus felvételére hiányzott az aetiologikus momentum, a mennyiben a megvizsgált kenyér rendes színű, szagú és ízű volt és a család többi tagjainál anyarozsmérgezésre mutató tünetek teljesen hiányoztak.

Igy tehát a kórisme tetaniára szült és pedig a tetania azon ritkább alakjára, mely terhes nőknél fordul elő. Tapasztala-

tilag a tetania gravidarum újabb terhesség alkalmával ismét fel-lephet. Itt előzőleg még nem fordult elő.

A kezelés oleum hyosciami-val és chloroformmal-aa. part. való massageban állott. A göresök egy hét alatt teljesen megszűntek és mint későbbi tudakozódásaimra értesültem, sem a gyermekágyban, sem ez ideig a szoptatási idő alatt nem ismétlődtek.

#### *Pseudohypertrophia musculorum.*

Bár ez ideig kimutatva nincs, mindamellett igen valószínű, hogy ezen bántalomnál is a központi idegrendszer képezi a kóros folyamat székhelyét és innen származó trophikus befolyások okozzák a peripherikus, a betegség elnevezésére okot szolgáltató elváltozásokat.

A leírandó kóreset tizenkét év óta áll megfigyelésem alatt.

Forintos Sándor, jelenleg 17 éves, molnár fia. Apja él, egészséges, anyja tüdőgümőkórban halt meg. 4 testvére kora gyermekkorban, ismeretlen bajokban hunyt el. Két anyai nagybátyja az övével azonos bajban szenvedett és 20—20 éves korban halt el.

Kórelőzmények. Járni nehezen tanult, míg járt, sajátoságos himbálózó járása volt. Gyakorta elesett; ilyenkor, ha fel nem segítették, órákig elfeküdt, nem bírván saját erejéből lábra állni. Általában igen gyámoltalan volt és szellemi működései igen lassúak voltak. Fájdalmakat izmaiban nem érzett soha. Négy év óta nem bír menni, ezen időpont előtt történt vizsgálataim alkalmával, ha leguggoltattam, óriási erőfeszítéssel, kezeit czombján feljebb és feljebb megtámasztva volt csak képes felállni. Az izmok jelentékenyebb terimenagyobbodása már két éves korában feltűnt; legelőbb az ikraizmoké, majd a czomb- és farizmoké, vállizmoké, később az arcizmoké, különösen a rágóizmoké.

Jelen állapot. Az ifjú korához képest kicsiny, halvány; hőmérséke 37°, érverések száma percenkint 60, szellemileg kissé tompult, külérzéki működései jók, a légzési szervekben idült bronchitis, szív normalis, étvágy jó, székletét renyhe. A bőr márványszerűen erezett, kékes a túltengett izmok felett, bőr alatti zsírszövet fejlett. Az alsó végtag, a váll- és rágóizmok teriméje feltűnően megnagyobbodott, tapintatuk kemény, kötőszövetéhez hasonló, e mellett az alsó végtagok oly gyengék, hogy a beteg járni képtelen. Nyomás a túltengett izmokra nem fájdalmas. A háti és hasi izmok satnyák, erős lordosis az ágyéki tájon, patella-reflex nem mutatható ki. Az izmok mechanikai és villamos ingerek iránt érzéketlenek. Vizelet normalis.

A gyógykezelés roboráló szerek adagolására szorítkozik.

#### Közlemény a budapesti II. számú belklinikáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.)

#### Egy különös, chalodermának (laza bőr) nevezhető bőrelváltozás esete.

Irta: Kétly László dr. I. tanársegéd.

(Vége.)

Ehhez hasonló esetet ír le W. Dubreuilh;<sup>2</sup> az ő esete egy 13½ éves leányról szól, ki egy igen ideges anyának második gyermeke volt, harmadik gyermeke agyhártyalobban halt meg. A beteg tíz éves koráig egészséges volt, ekkor 1880. decemberben három napig lázas volt, azután testén urticariás plaques-hoz hasonló papulosus eruptiók keletkeztek, követve lassan eltűnő echymosistól. Ez az eruptio több hónapig tartott, gyakori kiújulásokkal mutatkozva. Egy héttel a kezdet után az eruptiohoz az egész test oedomatosis duzzadása társult, diffus pír és fájdalom nélkül. Három héttel később nyolcz nap alatt a duzzadás erősen csökkent s egyidejűleg a bőr lazábbá is lett. 1881. áprilisban a beteg bőrén eruptio nem található, csak egy-néhány felületes cicatrix a halántékon, arezon, a nyak oldalsó részein, míg az arez felszínének egy nagy részén a bőr lógott és laza volt. Az arezvonások arezideg hűdésre emlékeztetően elsimultak, az ajkak elnyúltak, a buccalis arezrész lelógott. A környéken mintegy libatálpalakú ránczok képződtek, melyek mindennemű arez-kifejezésnél fokozódtak. Az áll alatt egy bőrredő van és a nyak



bőrredői az agykori redőkhöz hasonlóak. A bőr ezen redős elváltozása elég kifejezett a mellkas felső részén is, hol pár helyen egy oedemás infiltratio székhelyének látszik lenni. A bőr a czombokon és térdeken is laza és ránczos. A bőr structurája zavart nem mutat, nincs sem induratio, sem megvastagodás, mint az elephantiasisnál és sclerodermiánál; úgy látszik, hogy csak oedema folytán tágított és azóta tágult bőrrel van dolgunk. Ez évben még a karokon és arczon indurált alapon ülő, vörös foltokból álló eruptio mutatkozott a szemhéjak oedemájától kísérve, azután pedig egy második kiütés az alsó végtagokon csomós erythema képét mutatva, egynéhány pemphigoid hólyaggal. Két évvel később (1883) még körülbelül ép úgy néz ki a beteg. Öreges külseje feltűnő, minek okai főképp az alsó arcfélen ülő ránczok és redők. A bőr túlságos bő a fedett részekhez képest, oedemának nyoma sincs és a zsírpárna nagyon csekély, úgy hogy a nyúlós és nagyon mozgatható bőrön át a csontokat és izmokat nagyon jól lehet érezni. Szíve egészen normalis, úgyszintén hőmérséke, érző képessége és nedvessége. A bőr nagy mozgékonyasága és a bőr alatti sejtszövet rugalmassága folytán a bőr a lógós helyeken ránczokat képez s e redők nyújtásával nagy fokban kihúzható és így nagy felületet mutat. A bőr a rendesen mozgékonyabb és rugalmasabb, a redők vékonyak, lazák és egyik helyen ép úgy alakíthatók, mint a másikon és ez különbözteti meg őket a bőr fibromáktól. Az arczon nagy bőrredőket látni az alsó állkapocs és az áll körül, a mi az arcznak buta, öreges kifejezést kölcsönöz és e redők az alsó szemhéjakat erősen lehúzza ectropiumot okoznak. A nyak körül, a mellen és a hason a bőr nem is látszik összefüggni az alatti részekkel, rugalmassága és mozgathatóasága rendkívül nagy; az emlők kevésbé kifejezettek és csak a bőr visszahajlása által vannak képviselve. A karokon és czombokon a bőr szintén túlnagy és laza, ez utóbbi helyen csekély puha zsírral van bélelve, a bőr mozgékonyasága enged a végtagok alsó vége felé, hol normálissá lesz. E pontosan leírt esetben is, mint az előbbiben, a kórkép a bőr fokozott rugalmasságán látszik alapulni a zsírszövet megfogyása mellett. Ez elváltozások oka úgy látszik a lefolyt oedematosus elváltozás következtében beállt erős tágítás, mely úgy az arcz, mint a törzs és végtagok bőrén kifejezetten látható.

Az előbbi két esethez hasonló és így a cutis laxa (mások szerint dermatolysis) kórképhez sorolandó esetet találunk leírva John Bell<sup>3</sup> munkájában dermatolysis néven. Ez egy 23 éves Georgius Albes nevű fiatal emberen észleltetett Muckren által 1657-ben; ez bal kezével jobb mellének és vállának bőrét megfogva, annyira ki tudta azt nyújtani, hogy száját érintette vele. Vagy midőn két kezével bőrét álla alatt megmarkolta, annyira ki tudta húzni lefelé, hogy mellét érintette vele, felfelé húzva szemét és arczát be tudta fedni, sőt még jobban nyújtva, feje búbját érintette. Éppen úgy ki tudta nyújtani a térd bőrét lefelé vagy felfelé  $\frac{1}{2}$  yardnyi hosszúságban. Az így kinyújtott bőr azután magától visszahúzódott, jelölül a bőr nagyfokú kóros rugalmasságának. A különös csak az, hogy az elváltozás csak a jobb testfél bőrén volt jelen és nem gyakorlat útján jött létre, hanem kóros elváltozás következménye volt.

Cutis laxa czímen igen érdekes esetet közöl W. Williams,<sup>4</sup> a mely esetről Du Mesnil<sup>5</sup> és O. Seifert<sup>6</sup> is közöltek vizsgálati eredményeket; e vizsgálatokból levont következtetések részben eltérők e szerzőknél. Az általuk leírt egyén egy P. S. nevű 22 éves fiatal ember, kit Németországban több helyen mint a gummibőrű anatómiai csodaembert mutogattak. Nála családi öröklékenység ki nem mutatható. Előre ment betegségek nem említettek, a beteg nem is tudott bőre elváltozásáról, csak négy év előtt véletlenül fedezték fel, azóta állandóan és rohamosan fejlődött a rendellenesség. A bőr elváltozása daczára izomzata rendes, kissé petyhüdt, bőr halvány, a látható nyákhártyák kis fokban anaemiásak.

Táplálkozás, véralkat, lélegző, nemi és mozgató szervek részről semmi eltérés nincs jelen. Az idegrendszer részéről csak annyiban van eltérés, hogy hideg iránt igen érzékeny, különben a motorikus és vasomotorikus functiók normálisak. A bőr igen száraz, bársonyszerű, állítólag csak igen erős ingerekre izzad. A bőrön látható egyes hegek a rendes bőrön levőknél szemmel láthatólag szélesebbek. Bőr és bőralatti kötőszövet igen

vékony, zsírpárnája igen gyengén fejlett. Legesodálatosabb a bőr nyújthatósága és ama könnyűség, melylyel az alatta fekvő részek felett ide és oda mozgatható, nyújtható, de nem mindenütt egyformán. Így pl. a mellkas felső részének bőrét annyira ki tudta nyújtani, hogy az így képezett nagy redővel mint függőnnyel eltakarta az arczát; míg más helyeken a bőr az alatta fekvő kötőszövettel normálisan összefügg. A bőr kinyújtva igen átlátszó, de elbocsátva azonnal visszaugrik előbbi helyére.

Góresői vizsgálat czéljából Williams az ágyéktájról vágott ki egy darabot és a következő eredményt nyerte: a rugalmas rostok rendesek, kissé hullámos lefutásúak. A stratum papillareban finomabbak, mint rendesen; számuk a rendesnél nem több, inkább hosszabbak. Nagyobb elváltozásokat talált a collagen szövetben, a mennyiben a mélyebb részekben hiányoznak a széles hullámos kötőszövetkötegek, melyeket a rendes bőrben találni lehet, helyettük keskenyebb, de számosabb köteget talált. E kötegek a subpapillaris edényhálózat alatt rendes összetételűek, míg a subpapillaris edényhálózat magasságában a kötegek keskenyebbek és kevésbé sűrűek, magasabban pedig még egyes különálló rostokra is oszladoznak. Az epithel alatt az egyes rostok rostocskára oszlanak, melyek homogen alapanyagba vannak beágyazva a kötőszövet sejtekkel együtt. Az izolált rostocskák itt sokkal ritkább számmal vannak jelen, mint a mélyebb rétegekben, hol kötegekké fonódnak össze. A kötőszöveti sejtek proliferatio jelét nem mutatják. A kisebb edények körül különösen a bőr felsőbb rétegében kereksejt felhalmozódások láthatók. Ezek majdnem mind vándorsejtek. A mélyebb rétegekben különösen a nagyobb edények igen kanyargós lefutásúak. A hajszáledények a rendesnél szintén kanyargósabbak és hosszabbak. Cappillarisok és nyirok-edények különösen a felsőbb rétegekben igen tágak. Az idegek és arteriák kanyargósabbak és így hosszú lefutásúak. Az epithel szerkezetében elváltozás nincs, csupán a sejtek nagyobbak mint rendesen; az epithel felszíne igen ránczos, a faggyúmirigyek igen nagyok, milyeneket rendesen a pofa bőrén lehet találni; feltűnő az, hogy minden metszetben talált ily mirigyeket, míg rendes bőrnél e helyről készített metszetekben csak elvétve találhatni; fibrin sehol sem talált.

Ugyanezen egyén bőréből 19 éves korában Seifert is vágott ki egy darabot, de ő a mellről a második borda magasságában vette a bőrt. Azt találta, hogy a rugalmas rostok teljesen normálisak. Ellenben a cutis-szövet egy teljesen egynemű, alakatlan myxomatosus szövetté alakult át, a fibrin-kötegek teljes eltűnésével. Szerinte ilyenkor tehát a bőr azért lesz teljesen hasonló tulajdonságú egy ruganyos hártárhoz, mert ezen elváltozás folytán a rugalmas rostok kinyújthatóságát rendes viszonyok közt akadályozó fibrosus kötőszöveti gerendázat eltűnik.

Du Mesnil Seifert-tel egyidőben szintén végzett góresői vizsgálatot ez egyénnél. Szerinte a bőr az epitheltől a zsírszövetig normalis rugalmas rostokból, edényekből és sejtekből állt, beágyazva abszolút homogen alapanyagba, szerinte is tehát, mint Seifert szerint, a bőr myxomatosus jellegű volna.

Williams ez esetben a bőr nagyfokú kinyújthatóságát részint az anatómiai viszonyokból magyarázza, mivel a bőralatti kötőszövet és zsírszövet térsztás jellegénél fogva a bőr nincs eléggé összetapadva, részint rendellenes, nyúlós voltából. Erre bizonyásgul, mint klinikai tüneteket felhozza, hogy ha a bőrt egy darabon köröskörül fixálta, a fixált rész nyújtható volt, továbbá, hogy ha egy kinyújtott redőt szabadon bocsátott, az rögtön és tökéletesen visszanyerte előbbi helyzetét.

Mint bonczani bizonyítékokat felemlíti, hogy a kivágott részek igen nyújthatók voltak; keményítésnél az epithel ránczos lett, mivel az epidermis az összehúzó cutissal szemben nem tud ellentállni és bőroedemák láthatók, mit tág capillarisok és nyirkedények bizonyítanak; továbbá az edényeknek, idegeknek és egyéb szöveti szerkezeteknek kanyargós volta szintén bonczani bizonyíték arra nézve, hogy miért húzható ki a bőr oly nagy mértékben, míg a rugalmas szövet csekély elváltozása érthetővé teszi, hogy miért húzódhatik vissza a kinyújtott bőr.

Hogy ezen esetben a bőr ezen anomáliája veleszületett-e vagy sem, nehezen dönthető el. Du Mesnil szerint veleszületett. Bizonyítékul felhozza, hogy myxomatosus szövet csak foetusoknál található, hogy a bőr fejlődésénél a cutis sokáig rostok nélkül



marad, különösen a felsőbb rétegekben. Szerinte az ily bőr a fejlődésben megállapodik, mielőtt rostos kötőszövet jönne létre és így egy homogen alapanyaggal bíró sarjadzó szerkezet az egész életen át tovább képződnek. Ezzel szemben *Williamsnak* az a nézete, hogy sokkal egyszerűbb felvenni azt, hogy a kötőszövet fejlődése rendszeren megy végbe s később egy myxomatous degeneratio áll be, mint hogy továbbfejlődésében gátolva lesz. Ez esetben az is ellene szól a veleszületett elváltozásnak, hogy az egyén csak pár év előtt vette észre ezen elváltozást, bár igaz, hogy nem figyelte meg magát nagyon pontosan.

Mióta észrevették, azóta folyton és rohamosan fejlődött a bőr elváltozása és így ez is a mellett szól, hogy nem veleszületett volt. Az a tény is, hogy az anomalia a mellkas felső részén sokkal inkább előrehaladt, mint az ágyéktájon, szintén bizonyíték a myxomatous szövet congenitalis felvétele ellen, mivel azt sem lehet felvenni, hogy a fejlődés a test felső részében meg lett volna akadályozva, míg az alsó részében nem.

*R. Franz* dr. egy 16 éves fiút mutatott be, ki gyermek-kora óta megszokta, hogy eleséskor nem tenyereivel, hanem könyökeivel fogja fel testét. Ennek eredménye, hogy számos gyulladás, exsudatum, bursitis, olecranon, condylus, tokszalggyulladás, végre tokszalgrepedés keletkezett s a bőr a könyökön rendkívül tágható volt. *Virchow* szerint ez esetben kétségtelen összefüggés van a traumák és a tághatóság között, nem hiszi, hogy a rugalmas rostok atrophijája volna a kórok.

*Kopp* dr. atyán és fiún észlelte a cutis laxa elváltozást. Ezek egyikét *Rossbach* már 1880-ban Würzburgban bemutatta. (Lásd előbb.) *Kopp* görösei vizsgálatot nem végzett a bőrön. Feltűnő volt a bőrnek szokatlan ránczossága és nyújthatósága, a mi részben a bőrnek gyakorlás útján megszaporodott rugalmas rostjaiból, de nagyobb részt valószínűleg egy veleszületett defectusból magyarázható, a mely normalis módon a cutist az alatta fekvő szövetekkel, fasciákkal és periosttal összekötő, egyes hajlamosító helyeken különösen kifejlődött kötőszöveti kötegek által okoztatik. Ez irányban említésre méltó az anomaliának a 8 éves fiún kimutatható átöröklődése. Az atyánál a bőr elváltozása nagyobb fokú volt mint a fiánál, lehet hogy a bőrnek régóta gyakorolt mesterséges nyújtogatása is okozta ezt.

Ezen az irodalomból ily részletességgel összeállított cutis hyperelastica seu cutis laxa névvel jelzett esetekben a bőr legfeltűnőbb elváltozását, mint láttuk, kóros nyújthatósága és rugalmassága képezi, e mellett a bőr alatti zsírszövet erősen megfogyott. Mint a fentiekből jól kivehető, e ritka és különös elváltozás okát nem tudjuk biztosan, de mint azt éppen *Kopp* két esete is bizonyítja, valószínűleg a bőrnek öröklött s így veleszületett degeneratiojával van dolgunk. A fent részletesen tárgyalt görösei vizsgálatok sem nyújtanak egyöntetű képet, de az valószínűnek mondható, hogy a rugalmas rostok alig játszanak szerepet e betegségnél.

Ha már most a közlemény elején teljes részletességgel leírt esetemet a cutis laxa esetekkel szembeállítjuk, azonnal feltűnik a nagy különbség és belátható, hogy az én esetemet, mint egy eddig nem ismert és új kóros bőrelváltozást kell felfognunk s új elnevezéssel ellátnunk.

Esetemben a bőr elváltozása szemben a cutis laxa esetekkel nem a bőr kóros nyújthatóságában és rugalmasságában áll, hanem tisztán tömegében megnagyobbodva, egyszersmind a cutis laxától eltérőleg a bőr alatti zsírszövet is erősen megszaporodva lévén, súlyánál fogva a hason, faron és ezombokon nagy ránczos tömegekben lóg, mintegy lecsúszik a felsőbb testrészekről, a mi érthető, mert az alatti részekkel összenöve, mint fentebb láttuk, sehol sincs. S hogy itt tisztán elcsúszó, lógó bőrrel van dolgunk, mutatja az is, hogy ellentétben a cutis laxa esetekkel az arcz bőre teljesen normális s a nyak, mell és hát felső részén a bőr erősen vékony, feszült, ránczokat nem mutat és a rendesnél jobban nem nyújtható vagyis a lecsúszott súlyos alsó bőrreszek által van csak megfeszítve, s a ránczos lelógó bőrreszek sem nyújthatók nagyobb fokban.

A cutis laxa-esetektől elkülönítendő az én esetem kórközlőleg is, mert míg ott, mint láttuk, kórközlő általában átöröklődő degeneratiót vesznek fel, addig a beteg családjában ilyenféle baj sohasem fordult elő és egész biztosan tudja, hogy ez

elváltozás nála csak 18 éves korában kezdődött s addig egész normális bőre volt. Öröklődés tehát kizárható.

E különös elváltozásnak kórokát nem tudhatjuk, de mint a fenti görösei vizsgálat mutatja, a bőrnek főleg alsó rétegeiben, ott a hol az fixálva lett volna, van a legfeltűnőbb elváltozás, mely különösen az erős nyalábok eltűnéséből és a szövet elnyálkásodásából áll. Okul valószínűleg valami előrement lobos folyamat vehető fel.

Igy a bőr görösei vizsgálata is a mellett szól, hogy itt egy eddig az irodalomban még nem ismert, a hozzá külsőleg hasonló cutis laxa-esetektől teljesen elkülöníthető, különös bőrelváltozással állunk szemben, melynek lényege a bőr lecsúszásában és a bőr alatti zsírszövet megszaporodása folytán nagy ránczos tömegekben lefogásában áll. S így teljesen jogosultnak tartom ez esetet egészen új elnevezéssel ismertetni s mint különálló eddig nem ismert kór-alakot felfogni.

Leghelyesebbnek és az elváltozás lényegét is kifejező elnevezésnek a *chaloderma* nevet tartom (*χαλαω* = meglazulni és *δέρμα* = bőr; magyarul „laza bőr“, németül „Schlaffhaut“). Azt hiszem, esetemnek részletes ismertetése és az eddig ismert hasonló „cutis laxa“-esetekkel történt összehasonlítása jogosulttá teszik az elkülönítést és az új elnevezést.

Irodalom: 1. *Rossbach*: Deutsches Archiv f. klin. Mediz. 36. k. — 2. *W. Dubreuilh*: Annales de dermat. et de syphiligraphie XVIII. 1887. 529. l. — 3. *John Bell*: Principles of surgery. II. kiadás. 1826. III. k. — 4. *W. Williams*: Cutis laxa. Monatshefte f. prakt. Dermatol. XIV. k. 490—501. l. — 5. *Du Mesnil*: Beiträge zur Anat. u. Aetiologie ein. Hautkr. Würzburg. 1890. 1. — 6. *O. Seifert*: Centralbl. f. klin. Med. 1900. január. — *R. Franz*: Verhandl. der Berliner Gesellsch. f. Anthropologie etc. 1892. 454. — 8. *Kopp*: Demonstr. zweier Fälle von Cutis laxa. Münch. med. Wochenschr. 1888. 15. sz.

## T Á R C Z A.

### Berlini levél.

(A Baginsky-féle tonsillotomról. Krause professornak idült gégehurutoknál végezett hangszálag-scarificatiojáról.)

A mandolákat jelenleg általában a Röhr által nem rég dicsőített *Baginsky*-féle tonsillotommal távolítják el. Az eddig tapasztaltak után elismerem, hogy a mi az egyszerűségét és ennélfogva könnyű tisztíthatóságát illeti, ebben határozott előnye van a többi műszerek felett. De, hogy az operatio terét könnyebben áttekinthetők, mint akár a *Rupprecht*-, *Schultze*-, avagy a *Mackenzie*-féle tonsillotommal, azt éppen nem találtam. Elvégre is, az a vékony kis villa, mi a *Baginsky* műszeréről hiányzik, a többi eszköznél sem hátráltatja a betekintést. Előnye volna továbbá, hogy a szájjüregből való eltávolítás nélkül, egy kézzel, gyorsan egymásután, mindkét mandolát eltávolíthatjuk. Erre nézve felvilágosítással igazán nem szolgálhatok, miután úgy *Rosenberg*, mint *Heymann* és *Alexander* stb. két aktusban, kétszeri bevezetéssel operálnak. Szerény magam megkísérlettem ugyan az említett módon mindkét mandolát egyszerre eltávolítani, de a műtét nem sikerült, miután a kis patiens az előbb levágott mandola kiköpésére minden lehetőt elkövetett. Eme nagy sietséget és gyorsaságot különben sem gondolom szükségesnek, nem indicálja azt sem a vérzés, sem a gyermek makranczossága. Nagyon szigorú követelmény, hogy a *Baginsky*-féle műszer kése az oldalain ne legyen kiköszörülve. Az ily műszer, mint Röhr is mondja, a nyelvet könnyen bemetszheti.

Egy berlini klinika assistense, daczára hogy műszere ezen hibában szenvedett, minden baj nélkül távolította el a tonsillákat, de véleményem szerint elég a nyelvnek egy ideges rándulása a műtét pillanatában és egy mély seb a nyelvháton a következmény. A műszernek határozott hátránya, hogy a műtétet csupán a hüvelykujj végezi, a kéz többi része az oldalsó és a műszerre reácsavart nyelet fogja. Az ujjgyűrűkkel bíró tonsillotomnál a hüvelyk, mint támaszpont felé húzzuk a mutató és középujjat, és e mellett mind a három ujjal a legpontosabban fixálhatjuk a gyűrűkésbe beillesztett mandolát. Mint tapasztaltam, a *Baginsky* műszerével ez sokkal nehezebb. Elvégre gyakorlattal minden e célra szolgáló eszközzel célt érhetünk, de miután jelenleg éppen a körül folyik a vita, hogy a *Baginsky*-féle tonsillotom érdemi-e meg az elsősegét társai között, e kissé részletesebb ismertetést nem kerülhettem ki.

Még csupán annyit óhajtanék megjegyezni, miszerint *Jansen* nem barátja a tonsillotomnak. Ő késsel operál, de daczára nagy gyakorlottságának, oly gyorsan még sem képes a műtétet befejezni, mint egy fél annyi ügyességgel bíró ember a tonsillotom segítségével.

Kezdőknek ez a módszer kissé merész volna, de meg a tonsillotommal is levághatunk annyit, a mennyi éppen szükséges.

Az utókezelés itt ép úgy, mint adenotomia után is, csupán a táplálékra vonatkozik, a mennyiben az első napra híg és hideg, a követ-



kező két-három napra hig avagy pépes langymeleg eledelt rendelnek a betegnek. Szájvizet nem adnak, olykor legfeljebb chamomilla-főzetet.

Krause tanár idült gégehurutoknál a hangszálak scarificatioját végezi nagy előszeretettel. Állítása szerint az eredmény kitűnő, azonban sajnos, erről szóló eddig megjelent közleményeit nem igen méltatták figyelemre. Tudjuk, hogy épen az idült gégehurutok sokszor mily makacsul daczolnak minden fajta ecseteléssel szemben. Főleg amaz esetekben, hol a recidivák gyakoriak, a hangszálak megvastagodott, szürkés-pirosas, és a baj, dacára az adstringens kezelésnek, nem javul, a scarificatio sokszor bálmutatos hatással bír.

Enekeseknél ez eljárás leginkább akkor javalt, ha a gyuladt hangszálakon kisebb-nagyobb sarjadzások támadtak, természetesen ez alatt nem értendő a polypok. A műtét a következő: Finom lándzsávalakú és a gége-csont görbületével bíró késsel, előzetes érzéstelenítés után, az arytaenoid porctól egész a hangszálak mellőse tapadásiáig, a musculus internussal párhuzamosan, az egész hangszálakat keresztül-metszi, helyesebben hosszában kétfelé hasítja. Szerencsém volt Krause professor egy ily műtétét közvetlen a gégetükről szemlélhetni. A műtétet egy pillanat alatt valóban irigylendő könnyedséggel és biztossággal végezte. Utóvérzés, leszámítva a sebszéleken megjelenő egy-két vérgyöngyöt, nem következett be. Az utókezelés abban áll, hogy betegnek a műtét után következő huszonnégy órában beszélnie egyáltalán nem szabad, és esetleg a nyakra a műtét napján jegesborogatás alkalmazandó. Az első huszonnégy óra elteltével suttogva keveset már beszélhet, és ugyancsak ez időtől fogva az adstringenseknek a sebszélekre való beecsetelését is meg lehet kezdeni. E kezelési mód Krause szerint a legtöbb esetben sikerre vezet, magától értetődik, hogy a biztos kéz elengedhetetlen.

Berlin, 1900. október 18.

Tóvölgyi Elemér dr.

## Orvosi dolgok a párisi kiállításon.

(Folytatás.)

A legtöbb brochure röviden megemlékezik az egyetem történetéről is, kis áttekintést kaphatunk az orvosi oktatás fejlődéséről. Kezdjük a párisi egyetemről.

Ismeretes dolog, hogy a párisi egyetemet Robert de Sorbonne, IX. Lajos, másképp szent Lajos királyja alapította 1253-ban. A Sorbonne lépcsőházának emeletén freskó örökíti meg ez actust, a mint IX. Lajos átadja Sorbonnenak az alapító levelet. Az alapítás idején ez iskola tulajdonképpen theologiai convictus volt. A mostani épületnek egy része az egyetem templomával együtt XIII. Lajos alatt épült, alapkövét Richelieu tette le 1629-ben. Richelieu cardinalist magát és a család egyéb tagjait a Sorbonne templomában temették el; szép márványemlék jelöli itt Richelieu cryptáját, a mint a fekvő cardinalist két allegorikus alak veszi körül. A szép emlék Girardontól származik a XVIII. századból. Ennek a régi metszetét ott találtuk a retrospectiv részben, egyéb régi rajzokkal, képekkel, a melyek a régi Sorbonne főbejáratát és templomát tüntetik fel, a melynek építését Mercier királyi építész vezette. Idők folyamán az épület kibővült.

1808-ban Napoleon „Université de France” rangjára emeli, de a főépület neve megmarad Sorbonnenak. A legújabb időkben, 1885-ben teljesen átépítették Nénot tervei szerint.

Egész nagy albumot találunk ott Munier Chalmus professortól, telve photographiákkal, a melyek a Sorbonne egyes részeit tüntetik fel, az átépítés előtti időkben.

Pár évvel ezelőtt, 1896-ban kapta meg az „Université de Paris” nevet.

A kiállításon pár adatot a mostani épületről is találunk. Ezek között talán a legérdekesebb művészi photographiai másolata zöld keretben az új nagy amphitheatrum hatalmas freskójának, Puvis de Chavannes „le bois sacré” képe.

Az egyetemről függetlenül alakul meg és fejlődik a párisi orvosi iskola, a melynek eredete a XIV—XV. századra vezethető vissza. XIV. Lajos korában a rue de la Bucherie-ben állott a régi „Hôtel-Dieu” épületeivel kapcsolatosan. Ezen régi orvosi iskola rajzát ott láttuk a retrospectiv részben. Másik rajz az anatómiai amphitheatrumot tünteti fel, a mely 1694-ben szintén XIV. Lajos alatt a „Compagnie royale des maitres chirurgiens de Paris” költségére és vezetése mellett épült. Érdekes két hirdetés van ott 1752-ből és 1762-ből, a mely az akkori thesiseket tárgyalja.

A mostani „École de Médecine” egy része 1769-ben XV. Lajos alatt épült. Erre vonatkozó adatokat szintén találunk a kiállításban, többek között a „Salles des thèses”-ben Girodet festményének másolatát „Hippocrate refusant les présents D'Artaxerce”.

A felsorolt történeti emlékeken, a mondott könyveken és photographiákon kívül az orvosi facultás egy-két intézete eszközöket és egyéb praeparatumokat is állított ki.

Dastre-nek, a Sorbonneban elhelyezett physiologiai laboratorium igazgatójának egész kis szekrénye van ott. Ott látnak kutyaagyvelő-sorozatát 18 darabból. A sorozatban a legelső három kilós, az utolsó 59 kilós kutyaé. Az intézetben Louis Lapique és Charles Bhère által végzett vizsgálat eredménye a collectio. A vizsgálat azzal foglalkozott, hogy a testsúlylyal arányban miként változik az agyvelő nagysága és súlya ugyanazon állatfajnál. Tagadhatatlan, hogy az 59 kilós kutyaé az agyveleje nagyobb, mint a három kilós kutyaé, bár a különbség koránt sem oly nagy, mint a testsúly-differentia után várhatnók.

Dastre szekrényében egyéb apróbb eszközöket is találunk. Ott van pl. a béka tüdőbeli vérkeringésének mikroszkop alatt való feltünté-

tése, a Holmgren-eszköz csekély módosítással. Azonkívül idegéletani vizsgálatokra szolgáló electrodokat, továbbá különféle canule-öket, gyo-morcanule-t, érdekes agyventriculus canule-t, a hypophysis kivételére szolgáló trepánt, az újabb tojáskeverők mintájára készült vérkeverő apparátust, a melylyel a sterilen felfogott vérből steril módon lehet a fibrin kiválasztani, vérsavó decantálására való eszközöket, gipszből készült számodelleket, a melyek a magánhangzók synthesist tüntetik fel, találunk ott. Különösebb leírás nincs az eszközök mellett.

A számodellek futólagos megtekintés mellett érdekesek annyiban, hogy egész más szájfomatot tüntetnek fel, mint a melyet mi használunk az egyes magánhangzók kiejtésénél, hiszen köztudomású dolog, hogy a különböző nyelvek, kiejtések között fennálló különbségeket más-más szájfomatok adják meg, azaz helyesebben mondva, ennek okát az egész toldalékos csőnek, gégebemenetnek, garatnak, orrnak és szájrútnak más más alakításában kell keresnünk. A különböző nyelvű emberek ugyanazon magánhangzó létesítésében a toldalékos cső más más részeit, epiglottist, uvulát, lágy szájpapdot, nyelvet, fogakat, ajkakot, más más arányban, fokban, állásban használják fel, és így jönnek létre ugyanazon hangok kiejtésében azon minimális differentiák, a melyek az egyes nyelveket annyira characterizálják, és a melyeknek a megtanulása oly nehéz, sőt egyes embereknél lehetetlen.

Még egy különös eszközt látnak ott az izomösszehúzó résis-tentiájának viznyomással való mérésére, a hol a folyadékoszlop niveau-jának a változása kifejezője az izomösszehúzó nagyságának s a végzett munkának.

A physikai, chemiai intézetek sok eszközt, praeparatumot állítottak ki. Ezek között ott láthatók Lippmann színes photographiái, a fénynek ezen phonographjai.

Érdekes Giardnak, a laboratoire d'embryologie professorának ki-állítása, a hol a többi között egész collectiot látnak az állatok védelmi alkalmazkodásának — mimetisme protecteur — feltüntetésére. Bizonyos milieuban, környezetben élő állatok annyira hasonlónak válnak a környezethez, hogy felismerésük, megkülönböztetésük, észrehevésük majd-nem lehetetlenné válik, a mi természetesen nagyban hozzájárul az állat megvédéséhez. Az összeállítás igen ügyes, ott látnak száraz ágakat, sárguló faleveleket, az egyik levél foltosabb, sötétebb, a másik világosabb, kevésbé penészes; keressük, hogy miért került ez a mimetisme protecteur neve alá, és csak a mikor egész közelről nézzük meg, vesz-szük észre, hogy ez csak csupasz faág, telerakva összehajlott szárnyával ülő Kallina-lepkékkel. Kár, hogy nem élnek, ha szétnyújtják szárnyaikat, gyönyörködhetnénk felső részük színpompájában.

Látnak ott kérges fatörzsdarabot, a melyen hosszas keresés után tudjuk megtalálni a kis phyllium siccifolium-rovarokat és a madagascari lithinus nigrocrastatusokat, annyira hasonlók e rovarok a fa mohás, zuzmós kérgéhez.

Valamivel távolabb Janet, az experimentalis állattan (Laboratoire de zoologie experimentale) laboratoriumának vezetője állított ki több mesterséges hangyatelepet. Vastag gipsz-lemezek letakarva bársonnyal bevont kemény papírral, függnek a falon. A látogatók leg többjé közö-nyösen vonul el mellettük, nem is gondolja, mit takarnak e papírok. Felemelve a fedőket, üveg alatt hatalmas hangya-societásokra bukkanunk, a melyek a gipszbe vájt járatokban, e mesterséges hangyabolyokban, gondtalanul, nem törődve a kiállítás zajával, élnek immár hónapok óta világukat. Az egyes telepek alatt részletes magyarázó szöveget találunk, a melyek leírják az egyes fajok biológiáját. Ott látjuk a harezias tetramonium caespitumot, a rabszolgákat tartó formica sanguineát, de talán a legérdekesebb a solenopsis fugax és camponatus herculeanus, két különböző hangyafaj, a melyeknek egyike talán a legkisebb hangya-faj, a másika igen nagy hangyából áll. Közös háztartásban élnek egy-más rovására. Majdnem mindegyiknél a járatok egyoldalon szemmel láthatólag nedvesek, míg a vele szemközt levő oldalon mind szárazak; a nedves és száraz lakosztályokon kívül, külön excrementlerakó, külön hulla-kamarákat találunk. Szinte gondolkodóba esünk, hogy ezen apró állatok mily szabályszerű társadalmi rendben élnek és milyen óriási áldozatok árán képesek hadat viselni egy másik hangyabolylyal szem-ben. Ott látjuk feljegyezve, hogy észlelték eseteket, a midőn két ellen-séges hangyaboly 30 meter darabon, több mint egy hónapig küzdött a legnagyobb elkeseredéssel egymás ellen, úgy hogy a sebesültek és holtak ezrei feküdtek szanaszét a földön.

Pekár Mihály dr. és Heim Pál dr.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

#### A tüdővész sanatoriumi gyógyítása.

Közlő: Kuthy Dezső dr. egyetemi magántanár.

Bekezdéssel bizvást hangsúlyozhatom, hogy a mit az alábbiakban a tüdőgümőkór hygienés kezelés-módjáról s a vele összefüggő sanatoriumi kérdésről mint újabb dolgot elmondandó leszek, lényegileg teljesen meg-egyező a fenti czímen 1897-ben megjelent kis könyvem tételeivel és fejtegetéseivel. Ebből leginkább lehet nyilvánvaló, hogy a sanatoriumi tüdővész-gyógyítás a lefolyt három év alatt tényleg beváltotta a hozzája fűzött reményeket.

Persze nem csodátévő specificuma e kezelésmód a tuberculosissnak olyan értelemben, hogy a betegséget máról holnapra nyomtalanul eltűn-



tetni módjában állana. De vajjon gyorsan ér-e el teljes gyógyulást az orvos a syphilis fajlagos szerével s vajjon kórbonezolástani vagy éppen histológiai értelemben teljes restitutio ad integrum más chronikus fertőző bántalmak után gyakran van-e?

Mikor *Kobert* tavaly a berlini tuberculosis-congressuson kijelentette volt, hogy „jelenleg specificumunk a gümőkór ellen nincsen”, valóban nem tett rá mélyebb hatást azon egyszerű oknál fogva, mert ha volna is, röptiben a bajt vele eltüntetni nem tudnók, hosszantartó (idejében hozzálátva, nem is túl hosszú) kezeléssel pedig ma is teljesen kielégítő eredményt mutat fel a sanatoriumi therapia, úgy hogy az idézett látszólag oly deprimaló mondás lényege oda szelidül el, hogy: specifikus szerünk a tuberculosis ellen nincs, de specifikus gyógyító módszerünk igenis van a kór ellenében. Csak élni kell vele s nem szabad ragaszkodnunk a tüdővész gyógyíthatatlansága avult nézetéhez, szakitanunk kell a betegség eltitkolása végzetes szokásával, mindenkor igyekeznünk kell (s erre a házi orvosi működés bő alkalmat nyújt) komolyan vétetni kliensünkkel a persistensebb étvágygyengülést, bármely okból származó erőfogyatkozást, a hűléses hajlandóságot s ha ott van a csúcsban a hurut, ha megvan az első hallható jel (ne várjuk meg a durva percussió váltózásokat!), azonnal utána kell látni a beteg rationalis gyógyításának, nem üveg alá téve őt, hanem minden erővel edzve, erősítve, étvágyát fokozva, egész életmódját a szerint igazítva el, hogy organismusa a fogadás útjáról a gyarapodás ösvényére jusson, akkor az egyén vérképzése is normalissá lesz ismét s ott a sejtek mélyén, a szövetek belsejében, bizony mondom, alapunk is van már rá, hogy állithassuk, megkészhessük a szervezet önön erejéből, hathatós antitoxinok képében, az annyira keresett és tagadott specifikum és ott van benne a vér serumában!

*Petruschky* a *Gesundheit* 1899. évi 19. számában ezen a címen: „Die spezifische Behandlung der Tuberculose” még mindig a *tuberculin*-ről állítgatja, hogy ez a gümös megbetegedés fajlagos orvossága, de hozzát teszi, hogy a gyógyulás csak igen lassan érhető el („auf dem langwierigen und mühevollen Wege jahrelanger aufmerksamer Arbeit”) és hogy a nagyon előrehaladott és secundaer infectiot mutató esetek már nem alkalmasak a *tuberculin*kezelésre. Nos, ilyen specificumunk, sőt ennél külön, van a sanatoriumi kezelésben is, a melyről legalább nem fog bebizonyosulhatni, hogy chronikusan viselkedő gümös folyamatok exacerbatioját bírja létrehozni. Érdekes egyébiránt, hogy maga *Petruschky* is kíváncsún tartja minél több tüdő-sanatorium állítását, a melyek feladatául tűznék, hogy a desperatus eseteket lábraállítsák s ekként „alkalmassá” tegyék a *tuberculin*-therapiára. Körülbelül ugyanaz a jelenlég ez, mint midőn *Cervello* Palermóban egy ottani szép sanatorium hygienés viszonyai között kiválóan hatásosnak találja az ő modifikált formaldehydjt, más néven „igazol”-ját, mely szer azonban oly konok, hogy egyebütt, sanatoriumon kívül alkalmazva, az olasz búvárok nézete szerint is bizony eredménytelen. Megemlíthetjük, hogy *Lardner Green* is (Brit. med. Journ. 1900., Orv. Heti Szemle, 1900. 6.) a „nagyon kedvező eredményt” adó levegőkúra mellett alkalmazta azokat a formaldehyd-inhalatiokat, a melyek a kúra hatását még elősegítették.

Nem is akarunk komolyan foglalkozni *Wassiliew* „elektromos levegő”-jének hatásaival, mert a száj elé tartott hegyes conductor gyenge sístegése bármennyire imponáljon is a statikus gép izoláló zsámolyán ülő betegnek, azt még sem acceptáljuk róla, hogy már „egynehány tüdőtuberculosis-esetet meggyógyított” (Klinische therap. Wochenschrift). Hamarabb hinnénk még a *Hericourt* és *Richet* „Zomotherapiájában”, mely a nyers húst vagy ennek kipréselt, kimosott nedvét igéri védő táplálékul a tuberculosis méreghatása ellen, ha nem kutyán történtek volna az idevágó kísérletek, a mely állat a nyers hústáplálék útján az ő legtermészetesebb cledeléhez jutott, helyes diatétát nyert, s ily módon jobban állhatott ellen a gümös fertőzésnek.

Egyes anyagokban, orvosszerekben és diatetikai fogásokban lehet a tuberculosis panaceáját tovább is keresgelnünk, csak kellő méltatásban részesítsük ezenközben azt a kezelésmódot, mely a tüdővész ellen máris hatalmas fegyverünk, mert az egyenes észjárás tiszta ratiojával van a gümös megbetegedés rombolása ellen irányítva. Ez a sanatoriumi gyógyításmód.

Ismételtelen volt alkalmam ráutalni azokra a *Maragliano*-féle vizsgálatokra, a melyek beigazolták, hogy a gümös toxin halálos dosisával beoltott tengerimalacz életben marad, ha kellő mennyiségű vérsrumot fecskendünk az állatba egészséges, jó erőben lévő emberből, ellenben nincs meg az az oltalmazó hatása legyengült emberek vérsavójának. Az ember jóval kevésbbé fogékony a tuberculosis iránt, mint a tengerimalacz, ez már magában véve ráutal, hogy az ember vérsrumában oldott anyagok inkább bírák neutralizálni a gümőkór toxinjait s átvive a kísérleti állatba, még ebben is kifejtik jelzett hatásukat. A kísérlet második része azonban felderítette, hogy az emberi vérsavó ama közömbösítő ereje elveszhet és nincs meg immár a leromlott szervezetben. Mi a tanulság? Nyilvánvalóan az, hogy igyekeznünk kell úgy prophylactice, mint a therapiaiban minden eszközzel meggátolni a test általános erőbeli állapotának hanyatlását, mert ez a mi disponál a tuberculosisra s ez a mi a ma még oly gyakori fertőzést az emberre nézve igazán veszedelmessé, sőt végzetessé teszi. Tagadhatatlan, hogy fennálló tuberculosis elváltozás mellett a beteg egy circulus vitiosus örvényében van, ebből is azonban ki lehet őt idején ragadnunk, ezt már az egyenes tapasztalat bizonyítja.

„Le clef de la guérison est dans la restauration de l'état général”, mondja a tüdővészről egy értekezésében *Murat* (Gaz. des eaux, 1899) s hogy mivel nyerhet új erőt szervezetünk, ezt minden orvostársam igen jól tudja és a megfelelő factorokat folyton alkalmazza is legclassikusabban az elhúzódó reconvallescentiák kezelésében. Nos, csak összegezni

kell mindazt a hygienés előírást és gondoskodnunk kell szigorú végrehajtásukról s kész a sanatoriumi gyógyítás recipéje.

Ebben az első pont, a vezérszer, a bőséges szabad levegővezetés; mint *R. W. Philip* a „Practitioner” egyik 1899-dik számában mondja, a lényeg, hogy a beteg a nap legnagyobb részét járva, ülve vagy fekve, de mindenképp a szabadban töltsse, éjjel pedig szobájában elegendő friss levegőről történjék gondoskodás. Ezért nevezik is a sanatoriumi kezelést az összes nyelveken más szóval „szabad levegőkúrának” (open air-treatment, cure d'air, Freiluftkur).

Ha a beteg mikroba-szegény levegőt szív be, a secundaer infectiot el fogja kerülni, a tüdő már meglévő sebzése pedig könnyebben gyógyul meg, csak úgy, mint a hogy külső sebek is jobban gyógyulnak a sátorkórház szellős atmosphaerájában, mondja igen helyesen *Burton-Fanning* a *Lancet*ben (1898). Ezt a chirurgiából vett hasonlatot az angolok, a levegő-kúra első megpendítői, különösen szeretik. *Ransome* egy a londoni orvos-sebész-egyesületben 1899 novemberében tartott discussio alkalmával a szabad levegő bőséges élvezetét tüdővésznel az „aseptikus sebkezeléssel” hasonlítja össze s *Broadbent* is hangsúlyozza, hogy a sanatorium óvja meg legjobban a tüdőbajost a secundaer (vegyes) fertőzéstől. Ugyanabban a discussioban *Poore* a jó angol statistikát is felhozta a szabad levegő befolyásának illusztrálására. E szerint a „Registrar General” 55. évi jelentése szerint Anglia férfilakosságának tuberculosis-halálózása a 25—65. életév között általában 1:80/00, a földművelő lakosság körében ez a szám kisebb: 1:30/00, a londoni lakosság körében jóval nagyobb: 2:70/00. Londonban a mortalitás a város kültelkeitől a központ felé rohamosan nő, a *Strand* területén négyszer akkora, mint *Hampstead*-ben.

Már 1897-ben közölte e sorok írójával *Gabrilowitsch*, a finnlandi Halila-sanatorium főorvosa, hogy téli eredményei még jobbak a nyáriaknál: az év hűvösebb szakában az alacsonyabb hőfokú levegő maga is appetitorium, anyageserét fokozó tényező, edző agens s a tüdőbe belehelve, az ott végbemenő chronikus lobfolyamatnak hátráltatója. Hasonlóképpen nyilatkozik most *Burton-Fanning*, s összévág ezzel *Moellernek*, a Berlin melletti sanatorium (Belzig) vezetőjének tapasztalata, hogy levegővel és vízzel még súlyos esetekben is jelentékeny javulás érhető el a phthisio-therapia terén.

A vízkezelés ugyanis a methodice alkalmazott hidegíngerekkel részben külön végzi azt, a mit télszakán a hűvösebb levegő teljesít: emeli az étvágyat és megszünteti jó időre az egyén catarrhalis hajlandóságát. Persze a hydrotherapiában a hidegíngerek támadási felszíne a bőr legnagyobb része, a mi az edző légkúránál nem lehet így, s ennél fogva a vízgyógyítás eszközei még a lélegzés és vérkeringés javítása, meg a veseműködés fokozása révén is kifejtetik jótékony hatásukat az erőiben hanyatló szervezet restaurálására. Vízgyógyintézet nélkül jórávaló sanatoriumot elképzelni nem is lehet immár, sőt a hydiaticus kezelés ambulans alkalmazásától is eredményt látunk, főleg a betegség két első szakában, mielőtt még a vegyes fertőzés romboló hatalma elérte az egyént. Érdekes *Moellernek* az a megjegyzése a „Zeitschrift für Tuberculose u. Heilstättenwesen” I. évf. 2. számában, hogy a korai diagnosist is elősegíti tüdővésznel a vízkezelés, mert az éjjelre alkalmazott kereszt-kötés fellazítja a tödősövek hurutos váladékát, a reggeli hideg lemosás pedig hatalmas expectorans, úgy hogy erre különben köpetet nem ürítő beteg is többnyire produkál vizsgálatra alkalmas váladékot.

S. A. Knopf a New-York Medical Association 1899. nov. 20-dikán tartott ülésében hangsúlyozta, hogy a „gyenge emberek majdnem mindig tuberculosis-jelöltek”. Ha ez ilyen merev formában nem is áll meg (mert akkor pl. a legtöbb adiposus egyén prophylactikus kezelésre szorulna a tuberculosis szempontjából), annyit azonban concedálhatunk, hogy a gyenge vagy a szeszélyes, ingadozó étvágy bizony nemcsak depotentialja előbb-utóbb a szervezetet, hanem sokszor már a tuberculosis prodromái közé tartozik (*Müller K.*). A bőséges, változatos, izletes, jó konyha ezért teszi a sanatoriumok drága gyógyszerét, hogy a beteg táplálása kívánni valót ne hagyasson. Kihaszni az étvágyat minden alkalommal, naponta ötszöri, súlyos esetekben még inkább fractionált étkezéssel, ez egyik további fontos directiva. A mérsékelt túltáplálás a kérdés quantitativ oldala. A qualitativ szempont: vegyes diéta, mert az ember omnivor, tehát sem vegetariánus kosztal, sem tisztán hústáplálással nem tartható fenn virágzó erőben. Az a kijelentése *Drewittnek* az említett londoni orvosegyületi discussio alkalmával, hogy a húsdizeta az ajánlatos, mert „a zoologiai kertben a húsevő madarak sokkal ritkábban halnak el tuberculosisban, mint a növényevők”, nézetem szerint nem eléggé megokolt. Már inkább elfogadnám a *P. Weber*-féle javaslatot, hogy fehérjédús táplálékot adjunk, mert ezzel rendelkezésünkre áll a növényi fehérjék nagy csoportja is s lehetővé válik a diéta változtatossá tétele, a mi minden tudós combinationál jobban biztosítja a főcél, hogy a labilis étvágyú beteg tényleg elegendőképpen egyék és tápláltsága javulhasson.

(Folytatása következik.)

## Könyvismertetés.

**Lenhossék Mihály dr.:** Utmutatás az anatómiai gyakorlatokhoz. Budapest, 1900. Eggenberger-féle könyvkereskedés kiadványa.

Fenti címen kitűnő anatómusunk **Lenhossék Mihály** tanár házagpótló és igen jórávaló kis, 12 ívnél valamivel többre terjedő útmutatót irt hallgatói számára, a mely a bonczani gyakorlatoknál nélkülözhetlen segédkönyvül használható.

**Lenhossék** tanár megtisztelt engem azzal, hogy átnézésül a correctura-íveket nekem megküldte. Örömmel néztem azokat át s kijelenthetem,



hogy magam is ajánlom a könyvet hallgatóimnak, mint igen használható kis útmutatót a bonczatani gyakorlatokhoz.

E kis mű abban különbözik magyar és német elődeitől, hogy a szakszerű anatómiai gyakorlatokat két téli félévre elosztva, akként csoportosítja, hogy az első tételre, mint mi is évek óta tesszük, az izomtant, a szalag- és izülettant, végül a zsigertant vette fel mint olyan fejezeteket, a melyekkel az első éves medicus megbirkózhatik elég könnyen, míg a második téli dolgozásul az anatómia bonyolultabb viszonyait fejtegető, valamint a tájanatómiát átölelő fejezeteket jelöli ki; nemkülönben abban is, hogy, noha a metszések irányára sablonos rajzokat nem is tartalmaz, a munka könnyen érthető modorban leírja a fő metszési vonalakat, irányokat, követve az egyes részek bonczolásának természetes egymásutját, s belévezeti a hallgatót rövid sorraival akként az anatómiai ismeretek tömkelegébe, hogy könnyen utána olvasni, s atlasz segítségével könnyen ki is képes magát ismerni a nehéz viszonyokban. Természetes, hogy nem lehet egy gyakorlati szakmát tárgyaló mű sem olyan, bármily terjedelmes s bármennyire illusztrálva volna is az, ha szakszerű útmutatót a tanszemélyzet nem adna az illetőknek.

Nem szükséges itt az egyes fejezetek tartalmát részletesen felhozunk, az orvos úgy is tudja, az orvosnövendék meg úgy is fogja tudni és látni, mik azok, a miket neki elsajátítani kell; itt e rövid sorainkban csakis az érdeklődők figyelmét óhajtottuk felhívni e kitiű kis műre, a melyet mindenkinek, a ki anatómiával foglalkozik, egyaránt melegen ajánlhatunk.

Thanhoffer Lajos dr.

## Lapszemle.

### Általános kór- és gyógytan.

**Az epe bakteriumai** Fraenkel E. és Krause 128 esetben hullának két esetben műtét után élő egyének epehólyagából vett epét vizsgálva, azt 105 esetben csiramentesnek találták és csak 25 esetben mutathattak ki benne bakteriumokat. Az, hogy az epe vétele halál után rövid időre történt-e vagy nem: nem volt befolyással az eredményre. Kísérleteik során 35 heveny fertőző betegségben elhunyt epéjének vizsgálata szerepel; ezek közül csak négyenél találtak bakteriumokat és pedig typhus-bacillusokat egy typhus-esetnél, streptococcust egy sepsisnél, streptococcust és bakterium coli-t egy-egy rostonyás tüdőgyulladásnál.

Különös jelentőségű az, a mit gümőkórban elhaltak epéjére vonatkozólag tapasztaltak. 36 ilyen hullá közül csak két ízben találtak mozdulatlan pálczikákat és két ízben bact. coli-t. A látszólag csiramentes epe azonban egy köbcentiméteres adagban 11 tengerimalacz hasüregébe fecskendezve, ezek közül öt állat hét heti idő alatt a hasüri szervek gümőkórjában elpusztult. Ez a tapasztalat figyelmeztet arra a veszélyre, a mely gümős egyénekben végzett epehólyagműtéteknél felmerül, ha az epe a hasüribe ömlik. (Hyg. Rundschau, 1900. 12. f.)

Filep.

**A Löwit által leirt haemamoeba leucaemiae magna** Türk vizsgálatai szerint nem a protozoákhoz tartozó parasita, a mint azt Löwit hiszi, hanem műtermék az óriás sejtek szemcséiből. A Löwit által specifikusnak mondott festési eljárással utána vizsgálván Löwit vizsgálati eredményeit, azt találta, hogy számos emberről, a kiknek leucaemiájuk nem volt, de vérükben — leucocytosis nélkül — egy-néhány óriássejt volt jelen, sikerült a classikus „amoeba” képekhez teljesen hasonló készítményt létrehozni. Így sikerült kimutatni a haemamoebát a vérben pertussis, chlorosis, asthma bronchiale, concretio pericardii, paroxysmalis haemoglobinuria és gyomorcarcinoma eseteiben, sikerült továbbá szerzőnek — habár csak nagy fáradsággal — a haemamoebát egészséges házinyulak vérében is kimutatni. A mi Löwit állatkísérleteit illeti, azok épenséggel nem mondhatók bizonyítóknak. Szem előtt tartandó ugyanis, hogy az ép házinyulaknak is tízszeresen több óriássejtjük van a vérben, mint az embereknek. Löwit-nek pedig egyáltalában nem sikerült „leucaemiával fertőzött” házinyulainál a leucaemia valódi bonczatani és szövettani képét létrehozni, hanem a fertőzés sikerült voltát tisztán arra alapította, hogy a nevezett állatoknál chronikusan recidiváló leucocytosis volt jelen és hogy náluk a haemamoebát ki tudta mutatni. De mivel szerző vizsgálatai szerint ez az „amoeba” nem egyéb, mint műtermék, ennél fogva Löwitnek egész argumentatioja az átoltási kísérleteit illetőleg halomra dől, mert idültan recidiváló leucocytosis még óriás sejtekkel sem mondható leucaemiával egyenértékűnek. (Wiener klin. Wochenschr. 1900. 13. sz.)

Hönig Izsó dr.

### Belgyógyászat.

**A meleg levegődouchéról s annak az aërotherapiában való jelentőségéről** ir Frey. Apparatuszt szerkesztett, melynek segítségével a beteg vagy valamely testrésze pontosan szabályozható meleg vagy hideg levegőáramnak tehető ki. Ily módon a melegnek és hidegnek sokkal nagyobb fokai jöhetnek alkalmazásba, mint a hydrotherapiával. A test, ha nem is egész, hanem csak kis része van a levegőnek kitéve — 50 egész + 250° C. temperaturát tart ki; 0 egész + 140°-ot igen könnyen visel el s azért ezek az aërotherapia határai. A nyugvó levegő indifferens pontja 15—45° közt van. Behatóbban tárgyalja a 100—140° közti levegő hatását. Előbb elhalványodás, majd hyperaemia áll be, az illető testrész succulens, petyhüdt lesz, majd térfogata nagyobbodik. A temperaturával növekszik az izzadás. A bőr elpetyhüdése által a mélyebb vér- és lymphedények is tágulnak. Majdnem teljesen ellenkező hatást idéz elő a hideg levegőáram. Ily módon tehát képesek vagyunk egy bizonyos edényterületen hyperaemiát vagy anaemiát előidézni és fentartani, a

sejtélet energiáját fokozni vagy lesozítani. Nagy előnye a készüléknek, hogy egyidejűleg massage is alkalmazható. Eppen ez által igen szép eredményeket látott régi csúszos és köszvényes elváltozások, neuralgiák gyógyításában. (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. III. k. 8. f.) —nt.

**Az oxygentherapiáról** értekezik Michaelis. 150 esetről számol be, hol különböző okokból származó dyspnoëtikus állapotoknál az oxygenbelégzéseket alkalmazta. A subjectiv eredmény mindegyiknél igen jó volt. Egy esetében, hol morphiummérgezés volt jelen szívgyengeséggel, nagyobb mennyiségű oxygen belégzése után a pulsus és légzés hirtelen s fokozatosan javult. Különösen jó hatással van az oxygenbelégzés a széngáz-mérgezésnél, a hol specifikus hatását állatkísérletek is bizonyítják. (Zeitschr. f. diät. u. phys. Ther. 4. kötet 2. füzet.) —nt.

**A szív hullamerevségéről, a szív tonusáról és az atrioventricularis billentyűk functionalis muscularis elégtelenségéről** irt érdekes közleményt Fuchs. Fuchs-nak egy bizonyos kísérleti berendezés segítségével sikerült kimutatnia nyulak és kutyák szívére, hogy a friss — tehát tonus nélküli — normalis hullaszív atrioventricularis billentyűi még igen csekély nyomással szemben sem fejtenek ki elégséges ellenállást, más szóval nem zárnak. Azonban már igen rövid idő alatt, különösen meleg időben 1½ óra alatt is, tehát sokkal előbb, mint a törzs izomzatán beáll a szíven a hullamerevség és ekkor a szív minden mértékben megkisebbedve, atrioventricularis billentyűi nagy nyomással szemben is elégségesekké válnak. Az a tény tehát, hogy a szíven a test összes izmai között a legelső sorban áll be a hullamerevség, igen fontos a kórbonczolókra, kik gyakran kóriszmézik a systolicus szívhalált, ha összehúzódtott, kemény és üres szívet találnak, pedig esetleg csak hullamerev szívet van dolguk.

Abból a körülményből, hogy a teljesen ép, friss hullaszív atrioventricularis billentyűi insufficiensek, szerző azt a következtetést vonja, „hogy a teljesen ellazult szív bonczatani alakja még nem tételezi föl a bi- és tricuspidál billentyűk záró képességét, hanem ehhez még az élő szív tonusa szükséges”.

Az accidentalis zörejeket, melyek anaemiánál, vagy lázas bántalmaknál fellépnek — mindkét esetben az izomzat pettyhüdt, laza —, e tényből könnyen meg lehet magyarázni szerző nézete szerint: a szívizom tonusa csökken, muscularis insufficiencia lép föl és ezzel együtt az atrioventricularis billentyűk is insufficiensek lesznek: szóval a bonczataniilag és szövettanilag teljesen ép szíven a tonus csökkenése által a két- és háromhegyű billentyűk relatív elégtelensége léphet föl annak minden auscultatorikus következményével. (Zeitschrift f. Heilkunde, 1900. 1. füzet.)

Surányi Miklós dr.

### Szülészet és nőgyógyászat.

**A gyermekágyi láz bakteriumai.** Menge és Krönig, kik a lipesei női klinikán már annyit búvárkodtak a bakteriologia terén, most a párisi nemzetközi congressuson tartottak előadást a gyermekágyi lázat okozó bakteriumokról. Vizsgálataik szerint ezek a következők: 1. streptococcus pyogenes puerperalis; 2. staphylococcus pyogenes aureus; 3. gonococcus Neisser; 4. bacterium coli commune; 5. bacillus diphtheriae; 6. diplococcus pneumoniae; 7. különböző obligat anaërob bakteriumok.

Legfontosabbak ezek között a) a genyedet okozó pyogen-csírák (1., 2.); b) a rohadást okozó saprophyta bakteriumok (4., 7.); c) a gonococcus Neisser; míg a többiek (5., 6.), mint a tetanus bacillus is, csak kivételesen, ritkán fordulnak elő. Valamennyi között legveszedelmesebb a streptococcus, mert ez támadja meg legtöbbször a szervezetet, oly módon, hogy mint fakultatív anaërob bacterium, benyomul akár a nyirok-, akár a vérerekbe. Már a staphylococcusnak, mely pedig a sebeszet többi mezején intensív inficiáló képességéről ismeretes, itt csekély szerep jut; ezt a különbséget ez idő szerint nem tudják megmagyarázni. De az infectio totaterjedése a bejuttatás helyéről streptococcus-infectionál is elég ritka; Menge és Krönig csak az összes esetek 70%-ában constatalhatták a gyulladás tovaaterjedését az endometriumról; legtöbbször spontán gyógyulásnak indul a streptococcus puerperalis-infectio is; sőt lefolyhatik a gyermekágyas egészségének minden zavara, le minden hőemelkedés nélkül, csupán a lochia lesz bővebb, már akár véres, akár genyes. E nagy különbségeket az okozott baj súlyosságában a bejuttott bakteriumok számából, virulentiájából s a gyermekágyas nő dispositiójából igyekeznek kimagyarázni.

A saprophyta csírák, mint obligat anaërob bakteriumok, csak ott képesek tenyészni, hol oxygen nem éri őket: elhaló szövetekben, vértrombusokban, vagy legfőkébb a nyirokerekben; a keringő vérben nem. Ehhez képest ritkábban is támadják meg a szervezetet; de kivételesen azért halált is okozhatnak metrolymphangioitis, peritoneitis útján. Alakjukban semmi különös nincs: hosszú és rövid pálcza, komma, sőt láncalakban is előjönnek s ezek ekkor még festés tekintetében sem különböznek a főntebbi pyogen fajtáktól, melyekkel legalább egy ideig együtt is fordulhatnak elő (symbiosis).

A gonococcus okozta gyermekágyi láz klinice is charakteristikus s általában enyhébb természetű.

Ezek után azt a kérdést vetik fel maguk a búvárok, honnan jönnek e sokféle csírák, s hogy kerülnek a gyermekágyas sebeihez? Mint saprophyták, találhatók ezek a bakteriumok mindenütt, így közelebről a terhes vagy szülő nő hüvelyében, a nemi részek bőrén, a környező tárgyakon. De éppen mert saprophyta-életre vannak kárhoztatva, ezek a csírák virulentiájukat veszítik s ha szülés közben vagy a gyermekágyban bejutnak is, vagy egészen ártalmatlanok, vagy csak enyhe megbetegedést okoznak. Ezért nincs se értelme, se célja azoknak a törekvéseknek, hogy a szülés alatt prophylaktikus öblítésekkel desiniciálják



a szülöcsatornát. Ellenben virulens alakban is előjönnek ezek a csirák a szülésnél segédkező baba vagy orvos kezén, zerszámain, melyek betegeskel, betegek váladékával mindennap jöhetnek érintkezésbe, pedig a kéz biztosan sterilizálni nem is tisztítható meg. A gyermekágyi láz megelőzésére czélzó törekvéseinknek azért erre a pontra kell irányulniok. (Érdekes látni, miképpen jut a legmodernebb búvárkodás legfinomabb fegyvereivel is ugyanazon végső eredményekre, melyekre a mi magyar szülészeti iskolánkat rávezette a józan megfigyelés, már ide s tova több mint két évtizede. Megegyezők a további deductioink is — egy kivétellel: Lelkiismeretesen tisztogassuk meg kezeinket a szülő vagy gyermekágyas nemi részeinek minden érintése előtt. Lehetőleg kerüljük a belső vizsgálat, a mikor nem okvetlenül szükséges. Még inkább kerüljük, a hol csak lehet, az operatív beavatkozást, melylyel nagyobb sebeket okozhatunk, különösen a szülés harmadik szakaszában. M. és K. ezeken felül a sterilizált gummikeztyűket ajánlják nagyon minden ily alkalomra. Ez ajánlatot azonban mi már nem fogadjuk el. A gyermekágyi halandóság további javítására ennél józabb eszközöket remélünk a jövőtől. Ref.) (Centralbl. f. Gyn. 1900. 32. sz.)

Doktor dr.

### Bőr- és bujakórtan.

Az epicarin alkalmazását a bőrkórtanban Pfeifenberger 50 esete kapcsánitéli meg. Az epicarin vöröses por, kissé savanykás szagú, naphthol-származék (kresotinsav és naphthol összesűrítéséből keletkezik), alkoholban, aetherben, vaselinben stb. jól oldható. Scabies, eczema és prurigo eseteinél alkalmazta, azonban eczémánál eredménytelen volt, sőt még rosszabbodás is volt utána észlelhető; annál szebb eredményeket ért el vele scabies és prurigo eseteiben. A vesékre sohasem volt izgató hatással; e mellett kellemetlen szaga sincs, a kezelés pedig tiszta. Gyermekekénél, a kiken kísérleteit végezte, az epicarin kenőcsöt következő alakban rendelte: Rp. Epicarini 7-0, Cret. alb. 2-0, Vaselini alb. 30-0, Lanolini 15-0, Axung. porci 45-0. M. f. ungu. (Klin. therap. Wochenschrift, 1900. 19. sz.)

Hönig Izsó dr.

A syphilisnek gyógyításáról jodalbiciddal számol be Briess 25 a legkülönbözőbb stadiumban gyógykezelés alá jutott esete kapcsán. Betegei 8—12 darab 0-5 gm.-os pastillát vettek be naponként és a gyógykezelés tartama alatt némelyik 200, sőt egyik 400 pastillát is szedett. Néha, állítólag a készítmény régi volta okozta, kellemetlen mellékhatások (szédülés, fejfájás, gyomornyomás) miatt a szert el kellett hagyni. De a friss készítményeket a betegek szívesen vették és jól tűrték. Jodismus tünetei nem mutatkoztak, jodacne sohasem észleltetett. A chemiai vizsgálattal már rövid idő múlva sikerült a jodot a nyálban és a vizeletben kimutatni. Hatására vonatkozólag egyéb szerzőkkel (Zuelzer, Bernheimer, Lefort) egyetértésben ő is azt találta, hogy hatásosnak bizonyul a másodlagos és harmadlagos stadium mindazon eseteinél, a hol hosszabb jodkezelés indokolt vagy a hol egyéb jodkészítményeket a beteg nem tűr; ellenben friss syphilis eseteiben, valamint a későbbi stadiumban, a hol erőlyes jodkezelésre van szükség, nem ajánlható. Nem megvetendő előnye a jodalbicidnak, hogy az elhasznált jodmennyiség pontosan meghatározható, hogy káros mellékhatások teljesen hiányzanak dacára a nagy jodtartalomnak és végül, hogy teljesen iztelen, ellentétben egyéb jodkészítmények kellemetlen ízével. (Wien. med. Wochenschrift, 1900. 15. sz.)

Hönig Izsó dr.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Meningitis cerebrospinalis tuberculosa egy gyógyult esetét közli Henkel a hamburg-eppendorfi kórháznak Rumpel vezetése alatt álló osztályából. A baj gümőkóros természete egészen biztos volt, mert a punctio útján nyert spinalis folyadékban gümöbaccilusokat sikerült kimutatni. A kezelés calomel adagolásában (5 centigramm kétszer naponként) és néhány 28—29-os fürdő használatában állott. Daczára a nagyon súlyos meningitises tüneteknek, a 10 éves fiú felgyógyult. bizonyosságul annak, hogy meningitis cerebrospinalis tuberculosa nál a prognosis, daczára a positiv bacillus-leletnek, a neuritis opticának és a szemizmok paresisének, nem absolute rossz. (Münchener medic. Wochenschrift, 1900. 23. sz.)

Sebészi gümös bántalmaknál Mortari nagyon jó eredményeket ért el jod-jodkali-oldatok befecskendezésével. A következő oldatból: Jodium purum 0-30, Kalium jodatum 3-0, Glycerinum, Aqua destillata aa 50-0 minden harmadik nap 5 köbcentimetert fecskendez be. A jod ugyan nem öli meg a gümöbaccillust, ennek mérgező termékét azonban ártalmatlanokká teszi; azonkívül a szervezetet ellentálló képességét növeli, a kóros termékek kiürülését elősegíti és új szövet képződését előmozdítja. Csak arra kell ügyelni, hogy a jod-jodkali oldat a gümös gócz valamennyi kiöblösödéséhez jól hozzáférhessen. (Gazetta degli ospedali, 1900. 81. sz.)

A tuberculosis gyógyítására Carossa a pilocarpint ajánlja labdacsalakban, többször naponként véve. Egyidejűleg természetesen a hygienikus és diatetikus kezelés fogatosítandó. Szerző állítása szerint azon gümőkórosoknál, kiknek lázuk nincs, már az első pilocarpin-adagok után tetemes javulás mutatható ki. (Hyg. Rundschau 1900. 12. sz.)

### Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. november 2.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 42-dik hetében (1900. október 14-dikétől október 20-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elvezületett 439 gyermek, elhalt 255 egyén, a szüle-

tések tehát 184-el multák felül a halálozásokat. — Születések aránya: 1000 lakosra: 33-3. — Halálozások aránya: 1000 lakosra: 19-3, az egy éven felüli lakosságnál: 14-0, az öt éven felüli lakosságnál: 12-2. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 1, pertussis 0, morbilli 2, scarlatina 8 variola —, cholera asiat. —, typhus abdominalis 4, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 5, meningitis 10, apoplexia 11, eclampsia 6, szervi szívbaj 13, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 22, tuberculosis pulmonum et phthisis 50, diarrhoea et enteritis 15, gastro-enteritis 27, rák és egyéb újképletek 7, ezek közül méhrák 0, morbus Brightii et nephritis 4, rachitis 0, scrophulosis 1, veleszületett gyengeség és alkat-hiba 22, atrophia et inanitia 1, marasmus senilis 7, erőszakos haláletet 5, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 0, baleset 5, kétséges 0. — II. Betegedés. A) Betegforgalom a városi kórházakban. A mult hét végén volt 2498 beteg, szaporodás e héten 762, esőkkenés 745, maradt e hét végén 2515 beteg. B) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi október 15-dikétől október 21-éig terjedő 42. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 61 (62), diphtheria, croup 19 (20), hagymáz (typhus) 8 (9), kanyaró (morbilli) 102 (74), trachoma 15 (3), vérhas (dysenteria) 3 (4), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 15 (14), orbáncz (erysipelas) 15 (19), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0), ezenfelül varicella 35 (38).

— Bauer dr. fogorvos november 1-jétől kezdve Deák Ferencz-utca 15. sz. alá tette át lakását.

+ Figyelmeztetés. A közérdek megóvása czéljából batorkodunk t. kartársaink figyelmét a „Magyarország” című napilapban megjelent egy pályázatra azon megjegyzéssel felhívni, hogy ezen állást valamelyik kartárs el ne foglalja, mert a pályázatot hirdető Földvár Tamás ezen állás alatt csak czégért keres kuruzslásának leplezésére. Nevezett Földvár Tamás kuruzslásért már jogvérvényesen el is volt ítélve és jelenleg is meg van indítva ellene kuruzslás miatt a bűnvádi eljárás. Az Országos Orvos-Szövetség szatmármegyei fiókjának rendkívüli közgyűléséből.

< Megjelent tankönyvek és füzetek: Győry Tibor dr.: Magyarország orvosi bibliográfiája 1472—1899. A Magyar Tud. Akad. hozzájárulásával kiadja a Magyar orvosi könyvkiadó-társulat. 1900. — Fabinyi Rudolf dr.: Rektori beszámoló beszéd a kolozsvári egyetem 1899-1900. tanévéről. Kolozsvárt, 1900. — Alexander Béla dr.: A szepesi orvosgyógyász-egyet evkönyve 1899. évre. Késmárk. 1900. — Nagy Képes Világtörténet 75—78. füzet, melyekben a középkor történetének leírása kezdődik. Egy-egy füzet 60 fillér. Révai testvérek. Budapest. — Méhely Lajos tnr. szerkesztésében: Az állatok világa, mely Brehm Alfréd híres „Thierleben” cz. munkájának lesz magyarra áttüztetése. Megjelenik füzetként hetenként pénteken. A munka 10 kötet lesz, 200 füzetben, 1800 művészi fametszettel, 80 fekete nyomású és 100 remek aquarellszerű színes műlappal. Egy-egy füzet ára: 80 fillér. Eddig megjelent az 1. és 2. füzet. Az összes 10 kötet ára bekötve 180 korona leendő. Kiadják: Légrády testvérek. — Prof. Dr. Friedrich v. Korányi: Die Behandlung der croupösen Pneumonie. Klny. Wiesbaden. 1900. — Prof. Dr. J. v. Bókay: Offener Brief an die Redaction d. Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1900. Klny. — Prof. Dr. Th. v. Marschalkó: Zur Histologie des Rhinoscleroms. Braumüller. Bécs. 1900. Klny. — Dr. Heinrich Schuschny (Budapest): Ueber die geistige Ermüdung kleiner Schulkinder. Klny. 1900. — Dr. Jessner's Dermatologische Vorträge f. Praktiker. 4. f. Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung. Második javított kiadás. Würzburg, 1900. ára 80 német fillér.



Magyarországi főraktár: Budapest, V., Zoltán-utca 10.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő  
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencéiben az ásványvíz naponként négyszer megújul, locais iszapborogatások. Minden nemű gyógy- és ádító-fürdők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját üzemb. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” (Ujannon épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére.) Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospektus.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tud. Akadémia. (III. osztály ülése 1900. október 22-dikén.) 696. l. — (Összes ülés 1900. október 29-dikén.) 696. l. — Országos elmeorvosi értekezlet Budapesten. 696. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XIV. bemutató szakülés 1900. október 24-dikén.) 698. l. — A párisi XIII. nemzetközi orvosi congressus szak-üléseiből. 699. l.

## Magyar Tud. Akadémia.

(III. osztály ülése 1900. október 22-dikén.)

Elnök: Than Károly; titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű értekezést tartott:

Laufenauer Károly lev. tag, bemutatva Ráthonyi Reusz Frigyes dr. értekezését: A *spalax hungaricus* (typhlas), földi kutya, Blindmaus (Ordo: Rodentia, Familia: Spalacidae) agyvelejére vonatkozólag. A három főirányban készült metszetsorozatok alapján — melyek közül a frontális metszetek sorozata 634, a sagittális metszeteké 245 s a horizontálisaké 234 metszetet számlál — végzett vizsgálatok eredménye a következőkben foglalható össze:

I. a) A *spalax* agyveleje makroszkopice is eltér más rágcsálók agyvelejétől 1. a lobus frontalis tompasága, 2. a hemisphaerák hátsó szélének egyenes lefutása s a kisagy szoros odasimulása, 3. a tractus opticus és chiasma vékony volta és 4. a ventralis felszinen látható, a vakondnál Ganser által leírt ovalis kiemelkedés által. b) A vakond agyvelejétől főleg abban különbözik, hogy 1. lobus olfactoriusa sokkal gyengébben fejlett és hogy 2. a fascia dentata a subiculum alól nem látszik ki.

II. A mikroszkopi lelet sajátosságai: 1. Az agykéreg sejtrétegei jól kifejezettek, a külső, kisebb pyramisok rétege korán oszlik két önálló rétegre. 2. A fornix superior gyengén fejlett s vékony rétegben van szétoszolva. 3. Az amonszvar kiterjedése tekintetében közöttük áll a nyúlak és vakondnak, de sokkal közelebb előbbihez. 4. A fascia dentata alsó lemeze jelentékenyen fejlett, s frontális metszeteken először is ez jelenik meg. 5. A fornix a stratum zonale alsó belső végével majdnem teljesen egybeolvad, s belőle jelentékeny mennyiségű rostot vesz fel. 6. További futásában folytonosan csökken, keresztmetszetében a corpus mamillareba nem tér be, csupán egy enyhén jelzett hajlatot alkot feléje. 7. A fornix superior és inferior a direct egyikből a másikba futó rostok mellett jelentékeny számú más eredetű és önálló lefutású rostot is vezetnek. 8. A thalamus homloki vége szabadon jelenik meg a gyomrocsürben. 9. A két látótelepnek (egy nagyon kiterjedt commissura mollisnak megfelelő) összenövése folytán a harmadik gyomrocs függélyes szára két vízszintes ágra oszlik, melyek egymással csak elől communicálnak, s melyek közül az alsó a corpus mamillareban vakon végződik. A harmadik gyomrocs ezen alakulása minden oly kisebb emlősnél is észlelhető, melynek thalamusai a jelzett módon összenöttek. 10. A thalamus mellő nyele igen erősen és önállóan fejlett, valamint a stratum zonale feji része. 11. A corpus geniculatum laterale nagy mértékben atrophizált. 12. A ganglion habenulaetól laterálisan egy önálló mag látható, melyből a Meynert-féle kötegnek számos rostja látszik eredni. 13. A *spalax* szeme a bőr alatt van elrejtve; szemlencséje s jól fejlett egyes rétegei nincsenek, a pigment benne nagy rögökben van felhalmozva. 14. Az opticus velős rostokat nem tartalmazó kötőszöveti köteg, ugyanez áll a tractusról és chiasmáról. 15. A Gudden-féle commissura jól fejlett, s közvetlenül érintkezik a Meynert-féle commissurával, jól különböztethető meg a ritkás decussatio ventralis thalami is. 16. A három köteg rostjai a pes pedunculi külső, illetve belső oldalára követhetők, s ebben, valamint a capsula internában tűnnek el. 17. A corpora geniculatában nem voltak oly rostok találhatók, melyeknek a tractusból való származása valószínű lett volna. 18. Azon rostok, melyek a corpus geniculatum mediale felszínén futnak, a rácsos rétegből (Gitterschicht) származnak. 19. A mellő ikertestek felső fehér rétege — némileg ellentétben Gansernak a vakondnál tett észleletével — teljesen hiányzik, miből az következik, hogy ezen réteg rostjai tisztán a látóidegből származnak vagy vele legalább is igen szoros összefüggésben vannak. 20. A felső szürke réteg, mely így módon a középsőtől nincs elválasztva, szintén jelentékenyen sorvadt. 21. A Meynert-féle fontaine alakú kereszteződésnek a középvonal mellett az oculomotorius tájékára felsugárzó rostjai teljesen hiányzanak. 22. A mellő ikertestek középső és mély velős rétege jól fejlett, utóbbinak egy felső részlete a hátsó ikertestekbe is követhető. 23. A szemmozgató idegek magvainak és rostjainak semmi nyoma nem található.

(Összes ülés 1900. október 29-dikén.)

Elnök: Bárány Eötvös Loránd; főtítkár: Szily Kálmán; I. oszt. titkár: Gyulai Pál.

Högyes Endre r. tag: Emlékbeszéd Pasteur Lajos akadémiai kultúról. (Ez emlékbeszédet egész terjedelemben közöljük.)

## Országos elmeorvosi értekezlet Budapesten.

I. ülés 1900. október 28-dikán délelőtt.

Korelnök Bolyó Károly megnyitja az értekezletet, üdvözlölve a megjelenteket, a kik Chyzer Kornél ministeri tanácsost választották meg elnöknek, a ki a következő elnöki megnyitót mondotta:

Ha önök, uraim, engem tiszteltek meg azzal, hogy a magyar elmeorvosok ezen első értekezletét megnyissam, akkor midőn hazánk számos kiváló nagyérdemű és nagynevű elmebúvárral dicsekedhetik, azt csak hivatalos állásomnak tulajdonítom, melynél fogva mint az elmebetegügynek előadója a magas kormánytól hivatva vagyok ezen ügy közgazgatási részével behatóan foglalkozni és annak fejlesztésén önök szakismeretének segítségével közreműködni. Önök ezen tisztségnek reáruházásával módot akartak nekem nyújtani, hogy ezen értekezlet tárgyalásairól, melyek az elmebetegügy minden ágára kiterjednek, személyes és közvetlen tudomást szerezzek orvosi tudományunk ezen nehéz ágának haladásáról, hazánk elmebetegügyének hiányairól s javításának és fejlesztésének eszközeiről. Örömmel ragadtam meg az alkalmat, hogy ily jeles bajnokok előadásából tanulságot merítsek s legyenek meggyőződve, hogy nálam figyelmesebb és hálásabb hallgatójuk nem lesz.

Engedjék meg azonban, hogy mielőtt a tárgyalásokhoz hozzáfognánk, beszámolhassak önöknek a magam tevékenységéről és irányomról e téren. Midőn hét évvel ezelőtt a közegészségi osztály vezetését átvettem, az elmebetegügyet csakhamar olyannak ismertem fel, melyet nem tartottam a magyar állam méltóságával összeférhetőnek.

Törvényünk azt rendeli, hogy minden gyógyítható és gyógyíthatatlan közveszélyes elmebeteg elmeegógyintézethez helyeztessék el, de helyünk annyi sem volt, hogy csak a legősebb szükségnek megfelelőhettünk volna. Igyekeztem tehát mindenekezzel azon, hogy a szegény elmebetegek elhelyezésére szükséges férőhelyeket teremtsünk.

Mint azt a belügyministerium által a jelen évben közzétett jelentésből az elmebetegügy állapotáról az 1899. évben s ezen ügy rövid történeti áttekintéséből ismerik, arról az ország mostoha pénzügyi helyzetét le kellett mondanom, hogy elmeegógyintézeteink újabb nagyobb szabású intézettel szaporíttassanak. Meg kellett ragadnom azon véletlen kedvező körülményt, hogy Szabolcs vármegye régi megyeházát e célra igen alacsony áron felajánlotta; így jött létre a nagykállyi elmeegógyintézet, mely ma 300 elmebetegnek nyújt menedéket.

Egyes ügybuzgó kórházi igazgatók folytonos panaszokkal fordulván hozzám, hogy a behozott elmebetegeket helyszűke miatt elutasítani kénytelenek, arra buzdítottam őket, hogy építsenek nagyobb elmebetegosztályokat s az elmebetegeknek 1895-ben elrendelt névszerinti összeírása eredményéből látván azt, hogy az állam még igen sokáig nem lesz képes a törvény fent idézett rendelkezéseinek megfelelni, kilátásba helyeztem nekik, hogy elmebetegosztályuk sohasem fog üresen állani.

A belügyminister úr ő nagyméltóságának megbízásából bejárva Niedermann barátommal, kit az elmebetegügy terén mesteremnek mondhatok s kinek visszavonulását e tőről mindnyájan fájlatjuk, a nyugati országokat, behatóan megismerkedtem a nyugat gazdasági és családi coloniáival s hazatérve, meg is tettük az előmunkálatokat ilyeneknek hazánkban való létesítésére, s daczára annak, hogy egyes városok nagy anyagi áldozatokkal járultak volna gazdasági coloniák létesítéséhez, sem ilyenre, sem pedig a Lipótmezőn toldalékképpen építendő 50 hülye-gyermek számára való pavilonra sem volt fedezet.

De napról napra szaporodván az esetek száma, hol a törvényhatóságok sürgetik az elmebetegek felvételét, most is csak egyes kórházakat kell buzdítanom elmebetegosztályaik gyarapítására.

Tudom azt igen jól, hogy önök az elmebetegügynek ily irányú fejlesztését nem helyeslik, sőt elítélik s fent idézett jelentésünkben, mely leginkább a külföldnek volt szánva, meg is mondtuk, hogy ezt nem tartjuk idealisnak, de a szakember meghátrál itt a közgazgatási tisztviselő előtt, ki a bajon csak ez úton tud segíteni.

Azt szintén felesleges önök előtt mondanom, hogy az állami intézetek az ilyen kórházi elmebetegosztályokba majdnem kivétel nélkül oly beteganyagot küldenek, mely csak ápolásra és nem gyógyításra szorul.

Ily irányú törekvésemben elértük azt, hogy ma 1000 férőhely-többlettel rendelkezünk, mint hét évvel ezelőtt.

Jelen beszámolómat azon reményem kifejezésével zárom be, hogy az ország pénzügyi viszonyai talán már a legközelebbi időben meg fogják engedni, hogy a közegészségügy ezen ágát a művelt nyugat módjára fejleszthessük.

Ezzel az ülést megnyitom.

Az értekezlet ezután megválasztja társelnököknek Babarezi Schwartzter Ottó udvari tanácsost és Laufenauer Károly egyetemi tanárt; titkárral Epstein Lászlót; jegyzőül Németh Ödönt és Verubek Gusztávot; pénztárossal Stein Fülöpöt.

Titkár ezután felolvassa az országos elmeorvosi értekezlet keletkezésének történetét; majd felolvassa a képviselt testületeket. Képviselve voltak a belügyminister (Gullner Gyula államtitkár, Chyzer Kornél ministeri tanácsos, Blum Ödön titkár), a honvédelmi ministerium (Nagy Albert főtörzsrósvos, Csáp Miklós törzsrósvos, Szilágyi József törzsrósvos, Horetzky ezredorvos); a vallás- és közoktatási ministerium (Tóth Lajos és Szabó Sándor osztálytanácsosok); az igazságügyi ministerium (Baumgarten Izidor osztálytanácsos); orsz. közegészségi tanács, orvoskari tanártestület (Bókay dékán, Laufenauer Károly, Moravcsik); a budapesti kir. orvosegyesület, közkórházi orvostársulat, igazságügyi orvosi tanács, kolozsvári egyetemi tanári kar (Lechner Károly).



Babarczy-Schwartzter Ottó előadása „Az állami elmeorvosintézetek orvosi helyzetéről”. (Egész terjedelemben közölni fogjuk.)

Előadás után Chyzer Kornél, majd Oláh Gusztáv mondanak előadónak köszönetet.

Utána Konrád Jenő előadása következett: „Az elmeorvosintézetekben elhelyezett betegek elmebetegségének és az abból való gyógyulásnak megállapításáról s a kapcsolatos adminisztratív és bírói intézkedésekről.”

Előadó konstatálván, hogy időnkint vádakat merülnek fel az elmeorvosok ellen, hogy ezek nem elmebeteg egyéneket a tébolydákban tartanak, úgy az intézetek, mint az elmeorvosok érdekében állónak tartja, ha maguk az elmeorvosok kéri az *extern ellenőrzési rendszer kiterjesztését* az összes elmeorvosintézetekre, tehát az államiakra is. A gyakorlatból merített példákkal rántal arra, hogy hol és mennyiben lehetséges a tévedés vagy a rosszhiszeműség, a tébolydába való felvétel és a gyógyultnak való elbocsátás körül. Hogy az egyéni szabadság ezen a téren is lehetőleg megvédessék, úgy a beteg, mint a gyógyult nyilvánítás, tehát a gondnokság alá helyezés s az az alóli felmentés, törvényszéki bizottság véleményétől tétessék függővé. Javaslatát 7 pontba foglalva terjeszti elő.

Laufenauer Károly az extern ellenőrzést szükségesnek tartja, szükséges továbbá a gondnokság alá való helyezést elodázni vagy legalább ideiglenesen tekinteni, míg a gyógyulás reménye megvan; de minden esetre egyszerűsíteni kell az eljárást. A betegségbe való be nem látást szülő sem tartja a gyógyulatlanúság tünetének.

Salgó Jakab, Fischer Jakab, Pándy Kálmán, Schwartzter Ottó szükségesnek tartják az extern ellenőrzést. Telegdi Zsigmond, Moravcsik E. Emil, Szigeti Henrik, Gróf Kálmán szintén.

Elnök javaslatára előadó propositioi a szervező bizottsághoz utasítottak.

## II. ülés 1900. október 28-dikán délután.

Elnök: Chyzer Kornél, később Laufenauer, Buth, Major, Oláh, Pándy. Jegyzők: Epstein, Németh.

Fischer Jakab előadása: „Az indulatban elkövetett bűncselekményekről orvostörvényszéki elmeorvosi szempontból.”

Előadó kiindul abból, hogy a magyar büntető törvénykönyv 76. §-a szerint nem számítható be a cselekmény annak, ki azt öntudatlan állapotban követte el, vagy kinek elmebetegsége meg volt zavarva és e miatt akaratának szabad elhatározási képességével nem bírt. Az indulatban elkövetett bűncselekmények tehát csak az esetben nem volna számíthatók, ha az indulat oly fokot ért el, hogy vagy öntudatlanságot vagy elmezavart okozott. Mint enyhítő körülmény az indulat a büntető törvénykönyv több szakaszában szerepel, de a büntetést kizáró okul csak a jogos védelem határait túllépő eseteknél találjuk. Előadó kifejti az indulatnak a szellemi életre való kölcsönhatását, mely egyes esetekben olyan fokú lehet, hogy nemcsak a szellemi funkcióknak muló zavarát, öntudatlanságot okozhat, de kihathat az agynak a tengerleti működést szabályozó központjaira és ilyenkor ájulást, sőt egyes esetekben, a mint előadónak is egyszer észlelni alkalmá volt, halált is okozhat. Előadó minden indulatban elkövetett cselekménnyel az orvosi vizsgálatot is szükségesnek tartja, mivel látszólag enyhe indulatok is elmebeteg egyéneknél kóros visszahatást szülhetnek. Az indulat magában véve azonban az orvosra nézve még nem lehet irányadó, mivel az orvos nemcsak a bűncselekményt, de első sorban a bűntevőt vizsgálja és csak az esetben fog határozott véleményt adhatni, ha megállapíthatta, hogy a bűntevő cselekménye elkövetésekor tényleg öntudatlan állapotban volt. Elmebeteg egyének természetesen már eo ipso kizárandók. Épelmejűeknél pedig az öntudatlansági állapot megállapításánál irányadók lesznek: vádlott izgatott állapota az indulat kitörése előtt, magaviselete a bűncselekmény elkövetése alatt, a bűncselekménynek elkövetési módja, mely mindig a vak ösztönszerűségnek és az öntudat zavarának képét mutatja, magaviselete a bűncselekmény után, mely többnyire az elfásult kedélyállapot és a kimerülés jelenségeit mutatja, végül az emlékezésnek vagy teljes hiánya, vagy hiányos, álomszerű volta.

Szigeti Henrik indokoltan tartja, hogy a vádlott elmebeli állapota minden esetben megvizsgáltassék. Erre most a laikus esküdtbíróóság működése mellett igen nagy szükség van.

Oláh Gyula csatlakozik előadóhoz, mert egész sora az eseteknek nem kóralak, de eltér a normalistól.

Salgó Jakab szerint csak addig menjünk, a meddig a tudásunk ér, azontúl ne.

Lechner Károly előadása: Psychomechanikai törekvések az elmeorvosok körében.

Előadó az értekezőt figyelembe akarja ajánlani az újabbbi biomechanikai kutatás eredményeit, a mennyiben azok az elmeorvosok számára sikerrel volnának kiaknázhatók. Utal az energia változásaira, a mint azok potentialis és kinetikus energiák alakjában az elmenyugalom és az elmemunka phasisaiban mutatkoznak. Tényleg ki-mutatható az erőgyűjtésnek és az erő felszabadulásnak betegségei külön-külön. Ugyanez áll az anyagváltozásokról illetőleg, a melyekben az activ és az inactiv anyagcsere — anyagalakulás és anyagbomlás egyaránt — szintén a psyche különböző életjelenségeit tárja elének az üdülés és a fáradás, a gyarapodás és a fogyás képét mutatva, a mely képek keretében az egyes elmebajok is beilleszthetők. Hozzá járul ezekhez még az alakváltozás is. Ez coalitioiban a másik két nembeli változással az alakot állandósító öröklés tényeiben és az azt megváltoztatni törekvő szerzés vagy gyakorlás tényeiben nyer kifejezést és kapcsolatban a viszonyosság

(coalitio) hatásával a reflexkörök és reflexapparatusok különböző típusait teremti.

Mindezen tényezők felismerése és beható tanulmányozása újabb oldalról, a psychomechanica szempontjából világítja meg az elmebajokat. Kiaknázva az ezek kínálta segítséget, remélhetőleg mélyebb betekintést nyerünk az elmebajok még sok tekintetben homályos lényegébe.

Salgó Jakab előadása: Az elmekörtan oktatása.

Mint az orvosi tudomány egyik ágának, a psychiatria tanításának főcélja: a tapasztalatokból merített tudományos elveket a gyakorlat eseményeire átvinni és a betegek kezelésében fölhasználni. Különösen a mi viszonyaink között áll első sorban szaktudományunknak ezen gyakorlati célja, mely lényegében az elmebetegségek felismerésében és okainak felderítésében és elhárításában áll, mert ezek képezik a kezelésnek alapfeltételeit.

Az elmebetegségek, melyek általában hosszú lefolyásúak, bekezdési szakukban is hosszú időre nyúlnak vissza a nyilvánvaló és kétségtelen körkép megállapítása előtti időre. És mint minden chronikus lefolyású betegség, úgy különösen az elmebetegségek a betegség első bekezdési időben nyújtanak kilátást a baj gyógyítására és talán csakis ebben a korai szakban. Sok súlyos és gyógyíthatatlan ismert elmebetegség lefolyása kedvezőbb lehetne, ha az első határozatlan és elmosódott tünetek kórosaknak ismertetnének fel és kellő orvosi figyelemben részesülnek. Ehhez természetesen szükséges, hogy az orvosok kellőképpen tájékozva legyenek, és pedig a gyakorló orvosok. Legalább annyiban legyenek tájékozva, hogy az említett tüneteket könnyen ne vegyék, vagy egészen el ne nézzék. Ismerniük kell a tünetek jelentőségét, a további fejlődés lehetőségeit és a betegség fejlődésére vezető okokat.

Mindezen okokból a psychiatria tanítását és tanulását sokkal intensívebbé kell tennünk, mert éppen ezen esetekben az első orvosi intézkedés a beteg további sorsa fölött dönt és a kellő intézkedés elmaradása a legsúlyosabb complicatiókat szülheti.

Ezért óhajtom, hogy ezen orsz. értekezőt mondja ki:

1. Szükséges, hogy az elmekörtan tanítását kötelese tan- és vizsgatárgy véssék fel az orvosi tanfolyam rendjébe.

2. Minden nyilvános orvosi állásba iparkodó orvos mutassa ki psychiatriai készségét olyan módon, hogy legalább is hat hónapi elmebetegintézetben szolgálatról számoljon be.

Hozzászól:

Laufenauer Károly: Egyetért előadó fejtegetéseivel. Ma az elmekört- és gyógytannak egyetemi oktatása a 0-sal egyenlő; klinika nincs és a mi van, messze van, úgy, hogy az orvosnövendékek fel nem keresik. A tisztiorvosi vizsga behozatala óta egyáltalában nincs hallgató, pedig egy hat hetes cursus nem elég a psychiatria megtanulására.

Az elmebajok tanítását az idegbajok tanításával kell egybekötni, mert ezekből fejlődnek ki amazok.

Nem tartja szükségesnek, hogy a gyakorló orvos nagy psychiatriai tudományra berendezkedjék, elég ha egy félévig hallgatja. Kell azonban tudnia, hogyan kezdődik a paralysis progressiva, mert 25 év múlva ép úgy fogunk beszélni ennek a praeventív kezeléséről, mint ma a tuberculosiséről.

A legújabb szigorlati rendbe bele van véve a psychiatria, mint alternatív tárgya a bőrkörtannal és ideggyógyászattal. A törvényszéki orvosok külön alaposan megvizsgálandók.

Lechner Károly egyetért előadóval és Laufenauerrel; fontosnak tartja a psychiatriát a gyakorló orvosra, mert psyche nélkül nem vagyunk emberek, s nincs nátha, gyomorhaj, mely a psychét ne befolyásolná. Sok baj származik abból, hogy a mi orvosaink nem értenek hozzá, hogyan gátolják meg az elmebajok keletkezését.

Major Ferenc mértékadó helyen hangoztatta a psychiatria tanításának szükségességét, mert mint gyakorló orvos tudta ennek fontosságát. A hivatalos orvosoktól elmeorvosias gyakorlatot kell követelni, de dotálja is az állam megfelelőleg ezen szakférfiakat, mert az orvostól mindent tiszteltből követelni nem járja.

Salgó Jakab megjegyzi, hogy frivolitás tán, de a tébolydai orvosnak még kevesebb tudásra van szüksége, mint a gyakorló orvosnak, mert a baj kezdeti stadiumában felismerni a bajt nehezebb, és ilyenkor kell a kifejlődését meggátolni.

Schaffer Károly előadást tart: A paralytikus kéregelfajulás topographiájáról.

Előadó utal első sorban arra a fontosságra, a melyet a velős idegrostok elfajulása a paralysis folyamatában játszik. Utal továbbá arra a körülményre, hogy az új mikrotomok, melyek az egész agyvelőn áthatoló metszetek készítését teszik lehetővé, hivatják arra, hogy a paralytikus kéregelfajulás tanába mélyebben tekinthessünk. Egy, a nagy agyvelő fronto-occipitalis átmérőjén áthatoló metszet (Weigert szerint festve) egyszerre tünteti fel az összes lebenyeket, tehát az elfajulásnak az egész agyvelőre való úgy minő-mint mennyileges kiterjedéséről szabatos felvilágosítást nyújt. Előadó a típusos és terminális paralysis egy esetében sorozatos saggító metszeteket készítvén, constatalja, hogy a legsúlyosabb elfajulást a sziget- és halántéki lebeny, azután a homloki lebeny alapi tekervényei szenvedik el; nagymérvű a degeneratio a homloklebeny polusán és a felső fali lebeny tekervényein. A központi és a nyakszirti lebenyek, bár szintén mutatnak elfajulást, de kisebb mértékben. Kiemelendő még, hogy a commissurális rendszerek: a corpus callosum és a commissura anterior szintén nagy fokban elfajulnak.

Hozzászól:

Laufenauer Károly. A paralytist eddig diffus megbetegedésnek tartották és a classikus forma meg is felel ennek, de most lassanként változik a képe, úgy hogy classikus paralytist alig lehet találni. Most



inkább a demens alak dominál, de ez is diffúz, feltűnnek oly formák, melyeket cerebri-alastheniának tartunk. Szólv kórboneztani vizsgálatok alapján jött rá, hogy ezek localizált formák. Ilyenek a neurastheniás, vesaniás formák, melyek részben a halánték, részben a fali lebenyre szorítkoznak; az intelligentia csak később csökken, mert a frontális lebeny csak később betegszik meg. Itt az ideje, hogy localizált paralisiról szóljunk.

Fischer Jakab kíváncsi a beteg kórtörténetére, kitől a készítmények származnak.

Epstein László. Nőknél ritkán látott ezelőtt paralyist, most gyakoribb és megjelenési formája keveréke a hallucinatorius elmezavarnak, de a mely paralyisbe megy át.

Schaffer Károly. Ma a paralyisok kórszövettenilag individualizáltak, hogy a klinikai kép és a kórszövettenileg lelet között a harmoniát megkapjuk. Legújabb vizsgálatok szerint egyik alak egy parenchymás elfajulás, mely az idegsejtek- és rostok primaer megbetegedése, másik alak az edény- és gliamegbetegedés, az utóbbi alaknak felel meg a lassú elbutulás, míg a „gallopirende Paralyse“ a parenchymás megbetegedés következménye.

Kétségtelen, hogy az egyes helyek degeneratioja és a klinikai kép között összefüggés van. Így feltűnő tünet a szaglási érzék csökkenése és a bulbos olfactoriuson a korai degeneratio.

A klinikai kép egy terminalis elbutulásban szenvedő paralytica volt.

Fischer Ignác „Érdekesebb agydagánatról“ referál.

Moravcsik Ernő Emil dr. „A büntettes elmebeteg elhelyezéséről és ápolásáról“ tart előadást. Röviden ismertetvén a büntetteseknél leginkább előfordulni szokott elmealkalakokat s az egyes szakemberek felfogását és a különféle országokban máris meglevő eljárásokat a büntettes elmebeteg elhelyezésére vonatkozólag, különbséget téve azon büntettesek között, kiket a véletlen, a kedvezőtlen körülmények sodornak a bűn lejtőjére és büntetésekre hajlamos, habitualis gonosztevők (büntettes characterek) közt, kiemeli ezen utóbbiaknak káros befolyását a többi elmebetegre. Hangsúlyozza, hogy az elmeigógyító-intézet feladata első sorban a gyógyítás, a melynek egyik legfontosabb eszköze a testi és szellemi nyugalom, minden káros befolyás elhárítása. Az elmeigógyító intézetek betegének túlnyomó része tisztességes, fedhetlen előéletű egyénekből kerül ki, a kiknek a többnyire békétlen, rakoncátlan, erőszakoskodó, erkölcsileg romlott büntettes elmebeteggekkel való összehozatala kedvezőtlen következményeket vonhat maga után. Gyakran tapasztalhatni, hogy egy-egy ilyen intézeti gonosz szellem egy egész osztály nyugalomát képes megzavarni. Ilyenektől indulnak ki az intézeti fegyelem felbontására, a szűkre, erőszakos kitörésekre irányuló felbujtások, összeesküvések, mindenütt bajt, kellemetlenséget okoznak, elégedetlenséget szítanak, a psychikus infectio, a kedvezőtlen suggestiv befolyás focusai, demoralizáló hatásuk mellett még kellemetlen, visszataszító érzést kelthetnek a reconvalescáló vagy meggyógyult betegekben a társaságukban való tartózkodás tudata által. Fontos továbbá azon körülmény is, hogy a szigorúbb felügyelet és figyelmet igénylő büntettek az újabban egyre nagyobb tért nyerő enyhébb és szabadabb kezelés keresztülvitelét akadályozzák. Szükségesnek jelenti ki az előadó, hogy a büntettesek a rendes tébolydák anyagából elimináltak. Külön intézeteket óhajt számukra, a melyek azonban egyrészt azért, hogy az erőszakos, rakoncátlan, sokszor nehezen fegyelmezhető elemeknek egy helyen való túlságos felhalmozódása elkerültesse, részint a szigorúbb ellenőrzés és felügyelet lehetősége szempontjából s végül az individualizáló eljárás könnyebb keresztülvitelése czéljából, 200—300 elmebeteg befogadási képességét ne haladják túl. Kiemeli, hogy hazai igazságügyi kormányunk a büntettes elmebeteg elhelyezésének kérdését már részben megoldotta akkor, a midőn a fővárosi országos gyűjtőfogház mellett a letartóztatottak és elítéltek országos megfigyelő és elmeigógyító intézetét állította fel, a melybe a) a kétes elmeállapotú előzetesen letartóztatottak és vizsgálati foglyok elmeállapotuk megfigyelése végett és b) oly jogerejűleg szabadságvesztés-büntetésre ítélték és javítóintézeti növendékek, a kiken az elmebetegség jelenségei vagy egyéb elbánást igénylő izgatottsági tünetek (pl. gyakori epilepsziás, hysteriás rohamok) mutatkoznak, gyógyítás, illetőleg ápolás végett vétetnek fel. A letartóztatás alatt elmebeteggé váló elítéltek mindaddig az intézetben maradnak, a míg meg nem gyógyulnak vagy a büntetés ideje le nem telik. Ha előbb meggyógyulnak, visszazáratatnak a letartóztatási intézetbe, ha pedig a büntetés letelte után is elmebetegsége s házi ápolásra nem alkalmasak, a belügyministerium felügyelete alatt álló valamely elmeigógyító intézetbe szállíttatnak. A letartóztatottak és elítéltek országos megfigyelő és elmeigógyító intézete minden tekintetben a modern psychiatrikus igényeknek megfelelően van berendezve, az ellenőrzés, a biztonsági szabályok kifogástalanok s anyagilag eléggé jól dotált ápolószemélyzet teljesíti benne (350, 400, 450, 500 forint évi fizetéssel, rendes lakással) a szolgáltatást. Az előadó megengedhetőnek, sőt czélszerűnek tartaná, ha a büntettek hajlamos, habitualis gonosztevő elmebetegsége azon esetben is ilyen külön elmeigógyító intézetbe helyeztetnének el, ha az elmebetegség már a büntetéselemény elkövetésének idejében is fennállott és a közveszélyesség megállapítható.

Hozzászól:

Oláh Gyula, ki a gonosztevőket szívesen engedi át a Moravcsik intézetének, mert a gyilkosok, prostituáltak, gonosztevők megrontják a szelideket.

Fischer Jakab kérdi, hogy a letartóztatottak kiadása is bizossággal történik-e?

Moravcsik: Az eljárás az, hogy ha a büntetés kitélt, vagy téboly-

dában helyeztetnek el vagy hazaadatnak, de a politikai hatóság ellenőrzése mellett.

Chyzer Kornél: Oláh kívánsága nem teljesíthető, mert kizárólag vizsgálati foglyok, vizsgálatok közben elmebeteggé lett foglyok és elmebeteg fegyenczek számára való Moravcsik intézete. De a kik ellen a bírói eljárás megszűnt, azok nem valók oda, azok az állami tébolydába kerülnek.

Hogy a tébolydáknak állittassanak fel elkülönítő helyek vagy börtönökben állittassanak fel tébolydák, mindegy, mindkettő czélravezető.

Glosz Kálmán a bűnvádi eljárás alatt levők számára külön intézetet óhajt felállítani.

Schwartzner Ottó a stigmatizálástól óhajtja a szerencsétleneket megvédeni.

Moravcsik azt hiszi, hogy intézete ilyen czélokra felhasználható, mert enyhítene is a tébolydák túlszűfoltóságát.

Hajós Lajos azt kívánja, hogy a tébolydák vezetői ezek számára külön osztályt létesítsenek.

Lukács, Fischer Jakab, Pándy felszólalásai után az ügy referálás végett Schwartzner és Moravcsiknak adatik ki.

Ranschburg Pál „Az emlékezőtehetség vizsgálatáról“ értekezik. Módszere, melylyel 70 egyénen kísérletezett, abban áll, hogy az egyén előtt fogalom párokat érzékeltet, a mely fogalom párok közül egy kis idő múlva csak az egyiket ismétli a vizsgálandó előtt azzal a felszólítással, hogy az a vele párosan hallott vagy látott fogalmat emlékezetből reprodukálja. Így 50 fogalom közül a felnőtt művelt egyén átlag 34-nek tudta a párját, az iskolás gyermek 27-nek, a műveletlen ember 26-nak, az ideggyenge 23-nak, míg a paralytikus csak 7 fogalomra volt képes visszaemlékezni. Előadó bemutatja egyúttal saját szerkezetű gépét is, a melylyel a fenti kísérletek közben az emlékező erő intenzitása és gyorsasága le is mérhető.

Ráthonyi, Reusz Frigyes dr. „Az ismeretlen bonczati alapú elmebajoknál található szövettenileg elváltozásokról“ tart előadást mikroszkop készítmények bemutatásával. Kiemeli, hogy mai módszereink segítségével minden esetben találunk kimutatható alaki változásokat; mindamellett távol vagyunk még attól, hogy a megbetegedés és kórszövettenileg elváltozás közötti kapcsolatot megállapíthatnánk. Ennek oka főleg abban keresendő, hogy képtelenek vagyunk az accidentalis mellékkörülmények zavaró hatását kizárni.

Ezen csak az segít, ha egyöntetű vizsgálati eljárással lehetőleg sok esetet vizsgálunk át. A mennyire fontos a szövettenileg vizsgálatnál is, hogy lehetőleg az agy minden részére terjeszkedjék ki, ép oly fontos az is, hogy a klinikai észlelet a beteg szellemi élete minden abnormalitásának pontos vizsgálatát mellett, az intercurrentis betegségek, lázmenet, táplálkozás stb. minden mozzanatát felőlelje magába. Ezen úton haladva remélhetjük, hogy a psychiatriának újabb szilárd alapot adhatunk.

Ugyanó gázokozó bacteriumok által okozott postmortalis cystaképződés a központi idegrendszerben egy esetet mutatja be, mely egy paralytikus beteg 100% formoldatban in toto conservált agyvelőben lépett fel. Az agyban látható üregek főleg a rostok és az edények lefutását követik, falaik semmi reactiót nem mutatnak. Fontosságot költösz az esetnek, hogy némely szerző (Hartmann) a halál előtt hosszabb idővel felépett acut tüneteket még az in vivo az agyba jutott bacteriumokkal hozza összefüggésbe, mely bacteriumok gázfejlesztő képességüket csak post mortem fejtették ki. Jelen esetben semmi acut tünet nem volt észlelhető, mi egybevetve azon körülménnyel, hogy az agy in toto jutott formolba, feleslegessé teszi azon felvételt, hogy a bacteriumok még az egyén életében jutottak az agyvelőbe.

## Közkórházi orvostársulat.

(XIV. bemutató szakülés 1900. október 24-dikén.)

Elnök: Bradách Antal; jegyző: Terray Pál.

A szembeüli genyedés egy újabb kezeléséről.

Goldzieher Vilmos: Három esetről számol be, melyekben az Ostwalt-Haab-féle eljárást megkísérelte; ez abból áll, hogy a szembeüli septikus csirák elpusztítására szilárd desinfectáló anyagot: jodoform-pálczikát visz be a szem mellő csarnokába; a jodoform-pálczikát a szem kitűnően tűri s kifogástalan gyógyulást eredményez. A három eset közül az első egy 25 éves munkás, a kinek vasszilánk pattant a szemébe, mire azonnal megvakult; narkosis; a sclera külső részében nagy perforáló seb, a melyen keresztül elektromágnissal egy 22 mm. hosszú és 8 mm. széles vaskarabot húztak ki; jodoform-pálczikát tettek a szembe; izgalom nélküli gyógyulás.

A második esetben külső ok nélküli iridocyclitis suppurativa, a cornea genyes infiltratioja; punctio, jodoform-pálczika, gyógyulás. A harmadik esetben az idegen test okozta keratitis suppurativa a geny kieresztése után jodoform-pálczika behelyezésére gyógyult.

Myopia-operatio és retinaleválás.

Goldzieher Vilmos: Annak demonstrálására mutat be egy operált myopiás beteget, hogy a retinaleválás a szem kóros állapota miatt jön létre s nem az operatio következtében.

A 36 éves egyén, kinek bal szemét 14 D. M. miatt ez év májusában operálta szólv, október 10-dikén jobb szeme operálása végett jelentkezett; október 13-dikén akarta a discissiot végézni, műtét előtt még tűkörrrel megvizsgálta szólv és ekkor a szemfenék alsó részében



retinaleválást talált, melyet, ha műtét után constatál, az operationak tudja be.

Aggályos tehát az egymásután fellépő eseményeknek a „post hoc ergo propter hoc” alapján egybekapcsolása.

A therapia: hátfekvés, nyomókötés és négy subconjunctivalis konyhasós injectio, mire az ablatio majdnem teljesen visszafelődött.

**Feuer Náthán:** Nem annyira a subconjunctivalis injectionak, mint inkább annak tudja be a retinaleválás javulását, hogy hevenyen szakszerű kezelés alá került, lefeküdt, nyomókötezt kapott; az injectiokban szülő nem bizik.

**Goldzieher Vilmos:** Szülő nem egyedül az injectioknak tudja be a jó eredményt, azt nem is mondta; csak control végett ajánlotta, mert nagyon megbízható klinikusok alkalmazzák sikerrel; a skepsis jogosult, de ne legyen túlszigorú.

#### A gége heges obliteratiojának műtét esete 3 éves gyermeknél.

**Herczel Manó:** H. Etelka, jelenleg négy éves leánya 1899. február hó 4-dikén harmadféléves korában garat- és gégediphtheria miatt, betegsége ötödik napján a szt. László-kórházba lett fölve. Gerlőczy magántanár szíves értesítése szerint a gyermeket bejövetelekor azonnal intubálni kellett. Kétszeri 1500 egységű Roux-féle serum alkalmazása után harmadnapra a mandulák lepedéke eltűnt, de extubálni a beteget nem lehetett. Hét héttel később március 25-dikén 39° C. hőemelkedés mellett mindkét tonsillán vastag lepedék mutatkozott, miért 2000 egység Preisz-féle serumot injiciáltak. A gyermek 72 napig volt a szt. László-kórházban, mely idő alatt 1115 óra hosszat volt intubálva, mert decubitus fejlődött, tubus nélkül csak 8–12 óra hosszat tudott lélegzeni.

1899. április hó 13-ikán Herczel osztályára lett áttéve, ki azonnal az intubált gyermeknek narkosisban mély tracheotomiát végzett. Néhány nappal a légesömetzés után hosszas és fáradalmas kísérlettel sem sikerült tubussal a gége mélyébe hatolni, úgy hogy világos volt, hogy a decubitusok gyógyulásával a gége nagyfokú szűkülete fejlődött ki. A gyermek befogott canul mellett lélegzeni egyáltalán nem tudott.

Ezért, a mint a kis beteg megerősödött, 1899. július hó 17-dikén chloroform-narkosisban laryngofissiót végzett. A géget a középvonalban megnyitva kitűnt, hogy a hangszalagok épek, de a gyűrűporoz magasságában a gége hirtelen szűkült, sőt a légesöbe való átmenetele helyén a II. trachealis gyűrű magasságáig heges szövet által 1 cm.-nyi hosszban teljesen el van zárva. A gége porcíváza a szűkület helyén különösen elől a lefolyt fekélyesedés folytán nagyobb részt eltűnt, helyét kemény hegyszövet foglalta el. Herczel a heges szövet eltávolításával a gége üregét helyre állította, a sebfelületet a czombról vett Thiersch-féle lebennyel fűdte és ezt kis henger alakú gaze-tamponnal rögzítette. A gége és bőr sebe nem lett egyesítve, hanem tamponálva. Három nap múlva, az első kötésváltásnál, melyet narkosisban kellett végezni, azt a be-nyomást nyerte, hogy a lebeny megtapadt. Négy hét múlva azonban, a mint a műteti seb teljesen begyógyult, a gyermek canul nélkül lélegzeni nem tudott és intubatioja sem sikerült, még narkosisban sem. Nyilván újból szűkület fejlődött. Ismételt műtétre kellett magát elhatározni. Mivel az első laryngofissionál a légesövet is majdnem a tracheotomia nyílásáig fel kellett hasítani, a sebgyógyulás alatt a légesö-canul fölfelé eltoltatott, ezért most másodszor mély tracheotomiát kellett végezni (1899. szeptember 18.). A II. laryngofissiót Herczel 1899. október 3-dikán végezte, ez alkalommal is Trendelenburg-féle canult használt. A gége felhasítása után ugyanazon viszonyokat találta, mint első ízben. A gége- és légesö most 1 1/2 cm.-nyi kiterjedésben teljesen el volt zárva. A heget, melyben légesöür nyoma sem volt feltalálható, kivágta és helyébe ismét egy bőrlebenyt fektetett, a gége üregét kifelé tamponálta. Ez alkalommal az operatiót exactabb módon lehetett végezni, mert a légesö-canul jóval mélyebben feküdt, a műtét tere tágabb volt. A bőrlebeny, mint a négy nappal később narkosisban eszközölt kötésváltásnál meggyőződhetek, ez alkalommal teljesen megtapadt. 24 nappal műtét után, a mint a gége sebe teljesen begyógyult, a kis beteg canul nélkül nem tudott ugyan lélegzeni, de a két éves gyermeknek megfelelő tubust könnyen be lehetett vezetni, és néhány nap múlva a beteg korának megfelelően is. Ezzel a gyermek jól légett és így 1899. november 5-dikén a légesöcanult eltávolíthatta, mire nyílása 10 nap múlva beforrt.

A gyermeket a decanulement után négy hónapon keresztül rendszeresen intubálni kellett. Esténként erős légszomj lépett fel és az intelligens kis beteg maga kérte a tubust, melyet csak reggel távolítottak el. Egész napon át a gyermek jól légett és jól táplálkozott, fekvő tubus mellett sem folyékony, sem kemény eledelt nyelni nem tud.

(Folyt. következik.)

### A párisi XIII. nemzetközi orvosi congressus szakuléséből.

#### Belgyógyászati szakosztály. (Folytatás a 681. laphoz.)

A tuberculosis szerepe a Raynaud-féle betegség aetiologiájában. Renon (Páris) újabb adatot szolgáltat a Raynaud-féle betegség (végtag-vegek symmetriás gangraenája) és a tuberculosis együttes előfordulásának kérdéséhez és azt állítja, hogy a tuberculosis direct oka a Raynaud-féle betegségnek.

Widal (Páris) szerint a Raynaud-féle betegség aetiologiája nem egységes. Potain (Páris) a leprát szintén disponáló oknak tartja. Apert (Páris) azt mondja, hogy nemcsak fertőző bajok, hanem anyagcserezavarok is előkészíthetik a talajt. Rendu (Páris) pedig egy esetét említi,

melyben diabetes és scleroderma kíséretében jelentkezett a Raynaud-féle betegség.

A tuberculosis aetiologiája című előadásában Middendorp (Groningen) ismétli a berlini gümőkór-congressuson már ismertetett azon nézetét, mely szerint a gümöbaciillus nem oka a tuberculosisnak.

A malum Pottii felismerése felnőtteknél. Siredey szerint a malum Pottii felnőtteknél többnyire lappangva fejlődik és sokszor más betegségekkel cserélte fel, így neuralgiákkal a mellkasban vagy hasban (gyomor, vese), továbbá a kisugárzó fájdalmak a lábakra ischias vagy tabes gyanúját kelthetik. Ilyen tévedésektől megóv azonban a gerincoszlop pontos vizsgálata; malum Pottinál ugyanis a gerincoszlop egy körülírt helye nyomásra állandóan fájdalmas, valamelyik tövisnyújtvány előreáll, továbbá néhány csigolya-csület a gerincoszlop különböző irányban hajlításánál mozgékotlan. A gibbus-képződés azért oly ritka, mert inkább több kisebb tályog képződik a csigolyák és szalagok között, a melyek a figyelmet elkerülhetik. Innen indul ki gyakran az általános tuberculosis fejlődése.

A conservált tápszerek ártalmasságának megítélésénél Liebreich (Berlin) szerint többnyire túlszigorúan és e mellett egyoldalúan is járnak el. Hangsúlyozza, hogy a megítélésnél pharmacologusoknak, hygienikusoknak és orvosoknak együtt kell működniük. Végül ismerteti a conserváló módszert bórsavval, mely saját vizsgálatai szerint a legszigorúbb követelményeknek is megfelel.

Lupus gyógyult esetét mutatta be ugyancsak Liebreich. A gyógyulás cantharidin-kúrára állott be ez előtt 3 évvel. Kiemeli, hogy cantharidin használata mellett a gyógyulás sokszor hegyszövet képződése nélkül következik be.

A tuberculosis felismerése sero-agglutinatioval ezimel Arloing és Courmont (Páris) behatóan ismertetik módszerüket, melyről Mosny (Páris) és Blumenthal (Berlin) is dicsőítőleg nyilatkoznak.

Új módszer a tuberculosis gyógyítására Labadie (New-York) kísérlet tárgyává tette a Crotte-féle módszert (formalinak közvetlenül a beteg helyre, pl. tüdőbe juttatása statikai villamossággal) és eredményeivel nagyon meg van elégedve. Bertheau (Páris) szintén ajánlja ezen módszert.

### PÁLYÁZATOK.

4733/1900.

Aradvármegye borossebi járásban Gurahoncz község székhelyével rendszeresített és elhalálozás folytán megüresedett körorvosi állásra pályázatot hirdetek. A község egészségügyi körhöz összesen 22 közközség tartozik és a körorvos javadalmazása évi 1600 korona, természetbeni fuvar és ezenkívül esetenként 40 fillér nappali és 80 fillér éjjeli beteglátogatási díj.

A megválasztandó körorvos székhelyén a halottkémlést, továbbá a vágatási biztosi teendőket is köteles ellátni a szabályrendeletileg megállapított díjazás mellett.

A választás határidejét folyó évi november hó 24-dikének d. e. 11 órájára Gurahonczon a körjegyzői irodában tűzöm ki s felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy az 1876: XIV. t. cz. 143. §-a, illetve az 1883: I. t. cz. 9. §-ában előírt képesítésüket, valamint eddigi működésüket és életkorukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi november hó 22-dikének esti 8 órájáig benyújtják.

Az állás a megválasztandó körorvos által a választástól számítandó 15 nap alatt elfoglalandó.

Tekintettel a túlnyomólag román anyanyelvű lakosságra a kérvényben az is megemlítendő, vajjon folyamodó a román nyelvet érti-e?

Borossebes, 1900. évi október hó 30-dikán

Baross dr., főszolgabíró.

A pesti izr. hitközség kórházában a szemészeti osztályon egy alorvosi állás 1900. évi november 15-dikén betöltendő.

Az alorvosi állással 800 korona évi fizetés és természetbeni lakás, fűtés, világítás és élelmezés jár.

Ezen állásra nőtlen az összes orvostudományok tudorai pályázhatnak.

Születési bizonyítvánnyal és a képesítésre vonatkozó minden egyéb okmányokkal felszerelt folyamodványok f. évi november hó 15-dikéig a pesti izr. hitközség titkári hivatalában (VII., Sip-utca 12) nyújtandók be.

5714/900. ki.

A Jász-Jákóhorma és Jász-Mihálytelek községekből álló egészségügyi körben a körorvosi állás lemondás folytán üresedésbe jöven, ezen állásra pályázatot nyitok.

A körorvos köteles állandóan Jákóhormán lakni, a körhöz tartozó J.-Mihálytelek községet hetenként kétszer meglátogatni, rendkívüli esetekben pedig annyiszor, a hánysszor annak szüksége mutatkozik.

Tiszti javadalmazása a következő:

1. J.-Jákóhorma község részéről 600 kor. évi fizetés, 200 kor. lakbér, vagy lakbér helyett természetbeni lakás, a halottkémlés teljesítéséért 40 kor. évi díjazás; a szegényebb sorsú egyének úgy a 7 éven aluli gyermekek kivételével látogatási díj 80 fillér.

2. J.-Mihálytelek község részéről évi fizetés 400 kor., látogatási díj nap pal 80 fill., éjjel 1 kor.

Felkérem a pályázni kívánó orvostudor urakat, hogy pályázati kérvényüket, minősítésüket igazoló okmányaik kapcsán bezárolag f. évi november hó 22-dikéig hozzám nyújtják be; a későbbben érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Jászberény, 1900. évi október hó 31-dikén.

3-1

Balogh, főszolgabíró.

5964/1900. szám.

Az üresedésben levő Nyitra megye miavai járáshoz tartozó Krajna, Podkila, Kosztolna, Hrachoviste, Vagyócz és Visnyó községekből álló Krajna székhelyével rendszeresített körorvosi állásra pályázatot nyitok.

A körorvos javadalmazása: előzetes havi részletekben fizetendő 1824 kor. 80 fillér készpénzfizetés és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

A Krajna község által külön e célra emelt épületben levő kényelmes lakásért azonban 240 korona évi bért a község pénztárába fizetni tartozik.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi kórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán- gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárczky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plösz Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhofer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fenntartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Jendrassik Ernő: Az inreflexek természetéről. 700. l.  
Hínt Elek: A mutatóujj tenyeri ficzamáinak esete. 702. l.  
Buday Kálmán: Az agy körülírt fejlődési hiányáról, néhány a porencephaliára vonatkozó megjegyzéssel. 704. l.  
Gebhardt Ferenc: Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kéty Károly dr. ny. r. tnr.) Nitropropiol-tabletták. Egy új cukorpróba. 706. l.  
Tarcza. Babarzi-Schwartz Ottó: Az állami elmegyógyintézeti orvosok helyzetéről. 706. l. — Pekár Mihály és Heim Pál: Orvosi dolgok a párisi kiállításon. 708. l.  
Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Kuthy Dezső: A tüdővész sanatoriumi gyógyítása. 709. l. — Könyvismeret. Prof. J. Seegen: Die Zuckerbildung im Thierkörper, ihr Umfang und ihre Bedeutung. (Hönig.) 710. l. — Lapszemle. Élet- és körvegytan. Hirschlof: Cholesterinuria. (Doctor Károly.) — Rudisch: A vizeletben levő cukor qualitativ és quantitativ kimutatása. (Doctor Károly.) — Közegészségtan. A talaj vegyi összetételének befolyása a benne foglalt csirák mennyiségére és minőségére. (Filep.) — Belgyógyászat. Wolffhügel: A szív

túleröltetéséről. (Jakab László.) — Déjerine és Thomas: Az olivo-pontocerebellum atrophia. (—ts.) — Brodier és Lecène: Gümös bronchialis nyirokmirigy áttörése az aortába, a bal bronchusba és az oesophagusba. (Surányi Miklós.) — Sebészet. Schultz: További tapasztalatok a traumatikus gerincz-betegségekről s a velük rokon gerinczbántalmakról. (Glücksthal Andor.) — Hámig: Az agy zsiremboliájáról. (Glücksthal Andor.) — Orr-, torok- és gégebajok. Röhr: A Baginsky-féle tonsillotomról. (Tóvölgyi Elemér.) — Cordes: Egy a lágyzájpadon helyet foglaló endothelioma myxomatodes esetéről. (Tóvölgyi Elemér.) 710—712. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — A porosz közoktatásiügyi ministerium költségvetése. — Nőhallgatók az egyetemeken. — Az új orvosi tanulmányi rend. — Az assistensek fizetése Ausztriában. — Promotio sub auspiciis Regis. — Az Árkövy József tanár vezetése alatt álló fogászati intézet. — Országos orvosi segélyegylet. — A nyitramegyei kórház. — Tauffer tanár poliklinikuma. — Högyes tanár Pasteur-intézete. — A budapesti önkéntes mentőegyesület. — Lakásváltoztatások. — Krondorf. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. 712. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

#### Az inreflexek természetéről.<sup>1</sup>

Irta: Jendrassik Ernő dr. egyet. ny. rk. tanár.

Alighogy az inreflexek ismerete a tudományban bevezetést nyert, sokat és sokan foglalkoztak e tünetek természetével és localizálásával. Eleinte számos észlelő egyszerű izomtűnetnek tekintette ezen izomrángást s felvették, hogy az in megrázkódásának közvetlen következménye. Különösen Westphal vette védelmébe ezen nézetet, noha a kísérlet kétséget nem tűrő módon bebizonyította, hogy e reflexek létrejöttelére okvetlenül szükséges a megfelelő idegpályák sértetlen volta. Olyan szerző is akadt, aki azt hitte, hogy a patella-in megütése és az izom összehúzódása között eltelt lappangási idő nem elégséges arra, hogy az idegingerület a szürke állományon áthaladjon (Eulenburg, Waller, Sherrington, Muskens<sup>2</sup>). Mindazonáltal napról napra bizonyítóbakká váltak az e tünetek idegrendszeri eredete mellett szóló érvelések és ezek között egyike volt a legjelesebbeknek, a mikor Watteville és később P. Marie egy rendkívül nevezetes esetben a különben elég gyakran észlelhető ellenoldali abductor-reflexre hívták fel a figyelmet.

A klinikai és kísérleti kutatások szép eredményei alapján csakhamar mi sem látszott biztosabban okadatoltnak, mint azon felvétel, a mely a patella inreflexek létrejöttének helyét a gerincvelő 2—4. ágyéki gyökere magasságában állapította meg. Már is úgy tetszett, mintha Tschirjew és követőinek vivisectioni véglegesen megoldották volna a kérdést, annyival is inkább, mert a klinikai észleletek a kísérleti eredményekkel is a legjobban megegyeztek:

<sup>1</sup> A párisi nemzetközi orvostudományi congressus idegkórtani szakosztályában előadott referatuma franczia eredetijéből lefordítva.

<sup>2</sup> Muskens legutóbb is e tünetek reflexes természete ellen érvelt. Közleményében, idézve egy munkámat, melyben a lappangási időre vonatkozó méréseimet tettem közé, azon hibába esett, hogy tévesen engem is a reflexelmélet ellenesei közé sorolt.

a midőn egynéhány szerző váratlan, sőt paradoxnak látszó észleletek alapján újra ezen idegtheoria ellen szállt síkra. Az észleletek, a melyekre célzok, a nyaki gerinczvelő, a kisagyvelő, sőt az agyvelő azon megbetegedés esetei, melyekben a patella-inreflex hiányzott.

Hogy ezen kérdésnek megfejtését, ha csak ideiglenesen is, megtalálhassuk, okvetlenül szükséges, hogy ezen, a reflexek természetére vonatkozó referatumban szemügyre vegyük azon főbb pontokat, a melyek megvitátást kívánnak.

Az ellenvetések egyike, melylyel az idegrendszeri elmélet ellen küzdeni megkísérlették és a melyre ma is elég gyakran hivatkoznak, azon körülményből folyik, hogy a kísérletezők legtöbbször azt állította, hogy az inre alkalmazott inger nem az ideg útján, hanem mechanikai módon tevődik át az izomra.

Sternberg is a reflexekről irt figyelemre méltó könyvében olyan nézetet állít, a melyet semmikép sem oszthatok; őt, úgy látszik, azon gondolat fogta el, hogy az in megrendülése folytatódóan megy át az izomra, sőt azt hiszi, hogy ha ezen reflexet a csontthártyára ütve váltjuk ki, a megrendülések előbb a csonttra mennek át és innen terjednek tovább az inra és végül az izomra. Ezen fokozatos tovatérjedést igen könnyű kizárni, ha az állaton az inat, sőt az izmot is lefejtjük a csonttról; ily körülmények között, mint azt már 1882-ben kifejtettem, a patella-reflex teljesen rendes módon áll be jól alkalmazott ütésre, mely a csontthártyát vagy a térdizület lemeztelenített felszínét éri, pedig ilyen feltételek mellett a megrendülés egyenes tovatérjedése lehetetlen. De hiszen az ilyen megrendülés teljesen felesleges már azért is, mivel, a mint azt már másoknak s magamnak újból ismételt kísérleteim kimutatták: az in maga, legalább a mikor van fejtve a tibiáról, semmi szerepet sem látszik játszani az inreflex létrehozatalában; ez utóbbi tehát valóságos *lucus a non lucendo*. Az in ilyen körülmények között tényleg csak közeg, mely tovább adja az ütest az alatta fekvő szöveteknek; az inra ütve a reflexet nem is lehet kiváltani, ha az nem éri a csontthártyát, az izületet, az izmot; ezen utóbbiak a reflexkör igazi kiinduló pontjai. Már



## Emlékbeszéd Pasteur Lajosról.

A magyar tudományos Akadémia 1900. évi október hó 29-dikén tartott összes ülésén előadta

*Högyes Endre* r. tag.

A természettudományok fejlesztésének mai mozgalomteljes korszakában, midőn a művelt országok több százra menő tudományos laboratóriumában ezer meg ezer kéz folyton kutat és dolgozik az egyes tudományágak mesgyéinek tovább bővítésén és ezer meg ezer elme szakadatlanul forrong azon, hogy észleletekkel és kísérletekkel bizonyítva és hasonló módon egymásnak ellenmondva, bírálgatva és újra bizonyítva, új tudományos igazságokat állapítson meg: ritka az a genialis elme, a kinek eszméi tartósabban és több tudományra kiterjedőleg irányt bírának adni, saját hazája határain kívül, a tömeges és egyetemes buvárkodás menetének.

Akademiánk nagynevű kültagja, kinek emlékezetét ez órában feleleveníteni szándékozunk, e ritka genialis elmék közé tartozott, a kinek neve még életében a tudományos buvárkodás egy határozott irányának symbolumává lett, a mely symbolum alatt működött közre a tudomány fejlesztésben, még életében, oldala mellett, vagy eszméi irányának távoli hatása alatt világszerte, sok száz tudományos buvár, a mely symbolum megmaradt vezető irányul halála után is és eszmebeli termékeny erejénél fogva a tudomány és emberiség hasznára az marad még beláthatatlan időnkig.

Az ő élete folyásának emlékeztetése hozása, tudományos eszprít-jé fejlődéstörténetének ezzel kapcsolatos vázolója, továbbá tudományos működése egyetemes hatásának rövid ismertetése, mint hazája kulturpolitikusanak és mint embernek jellemzése leendő feladatunk, a mely ha tökéletlenül sikerül, a t. Akadémia elnézéseért esedezem. Szolgáljon mentségemül az, hogy egy rövid óra, egy benső tartalmában olyan gazdag és egyetemes kihatásban olyan hatalmas tudományos életnek, mint a milyen Pasteur Lajosé volt, csak főbb körvonalakban való előtűntetésére is alig elégséges.

E szerény megemlékezés a hála és a köteles tisztelet egyszerű megadása kíván lenni Akademiánk részéről elhunyt kültagja nagy szellemének, a melynek az egész emberiséggel együtt mi is oly sokat köszönhetünk.

\*\*\*

*Pasteur Lajos* életfolyásának külső kerete, a melyben benső tudományos élete keletkezett, kifejlődött és lefolyt, röviden következő.

Született Franciaországnak Jura megyéjében, *Dole* községben 1822. december 27-dikén egyszerű polgári szülöktől. Atyja a nagy Napoleon egy kiszolgált őrmestere volt, mesterségére nézve timár, ki előbb Arboisban mint munkás dolgozott, ugyanott később egy szegényes, de önálló timárműhelyt nyitott és nehéz napi munkával kereste kenyerét. Anyja szintén egy egyszerű, de szorgalmas és okos nő volt, ki munkában, fáradtságban hű osztályosa volt férjének. A szülők ambíciója volt, hogy kis fiukból tanult embert neveljenek. Az öreg Pasteur napi munkája bevégezésével minden este sokat foglalkozott a kis fiúval, tanította iskolai feladataira, vele együtt ismételtetett. A kis Pasteur azonban eleinte nem sok kedvet mutatott a tanulásra, inkább szeretett halászni és képeket rajzolni, a miben bizonyos mérvű ügyességet fejtett ki, úgy hogy 14 éves korában anyját és a falubelieket meglehetős hűen le tudta festeni. Kedve csak később jött meg ahhoz a középiskola harmadik évében, a midőn teljes erejével tantárgyaira adta magát és tanárai csakugyan alkalmasnak ítélték arra, hogy tudományos pályán maradjon. Középiskolai tanulmányait azonban Arboisban nem fejezhette be, így szülei őt anyagi erejük megfeszítése mellett a besançoni kir. collegiumba küldték, a hol egy év alatt, 18 éves korában, csakugyan elnyerte érettségi bizonyítványát (diploma de bachelier).

Vágya és törekvése volt Párisba jutni és magát az École Normale-ba felsőbb tanulmányokra felvétetni. Szegény szülei azonban e törekvésében anyagilag már nem segíthették, így önfenn-tartásában saját magára volt utalva. Kérlelmére a besançoni colle-

giumban maitre d'études-dé alkalmazták teljes ellátással és 24 frank havi fizetéssel, mely minőségében kötelessége volt éjjel-nappal a bennlakó növendékekre felügyelni, azokkal correpetálni, a mi annyira elfoglalta, hogy csak éjjel készíthette magát elő tanulmányában az École Normale felvételi vizsgáira. Két évig volt e minőségben, midőn a felvételi vizsgát csakugyan letette és a sorrendben a 14-diket kapta. Ambíciója lévén csak az első között jutni be az intézetbe, egy év múlva újra jelentkezett a felvételi vizsgákra, a midőn mint 4-dik sorozatu concurrens 21 éves korában belépett az École Normale növendékei közé és tagja lett ez intézetnek, a melynek kebelében később oly nagy szerepre jutott.

Öt év folyamán át itten megnyerte az egyetemi fokozatokat. A kémiai és physikai tudományokból 1846-ban agrégé lett. Mint ilyen tanári széket kaphatott volna egy vidéki lyceumban, de szívesebben maradt Párisban mint kémiai praeparator, a mely állást mint harmadéves tanuló kapta meg.

1847-ben 25 éves korában elnyerte ama tudományokból a doctoratust. Praeparator volt 1848-ig, a mikor a lyoni lyceumba nevezték ki a physika tanárának. Itt azonban csak három hónapig maradt, a midőn a strassburgi egyetemhez tették át helyettes tanáru a kémiai és physikai tanszékhez, a hol 1852-ben, 30 éves korában rendes tanár lett. Itt vette nőül a strassburgi egyetem rektorának leányát. 1854-ben 32 éves korában a lillei természet-tudományi kar dékánjává nevezték ki, hol e kar szervezésével 3 évig foglalkozott, midőn 1857-ben az École Normale tanulmányi igazgatójává nevezték ki és így ismét vissza jutott Párisba. Mint igazgatónak tanszéke nem volt és csak 1863-ban kapott tanszéket az École des beaux Arts-ban, hol a geológiát, physikát és chemiát kellett előadnia; végre 1867-ben 45 éves korában nyerte el a Sorbonne-ban a kémiai tanszék rendes tanárságát és mint ilyen működött 1875-ig, 53 éves koráig, a midőn a nemzetgyűlés számára 12,000 frank évi tiszteletdíjat szavazván meg, tanszékéről lemondott és ezután tisztán tudományos felfedezéseinek élt. A veszettség prophylaktikus gyógyításának felfedezése után ez évi tiszteletdíj 20,000 frankra emeltetett. 1888-ban lett a róla elnevezett Pasteur-intézet igazgatójává 66 éves korában és itten élt haláláig, mely 1895. szeptember 27-dikén érte utól 72 éves korában.

Pasteurnak e hosszú, 21 éves korától 72 éves koráig, tehát félszázadra terjedő tanári és tudománybuvár pályáját két nagyobb esemény szakította meg. 1868-ban 45 éves korában a selyemhernyó-betegségek tanulmányozása közben gutaütést szenvedett, melyből szerenésére tiszta elmével, de, fájdalom, haláláig tartó féloldali bénulással szabadult meg. Alig szedte össze magát legalább türethetleg e bajától, kiűtött a 70-dik évi porosz-francia háború, utána a commune-nel, mely megakadályozta abban, hogy Párisba visszatérjen. De még ez idő alatt sem pihent. A féloldali bénulásból gyógyult alatt Napoleonnak egy trieszti birtokán folytatta és fejezte be kísérleteit a selyemhernyó-betegségekre vonatkozólag; a commune alatt barátjának és tanítványának, Duclaux-nak clermonti laboratóriumában kezdte meg a sörbetegségek javítására czélzó kutatásait. Életének többi idejét a legutolsó évek gyengélkedéseinek kivételével, tanári hivatalos teendőin kívül, szakadatlan buvárkodásban töltötte. Házi tűzhelye, laboratóriuma volt örökös otthona, melyekből csak az akadémiai ülésekre és egy-egy nagyobb tudományos congressusra távozott el, rendszeren, hogy egy-egy nagyobb tudományos felfedezését tegye közzé, vagy nyáron szülőföldjére Arboisba, később pedig a neki államilag felajánlott garches-i kastélyba, hogy kipihenje kissé fáradalmait. A mi laboratóriumait illeti, azok egészen az utolsó időnkig nagyon szegényesek voltak. Maga az École Normale kémiai laboratóriuma, melyben tudományos működését elkezdette, igen gyengén volt be rendezve, nem volt másképpen a strassburgi egyetemen sem, valamint Lilleben, midőn pedig mint igazgató az École Normaleba Párisba visszatért, tanszéke nem lévén, intézeti helyiségei nem is voltak,



úgy hogy maga rögtönzött magának egy laboratóriumot az École Normale egy üres granariumából, a melynek szűkes felszerelését szintén magának kellett beszereznie, miután az akkor már nagy-hirűvé vált erjedési tanulmányainak folytatására kért 1500 frankot fedezet hiányában a kormány tőle megtagadta. Az Ulm-utcai ez egyszerű laboratóriumából kerültek ki később világhírű dolgozatai. Midőn a 68 éves korában a mostani gazdagon felszerelt Pasteur-intézetbe beköltözött, már elgyengült aggastyán volt és abban hátra levő éveiben már csak eszméinek megtestesülésében és tanítványai buvárlataiban gyönyörködhetett.

\*\*\*

Pasteur tudományos élete — mint tanítványa és a párisi Pasteur-intézet igazgatásában utódja Duclaux jellemzi — esodálatosan egységes volt; egy ugyanazon tudományos gondolat fejlődött ki benne logikailag és harmonikusan. Igaz, hogy mikor első cristallographiai tanulmányait végezte, maga sem tudta, hogy egykor a veszettség gyógyításához fog eljutni. De Columbus Kristóf sem tudta, mikor elindult, hogy fel fogja-e fedezni Amerikát. Csak benső divinatiójában sejtette, hogy ha mindig ugyanazon irányban halad, okvetlenül fog találni valamelyes új dolgot. Így volt a dolog Pasteurrel is. Legelső dolgozatában az élet egy problémája tűnt fel előtte, megtalálta az utat, hogyan kell annak megfejtéséhez eljutni és attól kezdve azon az úton haladt és arról le nem tért. Igaz, hogy igen különböző országokon futott át és a hol járt, mindenütt nyomokat hagyott maga után. De azokat ő nem kereste, azok csak útjába estek és felfedezéseinek nagyságát mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy azok bármily kalandosoknak és regényeseknek látszanak is, mégis igazak.

Valóban erről győződhetünk meg, ha áttekintjük Pasteur megjelent műveinek bibliographiáját és idő és tárgy szerint osztályozzuk azoknak tartalmát. Pasteur 1848-tól 1888-ig majdnem kétszázra menő közleményei, melyek leginkább a *Comptes rendus*-ben, részben a *Revue Scientifique*-ben, a *Bullet. de l'Acad. de Médecine*-e, a *Bullet. Soc. Chim.* és az *Annales de l'Institut Pasteur*-ben jelentek meg, első látszatra szerfelett különböző tárgyakról közlik ugyan szerzőjük kísérleteit, felfedezéseit és az azokhoz fűzött elmékedéseit, de egyetemenben áttekintve azokat, megtaláljuk bennök az összekötő fonalat és kijelölhetjük azokban a közös eszmeifejlődés egyes nagyobb étapé-jait.

Legelső dolgozatai (körülbelül 15 értekezés) a *cristallographia*, illetőleg a molecularis physika és chemia köréből valók. Ezekhez az inspiratiót még tanulókorában az École Normale-ban szerezte és azokat mint chemiai praeparator kezdte meg. A chemia tanulása volt szenvedélye. Tanárai voltak e tárgyból a Sorbonne-ban Dumas, az École Normaleban Balard. Különösen nagy befolyással voltak reá Dumas széles látkörű előadásai és azokban a molecularis physikára vonatkozó részek. Delafosse-t, ki maître de conférence volt az École Normaleban és a híres cristallograph Hauy volt tanítványa, sokat beszélgettek, tanakodtak a molekulák berendezéséről kristályokban. Doktoratusi thesisül is e rendbeli értekezést választott. Ezekkel foglalkozott tanársága első éveiben azután is, Strassburgban, és még később visszatért rájuk egy párszor. E vizsgálatok különösen a kristályalak és a chemiai alkat viszonyára és a kristályok fényrehatásának okának kiderítésére vonatkoznak. Vizsgálatai és kísérletei közben, melyeket különösen a borkősav és borkősavas sók körül végezett, rájött, hogy nem egy, hanem kétféle borkősav van, egyik, a melyik a fényrehatás síkját jobbra, másik, mely azt balra fordítja. Amazt már előtte ismerték, emezt ő fedezte fel. A két sav együttesen adja a paratartarsavat, a mely a fényrehatás síkjára nem hat. Hasonlóképp áll a dolog e különböző savak kali, natron és ammoniak sóival is. A paratartarsók hatástalanságának okát arra vezette vissza, hogy azoknak kristályai symmetrikusak, a jobbra- és balrafordító tartarátok hatásának okát pedig arra, hogy a kétféle borkősav kristályai asymmetrikusak és tényleg kimutatta az ellentétes hemiedriás lapokat azokon. E kísérletekből következtetéseket vont a molekulák és azokban az atomok szerkezetére, felállította a tételt, hogy a fényrehatás oka a molekulák dyssymmetriájában van. Miután azt tapasztalta, hogy a fényrehatás síkjára aktíve ható testek mind a szervi világból erednek, a dyssymmetrikus erőt az élő sejtekre vezette vissza és úgy képzelte, hogy ebben rejlik végelemzetben a különbség élő és nem élő test között.

Pasteur ez első dolgozatai, az abban elért kísérleti eredmények és a hozzá fűzött elmékedések sok tekintetben alapvetői lettek a mai stereochemiának és őt egy csapással az elsőrendű tudományos kísérletezők és gondolkodók sorába emelték. Ugyanezen cristallographiai kutatásai közben találta meg az első vezető irányt későbbi nagyszabású vizsgálataihoz, az erjedés és önszaporodás tanulmányozásához. Kereste a módszereket, hogyan lehet a paratartarat-oldatokból a kétféle borkősavat leválasztani. Többféle módszert talált. Találta pl., hogy paratartarat-telítet oldatából jobbrafordító borkősavat lehet kikristályosítani, ha ehhez egy kis darab jobbrafordító tartarát adott, balrafordító borkősav jegecedett ki akkor, ha balrafordító tartarát kis darabja jutott abba. Kísérletei közben észrevette, hogy egy jobbrafordító ammoniaktartarat oldata, mely egy palaczkban a laboratóriumában állott, homályosodni és zavarosodni kezdett, mert benne apró kis mikroszkopikus lények szaporodtak el; látta azt is, hogy ha egy cseppet e zavaros palaczkból egy másik ily tiszta oldattal telt palaczkba tett, az is csakhamar elhomályosodott és zavaros lett és benne sokféle elbomlások mutatkoztak. Pasteur most megpróbálta, hogyan hat egy csepp e bomló folyadékból egy inaktív paratartarat-oldatra és azt találta, hogy az apró szervezetek elszaporodása folytán az is elzavarosodik és oldata, mely azelőtt a sarkított fényre inaktív volt, azt most balrafordítja és ez az elváltozás a fermentatio folyamán folyton fokozódik, utoljára az erjedés megáll és az oldat csupa balrafordító borkősavat tartalmaz. A fermentatio tehát a jobbrafordító borkősavat elemésztette, a balrafordító savat pedig így a folyadékból evaporatio után egyszerűen ki lehetett kristályosítani. Ezekben a kísérletekben jelent meg először Pasteurnak a mikroorganizmus, a melynek különféle viszonyaiban való tanulmányozás a későbbi életfeladatává változott.

Hosszabban időztem e tárgynál, hogy kimutassam a logikai ámenetet Pasteur cristallographiai vizsgálataiból a mikrobiológiai kutatáshoz.

Ha cristallographiai vizsgálatainak ez elvont irányánál marad Pasteur, bizonyára a molecularis chemia és physica sokat nyert volna vele, a stereochemia minden esetre előbb kifejlődött volna; a többi tudományok szerencséjére azonban kutató kíváncsiságát úgy saját benső ösztöne, valamint a külső körülmények a biológiai irányba terelték. 32 éves korában Strassburgból Lille-be lett áttéve. Ez egy szesztermelő iparvidék központja. Gondolta, hogy szolgálatot tesz, ha e körben az erjedésről előadásokat tart. Ez vezette be őt az erjedésre vonatkozó nagyszabású tanulmányaiba, melyekről 1855-től egész 1879-ig mintegy 69 értekezést tett közzé.

\*\*\*

Midőn Pasteur idevonatkozó tanulmányait elkezdette, Liebig nézetei voltak uralkodók az erjedés tanában. Ő az erjedés, rothadás, korhadás folyamatát Lavoisier-vel, Gay Lussac-kal tisztán chemiai folyamatoknak tekintette és kizárta azt, hogy e folyamatok előidézésében része lenne azon apró élő és szaporodó lényeknek, melyek e folyamatokban mindig találhatók és a melyeket már azelőtt sokan azokban észrevettek és a melyeknek e folyamatok előidézésében, különösen Cagniar-Latour, Schwann, Helmholtz aktív szerepet tulajdonítottak. A kérdés kísérletileg még nem volt alaposan áttanulmányozva. Pasteur a cristallographiai tanulmányaiból elvont molecularis physikai és chemiai eszméivel fogott a kérdés tanulmányozásához. A természet dyssymmetrikus erőiről alkotott eszméinek nyomása alatt arra a következtetésre jutott, hogy a némely erjedési folyamatnak egy mellékterménye gyanánt fellépő amylalkohol, melynek fényrehatás hatása van, nem származhatik egyszerűen a cukor chemiai széteséséből, hanem az csak valamely élő lény közbejöttével keletkezhetik abból. Így már a priori a vitalisták nézetéhez csatlakozott. Azután részletes kísérleti tanulmány alá vette a különböző erjedéseket: a tejsavas, alkoholos, a vajsavas erjedést, a rothadást, és kétségbevonhatlanul kimutatta, hogy e folyamatok létesítésében mindig apró élő szervezetek szerepelnek, melyek táplálkozásuk és szaporodásuk közben bontják szét az erjedő anyagot, ezek tulajdonképp az erjesztők, ezek nélkül nincs erjedés és rothadás. Kimutatta azt is, hogy a különféle erjedéseknél különböző mikroorganizmusok indítják meg és tartják fenn a folyamatot és ugyanazon mikroorganizmus



esakugyan azon erjedést képes előidézni. Ez apró szervezetek életviszonyainak tanulmányozása közben jött rá arra is, hogy egy része az erjesztő szervezeteknek — a vajsavas erjedés mikro-organismusa — oxygen nélkül él és szaporodik, oxygenben pedig elpusztul. Pasteur e vizsgálatait még Lille-ben kezdte, de java részét Párisban az École Normaleban az Ulm-utcai laboratoriu-mában folytatta. E vizsgálatok vonták először Pasteurre a világ figyelmét, részint azon élénk és majdnem elkeseredett vita folytán, a mely e tárgyban közte és a nagyhirű német vegyész Liebig között folyt, részben az ő tanainak az erjedési ipari életbe tör-tént gyakorlati bevitele folytán. Liebig és Pasteur között a nagy-szabású vita egész a 70-es évekig folyt. A vitából akkor Pasteur került ki győztesnek. Ujabbán a nagy vitázók halála után úgy látszik ismét fordul a kocka. Buchner felfedezése a zymase hatásról megingatja a vitalismus kizárólagosságát az erjedési tünemények felfogásában, de az erjedés theoriájában bekövetkező módosulás nem alterálja a Pasteur erjedési kísérletezése alatt fel-derített nagyszámú és fontos tények elméleti és gyakorlati értékét.

\*\*\*

Annak kísérleti kimutatása, hogy a különféle erjedési és rothadási folyamatokat különböző apró élő szervezetek idézik elő, Pasteurt azon kérdés továbbkutatására vezette: honnan kerülnek ezen apró szervezetek az erjedő és rothadó folyamatokba? és ez irányban folytatott vizsgálatai belesodorták őt a tudomány egy rég kutatott és vitatott, de függőben levő kérdésének, az *östermódés* — *generatio aequivoca* — kérdésének tanulmányozásába. Kelet-kezhetnek önmaguktól a szervetlen világ nem élő anyagaiból élő lények? e kérdés előtte már sok tudós elmének volt gondolkodás és elmélkedés tárgya. Épen az erjedő és rothadó folyamatok tanulmányozása volt az a tér, melyen a kérdést eldönteni akar-ták. Egy teljesen átlátszó élettelen szervi és nem szervi anya-gokból összetett folyadék, melyben mikroskop alatt sem lehet látni semmiféle alakelemt, ha a levegőn áll, egy idő múlva megzavarodik és megtelik milliárd meg milliárd apró élő lénnyel. Benne teremnek-e ez apró lények a folyadékban önmaguktól? avagy kívülről jött csirákba támadnak és szaporodnak? e felett vizsgá-lódtak, kísérleteztek Pasteur előtt már sokan, így Buffon, Needham, Spallanzani, Schultze, Schwann, Schröder és Dusch stb. A kérdés tisztázatlan és eldöntetlen maradt. Az östermódés lehetősége eszméjének megmaradtak a magok védői és ellenzői. Pouchet a hatvanas évek elején érdekesen és elmésen kigondolt kísérletekkel igyekezett bizonyítani a francia tudományos Akadémia előtt az östermódés lehetőségét. Pasteur ekkor elégedett be a kérdés tanulmányozásába, melyre erjedés tanulmányai folytán felhíva érezte magát. Ő ismét a szervi dyssymmetriás erők suggestioja alatt a priori ellenzője volt az östermódés lehetőségének, most kísérletileg akarta bebizonyítani annak lehetetlenségét. Pouchet kísérleteit kritikai vizsgálat alá vette, kimutatta azoknak hézagait és meg-döntetetlen bizonyosságú kísérletekkel kimutatta, hogy az erjedő és rothadó folyadékokban az erjesztő csirák mindig kívülről, a levegőből, annak a porából jutnak be, ezek nélkül oly folyadé-kokban, melyek előbb csiramentesekké tették, erjedés és rothadás be nem állanak. A levegő porának és abban az erjesztő apró szervezeteknek ubiquitása magyarázza meg a természet háztartásában mindenütt jelentkező bomlási folyamatok ubiquitását. Pasteur e kísérleti tapasztalatainak érvényességét leleményes ellenkísérletekkel próbálták meggyengíteni Pouchet, Frey és Bastian. E kísérleti vita a hatvanas évek első felében több éven keresztül tartott, megújult az a hetvenes évek közepén és ismét Pasteur győzelmével végződött, mert szigorú kritikai ellenkísérleteivel teljesen tartha-tatlanná tette nézetellenesének álláspontját. Pasteur e kísérletei végeredményének — mint később látni fogjuk — nagy tudományos és praktikus kihatása lett egyfelől a bakteriologia technikai mód-szertanára, másfelől a sebészet terapiájára.

Szintén a hatvanas évek első felére esnek Pasteur tanul-mányai az ecetes erjedésről és a bor elromlásáról. Mind a két folyamatnak megtalálta az előidéző mikroorganizmusát, a mycoderma aceti-t, mely az alkohol eleczeteseződését hozza létre, továbbá egyes borbajoknak külön-külön mikrobáit, melyek az elsavanyodást, megkeseredést, nyulósá változást stb. okozzák. Ugyanezen mikro-biologiai tanulmányai alapján gyakorlati eljárásokat gondolt ki az

eczetgyártás javítására, mit az orleansi eczetgyárosok elfogadtak, továbbá borbetegségek megelőzésére annak *felmelegítését* hozta javaslatba, mely a bor romlását előidéző bakteriumokat megöli és a bort, a nélkül, hogy annak ízét, zamátját változtatná, tar-tóssá és így szállíthatóvá teszi. Ezt az ú. n. „pasteurizálás“-t a francia borászok nemsokára elfogadták és a gyakorlatban nagy haszonnal értékesítették.

\*\*\*

Pasteur tudományos élete folyása e vizsgálatok végeztével külső körülmények folytán ismét egy új irányba zökkent, mely az ő előbb molecularphysikai, később biochemiai irányban járó gon-dolat- és eszmevilágát, annak következtében kísérleti kutatásainak vezérfonalát is akarva nem akarva a pathologia előtte addig ismeretlen birodalmába vezette. Eddigi felfedezései nevének dicső-séget, az ezutának halhatatlanságot biztosítottak.

\*\*\*

1865-ben kapta a megbízást a francia kormánytól, hogy a délfraanciaországi selyemtenyésztést végszükséglettel fenyegető selyemhernyó betegséget, az ú. n. *pébrine*-t (szemeszettség, szemesekór) tanulmányozza és találjon módot, ha lehet, annak megszüntetésére. Ez a baj 1849 óta lépett volt fel Francia-ország sericulturájában és évről évre nagyobb pusztítást oko-zott a selyemhernyókban és a selyemgubó termelésben annyira, hogy a gubótermelés, a mely 1853-ban 26 millió kilogramm volt 130 millió frank értékben, 1865-ben lecsökkent egészen 4 millió kilogramm 30 millió franknyi értékig, a mi tehát 100 millió franknyi évi veszteségnek felelt meg. Megkísérlettek a baj meg-szüntetésére minden lehetőt, sikere semmire volt. Délfraancia-ország, melynek népessége nagyjából a selyemtenyésztésből él, kétségbe volt esve és folyton petitionált a kormánynál, hogy rajta segítsen. A kormány kiadta véleményes jelentésre az ügyet az Akadémiának, az pedig a híres vegyésznek Dumas-nak, Pasteur volt tanítójának. Tudományos körökben meg voltak győ-ződve, hogy ha valaki, akkor csak Pasteur lesz képes kitalálni valamely eljárást a baj megszüntetésére. Dumas azért felkérte Pasteurt, hogy fogadja el a kiküldetést. Pasteur vonakodott előbb, mondván, hogy ő életében sohase foglalkozott még selyem-hernyókkal. „Annál jobb — mondotta Dumas — ha nem tudsz semmit a dologról, legalább saját ideáid lesznek, melyek tulajdon észleleteiden alapulnak.“ Pasteur végre engedett és családjával együtt délre ment és kitalálta a baj megszüntetésére azt a lénye-gében igen egyszerű módszert, a mit ma már az egész világon használnak, hogy a *selyemhernyó petéinek termelése* folyamán a beteg peték közül kiválogatják az ép petéket és csak azokat tartják meg a jövő évi termelés biztosítására, a beteg petéket pedig elégetik. Pasteur e módszere visszaadta Délfraanciaországnak ke-nyerét és praeventiv módszert nyújtott az egész világ selyem-tenyésztésének a pébrine-betegség csapásainak kikerülésére.

Pasteur e felfedezése és annak gyakorlati alkalmazhatósága azonban nem egy csapásra született. Ő a kérdés kísérleti vizsgálatával hat éven keresztül foglalkozott és e tárgyban 1865-től 1870-ig nem kevesebb mint húsz értekezés és brochure jelent meg tőle. A tudományos tények, a miket megállapított, a következők: Pár évi kísérletezés után kimutatta, hogy a baj-nak igazi oka azon apró mikroorganizmusokban van, melyek a beteg hernyók testében mindenütt, de különösen a belek tartalmában találhatók; kimutatta, hogy a mikroorganizmusok viszik át a bajt a beteg hernyó nedvei vagy ürülékei útján az ép hernyóra, azaz, hogy a baj ragályos; kimutatta, hogy a baj átörökölheto; kimutatta, hogy a baj átragadása ellen legjobb mentség az elkülönítés a betegségben szenvedő állatoktól és a tisztaság. Mindezen kérdésekre ma már a legkülönbözőbb állati és emberi fertőző betegségekre vonatkozólag számtalan kísérleti bizo-nyítékunk van, a praeventiv orvosi tudomány is folytonos gyakor-latában van azoknak; midőn Pasteur e kísérleteivel kezdett fog-lalkozni, e kérdések még mint fölvetések és lehetőségek csak a levegőben lebegtek. A helyes következtetésre a kísérleti alapot Pasteur e kísérletei kezdték megadni.

Ugyanezen vizsgálatai folyamán Pasteur a selyemhernyók-nak egy addig nem ismert és le nem írt betegségét is fel-fedezte, a „flacherie“-t vagy renyhekórt és erre vonatkozólag szintén kísérletileg kimutatta, hogy azt egy az előbbtől különböz



mikroorganizmus okozza, hogy az [szintén] fertőző baj és pedig inkább, mint a pébrine. A fertőző anyag itten a bélürülékben van, a mely a fertőzőképességet kiszáradás után is sokáig fentartja, akkor is, midőn belőle a mikroorganizmusok eltűnnek, a mit úgy magyaráz, hogy ama mikroorganizmusok endogen spórákat fejlesztenek, a melyek az anyamikroorganizmus testének eltűnése után visszamaradnak és szivós életük folytán sokáig fentartják a beszáradt ürülék fertőző képességét.

Pasteur ez alapvető kísérleteivel az erjedéstani tanulmányai-ból elvont eszméit és vele együtt a kísérletező módszert belevitte a fertőző betegségek pathológiájába. Mikor e vizsgálatait a hetvenes évek elején bevégezte, elméjében kész volt a hypothetikus általánosítással, hogy a magasabb rendű állatoknak, sőt az embernek ú. n. járványokban jelentkező betegségei is ilyen eredetűek és hogy azokat, úgy mint a különböző erjedéseket, a bornak különböző betegségeit, úgy mint a selyemhernyó kétféle baját külön-külön mikroorganizmusok okozzák, és hogy e fertőzésekkel szemben alkalmas módszerekkel épen úgy lehet majd egyszer küzdeni, mint a bor betegségei és a selyemhernyók bajai ellen. Ő ez általánosításai kísérleti megvizsgálásának megkezdését már ez időben tervezte, későbbi híres anthrax-tanulmányainak alapvonalai ki voltak gondolva elméjében, de nem volt abban a helyzetben, hogy kísérleteit megkezdhesse. A 70-es években kitört porosz-francia háború, majd a commune megakadályozták, hogy Párisban maradhasson. Clermont-Ferrandba vonult meg volt tanítványának, Nocardnak kémiai laboratóriumában és ott foglalkozott huzamosabb ideig inkább szórakozásból, mint jókedvből a sör betegségeivel és annak megjavításával. E tanulmányaiból is az derült ki, mint a borbetegségek tanulmányozásából. A romlott sör bajait is a rendes erjedéshez nem tartozó idegen mikroorganizmusok okozzák és a sör elromlását is úgy lehet megelőzni, mint a borét, *felmelegítéssel*, valamivel alacsonyabbra mint azét. Ennek a jóformán időtöltésből, de hazafias célzattal tett tanulmánynak is megvolt a maga praktikus kihatása, mert azon tanácsokat, melyeket az ezen kérdésben irt értekezéseiben és könyvében Pasteur felhozott, a francia sörgyárosok elfogadták és általuk a francia sörgyártást a német és osztrák sörgyártás színvonalára emelték.

Pasteur tudományos életének e korszakát a *Comptes rendus de l'Académie des sciences* hetvenes évi folyamaiban megjelent közleményeiből lehet követni. A francia tudományos Akadémia volt mindig az a forum, a hova vitte feleleteit és vitáit a tanait megtámadó vagy védő tudományos értekezésekre. Mint az abban megjelent nagyszámú közleményeiből látszik, életének e szaka meglehetősen izgatott volt. Az agg Liebig könyvében az erjedés vitalis theoriája ellen felhozott érvek újra felélesztették úgy az erjedésre, mint a generatio aequivocára vonatkozó vitákat. Sokat irtak ellene, sokat mellette. A felmerült ellenérveket kellett neki újra megegyeztetni, a mellette szóló érveket megerősíteni és kibővíteni. Ezidőbeli vitái Liebig ellenargumentumaival, Bastiannal stb. az erjesztő anyagok természetéről és eredetéről a tudomány e szakának történetében a nézetek megtisztulására tetemesen közrehatottak és rendkívül közrejáruhtak, hogy felkeltse a figyelmet azon nagyszabású kísérleti tanulmányok iránt, melyeket Pasteur munkatársaival a mikroorganizmusos betegségekről, a vírusról és a védőanyagokról a hetvenes évek második felében megkezdett.

\*\*\*

A contagiosus betegségek lényegéről a hatvanas évek végén és a hetvenes évek elején a fogalmak még mindig igen zavarosak voltak. Az az eszme, hogy azok az élő szervezetben lefolyó nagyszabású, az erjedéshez hasonló folyamatok, régen bevésődött már az orvosi gondolkodásba, de a folyamatok benső mivoltának megítélésében, vajjon tisztán kémiai-physikai úton jönnek-e létre vagy pedig — mint némely felfogás szerint az erjedést — élő mikroorganizmusok okozzák-e? bizonytalanság uralkodott. Henle ugyan már a negyvenes években elméleti következtetéseiben oda jutott, hogy ennek a ragadós anyagnak, a mi a betegséget egyik szervezetről a másikra átviszi, *eleven anyagnak*, sőt, mert az az átragadás után a szervezetben felszaporodik, *élő apró szervezetnek* kell lenni: de az egyes ilyen ragadós betegségekből olyan apró élő szervezetet, melyről állítani lehetett volna biztossággal, hogy ilyen ragadós betegséget létre bír hozni, sem ő, sem azok, a kik az ő felfogásában később is osztóztak, nem tudtak kimutatni,

habár sok minden arra mutatott, hogy az ő theoriája helyes alapon mozog. Döntő kísérletek hián ilyenképpen az egész kérdés csak a speculatio terén maradt. Pasteurnak erjedéstani vizsgálatai a hatvanas évek folyamán újra napfényre hozták az orvosi tudomány e lebegő kérdését. Az őstermődesre vonatkozó vizsgálata folyamán felmerült azon kísérleti lelete, hogy a rothadást a fehérjetartalmú anyagokban a levegő porában levő és azzal együtt beléjük eső apró mikroorganizmusoknak csiráknak felszaporodása okozza és hogy ha e csiráknak a fehérjetartalmú folyadékokba való bejutása szabatosan megakadályoztatik, a rothadás kimarad: az angol sebészt *Listert* már 1864-ben arra vezette, hogy a sebekhez szegődni szokott pyaemikus és septikus lázak keletkezését szintén a levegőből a sebbe hulló csirák hatásának tulajdonítsa és ennek alapján a sebek orvoslásában behozta az azóta tapasztalati-lag helyesnek bizonyult *antiseptikus*, illetőleg *aseptikus* eljárást, melynek alapfelfogata teljesen megegyezett *Semmelweis* hazánkfiának még a negyvenes évek vége felé tett azon éles megfigyelések alapján felállított nézetével és arra épített gyógyeljárásával, hogy a szülés után visszamaradó endometris sebekhez csatlakozó ú. n. gyermekágyi láz részint a levegőből, részint a kezelő személyzet eszközeiről vagy kezéről a méhsebbe jutott porra és piszokra vezethető vissza és hogy a baj megelőzésére a piszok bejutásának megelőzése szükséges. 1874-ben *Guerin* francia sebész ezen irányban megindított nagyobb tanulmánya folyamán úgy a seblázak keletkezésére, mint a gyógyításra ugyanezen nézeteket fogadta el és hozta gyakorlatba. A hatvanas évek második felében és a hetvenes évek elején a német pathologusok is kezdtek foglalkozni a kérdéssel. Nyilván azon analógiák alapján, hogy a különböző erjedéseknél különféle mikroba indítják meg a folyamatot, továbbá hogy a selyemhernyó-betegségeknél kísérletileg is ki lett mutatva, hogy két különféle mikroorganizmus két különféle betegséget hoz létre, megindultak a vizsgálatok arra nézve, hogy a különböző betegségeknél keressék a mikroorganizmusokat, a melyeket a németek általában bakteriumoknak neveztek. *Klebs*, a kórboneztan tanára tette e tekintetben akkor legkiterjedtebb mikroszkopiai vizsgálatait. Miután azonban a legkülönbözőbb folyamatoknál sokféle és sokszor ugyanazonos bakteriumokat találtak és kísérletileg bebizonyítani nem tudták, hogy a talált bakteriumok képesek-e előidézni az illető betegséget: ezen akkori mikroszkopizsgálatok nem sokat lendítettek a kérdés tisztázására, sőt bizonytalan eredményeik igen alkalmasok voltak arra, hogy az új vizsgálati iránynyal szemben az orvosok nagy tömegében meglehetősen erős scepticismust keltsenek.

Ily körülmények között Pasteur részint saját benső hivatásától vezéreltetve, mely őt mint szenvedélyes kutatót és felfedezőt szakadatlanul új és meg nem fejtett problémák megoldására ösztönözte, részint az orvosi tudományban már eddigelé szép tért elfoglalt tanainak védelmére és esetleges újabb térfoglalása végett, elhatározta, hogy felveszi e tárgyban a kísérleti tanulmány fonalát. Nem könnyen ment be a dologba. Ő anatómiával, physiologiával, pathológiával sohasem bibelődött; foglalkozásánál fogva csak a chemia és physika ablakán át csak nagy általánosságban tekinthette az orvosi tudományt. A kísérleti élettan és a kísérleti kórtan detail módszereiben járatos nem lévén, habozott az idetartozó kérdések kísérleti kutatásába belefogni. Ő még a selyemhernyó betegségeivel való foglalkozása elején eljárt egyideig a híres élet-és kórtani experimentátor Claude Bernard College de France-beli előadására, hogy annak classikus kísérleteiből themájának megoldására valamit tanuljon, a boneztan és élettan részleteiben azonban nem lévén jártas, azokat könnyedén — és a mire ideje nem volt — elég tanulmányozás nélkül meg nem értette és csakhamar abban hagyta. Éles esze és kísérletező génie-je az első próbálgatásoknál belátta, hogy azon irányban, melyben az ő gondolatai jártak, e kérdés tanulmányozásába a részletek ismerése nélkül is belefoghat. A selyemhernyó betegségeiről olvasgatva találta, hogy a foltos betegségben szenvedő selyemhernyó baját némely vizsgáló azon apró kis szemeszerű mikroorganizmusoknak tulajdonítja, a melyek a halállal végződő betegség alatt annak beleiben és egyes szöveteiben felhalmozódnak. Rögtön megvolt a kísérleti terve. E mikroorganizmusokat ki kell venni a frissen elhalt hernyó testéből és megnézni, hogy azokat egy ép hernyóval érintkezésbe hozva vagy ételében beadva, a hernyó megbetegszik és elhal-e? Ha igen, és ez



sok vagy minden kísérletben így mutatkozik, biztos a következtetés, hogy a betegséget és halált a kérdéses mikroba okozza. A betegség és a halál létrejöttének részletes physiologiai és pathologiai folyamatainak nem ismerése azon kérdés eldöntését, hogy e baj mikrobikus eredetű-e vagy nem? nem alterálja. A selyemhernyó-betegség pathologiai kérdésének ilyen egyetemes szempontból tekintése őt ama kísérleti tanulmányában, mint láttuk, teljes sikerre vezette. Bizonyára e sikeres vizsgálati eredményeinek remisscentiája bátorította fel őt arra, hogy újabb kísérleti nagy felfedezési útjára bizonyos merészséggel, de a bekövetkezendő sikeren való erős hittel neki induljon.

És ez erős hitében nem csalatkozott. 1876-tól a nyolcvanas évek végeig, mely tudományos élete folyásának befejező korszakát képezi, az experimental pathologia és therapia terén a felfedezések egész sorozatára jutott, mely felfedezések az ő tanait egyetemes érvényre emelték a fertőző betegségek pathológiájában és korszakalkotókká lettek azok azoknak terapiájában is.

\*\*\*

Kezdődik a felfedezési út a *lépfenebetegség* tanulmányozásával. Ez a betegség, mely leginkább a juhokban és szarvasmarhákban jön elő, az emberen pedig mint pokolvar szokott előfordulni, különösen alkalmas a kísérleti tanulmányra. Egy csepp vérről át lehet vinni a bajt az ebben szenvedő juhokról kisebb állatokra, a házinyúlra és a tengerimalaczokra, fehérégerre, valamint ezeknél egyikről másikra, a mely állatokkal a laboratóriumokban bőven, olcsón rendelkezünk és kísérleteket vele akármily változatban, akármely számban csekély költséggel tehetünk. E betegséget választotta kísérleti tanulmányra Pasteur továbbá azért, mert ez már tanulmányozva volt előtte bizonyos fokig épen abból a szempontból, a melyből ő kívánta vizsgálni a kérdést. Az anthraxos állat vére, midőn egyik állatról átvinni bírja a bajt a másikra, tele van apró egyfajta kis bacillusokkal, az ú. n. anthraxbacillusokkal oly nagy mennyiségben, hogy számuk sokszorosan meghaladja a vér vörös sejtjeinek számát. A kik ezt először 1850-ben (Rayer és Davaine) felismerték, tekintettel arra, hogy a vérben más elváltozást nem találtak, mindjárt felvetették a kérdést, nem ezek az apró lények képezik-e magát a fertőző anyagot? Eldönteni ezt nem tudták, sem ők, sem utódjaik, a kik e kérdéssel foglalkoztak, mert nem voltak képesek különválasztani e mikrobákat a vér többi részeitől és egészen izoláltan külön próbálni meg velők azt, hogy elő bírják-e idézni az anthrax-betegséget? Pro et contra sokat kísérleteztek és vitatkoztak egészen addig, míg Pasteur meg nem jelent a vitában. Ő 1876-ban elkezdett kísérleteiben csakhamar tisztába hozta a kérdést. Azt a módszert ismételte meg, a mit a selyemhernyó általa felfedezett flacherie — renyhekór — betegsége tanulmányozása alkalmával használt a mikroorganizmusoknak a szövet-törmelékektől és nedvektől elválasztására és tisztára tenyésztésére. Vett egy csepp anthraxos vért és azt bizonyos mennyiségű pl. 50 ccm. felfőzött vizeletbe vetette; azt tapasztalta, hogy egy idő múlva az egész folyadék megzavarosodott és tele lett a véresebb bacillusaihoz hasonló bacillusokkal; ha ebből egy cseppet ismét ugyanannyi steril vizeletbe vitt, 24 óra múlva az ismét zavaros lett és ismét eltele bacillusokkal; akárhány ízben folytatta az átoltogatást, akár a huszadik áttöltés után is ugyanaz mutatkozott, mint az első áttöltés után és ha az akárhányadik áttöltés után keletkező zavaros folyadékból egy cseppet élő nyúlba vagy malaczba beoltott, azok épen olyan gyorsan és biztosan megkapták a halálos anthraxos betegséget, vérökben felszaporodott anthraxbacillusokkal, mint az első esetben, midőn direkt anthraxos vérről oltotta be az állatot. Nem állott be az anthraxos halál akkor, ha a folyadékokból a bacillusokat leszűrte és csak a tiszta folyadékot fecskendezte be és pedig akármily mennyiségben. Világos tehát e kísérletből az, hogy az anthraxos véresebben a fertőző anyagot a bacillusok alkotják, mert azon végtelen hígítások folyamán a vörös és fehér vérszettek és törmelékeik annyira meghigulnak, hogy részecskéik a legnagyobb mikroszkopi nagyítás alatt sem láthatók és e hígítási folyamatban csak egy az állandó tünet, nevezetesen az átoltott bacillusoknak a minden oltás után történő szertelen felszaporodása. Ez egyszerű, de cardinalis fontosságú kísérleti eredményt 1877. április 30-dikán jelentette be az Akademiának.

Ez által tehát ki volt mutatva az, hogy az anthrax-beteg-

ség vírusa maga az anthrax-bacillus és meg volt adva a cardinalis kísérleti módszer, a melylyel a kérdést egyéb fertőző betegségek-nél is eldönteni lehet. E módszer lényegét nem változtatta Koch Róbertnek ú. n. *szilárd talajra való kitenyésztés* módszere sem, csak tökéletesítette, a mennyiben a szilárd tenyésztő talajon az egyes bakteriumfajoknak elkülönítése a szövetek törmelékeitől és egymástól sokkal szabatosabban történhetik, mint a Pasteur-féle folyadékmódszernél.

Pasteur e kísérleti tanulmánya ismét megerősítette azon hitet, hogy a fertőző betegségek okát a mikroorganizmusokban kell keresni és számtalan ilyen irányú tanulmányoknak indította meg a legkülönbözőbb nemzetek buvárai részéről a hasonló vizsgálatok fonalát és megalapítója lett a *mikrobiológiának* vagy *bakteriológiának*, a melynek oly nagy szerepe van most az orvosi és közegészségi tudományokban.

\*\*\*

Pasteur maga szintén tovább indult a megkezdett úton és nem sokára egy újabb felfedezéssel lépett fel. 1879-ben egy másik állatbetegséget kezdett tanulmányozni: az úgynevezett *szárnyasok choléráját* (cholera des poules), mely a házi apró szárnyasoknak igen gyakori nyavalyája, mely szintén ragadós baj és járványszerűleg pusztítja az aprómarhaállományt. A baj abban mutatkozik, hogy a tyúk elkezd gyengülni, szárnya lelóg, tolla felborzolódik, ingó járása lesz, lassanként elálmosodva, később mély álomba merül és csendes agóniába esve elpusztul. A halált csak néha előzi meg a szárnyaknak néhány másodpercig tartó rángatózása. E bajnak okát szintén egy végtelen kicsi szemesékben mutatkozó mikrobában találta meg Pasteur. E mikrobát az e bajban elhalt tyúk véréből tyúkhúsból készült steril levesben tudta tenyészteni, úgymint az anthraxos vérből az anthrax-bacillust. A friss tenyészetből vett egy csepp egy egészséges állatra halálos hatású és néha már 24 óra alatt ugyanazon tünetek között öli meg az állatot, mint a minők között az első állat szenvedett, a melynek véréből a tenyészet készült, és itt is azt lehet találni, mint az anthraxnál, hogy az újonnan elhalt állat vére és szövetei tele vannak a végtelen kicsi mikrobás szemesékekkel. Itt is tehát a vírus maga a mikroba.

Pasteur e mikrobával különböző változatban kísérleteket téve, több egyebek közt azt találta, hogy míg a friss tenyészetből egy csepp minden esetben megöli az állatot, ha a tenyészet idősebb, pl. három hetes lesz, a belőle inficiált állatok közül mind megkapja ugyan a betegséget, de csak egy része hull el, a többi pedig a betegséget kiállja és meggyógyul. Az eredeti vírus tehát meggyengül. Még idősebb tenyészeteknél el lehet találni, hogy a beoltott állatok közül mindenik megbetegszik ugyan, de mindenik kiépül a bajból. És ha most a betegségből kigyógyult állatok újra egészen friss és erős mikrobatenyészetet oltatnak be, az a különös jelenség mutatkozik, hogy egy sem kapja meg a betegséget. A meggyengült tenyészet tehát megbetegítette a szervezetet, de az a betegség kiállta után immunitást kapott a halálos erejű friss tenyészet ellen. E kísérlet eredménye teljesen olyanannak mutatkozott, mint az emberi védhimlő hatásánál van a dolog. A vaccina, a védő himlőanyag nem egyéb, mint szelídített variola vírus, annak a beoltása egy enyhe betegséget idéz elő a gyermekben, a mit ha az kiáll, immunitást kap az erős himlő, a variola vírus ellen és védőltja a gyermeket a veszedelmes himlőjárványok ellen. Így találta fel Pasteur a *bakteriológikus védőltást*, mely bizonyára a legszebb és későbbi eredményeiben legkihatóbb felfedezése volt.

Pasteur ismerte és olvasta Jenner iratait, ki előtte 100 évvel fedezte fel az emberi védhimlőoltást szintén egy hagyomány és véletlen észlelet alapján kiinduló hosszas kísérletek és észleletek útján. Már Jenner kimondotta az elvet, hogy egy gyengébb virulentiájú vírus védelmet ad a szervezetnek egy erősebb virulentiájú vírus hatása ellen. A világszerte alkalmazásba vett védhimlőoltás tapasztalatilag bebizonyította e tétel helyességét. De magyarázatát a folyamat benső lényegének nem tudta adni, a vírus lényegét nem ismerte, gyengülésének okát magyarázni nem tudta s így nagy felfedezése empirikus tények halmaza maradt. Másképen van az Pasteur e felfedezésében. Itt a vírus lényege ismerve van. A vírus maga a mikroba. Ennek életkörülményei változnak a kísérleti behatások különböző körülményei



között. A kérdés tudományosan tanulmányozható és kilátást ad arra, hogy az immunisatio módszereit egyéb betegségeknél is ki lehet majd találni.

Pasteur e nagy felfedezése kísérleti véletlennek tűnik ugyan fel, tulajdonképpen azonban nem az. Ő már a bor-, sör- és a selyemhernyó-betegségek elleni küzdelmének sikere után elmékedése és általánosító imaginációi közben írta volt: „N'est il pas permis de croire, par analogie, qu'un jour viendra où des mesures preventives d'une application facile arreteront ces fléaux qui, tout à coup, désolent et terrifient les populations, telle la fièvre jaune qui a envahi récemment le Senegal et de vallée du Mississipi, ou la peste à bubons qui a sévi sur les bords de la Volga?” és Jenner művének olvasása közben már előre gondolt a védoltás esetleges felfedezésére is. Kereste azt bizonyára, kilátzik az egyes kísérleti módosításaiból, csak az volt véletlen, hogy olyan hamar megtalálta.

Pasteur e kísérleti eredményei fellebbentették a titok fátyolát a fertőző betegségek legtöbb nagy kérdésének benső mivoltáról: a contagium és virus hatásnak, az incubatio mivoltának, a virulencia változás lényegének, az immunitás és örökölhetőség keletkezésének, a védoltás lényegének kérdéseit kísérleti bizonyítékok világosságába helyezték.

\*\*\*

Pasteur tudományos eszrit-je fejlődéstörténetét ezzel be is fejezhetném, tisztán tudományos szempontból. A cristallographiai észleletek alapján felállított tudományos eszméknél kezdődik az és végződik a védoltások principiumainak felismerésével.

A mi ezután következik, az csak gyakorlati alkalmazás. De Pasteurnak, mint tudósak működését épen az jellemzi, hogy a laboratoriumi elvont tudományos vizsgálódás eredményeit nem zárta „a tudomány önmagáért való művelése” rideg elvének vékájá alá, hanem a tudományos principiumok megállapítása után kísérletileg megérlelte azokat annyira, hogy a közéletbe mindjárt kimehettek és a közjó és az emberiség szolgálatára állhattak. Így volt ez erjedési tanulmányaival, a midőn a laboratoriumi vizsgálódás eredményének alkalmazását maga kidolgozta az ecetgyártás, bor- és sörkészítés javítására, így tette ezt a védoltások principiumainak felfedezése után a lépfene és veszettség elleni védoltások módszereinek kísérleti úton való kikutatásával is. Épen e két betegség ellen kitalált védoltó módszerének gyakorlati sikerei azok, melyek míg egyfelől magokra vonták a nagy közélet és emberiség figyelmét, másfelől megállapították az általa alapított tudománynak, a mikrobiológiának vagy bakteriológiának tekintélyét. E vizsgálatai képezik életének legnagyobb alkotásait.

Kezdte a lépfene elleni védoltások módszerének keresésével. Csakhamar megtalálta azt. Itt is kezében volt a betegség vírusa, az anthrax-bacillus. Ezt kellett gyengítenie, mint tette azt a tyúkok cholerajánál. Próbált, úgy mint ott. A friss anthrax-tenyészetet állani hagyta. De a gyengítés így nem sikerült, mert az anthrax-bacillus a tenyészetben állás közt kicsirázik, a csirák pedig hatásukban nem gyengülnek. Oly módot keresett tehát, hogy a bacillusok kicsirázását megakadályozza. Ezt sikerült kitalálnia abban, hogy a tenyészetet 42–43° C.-nak tette ki. Ily hőmérsék mellett az anthrax-bacillus nem csirázott ki és hatásában napról napra gyengült, úgy hogy 8 napi állás után már nem ölte meg a nyulat, tengerimalacot és a juhok, melyek pedig a legfogékonyabbak a lépfene iránt. Nyolcz napon belül azonban hatásos volt a tenyészet, úgy hogy a régiebb tenyészetek csak megbetegítették, de nem ölték meg az állatot, a fiatalabb, tehát frissebb tenyészetek erősebbek voltak, úgy hogy beoltások után a beoltott állatok szintén megbetegedtek és egyesek közülük el is haltak. Azok az állatok azonban, melyek a bajt egyszer kiállották, újabb infekciónak, még a halálos infekciónak is ellenállottak. Így tehát meg lett találva a védoltó-anyag itt is. Negyven ilyen védoltott juha volt már Pasteurnak a laboratoriumban, midőn a szakköröknek és érdeklődőknek nyilvánosan kívánta bemutatni védoltó módszerét. A meluni gazdasági egyesület ajánlotta meg neki erre az alkalmat. 1881. április 28-dikán állapították meg a programot. 25 juhok kellett védoltani Pasteurnak és a védoltás befejezése után egy idő múlva halálos erejű lépfene-virussal inficiálni ellenőrzésül más 25 nem védoltott juhval együtt. Ha a védoltás csakugyan használ, a 25 védoltott juhok életben kell maradni, a nem védoltottaknak pedig lépfenében mind elpusztulni. A védoltások

menetét és az eredményt nemcsak egész Páris és Franciaország, hanem a külföld is nagy érdeklődéssel figyelte. A várakozók nagy része skepsissel nézett az eredmény elébe, Pasteur ismerői biztak a jövőben. Május 5-dikén volt az első védoltás, erre két hétre, 17-dikén, a második. A próba halálos infectio mind az 50 juhnál május 31-dikén. Az eredmény június 2-dikán márt tudva lett. A nem védoltott 25 juh mind megkapta a lépfenét, a védoltottak közül egy sem. Franciaországban e kísérletek után — írja Roux — nem volt többé kételkedő, hanem csak esodáló.

E kísérletek eklatáns sikerének híre gyorsan bejárta az egész világot. Tisztán tudományos szempontból is rendkívül érdekes volt az eredmény, mert az emberi védhímlő-oltás hasznosságában is nagyon sokan kételkedtek még és pedig tudományos részről is, a mennyiben Jenner eredeti kísérleteit kevesen ismerték, a védoltás hatásmódjáról physiologiai magyarázatot alkotni maguknak nem tudtak, a kedvező statisztikai kimutatásokat esodálósnak tartották. Pasteur e kísérletei ad oculos demonstráltak a védoltás lehetőségét, felderítették a hatás módját és absolut biztos statisztikai számokkal bizonyították a hatás valóságát. Még nagyobb érdeklődéssel tekintett a kísérleti eredményekre a gazdasági közélet. Lépfenében a gazdasági állatoknak, juhoknak, teheneknek stb. körülbelül 10%-a szokott elhullani. Ez az agricultur-állatok állattenyésztésében óriási összegeket képvisel. E frappáns kísérleti eredmények reményt nyújtottak arra, hogy a védoltásmód a nagy gyakorlatban is beváljon. E szempontból azok közt, a kik a kísérletet nem látták, sok volt a kételkedő. Maga Koch, ki a lépfene pathológiájában azon felfedezésével, hogy az anthrax-bacillusnak csiráit kimutatta, nagy érdemet és hirt vívott ki magának, úgy nyilatkozott, hogy ez tudományos kísérletnek beváljon ugyan, de gyakorlati jövője nincs. Ismételték azért a kísérleteket magában Franciaországban és mindjárt az első közt nálunk is. A kísérletek a legtöbb helyt ugyanazon vagy közel olyan jó eredményt adtak, mint a meluni kísérletek. A lépfene elleni védoltások csakhamar elterjedtek. A lépfene-vaccina készítésére Pasteurnak külön laboratoriumot kellett berendezni. A tapasztalati adatok a lépfene-védoltások eredményéről a nagy gyakorlatban hirtelen felszaporodtak annyira, hogy Pasteur 1894-ben már Franciaországra vonatkozólag 3.400,000 védoltott juhról és 438,000 védoltott szarvasmarháról közölhetett statistikát, a mely azt mutatta, hogy a 10%-os halálozási arány a védoltások segítségével leszállott körülbelül 3 pro millere. A francia agriculturának e védoltások következtében a megmaradt juhokból körülbelül 5.000,000 frank, a megmaradt szarvasmarhákból körülbelül 2.000,000 frank nyeresége származott. Huxley nem hiába írta tehát azt, hogy Pasteur felfedezései egymagokban elegendők arra, hogy Franciaország Németországnak az 1870-diki öt milliárd hadi sarczát kifizethesse. A lépfene-ellenes védoltások nálunk is beváltak. 1889–1894 közt nálunk 7837 lovat, 111,463 szarvasmarhát és 445,823 juhot védoltottak, a 10% átlagos halálozás leszállott a lovak közt 0.19%-ra, a szarvasmarhák közt 0.01%-ra, a juhok közt 1.19%-ra, átlag tehát 0.46%-ra.

E lépfene-védoltások kezdték megszerezni legelőször a hitelt a nagyközönségben a bakteriologiai tudományok iránt.

\*\*\*

Ha a bakteriologiai tudományokkal szemben fennálló egyetemes scepticismust a lépfene-védoltások törték meg: a veszettség ellenes védoltások azok, melyek a közbizalmat azok iránt megszerezték.

Pasteur nem elégedett meg eddigi felfedezéseivel a védoltások terén, a mihez még csakhamar a sertésorbáncz elleni védoltás felfedezése is járult, hanem keresett egy olyan betegséget, a mely emberen és állaton közös, a mely szabatos kísérleti tanulmány tárgyává tehető, a midőn a védoltás esetleg felfedezendő módszere — imaginációja szerint — át lesz vihető talán az emberre is. És ezt szerencsére megtalálta a veszettségben. A veszettség veszett állatnak, rendesen veszett kutyának marása után támad; ha kitör, majdnem ugyanazon tünetények között folyik le embernél és kutyánál, úgy hogy a baj ugyanazonos volta felett semmi kétség. A kitört veszettség az embernél mindig, a kutyánál a legtöbb esetben halálos. Ha a kutyánál kísérletezés útján alkalmas módszert lehetne kitalálni a veszettség kitörésének megelőzésére, talán alkalmazható lenne az a módszer veszettséggel való fertőzés, azaz veszettkutyamarás esetén, emberre is? E merész kísérleti kör- és



gyógytani álmok csak oly genialis és szerencsés kezű kísérletező tudós kezében teljesülhettek be, mint a milyen Pasteur volt.

A tek. Akadémia azon szerény előterjesztésekből, melyeket 1886 óta Pasteurnak a veszettségre vonatkozó minden fontosabb kísérleteinek ismételteséről e székről tenni szerencsém volt, ismeri, miként jött rá ő hosszú, 1880 óta folytatott merész, de mégis óvatos kísérletei közben a veszettség ellen szolgáló védőtáji módszerének felfedezésére: annak részletébe becsátkoznom ezért felesleges. Csak tudományos élete folyása főbb mozzanatainak történeti elbeszélése teljességeért említem fel, hogy ő e módszerének egy részével kész volt már az 1884. év elején és annak hatását egy, a közoktatásiügyi ministertől kinevezett tudományos commissio előtt — úgy mint a lépene ellenes védőtájsoknál tette — nyilvánosan bemutatta. 1884. május 28-dikán kezdte el ellenőrző munkáját a bizottság (mely Beclard, Paul Bert, H. Bouley, Tisserand, Villemain és Vulpian, különböző tudományághoz tartozó szakemberekből állott) és június és július havában kitartóan folytatta azt. Pasteur bemutatót a bizottság előtt bizonyos számú általa az ú. n. száritott fix virus velő módszerrel veszettség ellen immunissá tett kutyát, vettek ugyanannyi olyan kutyát ellenőrzés gyanánt, a mely egészséges volt és nem volt kezelve semmivel, most valamennyit inficiáltak veszettség vírussal részint úgy, hogy az állatok egy részét megmaratták más veszett kutyával, részint úgy, hogy szemükbe vagy agyvelejökbe vitték be a veszettség mérgét. Ez utóbbi fertőzés módra — mint ismeretes — az egészséges kutyán kivétel nélkül ki szokott törni a veszettség. Az eredmény az lett, hogy a Pasteur által előre védőtájt kutyák mindnyájan életben maradtak és nem lett semmi bajuk, a nem védőtájt control-kutyáknak legnagyobb részén kitört a veszettség. E kísérlettel ad oculos volt demonstrálva, hogy a kutyákat előleges védőtájsokkal absolut biztossággal meg lehet menteni egy utólagos veszettkutya-harapás vagy egy különben halálos hatású veszettséggel való fertőzés ellen. A védőtájt anyag itt is úgy hat, mint a védhímlőoltásnál, a tyúkok cholera-jánál, a lépene ellen, a sertésorbanácznál, megvédi a szervezetet egy eshetősleges fertőzés ellen. Miután azonban a veszettség úgy a kutyák között, mint az emberek között aránylag ritka betegség, arra gondolni sem lehetett, hogy praeventiv védőtájt a gyakorlati életben alkalmazható legyen, hiszen akkor lehetőleg minden kutyát vagy esetleg minden embert be kellene oltani, úgy mint történik az embernél a védhímlőoltással vagy a juhoknál a lépene-védőtájsal, a mi a kutyák rengeteg nagy száma miatt gyakorlatilag kivihetetlen lenne, valamint az emberekről sem tehető fel, hogy alávetnék magukat legalább tömegesen ezen védőtájsoknak azon csekély eshetőségnél fogva, a mely ezen baj ellenében fennáll, a midőn a népesség több százezerére alig esik egy kitört veszettség. Nem az az eset áll fenn akkor, ha már megtörtént a veszettkutya-harapás. Az az állat, az az ember, a kit a veszett kutya megmar vagy inficiál, a tapasztalat szerint 10—25%-nyi eséllyel ki van annak téve, hogy a harapás után 20—60 nap múlva vagy még később is megkapja a veszettséget és belehal. Miután az egyes megharapott egyénre nézve soha sem lehet előre megmondani, hogy nem fog-e beleesni ezen 10—25%-ba, gyakorlatilag indokolva van, hogy a megharapott ember vagy állat alávetessék a veszettség ellenes védőtájsoknak. A kérdés éle tehát gyakorlatilag oda hegyesedik, vajjon használ-e a védőtájt a veszettkutya-harapás megtörténte után is a veszettség kitörésének megelőzésére? Maga Pasteur, de az ellenőrző bizottság is így állították fel a kérdést. Az a körülmény, hogy egy még nem inficiált kutyánál körülbelül két hét alatt ama védőtájsokra létrehozható absolut immunitás még a legerősebb, mindig halálos infectio ellen is, továbbá az a tapasztalat, hogy az esetek óriási többségében a baj a harapás után csak három, egész hat hét múlva szokott kitörni, reményt nyújtott a kedvező eredményre. De kísérletnek kellett döntenie előbb a kérdésben. Pasteur és a bizottság e célból 8—10 darab ép kutyát veszettkutya-marásnak tettek ki; felét ezeknek védőtájt alá vetették, felét pedig control kísérletül védőtájtlanul hagyták. Az eredmény az lett, hogy a védőtájt kutyák közül egy sem kapta meg a veszettséget, a nem védőtájt kutyáknak pedig nagy része megveszett. Így tehát kísérletileg be lett bizonyítva, hogy a Pasteur által kitalált védőtájt-módszer a veszettkutya-harapás megtörténte után alkalmazva is képes

megelőzni a veszettség kitörését. Méltóztatnak emlékezni, hogy a t. Akadémia nagybecsű megbízása folytán 1886—1888-ban általam tett ilyenmő állatkísérletem folyamán az én módosított, az eredetinnél egyszerűbb módszeremmel még nagyobb számú állatokon tett védőtájsaim, úgy a marás előttiek, valamint a marás utániak, ugyanezen eredményre vezettek. Ilyeténkép a védőtájt módszer a gyakorlati életre is kísérletileg meg lévén állapítva: Pasteur 1885. július hóban egy elszázi veszettkutya-marott gyermekek megtette az első védőtájt. Az erős arczmárásokat kapott gyermekek nem tört ki a veszettség és az 1885-diki akadémiai ülésen Pasteur bejelentette, hogy *meg van a módszer a veszett kutya harapása után az emberi veszettség kitörésének megelőzésére is.*

A gyakorlati tapasztalat azóta fényesen bebizonyította a veszettség-ellenes védőtájsok hasznát. Párisban 1885. vége óta 1899. végeig közel 20,000 egyén kapott antirabikus védőtájt és a halálozás ezek között alig éri el az öt pro mille-t, holott a nem-védőtájtak között egyre-másra 15%-ra rúg a halálozás. Hasonló eredményt mutat a budapesti Pasteur-intézet statisztikája is. Az 1890. április 15-dike óta 1899. december 31-dikéig védőtájt egyén közül egyetemeslegesen mindössze 0.41‰ kapta meg a veszettséget, holott Magyarországon, mint concret statisztikai adatok mutatják, a nem védőtájtak között 13.91‰ a halálozás.

A veszettség-elleni védőtájsok felfedezése volt utolsó nagy műve elhunyt kültagunknak. Ez a felfedezés úgy Franciaországban, mint világszerte valóságos enthusiasmust keltett és többet használt Pasteur tanai népszerűségének emelésére összes előbbi dolgozatainál. A mívelt világ nagy közönsége viszonzásul azon sok jótéteményért, melyet Pasteur felfedezései hazájának és az emberiségnek nyújtottak, háláját hozzá és a tárgyhoz méltóan úgy fejezte ki, hogy internationalis aláírás útján több millió frankra rúgó összeget nyújtott át neki egy a fertőző betegségek és azok gyógyításának tanulmányozására szánt nagy intézetnek felállítására, mely régi álmát képezte.

\*\*\*

Pasteurnak e majdnem félszázadot felölelő tudományos buvár-pályája az ismeretek különböző országain vonult keresztül. Mindenütt, a hol járt, maradandó nyomot hagyott maga után, elkezdve a crystallographián és a molecularis physikán és chemián, a biológián keresztül a pathológiáig és a therapiáig. Felfedezett tudományos tényei örökbecsű adatokkal gazdagították azoknak belső tartalmát, a felfedezett tényekhez kapcsolt elmélkedései pedig irányt adtak a búvárkodók tudományos gondolatmenetének és új kutatásoknak, új tények felfedezésének vetették meg alapját. Crystallographiai dolgozatainak alapkővén épült fel a mai stereo-chemia, erjedéstani búvárlatain a mai mikrobiologia, pathologiai dolgozatai alapján a modern epidemiologia és a fertőző betegségek prophylaxisa. De e búvárlatoknak kihatása nemcsak a multa és jelenre szorítkozik, irányt adott különösen a pathológiában és therapiában a jövőre is. Igaz, hogy az az experimentalis irány, a mely az ő tudományos búvárkodásainak velejét képezi, megvolt már vetve e tanokban nagy elődje Magendie és nagy kortársa Claude Bernard által korábban: az ú. n. experimentalis pathológiát és therapiát már előtte is a gondolkodó orvosok az orvosi tudomány magvának tekintették, de egyetemesen elismertté, elfogadottá és megbecsültté csak az ő eredményeiben meglepő pathologiai és therapeutikai búvárlatai tették, melyeknek közvetlen hatásuk ugyan első sorban csak a fertőző betegségek tanát illeti, de visszahatottak azok már is és vissza fognak hatni ezután a többi részekre is.

A nevérol nevezett párisi Pasteur-intézetet a veszett ebmar-ta szerencsétlenek prophylactikus gyógyítására állították ugyan fel, de ő már akkor szélesebb keretet szabott ki annak alapul és feladatául tűzte a bakteriologiai kutatások mellett valamennyi fertőző betegségnek pathologiai és therapeutikai tanulmányozását. Azóta csakugyan nagyszabású therapeutikus kísérletek helye lett ez intézet s a *serotherapie* megállapításával, mely a Pasteur tanai-ból kinőtt, bakteriologiai elvek szerint prophylactikus és curativ gyógyításokat vezetett be a tudományba a diphtheria, pestis, cholera, kigyómarás stb. ellen. Mi egyéb ez mint experimentalis kórtan és gyógytan alkalmazva egyelőre csak a fertőző betegségek-re. A párisi mintára sokkal nagyobb méretekben felállított hasonnemű intézetnek Szentpétervárott a *kísérleti orvostan* nevet adták, kibővítették tehát e kutatási irányt az egész kór- és gyógy



tanra. Így terveztük ezt nálunk is már 1883-ban, midőn a budapesti egyetemen az általános kór- és gyógytani tanszék önállósított, de még önálló intézetet nem kapott. Így tervezzük ezt mostan is, midőn az általános kór- és gyógytannal kapcsolatos Pasteur-intézetet — a törvényhozás engedelmével talán rövid idő múlva — új végleges otthonában elhelyezzük. A németeknek pathophysiologiája a modern kísérleti kór- és gyógytanban olvad fel és e tan megszilárdulásáért Pasteurnek, a vegyésznek tudományos buvárlataiért lehet hálás.

\*\*\*

Pasteur tehát a tudományos felfedezések valóságos aranyembere volt. Kezében a mihez kezdett majdnem minden a tudomány színaranyává változott. Felfedezései a természettudományok legnagyobb felfedezéseivel versenyeznek. Pillanatra talán megállhatunk felvetni a kérdést, mi volt a benső kulesa az ő nagy tudományos sikereinek! Az, a mi minden igazi nagy tudományos feltaláló sikereinek. Genialis elmével entusiasmust és feltett tudományos célja elérésében makacs kitartást egyesített magában. Éles megfigyelő volt mindenek előtt, ki észrevett sok oly tünetmenyt, a mit más meg nem látott, szigorú és penetrans ítélőképességgel volt megáldva, ki a különböző tünetmenyek között az okbeli kapcsolatot gyorsan belátta, tudományos képzelő ereje a lehetőségek felállításában termékeny és azok közül a valóságok előrelátásában majdnem divinitorikus volt. Minden felvételt és sejtelmet azonban szigorú kísérleti kritika alá vetett, a kísérleti módszerek feltalálásában és végrehajtásában nagy inventióval és nagy gyakorlattal járt el és nem nyugodott addig, míg az általa előbb sejtett, később kísérletileg bizonyosnak látszott tudományos igazságokat egyszerű tiszta kísérleti demonstrálhatóságig nem vezette. Ezekhez járult szakadatlan és kiolthatatlan vágya a felfedezett igazságot után az azokhoz kapcsolódó újabb rejtélyek megfejtéséhez jutni és nem kimélt semmi fáradságot, hogy a megfejtést, ha lehet, elérje. Ha a folytonos keresésben néha czéltévesztve, olykor-olykor tévútra jutott is, éles ítélőképessége hamar felismerte azt és gyorsan visszavetett felfedezései útjának rendes medrébe. Életének későbbi éveiben minden idejét e felfedező szenvedélyének szentelte. Newton egyszer valakinek, a ki az ő geniálitását magasztalta, azt mondotta, „hogy ha ő tett egyáltalában valamelyes felfedezést, azt inkább kitartó szorgalmának és várakozásának, mint egyéb elmetehetségének köszöni”. Habár ez kétségen kívül a nagy tudós csak szerénységéből folyó kifejezése volt, mégis mutatja, mily sokat tartott ő a genialis elme mellett a szorgalomról és kitartásról. Pasteur sikereiről is el lehet mondani: *Sokat talált, mert genialis elmével, folytonos és makacs kitartással sokat keresett.*

\*\*\*

Pasteur tudományos életének vázolója kapcsán nem lehet érintetlenül hagyni az ő culturpolitikai tevékenységét sem, a mely szorosabban véve csak az ő hazáját illette ugyan, de az eszmék, a melyek alapján ama működését megindította, minden országban irányadóul szolgálhatnak.

Franziaország 1870-diki szerencsétlensége — úgy mond 1871-ben többek véleményét kifejező röpiratában — Németország felső oktatásának nagyszabású szervezetére vihető vissza. Míg mi a multak emlékeiből élünk, szomszédaink a legnagyobb áldozatok hozzák meg egyetemeiknek és ez által tetemesen emelik a nemzet intellectuális színvonalát.

A nagy veszély pillanatában Franciaországnak nem voltak meg a kellő emberei, kik értékesíteni tudták volna fiainak bátorságát és azon kimeríthetetlen segélyforrásokat, melyekkel az rendelkezik. 50 esztendőn át kevésbé érdekelték az országot a gondolkodók, különösen a tudósok munkái.

Az alsó és közép oktatás fejlesztésével foglalkoztak. De mit ér az elemi oktatás, ha egy nagy nemzeti oktatás nem ad éltet annak? Csak az irodalmi és tudományos fensőbb kérdések mélyebb tanulmánya adhat értelmet, erőt, gazdagságot és erkölcsöt az országnak. A közhatalom régen felismerte az elméleti tudományok és a nemzet élete közt létező benső összefüggést és elvesztette szeme elől azt, hogy a felsőbb oktatás képezi a nemzet boldogulása legfőbb alapját. Felületes gondolkodók a republicanus ideáknak tulajdonítják mindazon nagy dolgokat, melyeket a Convent és közjóléti bizottság a nagy forradalom idején végrehajtott. A történelem nem osztja e felfogást. Franciaország akkori

boldogulása értelmi fensőségének következménye volt. Bár genialis emberek vezették akkor a francia hadsereget, azok bizonyára nem tudtak volna ellenállani az európai coalitiónak, ha a XVIII-dik század második felének tudományos fejlettsége nem adott volna a nemzetnek olyan férfiakat, a kik inventiókkal bámulatba ejtették a világot és a kik voltak azok valójában, a kik szervezték a győzelmet, egy Monge, egy Carnot, Fourcroy, Guyton de Morveau, Berthollet, kik a nagy szorongatás pillanatában szaktudásuk alapján hirtelen tudták előállítani a salétromot, a kifogyott puskaport, a francia aczelt az új fegyverek gyártásához, a kik már akkor alkalmazni tudták az ellenség állásainak kikémlelésére, és kitalálták a légi telegraphot a távoleső hadtestek egymással érintkezésére. Ez és hasonló eszmemenet alapján sürgette Pasteur a felsőbb oktatásügy rendezését és magas színvonalra emelését mindjárt 1871-ben.

Ez eszmék később közkeletűekké lettek és azóta az egész francia felső oktatás rendezve van, egyetemeik gazdagon fel vannak szerelve új intézetekkel, laboratóriumokkal, azoknak a tudományos kutatásokra elegendő segéd személyzet és elegendő anyagi segéd eszköz állanak rendelkezésre. Pasteur eszméi ezen a téren is beteljesültek.

\*\*\*

Pasteur testétől lelkestől hazafi volt. Nagy mondását, melyet a párisi Pasteur-intézet megnyitásakor tartott beszédének tanítványaihoz és munkatársaihoz intézett részében kiejtett „Si la science n'a pas de patrie, l'homme de science doit en avoir une, et c'est à elle qu'il doit reporter l'influence que ses travaux peuvent avoir dans la monde” egész élete folyása bizonyította. Buvárlataiban a felfedező kiapadhatatlan entusiasmusa mellett ott volt mozgó erő gyanánt mindig a nemzeti sovinizmus is. Midőn a védőtások kísérleti lehetőségének nagy principiumát felismerte és annak nagy jelentősége előrelátó agyában bizonyosságot öltött, azzal a mondással távozott kísérleti asztala mellől: „Sajnálom, ha e felfedezést nem francia ember tette volna!” A hazája szerencsétlensége feletti elkeseredés nyilatkozott meg azon tettében is, midőn 1871 elején azt a doktori tiszteletbeli oklevelet, a mit a bonni egyetem orvosi facultása számára 1863-ban kiállított, az akkori dékánhoz intézett levele kíséretében visszaküldte azon megokolással, hogy egy olyan király nevében kiállított kitüntető okmányt, ki hazája ellen oly igazságtalan háborút indított és annyi emberélet pusztulását okozta mind a két nemzetből, tovább magánál nem tarthat. Engesztelhetetlen maradt ez indulatában később is, midőn II. Vilmos császár akarta kitüntetni a kiel nagy tengeri ünnepélyek alkalmával, a porosz tudományos Akadémia útján, irván, hogy mint tudós nagyon megtisztelve érezné magát a kitüntetéssel, de mint francia sohasem felejtetheti el az 1870-diki háborút és nem fogadhat el német decoratiót. A tul chovin francziák e refus hallatára nagy manifestatiót akartak számára rendezni, a mit ő azonban gyöngéden, de határozottan visszautasított.

\*\*\*

Pasteur Lajost hosszú buvárkodó pályáján sok kitüntetés érte. Dumas, Biot tanárai és az akadémia tagjai első crystallographiai munkája után megjósolták fényes jövőjét. Nevét azonban csak az erjedésről szóló értekezések tették közismertté magok közt a tudósok között is, ezekért választották meg őt 1862-ben az Académie des Sciences tagjává, mely őt 1887-ben Vulpian utódjául örökös titkáru alkalmazta, mely tisztjét azonban betegeskedése miatt el kellett hagynia. Az Académie française tagjává 1881-ben választották és beigtatása 1882. április 27-én történt, a mikor tette azt a hires vallomását, hogy ő, miután eddigi kutatásaiban az élet előtte sohasem tűnt fel úgy, mintha az az anyagot kormányzó erők productuma lenne, megtartotta eddigi hitét a spiritualista tanokban.

A Legion d'honneurs chevalierségét már 1853-ban megkapta és successive előlépett e rend tisztjévé 1863-ban, commandeur-jévé 1868-ban, grand officier-jévé 1878-ban és a rend nagykeresztjét kapta 1881-ben. Számtalan külföldi érdemrendet kapott ezenkívül különböző időkben, valamint igen sok külföldi Akadémia és tudományos testület tiszteleti tagjává lett.

Tudományos dolgozataiért már 1856-ban a Society rolyae de Londres a Rumpford-féle díjat neki adományozta. 1868-ban az osztrák földművelésügyi miniszter küldött neki 10,000 frankot mint odaitelt jutalmat a selyemhernyó-betegség elkerülése módjának



feltalálásaért. 1870-ben III. Napoleon szintén ezért szenátorrá nevezte ki, de ez állást el nem foglalta, mert a háború kitörése folytán kinevezése a hivatalos lapban meg sem jelenhetett. 1874-ben a nemzeti gyűlés tisztelte meg azzal, hogy a bor-, ecet-, sör- és selyemhernyó-betegségek megelőzésére szolgáló felfedezéseinek recompensációján külön törvény útján 12,000 frank évi tiszteletdíjat szavazott meg számára azzal a pótlással, hogy halála után özvegye mint nyugdíjat ez összegnek felét fogja kapni. Ez összeget a francia parlament a veszettség gyógyításának felfedezése után 20,000 frankra emelte. 1875-ben a Société d'encouragement fogadtatta el vele 12,000 franknyi nagy díját. 1882-ben a lépfene-védőtás felfedezése után összes felfedezéseinek elismerő jutalmánál egy az Académie de Médecine, Académie de Science, a Conseil de la Société des Arts et Manufactures és Société Rurale Russe tagjaiból alkotott bizottság adott neki át egy emlékérmét. 1881-ben Akademiánk választotta meg külföldi tagjává. 1883-ban az Oxfordi egyetem tüntette ki azzal, hogy tiszteletbeli bölesészet doktorrá avatta.

Élete folyásának vége felé nyilatkozott meg még egyszer iránta a páratlan köztisztelet. Az idő megviselte elaggott bűvár születésének 70-dik évfordulóján 1892. december 27-dikén valósgos apothecosis vette körül.

Internationalis ovatiót rendeztek tiszteletére, melyben a köztársasági elnökkel élükön részt vettek Franciaország kormánya, összes iskoláinak, egyetemeinek és tudományos társulatainak, továbbá számos külföldi egyetem, tudományos társulat küldöttei. Az ünnep az új Sorbonne nagy termében folyt le. Egy gyönyörű emlékérmét adtak át neki, melynek egyik oldalán az ő arcképe van domborműben kivésve születésének datumával, másik lapján következő felirat: A Pasteur — Le Jour de ses soixante-dis ans — La science et L'Humanité reconnaissantes. Azután jöttek az ünnepélyes szónoklatok a kormánytól kezdve, a francia és külföldi küldöttekét sorban, végre az ifjúság, melyekben érdemei vannak dícsőítve különböző irányban, különböző szempontból. Pasteur mély elfogódásában nem volt képes maga beszélni, hanem fiával olvastatta fel mesteri köszönő iratát.

Megható része volt az ünnepélynek az, midőn Dole — Pasteur szülővárosának — polgármestere adta át egy albumban keresztlevelének facsimiléjét és szülőházának photographiáját, melyben szülői éltek és neki az első nevelést megadták. Láttukra a visszaemlékezés mély emótiója alatt hirtelen könyekre fakadt. Vele könyezett az egész közönség, midőn Carnot hozzá ment és megölelte, mire az ünnepély véget ért.

\*\*\*

Pasteur gyöngéd kedélyű, mély érzésű ember volt. Szüleit annyira szerette, hogy midőn 20 éves korában először Párisba ment, ottan olyan honvágy fogta el, hogy vissza kellett vinni egy időre haza Arbois-ba, pedig minden vágya az volt, hogy az École Normale-ba juthasson. Visszajövet eltelt egy év, míg acclimatizálta magát új otthonában.

E gyermeki szeretetet és szülei iránt való tiszteletét, és azok halála után emlékeztük kegyeletét megtartotta és megőrizte késő aggkoráig. Sohase szégyenlette azt, hogy atyja mesterember volt. Megható példáját adta ennek azon időben is, mikor őt már dícsősege tetőfokán az egész világ ünnepelte.

Kevéssel 70 éves jubileuma előtt szülővárosa elhatározta, hogy arra a kis szerény házra, melyben ő született, márványtáblát tétet, a melyre az lesz írva:

„Ici est né Louis Pasteur,  
27. décembre 1822.“

Pasteur tiltakozása dacára a márványtáblát csakugyan feltették a ház homlokzatára és az ünnepélyes leleplezésre meghívtak Pasteurt és családját. Ott mondotta el nyilvánosan a következő szavakat:

„Oh atyám és anyám, kedves elköltözöttem! kik oly egyszerűen éltek ezen kis házban, ti nektek tartozom mindennel! Lelkesültségedet szeretett anyám te öntötted volt belém. Ha én a tudomány magasztosságát mindig a haza magasztosságához kapcsoltam, kifolyása azon érzelmeknek, melyeket te csepegtettél szívembe.

És te édes apám, kinek életed olyan rögzös volt, mint nehéz mesterséged, te mutattad meg azt nekem, mit tehet a türelem a hosszú küzdelemben. Tőled tanultam a szívós kitartást a mindennapi munkában. De te nemcsak az élet hasznossá tételére bírtál

jó tulajdonsággal, hanem azzal is, hogy becsülni tudtad a nagy embereket és nagy dolgokat. „Regarder en haut apprendre au-delà“ törekedni, előre menni a jóban, erre tanítottál engemet. Most is látalak, a mint napi munkádból esténként hazatérve olvasgatsz az egyes ütközetek részleteinek leírását, a melyek visszahívták emlékezetedbe azon dícsőséges korszak emlékeztétét, a melynek te magad tanúja valál. Mikor olvasni tanítottál, Franciaország nagyságát vésted be elmémbe.

Legyetek áldottak én kedves szüleim mindketten azért, hogy ilyenek voltatok és engedjétek, hogy a hódolatot, mit ezen házaesknak hoztak, a ti emléketeknek adjam által.

Ugyane gyöngéd érzés kapcsolta őt kis családjához, melynek körét alig hagyta el nagy néha pár napra, feleségét és gyerekeit tudományos munkatársaivá tette, a kik vele örvendettek, vele várokoztak szorongva a nagyratörő felfedezések után.

Magaviseletében, társalgásában rendkívül szerény volt, ugyanúgy a felesége. Most is emlékemben van a két tisztes alak 1888-ból, midőn rövid beszélgetésünk után az Ulm-utezai École normale-i szerény lakásukból karonfogva távoztak Garches-i nyári lakásukba. Megjelenésük, ruházatuk, maguktartása, beszédmodoruk és nyájasságuk egy egyszerű falusi tiszteletes pár benyomását tette reám. Résztétel tudakozódtak a kevéssel azelőtt elhalt Wagner polytechnikumi tanárról, kivel a genfi közegészségügyi congressuson ismerkedtek meg. Csendes temperamentumból csak akkor jött ki Pasteur, midőn tudományos tételeit támadták, igazának védelmében ekkor, mondják néha, igen heves és éles volt. Pedig ez igen sokszor megtörtént. Erjedéstani dolgozatai alkalmával Liebig és követőinek támadásai még szelidek voltak és csak irodalmi vitakozásokra adtak neki okot. Későbbben azonban a selyemhernyó-bajok és a bor-, sör-, ecetbajok tanulmányozásánál hevesebb támadásokat kellett legyőznie. Leghevesebbek voltak a támadások ellene a lépfene és a veszettség elleni védőtások felfedezése után. Egész pamphlet-irodaiom keletkezett ellene, kicsinyítve és gyalázva felfedezéseit, sőt gyanúsítva az intencióját is a felfedezéseknek. Pasteur a nem tudományos támadásokra sohasem felelt, megvetette a gyanúsításokat, de e támadások érzékeny lelkiületében mégis nyomokat hagytak és bizonyos melancholiát, melynek némi nyomai fényes ünnepeltetései alkalmával tartott beszédeiben is észrevehetők.

De ez a melancholia inkább már az agguló kor melancholiája volt. Az antirabikus védőtások feltalálása és kidolgozása után érezte erőinek hanyatlását és újabb nagyobb kérdés tanulmányozásához már nem fogott. Sajátságos tragéduma ez életének. Ő, a kinek a laboratoriumi buvárkodásban volt minden öröme, a ki egész élete pályáján folytonos laboratoriumi helymiseriákkal küzdött, akkor, midőn megkapta a már régálmódott új Pasteur-intézetet, melyben még szélesebb alapon indíthatta volna meg áldást hozó felfedezéseit, megtört testtel, elgyengülve másoknak kellett átadnia abban a munkát.

Ezt már az intézet megnyitásakor érezte, a mely 1888. november 14-dikén történt, a köztársaság elnökének jelenlétében, a parlament, a főbb állami hivatalok, bel- és külföldi egyetemek, akademiák, tudományos társulatok küldötteinek és a francia társadalom minden rendű és rangú kitűnőségének jelenlétében. A számos üdvözlő beszéd elhangzása után Pasteur a következő beszédet olvastatta fel — maga felindulását nem bírván elfojtani — fiával, a mely annyi gondolatot, érzést, tanácsot és philosophiai eszmét tartalmaz, hogy megérdemli a majdnem szóról szóra közlést, mert ebben foglalja össze Pasteur maga tudományos életének egyetemes reflexióit.

„A ki Franciaország utolsó húsz évének történetét megírja és vizsgálni fogja azon nagy eszméket, melyek a pártok küzdelmei között az elméket vezették, büszkén fogja mondhatni, hogy egyik legfőbb azok közül az oktatásügy emelése volt. A falusi iskoláktól kezdve az egyetemi laboratoriumokig mindent újra szerveztek. Professornak, tanítványnak egyaránt volt része a munkában.

Az egyetemek nagymesterei a közhatalommal együtt abban állapodtak meg, hogy ha az alsó- és középfoktatás ügyét széles mederbe kell terelni, gondoskodni kell az ezt tápláló forrásról, a felsőoktatásról is. És csakugyan oda is emelték azt, a mely helyt azt megilleti. Ez az intézmény mindig csak kevesek számára fog ugyan fennállani; de e kevesek, a kiválasztottak azok,



a kiktől fog függeni mindig a nép jóléte, dicsősége és végelemzésben suprematiája.

Azután elmondja, hogy gyűlt össze közadakozás útján ez új intézetre a nagy összeg, a melyből az épült a veszethez prophylaktikus gyógyítására és a fertőző és ragadós betegségek tanulmányozására. Aztán folytatja:

„Ime tehát az épület, ez a nagy ház, melyről el lehet mondani, hogy annak minden köve egy-egy nemes gondolat jelképe.

Fájdalom! én már abba csak az „időviselt” ember melanchohiájával léphetek, a ki mellől már kidőltek úgy a mesterei, mint a küzdelemben bajtársai: Dumas, Bouley, Paul Bert, Vulpian, a kik a módszernek, mit tanaim képviselnek, a legnagyobb meggyőződéssel voltak védői. Ha kidőltek felett épen úgy bánokom ma is, mint haláluk napján bánkódtam, egy vigasztalásom megmarad, annak a gondolata, hogy a mit együtt védelmeztünk, nem fog megsemmisülni.

Tudományos hitünk ez, melyben munkatársaim és ittlévő tanítványaim osztkoznak.

Intézetünk dispensatorium lesz a veszethezgyógyításra, de egyúttal központja lesz a fertőző betegségekre vonatkozó vizsgálatoknak is és mindazon tanulmányoknak, melyek a mikrobiológiából kiindulnak. Ezen itt született és pedig teljesen felfegyverkezve született tudománynak újabb győzelmeiben olyan ereje keletkezett, a mely megragad most minden elmét.

Lelkesültségeket, mely az első perczelektől kezdve benneket eltöltött, őrizték meg kedves munkatársaim ezután is, de elválhatatlan társul esatoljátok hozzá a szigorú controle-t. Ne bocsássatok ki kezeitek közül semmi olyat, a mit egyszerű és határozott módon be nem lehet bizonyítani.

A kritikai szellem cultusa legyen vezetőjük. E nélkül minden dolog ingatag.

A mit töletek kérek, és a mit ti is fogtok kérni tanítványaitoktól, talán a legnehezebben esik a buvárnak.

Hinni azt, hogy az ember valamely fontos tudományos tényre akadt, és alig várni a pillanatot, hogy azt közzé tegye és mégis napokon, heteken, sőt néha éveken át önmagával küzdve, nem elég biztos kísérleteit félre dobni és újra kezdeni, felfedezését nem publicálni mindaddig, míg meg ninesen czáfolyva valamennyi ellenkező értelmű hypothesis: bizonyára kemény munka!

De midőn annyi küzdelem után az ember végre bizonyosságra jut, a legédesebb öröm, az a mi lelkét eltölti, a mit még bensőbbé tesz azután az a gondolat, hogy felfedezésével hozzájárult valamivel hazájá jó nevének emeléséhez.

Ha a tudománynak ninesen is hazája, de a tudomány emberének kell, hogy legyen, és annak kell irányadójának lenni munkálkodásaiban és cselekedeteiben.

Ha egy philosophiai reflexióval szabad élnem, elnök úr, a mit önnek megjelenése kelt fel a munka e házában elmémbe, lelki szemeimben úgy látom, hogy két nagy ellentétes törvény tartja küzdelemben a világot: a vér és halál törvénye az egyik, mely az öldöklésnek napról napra új módszereit találván ki, csatamezőre való örökös készenlétre kényszeríti a népeket, a másik a béke, a munka, a jólét törvénye, a mely csak azzal foglalkozik, hogy megszabadítsa az embert a reája nehezedező csapásoktól. Az egyik csak az erőszakos összeütközést, a másik csak a vigaszt keresi az emberiségnek. Ez egy emberéletet többre tart száz győzelemnél, amaz kész feláldozni százezer életet egynek az ambíciójáért.

A törvény, melynek mi vagyunk eszközei, még a vérontásokban is a háború e törvényének vérző bajait igyekeznek segíteni. Az antiseptikus módszereken alapuló gyógyítás ezer meg ezer katona életét menti meg az országoknak.

A két törvény közül jövőben melyik kerekedik felül a másikon? Isten a megmondhatója. A mit mi mondhatunk, csak az, hogy a mi tudományunk a humanitás törvényének engedelmeskedve azon leend mindig, hogy az emberi élet határait minél messzebbre meghosszabbítsa.

\*\*\*

Pasteur új intézetének megalkotása után — melyet ő maga is élete nagy munkája betetőzésének tartott — activ tudományos munkálkodást előregedése és elbetegedése miatt nem fejtethet ki, de megadta sorsa neki az örömet, hogy tanainak győzelmét, annak az egész világon való elterjedését láthassa és tapasztalhatta. Az

ő intézete mintájára a földkerekség majdnem minden kulturállamában hasonló intézetek keletkeztek és folyton keletkeznek, melyek az ő tanainak továbbfejlesztését tüzték és tüzik ki feladatukul és megérte még saját intézetének is egy új nagy és világra szóló győzelmét, a diphtheria-ellenes győgmód feltalálását, a melynek dicsőségéből ránk is háramlik annyi, hogy azt tanítványa, Roux, annak megalkotója, a mi 1894-diki hygieni congressusunkon hozta nyilvánosságra. Még egyszer látta ismételve maga körül azt a lelkes felbuzdulást, a mi a veszethez gyógyításának feltalálása után hazáját és az egész világot exaltatióba ragadta. A közadakozás ez új győgmód nagyban létesítésére az előbbinél még nagyobb áldozatokat hozott és a közelismerés még egyszer adta meg tanítványa dicsőítésében neki a babért.

Életének utolsó két éve meg-megújuló szenvedésekben telt el. Hosszas vesebaja és albuminuriája elgyengült testét ágyhoz szegezték, és a nehézlégzés időről időre ismétlődő kínjai között hunyt el családja és munkatársai körében 1895. szeptember 28-dikán.

\*\*\*

Temetése nagy nemzeti temetés volt, melyen úgy, mint 70 éves jubileuma alkalmával, részt vett a francia köztársaság elnöke az egész ministeriummal, a parlament, katonaság és különböző tudományos és nem tudományos testületek képviselőivel, a külföldi különböző tudományos testületek kiküldötteivel.

Holttestének elhelyezése végett a kormány a családnak felajánlotta a pantheont; de az özvegy kívánságára megengedték, hogy a nevére nevezett saját intézetében kapja meg végső nyughelyét, sarkophagja pedig, míg a cryptája elkészült, a Notre Dame templomában maradt.

\*\*\*

Mostan ott nyugszanak már Pasteur hamvai a Rue Dutot 25 sz. alatti nagy intézet előcsarnokának sonterrainjében, egy művészi kivitelű halottas kápolnában, melynek architektúrája a ravennai Galla Placidia híres mausoleumára emlékeztet. Hozzá egy földalatti folyosó vezet. Szép kivitelű rács jelzi a bejáratot kovacsolt vasból, felette a szerény felirattal:

„Ici repose Pasteur.”

Innen kilencz fehér márvány lépcső viszen alá a cryptába, mely márványmozaikkal van kipadozva. A lépcsőkkel esik lejtősen a boltozat is és egy nagy négyívezetű, gömbölyű kupolába megyen át. Ennek falain a *Tudomány, Hit, Remény és Könyörület* allegorikus képei láthatók. Ez a crypta boltozata. A crypta falai fekete ereszeti fehér márványból valók; a boltívek négy csoport hármas — egy középső vörös, két szélső zöld — porphyrgranit-oszlopokon nyugszanak. A boltozat falait finom mozaik takarja, ábrázolva a tudós kísérleti állatait, az eszközöket, melyeket az erjedés tanulmányozására használt, és az első oltottak egyikét, a hős kis juhász gyereket Jupille-t, ki egy veszett kutyával viaskodik és azt megfojtja. A crypta hátterében egy kis oltár van, a crypta kellő közepén nyugszik a porphyrsarkophag.

A Szajna ugyancsak bal partján az École militaire-rel szemben fekszik az invalidusok templomának domja alatt egy másik hatalmas crypta, körülveve az idegen nemzetektől elfoglalt zászlókból álló tropheumokkal és padozatán kirakva vívott nagy csaták neveivel: *Rivoli, Pyramides, Marengo, Austerlitz, Jéna, Friedland, Wagram, Moskova*. A bejárat két oldalát karyatid alakban két collossalis bronz-figura őrzi, egyik a kezében párnán a földgömböt, a másik pedig koronát és sceptrumot tartva. Benn a cryptában van I. Napoleon sarkophagja.

E két szellemóriás sirja ott a Szajna bal partján még sokáig fog symboluma maradni a Pasteur-féle fentebb említett két nagy társadalmi törvénynek, a háború és béke törvényének. Generációk zarándokolandanak hozzájuk, hogy inspiratiót merítsenek ki egyiktől, ki a másiktól.

A Rue Dutoti sírból az a hit sugárzik elő, hogy a tudomány és béke előbb-utóbb győzedelmeskedni fog a tudatlanság és háború felett és a világ különböző népei egyesülni fognak nem a rombolás, hanem az építés gondolatában és a jövő azoké, a kik legtöbbet tesznek a szenvedő emberiségért.

Elhunyt kultagunk emlékének hódolunk, ha a tudományos törekvések e törhetetlen hitét ápoljuk és azon szebb jövő létesítéséhez, a hogy és a mennyire tehetjük, hozzájárulunk.



*Tschirjew*, midőn kísérletében a térdkalács inát csípővel összezúzta a nélkül, hogy e művelettel a reflexet megszüntetnie sikerült volna, azt következtette, hogy ezen reflexnek középpontjába vivő idegei nem az ínban, hanem az izomnak az ín szomszédságában levő részeiből erednek.

Mindazonáltal a kísérletek, melyeket újból nemrég ismételttem, ezenfelül azt is bizonyítják, hogy ha az izom teljesen elernyed, reflexet még a legkedvezőbb körülmények között sem észlelhetni és osztom *Gowers* nézetét, a mely szerint a feszültségnek bizonyos fokára okvetlenül szükség van, hogy a rángás bekövetkezzék. Tényleg, ha a m. quadriceps femoris-t azon a ponton, a hol a patellára tapad, csípővel megfogjuk, mintán a patella inát a tibiáról lefejtettük: könnyen meggyőződhetünk, hogy nem kapunk rángást addig, míg a csípővel az izmot meg nem feszítettük; észrevehetjük továbbá, hogy a rángás, természetesen bizonyos határok között, az izom feszülésének fokával arányosan nő és végül könnyű bebizonyítani, hogy ilyen feltételek között az ín feszültségének csökkenése vagy elernyedése semmi befolyással sincs a térdtünetre.

Végül teljesen függetlenül az intól és daczára, hogy a patella inát lefejtettük a tibiáról s a négyfejű izmot ekként elégséges módon megfeszítettük, a reflex megszűntnek látszik, mihelyt az alsó végtagot kinyújtjuk; a reflex csak akkor tűnik elő, ha a czomb és az alszár félig hajlított helyzetben vannak. Azt hihetnők, hogy egészséges emberen, ha végtagja ki van nyújtva, a quadriceps izom és ina annyira el vannak ernyedve, hogy ezen elernyedés okozza az izomrángás hiányát, de állatokon a kísérlet kimutatja, hogy a dolog nem így áll; a reflex a láb kinyújtott helyzetében akkor is eltűnik, ha megfeszítve tartjuk az izmot. Ezen meglepő körülmény kiváló figyelmet érdemel, mert bizonyítja, hogy a reflex a reflexkör sérülése nélkül is hiányozhatik. E tünetény megoldását hiába keresem; azelőtt azt hittem, hogy az állat kinyújtott végtagját visszahúzni törekszik és így a quadriceps izom beidegzése akadályozta meg a reflex-mozgás megindulását, de ma e magyarázat nem tetszik elfogadhatónak előttem, mert a gerincevelő háti részének átmetszése e kísérletek eredményén mitsem változtat.

A mi e reflex lappangási idejének méréseit illeti, nem akarom elősorolni az e tárgyra vonatkozó közleményeket; tudjuk, hogy ezen kísérletek közül igen sok elégtelen módszerrel történt. A számok természetesen még a legpontosabb mérésekben is érzékenyen különböznek a szerint, a mint a kísérletek emberen vagy állaton eszközöltettek. E különbség különösen a fedőszövetek befolyásából ered, mely hátráltató tényező az állatkísérletben könnyebben kiküszöbölhető, míg az emberen mind az ütésnek az inhoz eljutását, mind a rángásnak a jelző készülékhez érzékelését késlelteti. De eltekintve ezen különbségektől, sokkal nagyobb eltérést találni, ha a különféle reflexek latens idejét hasonlítjuk össze. Az inreflex lappangási ideje valamennyi reflexénél rövidebb. Nem következik mindazonáltal ebből, hogy ezen időt elégtelennek ítéljük arra, hogy az idegáram a gerincevelőn át megtegye útját; túlbecsülnők ezen felvétellel nemcsak az idegáram gyorsaságára, hanem a különböző neuronokon való áterjedésének sebességére vonatkozó ismereteinket és különösen eljárásaink pontosságát. Mindenki, a ki ezen irányban kísérletez, hamar meggyőződhetik, hogy kísérleti berendezésének fokozatos javításával arányban rövidítheti a lappangási időt, a nélkül, hogy azon meggyőződésre jutna, hogy végre elérte a lehető legkisebbet, azaz az igazi értéket. Ellenkezőleg, még azon 0.03 másodpercnek is, a melyet ma az ember patella-reflexének latens-idejeképpen elfogadottnak tekinthetünk, jelentékeny része a jelző készülékekben vész el. Még ugyanazon egyén különböző reflexeinek elveszett idejét is nehéz egymás között összehasonlítani, mert a latens-szak igazi értékétől függetlenül e reflexek kiváltásának módjai és a következményes izomrángás terjedelme igen különféleképpen befolyásolják a jelző készülékeket és a kísérleti hibák növekednek a reactio gyorsaságának kisebbedésével. Relativos összehasonlításra ellenben e számok igen értékesek; de távol attól, hogy az inreflexnek valóban idegrendszeri elmélete ellen szólnának, éppen ezen különböző lappangási szakok nagyon eredményesen segítenek a reflexeket osztályozni és pedig nem mint az általában történni szokott, csak a megjelenés helye, hanem főleg azok localizálása szerint. E tekin-

tetben felemlítem munkámat, melyet az 1894-diki római nemzetközi orvostudományi congressuson mutattam be és később németül közöltem, melyben jellegük szerint három csoportba osztottam a reflexeket; ezek elseje a gerinceagyvelői, második a agyvelői (cortexes), harmadika pedig a speciales középpontokkal bíró zsigeri reflexeknek felel meg. Az inreflexek az első csoportba tartoznak, a bőrreflexek a másodikba. A fő megkülönböztető tulajdonságok a következők:

1. Az ingernek, hogy a második csoportba tartozó reflexeket kiváltsa, a testnek oly részeit kell érnie, mely különleges érzéssel (csiklandás) van felruházva, vagy kellemetlennek kell lennie (csípés, hideg stb.), míg az első csoportba tartozó reflexek függetlenek az érzéstől.

2. Az első csoport számára a pusztán ütés a hatásos inger, a másodikban hosszabb érintés szükséges, mely alkalmas a sajátos érzést kelteni.

3. Az inreflexeket önmagunkon mint másokon egyenlően ki tudjuk váltani; a bőrreflexeket ellenben másokon sokkal jobban tanulmányozhatjuk.

4. Az inreflexek körülbelül arányban vannak az azokat létrehozó ütés erősségével; a bőrreflexek tekintetében nemcsak nagy egyéni különbségek észlelhetők, hanem gyakran a kisebb inger nagyobb hatású.

5. A második csoportnak (a bőrreflexnek) latens-ideje sokkal hosszabb és kevésbé állandó.

6. Az első csoportban a reflexmozgás igen egyszerű és felismerhető cél nélkül való; a másodikban összetettebb és a cél szembeszökő: a végtagot a kellemetlen érintéstől megmenteni.

7. Izomműködés (más izmoké) az első csoport reflexeit éleníti, a mi a bőrreflexekre nézve nem áll.

8. Az inreflexek az agyvelőbetegségekben rendszeren fokozottak, a bőrreflexek ellenben megszűntek vagy csökkentek.

9. Az inreflexekben késést nem észlelni, ellenben a bőrreflexekben ez gyakori.

10. A kedélyi befolyás kisebb (és ellenkező hatású) az első csoportban, mint a másodikban.

E rövid felsorolásból látni, hogy a két csoport minden jellemző tulajdonsága homlokegyenest ellenkező; iparkodtam bebizonyítani, hogy a különbség főképp a két reflexfaj különböző localizálásának tulajdonítható. Örülök, hogy *Ganault* (*P. Marie* osztályáról) elfogadja nézetemet,<sup>1</sup> míg *Pándi* dr. honfittársam kísérletet tett valamennyi reflexet az agyvelőben localizálni.

Ha elfogadjuk ezen localizálást, meg lehet érteni ama különbségeket, melyek az in- és bőrreflexek között fennállanak, sőt a latens-idők meg nem egyező volta is kielégítően megmagyarázható. Semmi kétség sem marad tehát fenn az úgynevezett inreflexek valóságos reflex természetéről.

Ezen, az ép emberen kiváltható reflexeken kívül van a gerincevelői reflexeknek még egy faja, mely csak myelitises betegeken létezik, kiknek gerincevelőjét súlyos myelitis osztotta ketté. E betegeken behatóbb bőrizgalmakra (pl. csípés) elég gyakran észlelni a czomb, az alszár hirtelen behajlását és a láb dorsalflexióját, ritkábban más alakú mozgást (a *Babinski*-féle jel más csoportba tartozik). Ezek pathologiai reflexek, melyek valószínűleg az idegáramnak az agyvelőbe vivő út elzárása folytán mintegy túláradásából magyarázhatók, vagy a gerincevelőnek a felsőbb középpontoktól elválasztott idegelemei növekedett ingerlékenységének következményeiként tekinthetők.

De térjünk vissza az inreflexre. A fent említett kísérletekből folyik, hogy az inreflex sikeres kiváltásához nemcsak a reflexkör épsége szükséges, hanem az is, hogy az izom bizonyos tonusos feszültségben legyen. Ezen feszültség az idegrendszerből függő izomtonusnak lehet következménye, de az izom mechanikai kifestésének is, feltéve, hogy a gerincevelő ép. Láttuk, hogy e feszültség hiánya a patella-inreflex elvesztését eredményezheti, a patella-inreflex hiányakor tehát mind a két lehetőséget tekintetbe kell venni.

Az idegtonus felett az utóbbi időben sokat vitatkoztak; különösen *Mann*, *Van Gehuchten*, *Brissaud*, *Strümpell* járultak

<sup>1</sup> Az ülésen *Van Gehuchten* hosszabb felszólalásban szintén csatlakozott teljesen az én reflexfelosztási theoriámhoz.



értékes adatokkal az izomtonusnak az inreflexre való befolyása ismeretéhez. Ma általában elfogadott álláspont, hogy a fokozott tonust fokozott reflexek kísérik. Ez a tabeseken tett izomtonus vizsgálataimból is következik; tényleg az inreflexek hiányával járó esetekben kifejezettebb tonuscsökkenést találtam, mint azokban, melyekben a reflex megmaradt volt; de különösen a mindennapos klinikai észlelés az, a mely számos példát tár elénk: a maradandó contractura fejlődésével lépésben látjuk fokozódni a térdreflexeket.

(Folytatása következik.)

### A mutatóujj tenyéri ficzamáának esete.<sup>1</sup>

Irta: *Hints Elek* dr. műtőorvos Maros-Vásárhelyt.

A leírandó eset nemcsak ritkasága, de keletkezésének sajátos körülményei miatt is méltó figyelmünkre.

W. F.-né 21 éves, gyulafehérvári kávéasszony, állítása szerint mérges természetű, arcán néha rángások lépnek fel, szája olykor félre húzódik; kezében s lábában némelykor zsibbadást érez; beteg különben sohasem volt.

A kávéházban alkalmazott asszony 1899. október 27-dikén fémből való kávé „masinát” emelt fel két kézzel fülénél fogva s azt 4–5 lépésnyi távolságra vitte; mikor a 10 kg. és 20 gm. súlyú készüléket le akarta tenni, hirtelen nagyfokú göresös fájdalmat érzett bal mutatóujjában, melylyel, mint állítja, különben nem is fogta meg az edény fülét, hanem csak a többi ujjával s ez ujját eltávolítva tartotta. Erős fájdalom azután folyton tartott s éjjel aludni sem engedte.

Két nap múlva, október 29-dikén jelentkezett a beteg nálam a helyi országos kórházban, mint ambulans. Állapota a következő volt:

A középerős testalkatú, kissé halvány, de ez idő szerint, mint állítja, egészséges nő bal mutatóujja első perczének a kézközépesonttal képezett ízületében heves fájdalmakról panaszkodik s ez ujját kissé hajlítva tartja. A metacarpo-phalangeal ízület mell- és hátirányban feltűnően nagyobb átmérőjű, mint a másik kéz megfelelő ízülete s a mutatóujjak kézközépesontjának fejecsét pontosan egymás mellé helyezve, kimutatható az is, hogy a bal mutatóujj a melléje fektetett jobb mutatóujjánál valamivel rövidebb.

Tapintásnál a háti oldalon az első perczre csúszott második kézközépesont fejecsét, a tenyér felől pedig a kézközépesont alsó végére felhúzódtott első percz proximalis végét tisztán lehetett érezni.

Az egyén ujját a metacarpo-phalangeal ízületben active teljességgel nem tudta mozgatni s a nagy fájdalmak miatt a különben is igen korlátoltan kivihető passiv mozgatás ellen is tiltakozott. Az interphalangealis ízületekben mérsékelt activ és passiv mozgások voltak végezhetők. Ez elváltozásokon kívül — eltekintve a már említett némi hysteriára valló tünetektől — más kóros jelenséget nem lehetett az asszonynál kimutatni.

A mutatóujjon található felsorolt jelekből az ujj *tenyéri ficzamára* tettem a kórismét.

A kifczamodott ujjat a következő módon tettem helyre:

A mutatóujj középesontját bal, a kifczamodott ujjat pedig jobb kézzel megfogva, a luxált ízületre erős distractiot gyakoroltam, miközben az első percz basisát jobb kezem hüvelykujjával a tenyéri oldalról egyúttal erősen hátfelé nyomtam. Egyszerre jól észrevehető zökkenést éreztem, mire az ízület alakja elváltozása eltűnt s az egyén ujjának mozgathatósága némileg visszatért. Az ujjat kis sinnel nyújtott helyzetben rögzítve, az egyén csakhamar fájdalmi csökkenését jelentette, s mikor nyolcz napi kórházi tartózkodás után a kötést eltávolítottam, eltekintve, hogy az ízület nyomásra még ekkor is kissé fájdalmas volt, s az ujjban kevesebb volt az erő, az ujj működésképeessége teljesen helyreállott. Az egyént azután is, a legutóbbi időkg, figyelemmel kísértem, de hasonló jelenség, a mint azelőtt, úgy azóta sem fordult nála elő.

Az ujjak ficzama a tenyér felé általában ritka dolog. A hüvelyk ficzamáit nem számítva, *Hoffa* pl. 1896-ban az irodalomban

összesen kilencz ily esetet talált. Ezek közül tisztán csak a mutatóujj ficzama volt négy esetben; a mutatóujj és egyúttal a többi három ujj ficzama, tehát csak a hüvelyket véve ki, volt jelen egy esetben; két eset a középujj különálló, egy eset a gyűrűs- és kisujj együttes s végül egy eset a kis ujj izolált ficzamára vonatkozik.

A mutatóujj tenyéri ficzamára vonatkozólag tehát, bele-számítva más ujjakkal való együttes ficzamáának esetét is, összesen öt eset szerepel az irodalomban; az én esetem lenne a hatodik; az összes ujjak — kivéve a hüvelyket, mely bonczani viszonyait s ficzamáit illetőleg is a többi ujjakétól némileg eltérő szempontok alá esik — volaris irányú ficzamáinak összes eseteit véve tekintetbe, ez az eset az irodalomban a tizedik.

Az ujjak tenyér felé való kifczamodásai a legtöbb esetben általában nagy erőszak behatása (gépbetetés, lóról való leesés stb.) folytán keletkeztek s csak két olyan esetet találtam leírva, a melyeknél tulajdonképeni külső trauma nem szerepelt; mindkét esetben a mutatóujj ficzamodott ki.

Az egyik esetet *Malgaigne* észlelte: egy cipész bal kezével cipőt tartott térdéi között s a jobbal a cipő talpát csiszolta; midőn a cipőt meg akarta fordítani, a nélkül, hogy valamely lökést kapott volna, ropogást érzett, a mutatóujja mellfelé ficzamodott. Az ujj gyengén hajlított helyzetben volt, a kézközépesont fejecsé hátra felé  $2\frac{1}{10}$ – $2\frac{8}{10}$  vonalnyi kiemelkedést képezett. Minden mozgatás fájdalmas volt, kivált a hajlítás. A helyzetétel eszközlése végett *Malgaigne* megkísérelte előbb az ujjat hajlítani, miközben az ujjperczet hátrafelé tolt, azután a két esontot direct húzással próbálta egymástól eltávolítani, végül bal kézzel meghúzta az ujjat, miközben az ujjperczet a tenyéri oldalon támogatta s ez alatt a kézközépesont fejecsét jobb hüvelykével erősen nyomta. Gyenge pattanást lehetett érezni és az ujj helyreigazodott. *Malgaigne* szerint ez esetben subluxatio volt jelen.

*Waldau* felemlítve, hogy valamely ujjnak *nagyobb* külső erőszak nélkül keletkezett volaris ficzama tudomása szerint észlelve nem volt (úgy látszik tehát, hogy *Malgaigne*-nek fentebb leírt esete elkerülte figyelmét), a következő esetet tette közzé: egy asszony nagy, lisztmerő fakanállal nagyobb adag lisztet emelt ki egy zsákból. Mikor a kanalat félre tette s ujjait kinyújtotta, azonnal észrevette, hogy mutatóujja kivételével a többi ujjait ki tudja nyújtani, mutatóujja azonban hajlítva maradt. *Waldau* a mutatóujj első perczét hajlított helyzetben teljesen merevnek találta, sem activ, sem passiv mozgatás nem volt lehetséges. Az ujj kissé meg volt rövidülve. A kézközépesont fejecsé a kézhatón, a mutatóujj első perczé pedig a tenyér felé meglehetősen kiemelkedett.

A helyzetétel foganatosítása végett *Waldau* az ujjat nagyon extendálta, a tenyéri oldalon az első percz ízületi végét erősen megnyomta s végül hajlítást vitt véghez. E műveletnél recsegést érzett, mintha in vagy szalag szakadt volna el s az ujj jóformán helyrengrott.

Mielőtt saját esetem ötletéből ez esetek létrejövése módjának méltatásába bocsátkoznám, fel akarom említeni, hogy az ujjaknak külső trauma által okozott kifczamodásain kívül az irodalomban az ujjak és az ujjperczek luxatioinak egyes oly esetei is találhatók, a melyeknél külerőszaknak egyáltalán még a gyanuja sem szerepelt.

Egyes egyének pl. képesek ujjukat önkényesen kifczamítani. *Stromeyer* egy tizenkét éves fiúról tesz említést, ki jobb kezének mutató- és középujját bármely pillanatban tetszés szerint tudta luxálni és helyzetenni. *Stromeyer* nem írja ugyan, de valószínűleg izomműködés folytán. A hüvelykujját sok ember képes tetszése szerint hátrafelé — többnyire félig — kifczamítani és helyzetenni. Némely ember, pl. *Paul*, az ismert sebész magáról írja, mindkét hüvelykével képes e műtetre; egyik vagy mindkét hüvelykén subluxatiót létrehozni képes egyént magam is többször láttam. *Brindley* oly egyént látott, ki ujjai néhány ízületét tetszés szerint tudta luxálni. *Warren* a híres amerikai athleta *MacLeod* leírása szerint szintén képes volt ujjpercz ízületeit tetszés szerint félig kifczamítani és újból helyzetenni.

Vannak ezeken kívül egyes esetek, melyekben az ujj, illetve valamely ujjpercz kifczamodása ugyan nem önkényesen, de szintén

<sup>1</sup> A marosvásárhelyi - marostordamegyei orvos-gyógyszerészegyletnek 1900. évi X. közgyűlésén tartott előadás után.



külrőszak behatása nélkül jött létre. *Cooper* pl. a kis ujjnak göresrohamban kifelé keletkezett ficzamat irta le: hemiplegiás egyén bal karát heves göres lepte meg; e roham alatt az egyén kisujját abductora kifelé ficzamatította. *Druif* egy öregebb rendőr karját rheumatikus fájdalmak miatt villanyozta. Egyszer a rendesnél nagyobb áramot használt, a mikor az egyén kisujjában erősebb fájdalomról panaszkodott s vizsgálatnál a második ujjpercnek az első elébe való dislocatioja állapított meg.

A felsorolt példák eléggé demonstrálják, hogy az ujjak és ujjpercek ficzama néha külső erőszak nélkül, pusztán csak a szervezetben fellépő erő, t. i. izomműködés folytán is előállhat.

Mintán a mutatóujj ficzama úgy a *Malgaigne* mint a *Waldau* és végül a saját esetemben is oly körülmények között keletkezett, hogy traumatikus behatásról egyáltalán nem lehet szó; mert hisz az illetők a luxatio szerzésekor nem szenvedtek el ficzamat okozni alkalmas külső insultust, csak bizonyos — nem is nehéz — munkát végeztek, önként felmerül a kérdés, vajjon nem-e a szervezetben keletkezett erőszak, az izmok (göresös) összehúzódása okozta-e a kifczamodást ez esetekben? Ily localis göres hysteria mellett — mire esetemben némi gyanú lehetne — de a nélkül is állhat elé, mint pl. a más két esetben. Nézetem szerint csak ily ok felvétele mellett vagyunk képesek e ficzamatok keletkezése módját megmagyarázni.

Ha szemügyre vesszük a mutatóujj első perczét mozgó izmok elrendeződését, ily ficzam mechanizmusáról a következő képet alkothatjuk magunknak:

Az ujjak háti oldalán az extensor digitorum communis egy-egy ina tapad meg, a mely az első perczet feszíteni, a dorsal aponeurosis — melyhez tulajdonképp ez inak tapadnak — megfeszítése által pedig az ujjat egészen kinyújtani képes, sőt erősebb összehúzódása által különösen az első perczet s vele együtt az egész ujjat minden izületében hyperextendálni is alkalmas. A mutatóujj ezenkívül saját feszítő izommal bír, melynek ina a közös feszítő izom megfelelő inába olvadván be, utóbbival analog módon működik. A mutatóujj háti aponeurosisához tapad ezeken kívül az ulnaris oldalon a musculus interosseus volaris primus, a radialis oldalon a musculus interosseus dorsalis primus s ugyanezen utóbbi helyen az utóbb említett izommal közösen tapad meg a m. flexor digitorum profundusnak a mutatóujjhoz menő inától eredő m. lumbricalis is, mely a m. interosseus dorsalis primus működését erősíti. Ez utóbb említett izmok a háti aponeurosis két oldalán való megtapadásuk folytán az egész ujjnak szintén feszítését eszközlik, de úgy, hogy az első perczet egyúttal hajlítják, mert a metacarpo-phalangeal izületnek tenyéri oldalán futnak el.

Ha már most a m. extensor indicis proprius + extensor digitorum communisnak a mutatóujj első perczéhez menő ina ez ujjat feszített helyzetben rögzíti s ugyanakkor a musculus interosseus dorsalis primus és lumbricalis, meg a m. interosseus volaris primus hevesen összehúzódnak, elképzelhető, hogy különben alkalmas — alább tárgyalandó — körülmények között az ujj első perczé, behajlítása meg levén akadályozva, „az izmoknak e versenyében“ a két interosseus és lumbricalis húzását követve úgy esúszik el, hogy a basisán levő izületi felülete a háti oldalról *egészen* a tenyér felé s azután egyúttal centripetalis irányban tolódik el. Dorso-volar irányú elmozdulást azért is el lehet gondolni, mert az említett rövid izmok húzási iránya nem kizárólag a metacarpusok hosszirányában halad, mint a hosszúaké, a m. extensor digitorum communis és extensor indicis propriusé, hanem egyszersmind a tenyéri oldalról a háti felé is, mert e rövid izmok, mint már érintettem, a metacarpo-phalangeal izület *tenyéri* oldalán haladva térnek *hátra* felé és tapadnak meg a háti aponeurosisban.

A mutatóujj első perczére e rövid izmok közül kétségtelül a m. interosseus dorsalis primusnak van a legnagyobb befolyása s pedig nemcsak azért, mert legerősebb, hanem oly esetekben, ha a kéz fog valamit, azért is, mert a hüvelyk kézközépsontjának a többi ujjak helybenmaradó kézközépsontjaival — a tenyérrel — való szembe helyeződése folytán a musculus interosseus dorsalis primusnak az első kézközépsonttól kiinduló összes rostjainak eredése tapadásához viszonyítva annyira volaris irányba kerül, hogy ez izomrészlet húzási iránya a valamely

tárgyat megfogó kéznél — a mint arról bonczatani vizsgálatok útján is meggyőződtem — akár derékszög alatt metszheti a mutatóujj első perczének basisán ez utóbbi csontnak hossz tengelyét; ez által az izom az első ujjperczre gyakorolt tenyér felé való húzását illetőleg az erő kifejtetése tekintetében a lehető legkedvezőbb helyzetbe jut s ezért a mutatóujj szóban forgó kifczamitására ezt az izmot kell a főtényezőnek tekintenünk. A musculus interosseus volaris primus jóval gyengébb, a musculus lumbricalis primus pedig épen nagyon gyenge; a bonczatani viszonyok folytán az izmok a mutatóujj első perczére való hatásukat illetőleg nem is kerülhetnek oly előnyös helyzetbe, mint a musculus interosseus dorsalis primus egyik részlete; ez okokból elmozdító befolyásuk — ha analog is — szükségképp kisebb kell, hogy legyen.

Hasonló módon magyarázta meg *Streubel* egy esetét, melynél a felkar ficzamodott ki erős izomműködés folytán a lapoczká izvápája alá. Szerinte a m. deltoideus tapadása helyén, miközben az egyén kötéltre erősített, esigán függő nehéz tárgyat akart a magasba húzni, a felkart rögzítette, az egyúttal működésben levő m. pectoralis major és latissimus dorsi pedig erős összehúzódása által a felkart luxálta.

Mintán, mint előbb kifejtettem, a mutatóujj kérdésben levő ficzam-eseteinek létrejövése körülményei folytán sem a *Malgaigne*, sem a *Waldau*, sem pedig az én esetem keletkezését külső erőművi behatásra visszavezetni nem lehet, e ficzam-eseteket nem tarthatjuk külső traumából származóknak, s így nem marad egyéb hátra, mint ez eseteknek belső erőszakban, izomösszehúzódásban keresni az okát; hogy e tényező az ujjak kifczamitásának eszközzésére alkalmas lehet, annak felvétele a fennebb felsorolt azon példákban, a melyeknél a külső erőszak behatására még gyanu sem lehetett, támaszt nyer. Megjegyzem még, hogy *Nanotti* szerint, ki két esete alkalmából az ujjak volaris ficzamai létrejövése módjának tanulmányozására hullakísérleteket végzett, interosseus és lumbricalis izmok oly esetekben is hozzájárulnak (élőnél) az első percznek centripetalis irányban való elmozdításához, a mely esetekben minden kétségen felül álló, ficzamatot okozni alkalmas külső trauma szerepelt.

Hullákon, kipraeparált izom- és izületkészítményeken az izmoknak a kérdéses luxatio magyarázatára felvett, fennebb említett összehúzódásait utánozva, t. i. a musculus extensor digitorum communisnak a mutatóujjhoz menő inát és a musculus extensor indicis proprius inát megfeszítve s egyidejűleg a musculus interosseus dorsalis és volaris primust és a lumbricalis primust egyszerre meghúzva, ily luxatiót előállítanom nem sikerült. Csak abban az esetben állott be a ficzam, ha az izületi szalagokat átvágtam.

Tekintettel erre a körülményre, továbbá arra, hogy *Nanotti* — nézetem szerint a kézközép-ujjperczizületeknek aránylag erős szalagkészüléke miatt — csak nagy, a szalagokat elszakító, erőszak alkalmazása mellett volt képes hullakísérleteiben az ujjak volaris luxatioit létrehozni, úgy hogy e nagy erőszak mellett néha az ujjpercek is eltörték, ily fokú erőszak kifejtésére pedig a kérdéses kicsiny izmoknak képességet nem tulajdoníthatunk, valószínű, hogy — a mint e gyanúnak, különösen önkényes luxáló képességgel bíró egyénekre nézve egyesek kifejezést adtak — izomműködés okozta ily ficzamatok is élő egyéneknek csak oly esetekben állhatnak be, a melyekben az izületi felületek oly értelemben térnek el a rendestől, mely ficzam keletkezésére kedvezőbb (teszem fel kisebbek) vagy a mi még valószínűbb, rendes izületi felületek mellett a tokok lazábbak, a rendesnél bővebbek s a segédizalagok gyengébbek (talán szalagszakadás nélkül is jöhet létre az izületi tokok relativ vagy abszolút bősége mellett ficzam?) s hogy normalis izületi szalagok és izületi felületek mellett ily ficzamatok a kézközép-ujjpercz és az ujjpercek közötti izületekben nem keletkezhetnek.

Persze az adott esetben a netalán megváltozott viszonyokat s azok természetét kimutatni az élő egyénnél nem lehet; sem *Malgaigne*, sem pedig *Waldau* nem említene s az én esetemben sem találtam az ujj alkati viszonyaiban a gyanított, fentebb említett elváltozásokat feltétlenül és direct kimutathatóan igazoló tünetet.

Figyelmeztetni kívánok még arra a körülményre, hogy a



helyretevés módja, mint láttuk, úgy a *Malgaigne*, mint a *Waldau*, valamint az *én* esetemben is egymástól némileg eltérő volt.

*Nanotti* szerint minden eljárás célhoz vezethet; legjobbnak látszik szerinte tenyéri ujjficzamok helyretevése a módosított *Lombard*-féle módszer, t. i.: 1. a kézközépesont rögzítése bal-kézzel, a hüvelyket a tenyéri oldalra téve; 2. az ujjnak derékszögig való hátrahajlítása; 3. az ujj felemelése, hogy a basis a fejecs felett hátrafelé csúszszék; 4. folytonos húzás mellett az ujjnak volaris irányú hajlítása.

Esetemben az általam alkalmazott eljárás könnyen és hamar célhoz vezetett, úgy, hogy más módszerhez folyamodnom nem volt szükséges.

*Irodalom*: A. Cooper: A treatise on dislocations and fractures of the joints. London 1842. — *Stromayer*: Handbuch der Chirurgie. Freiburg im Breisgau. 1844. — *Streubel*: Einige Fälle von Luxation im Scapulohumeralgelenk mit Bemerkungen. Deutsche Klinik. Berlin. 1852. S. 126. — *Malgaigne*: Traité des fractures et des luxations. Vol. II. Paris, 1865. — *Paul*: Die chirurgischen Krankheiten des Bewegungsapparates. Lehr, 1861. — *Macleod*: The case of Charles H. Warren: The Glasgow Medical Journal. 1882. 343. I. — *Nanotti*: Osservazione clinica e sperimentale intorno alla lussazione, metacarpo-falangiche anteriori (Sperimentale 1887, Fasc. 10.) Ismertette: Centralblatt für Chirurgie. Leipzig 1888, S. 457. — *Waldau*: Volare Luxation des rechten Zeigefingers. Sonder-Abdruck aus dem Centralblatt für Chirurgie. 1895. — *Hoffa*: Lehrbuch der Fracturen u. Luxationen. 3. Auflage. Würzburg. 1896.

## Az agy körülírt fejlődési hiányáról, néhány a porencephaliára vonatkozó megjegyzéssel.

Buday Kálmán dr.-tól.

(Vége.)

Megismerkedve esetünkkel, feltehetjük a kérdést, hogy mi idézte elő a jobb agyféltekén levő gödörszerű bemélyedést.

A felelet egy irányban határozott lesz, a mennyiben olyan okra gondolhatunk csupán, a mely az agyra annak fejlődése közben hatott. Mert, hogy a teljesen kifejlett agyat érő káros behatások, gyulladások, sorvadások okvetlen a szöveti szerkezet lényeges megváltozására vezettek volna, a mely pedig itt hiányzik, az bizonyításra nem szorul. Ugyancsak a szöveti szerkezet épsége ellene szól, hogy a méhen belüli vagy kívüli életben az agy fejlődése idején olyan súlyos gyulladások vagy elfajulások léteztek volna, melyek zsugorodásra szoktak vezetni. Sclerosisnak, mint fennebb említettük, a durványos agyrészletben semmi nyoma sincs.

E szerint már kizárás alapján is az agy gátolt fejlődését, fejlődésben való visszamaradását kell előidéző ok gyanánt tekintenünk. Ilyen hypoplasia természetesen nem jár szükségképen mélyre ható szerkezeti változásokkal.

A fejlődési visszamaradás okát kutatva, közelfekvő volna egy körülírt hydrocephalus externusra gondolni, mert több olyan körülmény van, mely ennek javára értékesíthető. Így pl. a kemény agyburok és a megvastagodott pókhálókártya részleges összenövése, nemkülönben a halántéklebenynek hátra- és kifelé nyomtatása s a jobboldali scala mediának mélyebb volta mind arra csábíthatnának, hogy az agy felületén levő bemélyedést a subarachnoidealis ürben körülírtan felszaporodott folyadék nyomására, illetőleg ezen nyomásból eredő fejlődési gátlásra vezessük vissza.

Mindazáltal óvatosságra int az a tény, hogy a hydrocephalusok igen gyakran másodlagos természetűek s a folyadék csak azért szaporodik fel, hogy betöltse azt a helyet a koponya-üregben, a melyet az agy el nem foglalt, üresen hagyott. Ilyen hydrocephalus ex vacuo annál könnyebben támadhat, mert a koponya és az agy fejlődése bizonyos mértékig független egymástól; az agy gátolt fejlődése következtében tehát csakugyan maradhat vissza hely a koponyaüregben, melyet a liquor cereprospinalis kell hogy betöltsön.

A folyadék által a halántéklebenyen és a koponyán előidézett nyomási jelenségek szintén nem zárják ki azt, hogy a hydrocephalus másodlagos természetű legyen, mert az agy és koponya egyenlőtlen növekedésénél lassankint olyan véredény-vongálások jöhetnek létre, melyek pangást okozva a folyadék gyülemét szaporítják s a burkok megvastagodását és összenövését is másodlagosan előidézik.

Hogy a hydroceph. ext. csakugyan másodlagos természetű s az agy fejlődési visszamaradása az elsődleges, a mellett szól nemcsak az elsődleges körülírt hydrocephalus nagyfokú ritkagsága, hanem több olyan körülmény is, melyet az eset részletesebb leírásánál megismertünk.

Így pl. a folyadék nyomása elsődleges hydrocephalus esetén egyenletesebben történne a bemélyedés széleire s nem volna érthető, hogy csak a homloklebeny bizonyos részei szenvedjenek a nyomás folytán sorvadást, más részek pedig, a melyek szintén a hasadékok falait képezték (így pl. a halántéklebeny), hasonló jellegű változást ne mutassanak.

Elsődleges fejlődési visszamaradás mellett szól az is, hogy a normalis agy fejlődésében is van eleinte egy olyan időszak, a mikor az operculum még gyengén fejlett s a Reyl-sziget a homloklebeny által még beborítva nincs, hanem szabadon fekszik. Az ébrényi fejlődés 4–6. havában a Sylvius-árok a mellső és hátsó ágra való oszlás helyén egy tág gödörre szélesedik ki, a melynek alapját a fedetlen Reyl-sziget képezi. Később tűnik el a sziget az által, hogy az operculum felülről lefelé növe azt beborítja. Ha tehát az operculum valamely okból fejlődésében visszamarad, akkor az agy ezen helyén úgyszólván állandóan azok a viszonyok maradnak meg, a melyek az ébrényi fejlődés derekán voltak jelen.

Analogiák szintén megerősítenek ezen véleményünkben. Így pl. a mikrocephaliánál, a hol az agy fejlődési visszamaradása oly szembetűnő, elég gyakran fordul elő az, hogy a homloklebeny alsó tekervénye hiányos s az insulát szabadon hagyja.<sup>1</sup>

Az agyfejlődési zavar felvételét némileg támogatja az is, hogy a bal lábujjon szintén fejlődési rendellenesség, t. i. az öreg-ujj 2. perczének kettőzése fordult elő. Tapasztalati tény, hogy egy és ugyanazon egyénél gyakran találni egyidejűleg többféle fejlődési rendellenességet és pedig úgy fejlődési hiány, mint túlzás vagy kettőzés alakjában. Természetes, hogy egy ilyen fejlődési rendellenesség előfordulásából még nem következik, hogy a másik elváltozás is, a melyet ugyanazon egyénél találtunk, fejlődési hiba, de ha a többi körülmények is a fejlődési zavar mellett szólnak, akkor úgy hiszem, a praehallux előfordulásának is tulajdoníthatunk némi jelentőséget.

Vajjon ugyanazon ok szerepelt-e mindkét helyen és hogy ezen ok külső behatásban rejlik-e, vagy elsődlegesen a csirban magában volt meg, azt nem merem eldönteni.

Tudjuk, hogy az ujjak kettőzését is némelyek főképp külső behatásnak (amionredők nyomásának) tulajdonítják, míg mások a csirban rejlő tulajdonságokat: atavismust, illetőleg öröklést vesznek fel. Ebből tehát az agyra nézve nem sokat lehet következtetni; egyáltalán a fejlődési rendellenességek kóroktana ma még annyira homályos, hogy egyes esetek magyarázatánál is nagy nehézségek állnak elő, különösen, ha felnőtt egyénről van szó, kinél a terhességre, a méhen belüli életre nézve semmi adat nem áll rendelkezésünkre. Annyit már most megjegyezhetünk, hogy a koponyaúr vizsgálata semmi olyast nem derített ki, a minek alapján az agy fejlődési visszamaradását nyomásnak lehet tulajdonítani.

Az agynak a jelen esetben megállapított hypoplasziája egyéb kiterjedtebb fejlődési hiányoktól különbözik nemcsak körülírtsága által, hanem az által is, hogy a hiányosan fejlett agytekervények az insula felé meredeken lecsapnak s ennek következtében hasadékszerű bemélyedés támad az agy felületén, a mely felett az arachnoidea hídszerűen van kifeszítve. Ezen tulajdonságai által esetünk erősen emlékeztet a porencephaliára, a melynél Kahlden meghatározása szerint az agyban tölcészerű hiány van, kifelé az arachnoidea által elzárva. Sőt a hely tekintetében is van egyezés, a mennyiben ugyancsak Kahlden szerint a tipusos porencephaliánál rendszerint a központi tekervények alsó része és a homloklebeny ezekkel határos része szokott hiányozni, az insula pedig vagy maga is hiányos, vagy szabadon látható az üreg alapján.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Schütte: Die pathol. Anatomie der Idiotie. Centralblatt f. allg. Pathol. u. path. Anat. XI.

<sup>2</sup> L. Kahlden: Ueber Porencephalie. Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Pathologie. XVIII.



A valódi porencephalia azonban a mi esetünkkel összehasonlítva egy lényeges különbséget is mutat, a mennyiben a porencephaliánál az üreg az agyállományban magában van, s akár a subarachnoideális ürrel, akár az oldalgymroccsal közlekedik is, a fehérállományt folytonosságában megszakítja. Más szavakkal a porencephaliás hiány falait legalább részben a centrum semiovale fehérállománya képezi, holott a leírt esetben a bemélyedés szélein és alapján az agykéreg szürke állománya mindenütt megvolt.

Ha tehát a parencephalia elnevezést csak az olyan csatorna- vagy tölérszerű hiányokra vonatkoztatjuk, a melyek az agyállományban magában vannak, akkor a leírt esetre a porencephalia név tulajdonképpen nem illik rá. Hogy azonban esetünk a valódi porencephaliához mégis közel áll és valószínűleg vele azonos okból is keletkezik, az csakhamar kiderül, ha a porencephalia irodalmát tanulmányozzuk.

Kahlden a porencephaliáról írt monographiájában felemlít egy esetet, a melyben a jobb Sylvius-árok helyén a halánték- és homloklebeny közt a központi tekervények alatt egy széles gödör volt, melynek alapján az insulát szabadon lehetett látni. Frontalis metszetben a jobb félteke fehérállománya úgy szélességi, mint magassági irányban kisebb a balnál, az agykéreg ellenben mindenütt meglehetősen jól fejlett. (Kahlden X. esete.)

Ezen esethez, a melynek a miénkhez való hasonlatossága szembetűnő, Kahlden a következő megjegyzést fűzi: „Kétség tárgyát képezhetné, hogy ez az eset valóban porencephaliának tartandó-e? Én azonban azt hiszem, hogy nem lehet ezt a porencephaliától elkülöníteni, mert a porencephaliához való hasonlatossága igen nagy s másrészt ilyen agyi elváltozások, a minők itt önállóan előfordultak, elég gyakran észleltettek már egyoldali típusos porencephaliánál a másik oldalon.“ Majd később u. e. esetre visszatérve, azt mint a porencephalia kezdeti stadiumát fogja fel.

Több tekintetben hasonló esetet írt le Kundrat is, a ki a porencephaliáról szintén egy nagyobb, sokat emlegetett munkát írt.<sup>1</sup> Egy öt éves leánynál mindkét agyféltekén hiányoztak a központi tekervények és az operculum, úgy hogy a Reyl-szigetet csupán a halántéklebeny mellső része fedte. A hiányzó tekervények helyén mély gödör van, a melynek alapját azonban mindenütt kéregállomány borítja be, tehát az agykéreg folytonossága itt is megvolt. Kundrat szintén porencephaliának fogja fel a maga esetét, de azt hiszi, hogy a hiányzó tekervények valamikor léteztek, csak hogy elpusztultak s hegeképződés által a hiány szélei összeforrtak. (Kundrat II. esete.)

Ezen és hasonló esetek indították arra Kundratot, hogy a porencephaliának külön alakját, az úgynevezett heges porencephaliát vegye fel. A mint látjuk, az ő felfogása teljesen ellentétes a Kahldenével, a mennyiben Kahlden az ilyen eseteket a parencephalia kezdeti stadiumának, Kundrat pedig a porencephaliás üregképződés heges gyógyulásának, tehát végstadiumának tartja.

Részemről a két nézet közül a Kahldenét tartom helyesnek. Kundrat szerint a valódi porencephalia intrauterin táplálkozási zavarból származó lágyulási folyamat, a mely folyadékkal telt üreg képződésére vezet, hasonlít tehát az embolia következtében létrejövő lágyulási üregekhez; a heges porencephalia pedig a lágyult rész heges megtömörüléséből támad, tehát az úgynevezett cicatrix ex emollitione-val állítható párhuzamba. Mind a kétféle porencephaliánál szerinte már kifejlődött agyállomány megy tönkre.

Csak hogy épen az a fentebb említett esete Kundratnak, a melyet a heges porencephalia mintaképeül hoz fel, nem bir bizonyító erővel. Az esetet nem Kundrat boncolta, s a mikor ő látta az agyat, már az agyburkok el voltak távolítva; a leírás szerint az is valószínű, hogy az állítólagos heg göröcsői vizsgálat tárgyát nem képezte s így nehéz is megítélni, hogy az a szövet, a mely a gödör alapján a kéregállomány és az ependyma közt volt, csakugyan heges természetű volt-e, vagy egyszerűen keskenyebb, durvánnyosan fejlett fehér állomány; az a körülmény, hogy

az illető helyet az agykéreg szürke állománya borította, inkább a hegeképződés ellen szól. A másik két „heges“ porencephalia-eset leírása még hiányosabb, ezeket Kundrat, úgy látszik, átmet-szeteken nem is vizsgálta.

Érdekes, hogy Kundrat maga is kénytelen az általa észlelt heges porencephalia-esetek egyikében a táplálkozási zavar mellett még fejlődési visszamaradást is felvenni, hogy a változásokat ki-elégítőleg magyarázhassa.

Hogy a mi esetünkben hegeképződés nyomai nincsenek, azt a göröcsői vizsgálat kiderítette. Kundrat esetei ehhez olyan közel állanak, hogy azok heges természetét göröcsői vizsgálat híján kétségesnek tarthatjuk.

Nem akarom itt fejtegetni, hogy Kundratnak a porencephaliáról való ismertetett felfogása ellen miféle érveket lehet felhozni s meglegszem annak hangsúlyozásával, hogy a heges porencephalia-elnevezést nem tartom kellőleg megokadottnak s azt gondolom, hogy az olyan eseteket, a melyeknél az agy felületén hasadékszerű vagy gödörszerű bemélyedés van, de az agyállomány folytonossága megszakítva nincs, porencephalia externa vagy találójban fovea porencephalica névvel lehetne a valódi porencephaliától megkülönböztetni, a melynél az üregképződés az agyban magában van.

Hasonló eseteket írtak le még Jensen,<sup>1</sup> Otto<sup>2</sup> és Moeli<sup>3</sup> is. Ezek részletesebb leírását ép úgy mellőzhetjük, mint a Richter és Schäffer munkáit, a kik a porencephalia keletkezésére vonatkozó elméleteket közölték. Richter<sup>4</sup> a corpus callosumnak a kemény agyburkok nagy sarlónyulványa által történt nyomását, Schäffer<sup>5</sup> pedig az ikesont kis szárnyának rendellenes fejlődését tartja a parencephalia előidéző okának. Esetünk egyik felfogás mellett sem szól s nagyon valószínű, hogy a porencephaliák nagyobb részénél ezen okok nem szerepelnek.

A Kahlden-Marchand-féle fent jelzett elmélet, a mely szerint az agy a porencephaliánál körülírt helyen a fejlődés korai tökéletlen stadiumában marad meg, legtöbb esetre illik ugyan, csak hogy a fejlődési gátlás tulajdonképpeni okát ez sem jelöli meg. Ily körülmények közt a porencephalia fogalma még ma is főképp az alaki tulajdonságokhoz lévén kötve, annak tanulmányozása is nehézségekbe ütközik, mert a legkülönbözőbb eredetű, de alakilag hasonló elváltozások ugyanazon név alatt szerepelnek. Ez magyarázza meg, hogy ma, közel 40 évvel Heschel első közlései óta, a porencephalia lényegének megismerésében aránylag kevés haladás történt.

Befejezésül még pár szóval visszatérek esetünkre. Az agy szokatlanul nagy súlya kétféle módon hozható összefüggésbe a fejlődési visszamaradással. Lehetne ugyanis arra gondolni, hogy ez a túltengés a fejlődésben visszamaradt részek pótlását célozza. Kundrat egy esetében tényleg compenzáló túltengést vesz fel a hiány által nem érintett agyrészekben. Mindazáltal a mi esetünkre nézve ezt a magyarázatot nem tartom eléggé okadottnak; inkább valószínű, hogy itt az agyköpeny fejlődését illetőleg már eredetileg kétféle irányban megvolt az abnormitásra való hajlam: körülírtan a hypoplasia és kiterjedten a hyperplasia irányában.

Kahlden az ő ismertetett esete alapján azt a nézetet nyilvántítja, hogy a fejlődési hiánynál a fehérállomány gátolt fejlődése az elsődleges, míg a szürkeállomány abban csak másodlagosan vesz részt. Ezen felfogás ellen általános agyfejlődési szempontok is szólnak, a mennyiben az agyköpeny fejlődésénél szürke és fehérállomány sokkal bonyolódottabb viszonyban van egymással, hogysem pusztán a fehérállomány hypoplasiaja előfordulhatna ép agykéreg mellett. Az általunk ismertetett eset sem támogatja Kahlden nézetét. Igaz ugyan, hogy itt is túlnyomó mértékben a fehérállomány rovására esik a hypoplasia, de azért részt vesz abban a szürke kéreg is, a mely a rendesnél valamivel keskenyebb s a tekervények lapossága következtében kétségkívül tömegében is kisebb, mint az ép oldalon.

<sup>1</sup> Archiv f. Psychiatrie. XIX.

<sup>2</sup> Archiv f. Psychiatrie. XVI.

<sup>3</sup> Archiv f. Psychiatrie. XXII.

<sup>4</sup> Die Windungen des menschl. Gehirns. Virch. Arch. 106. s. újabban Arch. f. Psychiatrie. XXXII.

<sup>5</sup> Porencephalie. Virch. Arch. 145.

<sup>1</sup> Kundrat: Die Porencephalie. Eine anatomische Studie. Graz. 1882.



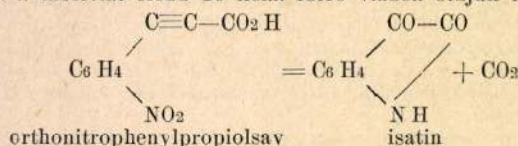
## Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. sz. bel-klinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. ny. r. tnr.)

### Nitropropiol-tabletták. Egy új czukorpróba.

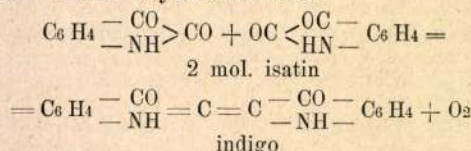
Irta: Gebhardt Ferencz dr. klinikai gyakornok.

Az orthonitrophenylpropionsav szőlőcukorral való reductióját először A. Baeyer (Bericht d. chem. Gesellschaft. 13. 2260.) 1880-ban mutatta ki. Ujabban Teusch köln-ehrenfeldi gyára olyan tablettákat hozott forgalomba, melyekben az orthonitrophenylpropionsav natrium-carbonattal van comprimálva. A gyár előírása szerint a nitropropiol-tablettákkal való czukorkémesítés úgy történik, hogy egy tablettát 10 kem. vízben feloldunk, s adunk hozzá 10 cseppet a vizsgálandó czukor-tartalmú folyadékából vagy vizeletből, s 3–4 percig lassanként melegítjük, mire czukor jelenlétében az egész folyadék indigokék színeződést nyer; állani hagyva a kémlelőcső fenekén, a vízben nem oldódó indigo kiválik.

A reactio lényege abban áll, hogy az orthonitrophenylpropionsav szőlőcukorral való melegítéskor soda jelenlétében, indigoba megy át. Ha t. i. a tablettát előbb 10 kem. forró vízben oldjuk fel, lesz:



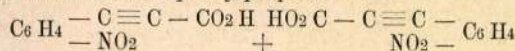
főzve a czukortartalmú folyadékkal lesz:



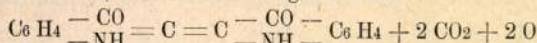
ilyenkor a lehasadó oxygen a szőlőcukrot oxydálja.

Klinikánkon már hosszabb idő óta folynak a vizsgálatok a nitropropiol-tablettákkal. A próbát a leírástól eltérőleg úgy végezzük, hogy nem oldjuk fel előzőleg a tablettát, hanem veszünk 10–15 cseppet a vizsgálandó czukros vizeletből vagy folyadékból, adunk hozzá 10 kem. destillált vizet, s beleadva utóljára a tablettát, lassanként 2–3–4 percig melegítjük. A folyadék czukor jelenlétében eleinte zöldes, utóbb sötét indigokék színűvé lesz. Ez eljárásunk mellett a vegyi folyamat kissé másképen történik, t. i.:

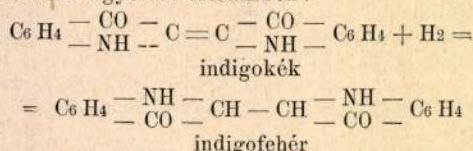
2 molekula orthonitrophenylpropionsav



alkalikus közegben ( $\text{Na}_2\text{CO}_3$ ) hevítéskor, szőlőcukor jelenlétében, szén-savképződés mellett, közvetlenül indigová lesz:



A czukros oldat vagy vizelet higitása azt célozza, hogy a reagens a czukorhoz képest mindig feleslegben legyen jelen, mert különben a reductio nem áll meg az indigokék keletkezésekor, hanem indigofehér áll elő, a következő egyenlet értelmében:



és az oldat szintelen marad. Ha azonban a higitás esetén a reactio nem sikerül a húgy igen csekély czukortartalma miatt, úgy szükséges nem higitott vizelettel is végeznünk a próbát. Néha a kék szín nem eléggé kifejezett, ilyenkor chloroformot adunk a folyadékhoz, mely az indigót oldja, s a kirázás után a folyadék alatt meggyűlő chloroformnak kék színe jelzi az indigót s így a czukornak jelenlétét.

Ezen módosított eljárásunkkal megvizsgáltuk több száz különféle betegségben szenvedő egyén vizeletét, s azt tapasztaltuk, hogy a nitropropiolreactio csak szőlőcukrot tartalmazó vizeletekkel sikerült.

Nem adták a reactiot epefestékeket, húgysavat, fehérjét, genyet, vért, phosphatokat tartalmazó vizeletek. Ezen vizeletekhez dextrose-oldatot vagy czukros vizeletet adva, az epefestékes, húgysavas, phosphatos húgyokkal a próba minden esetben sikerült, sőt kevés fehérje, geny vagy vér jelenlétében is sikerült hosszabb forralás után az indigokék szint előidézni. Nagyobb mennyiségű fehérjét azonban előzőleg konyhasóval vagy chloroformmal való összerázással távolítottunk el, s azután csináltuk a próbát.

Vizsgáltuk oly egyéneknek vizeletét is, kik különböző gyógyszerkezet, mint benzoësavat, chloralhydrátot, carbolt, guajacolt, jodot, rheubarbát, salicylt, sennat, terpentint vettek belsőleg vagy bőr alá. Az ilyen vizeletekkel a reactio nem sikerült előállítanunk, azonban, ha az ilyen vizeletekhez dextrose-oldatot vagy czukros vizeletet adtunk, a a reactio hosszabb melegítés után mégis beállott. Nem adják a reactiot a kreatinin és glyconsav vizes oldatai sem.

A próba érzékenysége nézve azt tapasztaltuk, hogy 0.030 gm. dextrose 100 gm. vízben oldva, vagyis körülbelül 1/3%-os, de nem felhigitott oldattal az indigokék színeződést megkaptuk; a 0.025:100 oldat

azonban már nem lett kék, hanem zöld maradt; végre 0.05:100 oldat már higitva is adta a nitropropiol-próbát.

Mivel tehát a nitropropiol-próba tapasztalataink szerint csak szőlőcukrot tartalmazó vizelettel sikerült, azonkívül a fentebb elősorolt anyagoknak a vizeletben való jelenléte a reactio beálltát nem zavarta, s e mellett igen érzékenynek is mondható, mint biztos, pontos adatokat nyújtó czukorpróbát különösen a gyakorló orvosoknak figyelmébe ajánlhatjuk. Annál is inkább, mivel a próba kivitele egyszerű, gyors, s e mellett a tablettákon kívül más kémszerre szükség nincsen, néhány csepp vizelettel megtehető, s e mellett elég olcsó is, 25 tablettá ára 80 fillér.

Meg kell még jegyezni, hogy a próbát mennyileges meghatározásokra is megkísérlettem alkalmazni, azonban a folyadék elsötétedése és átlátszatlansága miatt kolorimetrikus vizsgálatokra nem alkalmas, már csak azért sem, mert az indigokéken kívül egyéb részben szintelen (indigofehér), részben más színű (indigovörös) reductio termékek is képződnek.

## T Á R C Z A.

### Az állami elmeorvosintézetek orvosok helyzetéről.<sup>1</sup>

Azok a kérdések, melyek a magyar elmeorvosok feltétlenül szükséges számbeli szaporodásának útját állják, melyek az elmeorvoszat terén való állandó működéstől elidegenítik a fiatal orvosi nemzedéket, mert ma életpályának nem tekintheti a küzdelmes, előmenetelre kevés kilátást nyújtó és igen szegényesen dotált pszichiatrikus működést az államnál, a legszorosabb összeköttetésben állanak a hazai elmebetegügy fejlődésével és ép ezért önzéssel senki sem vádolhatja azt a küzdelmet, melyet helyzetüknek javítása érdekében végig harcolnak az állami alkalmazásban álló elmeorvosok, és mely küzdelemhez mi, a kik az állami alkalmazás keretén kívül állunk, készségesen segítségét nyújtunk nemcsak azért, mert rendünk minden egyes tagjának anyagi boldogulása szívünkön fekszik, hanem azért is, mert hitünk, hogy a magyarországi elmebetegügy fokozatos fejlődésének egyik alapfeltétele a személyi kérdések méltányos szabályozása.

Az a pálya, a mely nem nyújt kilátást az állandó kenyérkeresetre és legalább bizonyos fokig az önállóságra, mely nem nyújt biztos menedéket az élet viharai ellen, meg nem könnyíti az állami lét fenntartó intézményét, a családalapítást és nem biztosítja az élet alkonyán a gondnoki nyugalmas megélhetést, az a pálya sem nem hívogató, sem nem népszerű.

Es mi, a kik egy emberéletet keresztül küzdünk e pályán, a kik ismerjük foglalkozásunk veszedelmeit és tudjuk azt, hány áldozatot szed sorainkból hivatásunk, a kik nap-nap után érezzük annak szükségét, hogy fáradt agyunkat felelevenítse a művészet, a szórakozás, testünk ápolása és erősítése, az anyagi gondatlanság és a csoribatlan kedély, a mi lelünk nem engedi meg, hogy csaláttal hívogassuk ifjú kartársainkat arra a működési térre, mely gyümölcsöt nem ad és nem véd meg az anyagi gondoktól.

Ezzel tartozunk embertársainknak, ügyfeleinknek, tartozunk nekik azzal, hogy feltárjuk előttük a pálya árnyoldalait, mielőtt még elváltak volna az elmeorvosati tudomány magasztossága által.

Es felutjáról visszatér az, a kinek lelki szemei elé vezettük pályánk keserveit.

De tartozunk szenvedő embertársainknak is azzal a gondoskodással, hogy legyen elég segítő kéz a veszedelemben, a mikor az elborult elme vezetésre szorul.

Es e kétirányú kötelesség lelkiismeretes megoldásán fáradozunk akkor, a mikor mint hivatottak oda lépünk az államhatalom elé és rámutatva az elmebetegügy fejlődésének gátló momentumaira, védelmet és oltalmat kérünk ügyünknek.

\* \* \*

Mint olyan kérdéssel, mely rendünk érdekeit is közelről érdeklí, mindenek előtt foglalkoznom kell az elmebetegügynek egyik fontos fejezetével, az elmebeteg gyógyintézeti elhelyezésének állami gondoskodásával, az országos elmeorvosintézetekkel, melyeknek számbeli hiánya hazánkban szálló igévé vált, és az államhatalom ellen, legalább bizonyos fokig, túlzott váddá fajult.

Az állami elmeorvosintézetek számbeli szaporításának egyik alapfeltétele az elmebeteg számbeli szaporodása. Hogyan áll ez a kérdés? Bármennyire hangoztatjuk, és bármennyire mindnyájunk lelkében él az a meggyőződés, hogy a többi culturnemzetek statisztikai tapasztalataival egyezően az elmebeteg száma nálunk is fokozatosan növekedik, mégis az egyedül mérvadó és döntő statisztikai tényekkel ezen állítás nemcsak hogy meg nem indokolható, hanem azok épen az ellenkezőt, t. i. az elmebeteg számának állandó apadását bizonyítják.

Ugyanis, míg az 1869. évi népszámláláskor 13,162 elmebeteg iratott össze, addig 1890-ban ezen szám 12,890-re, 1890-ben 10,536-ra és 1895-ben 10,421-re apadt, vagyis: 1880-ban 272 elmebeteggel kevesebb iratott össze, mint 1869-ben, 1890-ben 2354 elmebeteggel kevesebb, mint 1880-ban, és 1895-ben 115-tel kevesebb, mint 1890-ben, úgy hogy az 1895. évi számlálás az 1869. évi számlálással szemben 2741 apadást mutat, azaz, míg 1869-ben 10,000 lakosra 9, addig 1880-ban 10,000 lakosra csak 8, 1890-ben és 1895-ben pedig 10,000 lakosra csak 6 elme-

<sup>1</sup> Előadott az országos elmeorvosi értekezleten.



beteg esett, a mi tekintettel Württemberg 7-8, Bajorország 9-8, Dánia 13-5, Franciaország 14-6, Svédország 17-6, Anglia 17-8 és Norvégia 18-6 százalékaival szemben igen kedvező arány, melyet csak Ausztria mul felül 5-9 százalékaival pro tizezer.

Ezzel az apadással szemben ugyan első sorban állást foglal maga a belügyi minister, a ki 1895. évi jelentésében azt mondja: „nincs kétség abban, hogy hazánk elmebetegeinek száma a most összeirt számnak kétszeresét is kitéheti“, de állítását mivel sem bizonyítja, sőt gyengíti azzal a további kijelentésével, hogy az „1895. évi számlálás egészen megbízható alapon volt végrehajtva, mert névszerint történt“.

A statistika ezen adataival szemben eredménytelenül hivatkozunk a pénzügyi ministernél a külföldi adatokra, eredménytelenül a többi culturnemzetek statistikai tapasztalataira, melyek szerint átlag 300 lakosra esik egy elmebeteg, mert az ő ressortja csakis rideg, pozitív számokkal dolgozik, csakis ezeket veheti a kiindulás helyes alapjául, ezek szerint pedig a mi országunk adatai a külfölddel szemben igen kedvezők.

Az elmebetegek számának rohamos növekedésével tehát új elmebetegintézetek felállításának égető szükségét meg nem indokolhatjuk.

De a kérdésnek van egy másik oldala is, hogy t. i. az összeirt elmebetegeknek hány százaléka részesül szakszerű intézeti kezelésben és mennyiben felel meg az államhatalom az 1876. évi XIV. t. cz. rendelkezéseinek a *közbiztonságra veszélyes* elmebetegeknek elmebetegintézeti elhelyezése tekintetében?

Ez utóbbi kérdésre pozitív választ sehol sem nyerhetünk, a közgazgatás ez irányban törekvése a tudomány által nem támogatott soha és semmiféle országban, a klinikai tudomány sohasem engedte meg a kettéosztást és minden törekvésnek ellent állt azzal a meg nem dönthető kijelentéssel, hogy az elmebetegek ön- és közveszélyeseknek jelzendeők kivétel nélkül, hogy tehát a közgazgatás feladata abban az irányban tevékenykedni, hogy lehetőleg minden elmebeteg felvételt találjon elmebetegintézetben.

Részen megfelel ezen követelménynek Anglia, mely 89%-át, Belgium, mely 78%-át, Franciaország, mely 66%-át helyezi el elmebetegeinek elmebetegintézetekben. Es ezen számok egyben választ adnak az előző kérdésre is, hogy az elmebetegeknek hány százaléka részesül szakszerű gyógyintézeti kezelésben.

Es ebben az irányban közelítve meg már most a kérdést, a statistika hazai viszonyainkra vonatkozólag feltűnő kedvező választ ad. U. i. 1894-ben összesen 4600 elmebeteg volt elhelyezve elmebetegintézetekben, 1895-ben 5057, tehát 457-el több, 1899-ben 7454, tehát 1899-ben 2854 elmebeteggel több helyeztetett el elmebetegintézetekben, mint 1894-ben, azaz az összeirt elmebetegeknek 71,5%-a, a mi Ausztria 32%-a és Németország 33%-ával szemben ismét nagymérvű javulást mutat.

Es ha tekintetbe vesszük, hogy „veleszületett butaság“ körismével az állami intézetekben 230, a kórházak elmebeteg osztályán pedig 271, összesen tehát 501 idiota ápolatik és ezt az összeget az ápolat elmebetegek számából levonjuk, úgy akkor még mindig 66,7%-a az elmebetegeknek nyer szakintézeti kezelést.

Ez a javulás tagadhatatlanul annak a czéltudatos közegészségi politikának az eredménye, melyet Chyzer Kornél dr. ministeri tanácsos inaugurált és mely szűk pénzügyi viszonyaink mellett, pszichiatrikus szempontból is üdvösnek bizonyult. U. i. a közegészségügyi osztály főnökének komolyan számolnia kellett azokkal a nehézségekkel, melyek pénzügyi szempontból mindannyiszor felmerültek, a hányszor új állami elmebetegintézetek létesítése szóba hozatott és mely nehézségeket a belügyi kormányzat leküzdeni képes nem volt. Egyrészt ezzel a pozitívummal, másrészt pedig az elmebetegeknek szakszerű intézetekben való elhelyezésének fontos kérdésével szemben állva, Chyzer Kornél olyképen óhajtott a viszonyokon javítani, hogy az államnak tökében való megterhelése nélkül, de a tápdíjnak állami biztosítása mellett, a vidéki kórházak keretében elmebetegek befogadására szolgáló osztályokat létesített a törvényhatóságok által és részben az országos kórházban az állam által.

Az eredmény kedvező volt, a mennyiben az államilag biztosított tápdíjvédelemnek kellő financirozása folytán Szegzárdon 100 ágygyal, Gyöngyösön 100 ágygyal, Kaposvárt 100 ágygyal, Nyitrán 100 ágygyal, Békés-Gyulán 300 ágygyal létesítették a kórházak keretében elmebetegek befogadására szolgáló osztályok, míg a pozsonyi országos kórház elmebeteg osztálya 300 ágygyal szervezetett.

1895 óta tehát a kórházak elmebeteg osztályait 1000 ágygyal bővítették.

Ezen most megnevezett elmebeteg-osztályokon a betegforgalom az 1899. év folyamán máris 1557-re emelkedett, és ha tekintetbe vesszük, hogy úgy a békésgyulai 300 ágyas, mint a pozsonyi 300 ágyas osztály csak az 1899. év vége felé adtak át a közhasználatnak, úgy nyilvánvaló, hogy ezen két legnagyobb osztály betegforgalma a következő években lényegesen emelkedni fog.

Megjegyzendő még, hogy az egri alapítványi női kórház elmebeteg osztálya 40 helylyel, a budapesti szt. János-kórház megfigyelő osztálya 50 helylyel bővítették és hogy az előbbennek betegforgalma 305-re, az utóbbié 456-ra emelkedett, továbbá, hogy úgy a budapesti magánelme- és ideggyógyintézet, valamint a kolozsvári elmekórtani kóroda is lényegesen bővítették, hogy az igazságügyi minister a központi gyűjtőfogházban az elítéltek és letartóztatottak között előforduló elmebetegek számára 120 ágygyal megfigyelő és gyógyítóintézetet létesített, mely intézkedés folytán az országos elmebetegintézetek legalább részben ezen veszedelmes betegetől megmenekültek és elmebetegek felvételére helyet nyertek és végül, hogy 1895 óta a nagy-

kállói országos elmebetegintézet is teljesen átadatott a közhasználatnak és hogy a nagyszabeni országos elmebetegintézet egy ú. n. úrilakkal és egy sýnlők befogadására szolgáló házzal bővült.

Mindezen tényeket objective itélve meg, joggal állíthatjuk, hogy az elmebetegek elhelyezésének kérdése nagy mértékben javult, mert manapság csakis a nagyobb elmebeteg-osztályokat véve tekintetbe, kerek számban 4000 ágy áll rendelkezésre, melyeken 1899-ben 7454 elmebeteg ápoltatott, tehát 2397-tel több, mint 1895-ben, mely utóbbi évben csak 5057 elmebeteg nyerhetett gyógyintézetben ápolást.

Hogy pedig a legközelebbi jövőben ezen kedvező viszonyok még intensivebb javulást fognak feltüntetni, ez azért várható, mert a törvényhatóságok közül többen foglalkoznak új elmebeteg-osztályok felállításával, pl. Pécs és S.-A.-Ujhely is a létesítendő új kórházak keretében nagyobb arányú elmebeteg-osztályt szándékoznak szervezni.

Es tekintve mindezen elősorolt szakszerű előnyöket, továbbá pedig azon elvitáztatlan financialis előnyöket is, melyek az elmebetegek vidéki elhelyezéséből az ottani kórházakra és így közvetve az általános közegészségi viszonyokra is háramlanak, úgy vélekedem, hogy jelenleg sem nem czélszerű, sem nem indokolt a felállítandó új elmebetegintézetek érdekében a pénzügyi viszonyokkal helyesen számoló és eddig máris tagadhatatlanul javító átmeneti rendszernek útját állani, annyival kevésbbé, mert a pozitív tényekkel szemben csakis idealis eszmékkel küzdhetnénk, és pedig eddigi tapasztalataink szerint bizonyára meddő eredményt.

De óva ínt bennünket a kérdésnek jelenleg túlságosan éles ki-domborításától az egy-néhány hónap mulva, a népszámlálás keretében megejtendő összeírása az elmebetegeknek, melynek eredménye az 1869 óta állandóan tapasztaltak után nagyon is problematikus a tekintetben, vajjon képesek leszünk-e az új állami elmebetegintézetek felállításának égető szükségét az elmebetegek számának fokozatos szaporodásával indokolni?

Pszichiatrikus szempontból tehát a Chyzer által inaugurált átmeneti rendszer legalább is kielégítő és annak tekinthető az jelenleg rendi szempontból is, mert a kórházak keretében máris felállított és a jövőben felállítandó elmebeteg-osztályok mindmégannyian új tért nyitnak a pályánkon haladó fiatal orvosoknak és megélhetésüknek bár szerény, de állandó biztosítékát nyújtják. Es eltekintve mindezekről, az ily jellegű osztályoknak a jövőben való szervezése is semmiképen sem állja útját az állami elmebetegintézetek számbeli fejlődésének, mert ezekre minden időben szükség lesz, mint oly asylyumokra, a melyekben menedéket, szeretetteljes, szakszerű ápolást és humánus oltalmat talál a gyógyíthatlan, de a társadalomra veszélyes elmebeteg.

A midőn tehát röviden azt javaslom, hogy az idei értekezlet az új országos elmebetegintézetek felállításának kérdését a pénzügyi viszonyokra való tekintettel is ne tárgyalja és a Chyzer-féle átmeneti rendszerben találjon ideiglenesen megnyugvást, áttérek a rendünket kívülről érintő és valóban égető kérdésekre: az állami alkalmazásban levő elmebeteggyógyászok fizetésének és nyugdíjazásának szabályozására.

Az állami alkalmazásban levő elmebeteggyógyászok évi készpénz fizetése manapság a következő: A lipótmezei intézet igazgatója 6000, az anyalföldi 4000, a nagyszabeni 360 és a nagykállói 3200 korona fizetést kap.

A lipótmezei intézetben működő egyik főorvos 3600, a másik 3200, az anyalföldi és a nagyszabeni főorvosok 2800, míg a nagykállói 2200 korona évi fizetésben részesülnek. A lipótmezei intézetben alkalmazott másodorvosok közül kettő 1200, kettő pedig 1000 korona, az anyalföldi másodorvosok közül az egyik 1200, a másik 1000, a nagyszabeni másodorvos 2200 és a nagykállói másodorvos 1000 korona évi fizetést hűz.

Ebből a kimutatásból kiviláglik egyrészt a fizetések *elégtelensége*, másrészt az a *rendszeratlenség*, melylyel a fizetések megállapítottak. Elég telennek jelzendeők a fizetések az egész vonalon nemesak azért, mert a jutalmazás nincsen arányban azzal a követeléssel, melyet az állam és a társadalom egyaránt jogosan támaszt az országos elmebetegintézetekben alkalmazott elmebeteggyógyászokkal szemben, hanem azért is, és ezt kerekén ki kell mondani, mert az elmebeteggyógyász exceptionális helyzetében a jelzett fizetések alig biztosítják a gond nélküli megélhetést és semmiképen sem nyújtanak módot arra, hogy az elmebeteggyógyász a kellő módon ápolhassa nehéz hivatása által veszélyeknek mindig kitett agyrendszerét és idegrendszerét.

Indokolom állításomat a következőkben:

Az elmebetegintézeti orvosi állás megköveteli a pályázótól a közhivatali orvosi állások képesítését, ezenfelül pedig a szakképzettséget. Az elmebetegintézeti orvos azonban az általános orvosi képzettségen és a szakképzettségen kívül még oly egyéni tulajdonságokkal kell hogy felruházva legyen, melyek nélkül egyéb képzettségének bármily tökéletessége mellett is hivatásának teljesen megfelelni sohasem lesz képes.

Már Griesinger megkövetelte az elmebetegintézeti orvostól, hogy a jóakarattal, türelemmel, önuralommal nagyobb mértékű felett rendelkezéssel, tágabb világméretéből hiányozzék mindennemű előítélet, megkívánja a társalgás gyakorlottságot és a különös hivatásszeretetet, mivel csak ezen tulajdonságokkal felruházva lesz képes nehéz és a világ által kevés méltánylásban részesülő feladatának megfelelni.

Az elmebeteggyógyász minden egyéb orvosnál gyakrabban jut azon helyzetbe, hogy a jó cselekedet tudatában, saját lelkiismeretében lelje fel odaadó fáradozásának jutalmát. Az nem is esodálható, hogy az



elmebeteggekkel való foglalkozás a lélekjelenlét, az óvatosság és a határozottság nagyobb fokát igényli, mert az elmebetegség és az elmebeteg viselkedése még ma is nehezen magyarázható alapokon és indokokon nyugszik és váratlan fordulatokban bővelkedik, a melyek a pillanatnyi elhatározást provokálják.

Hogy ha már az elmeegógyintézet orvosi kvalifikáció átlagos követelményei gyanánt állítjuk fel a szakképzettségen kívül az egyéni rátermettséget, akkor az elmeegógyintézetek oszlopos állásait betöltő igazgatóktól és főorvosoktól az egyéni megbízhatóság, a lelkiismeretesség és odaadás, a felelősség tudata és a szolgálati pontosság oly fokát kívánjuk, a mely megnyugvást létesít, bizalmat gerjeszt a hatóságban úgy, mint a betegekben és ezek hozzátartozóiban a tekintetben, hogy az elmebeteg gyakran szövevényes, sokoldalú erkölcsi és anyagi érdeke, egyaránt jó kezekbe van bízva.

Mi ilyennek képzeljük az elmeegógyintézet orvost, ilyennek kívánjuk őt ismerni, hogy míg egyrészt felfegyverkezve a tudomány fegyvereivel, vértelve előítéletmentes erős lélekkel, megáldva a jószág és a szeretet erőivel, a gondjaira bízott elmebeteg atyai gondozója lehessen, másrészt a nagy közönséggel szemben a jó ügy apostola legyen, a ki hivatást teljesít akkor, a mikor példájával és munkájával eloszlatja a világ előítéleteit, a melyek az elmebeteggekkel szemben, sajna, még ma is fennállanak.

Testi és lelki elemeiben teljesen kidoromborodott férfit kíván az elmeegógyászati szolgálat, melynek földje már nem lehet iskola az egyéni kellek nevelésére, hanem kész egésztest igényel az, oly férfit, a kinek szava az elborult elmére is behatást gyakorol, a ki bizton jár a beteg lélek megnyilatkozásának ezernyi torzalkjai között, az élet, legveszedelmesebb perceiben sem feledkezik meg magasabb hivatásáról és ment az antipathiáktól és averzióktól, az erőszakosságtól a megtorlás vágyától, egyszóval: a lélek alacsony megnyilatkozásaitól.

Csak ezekkel a magasabb erkölcsi tulajdonságokkal vértelve lépheti át a szaktudás az elmeegógyintézet küszöbét, hogy abban mint vezető, mint irányító, eredményesen működhesse.

Ki tagadná, hogy nehéz iskola ez az előkészület, mely sok időt és nagy áldozatokat, sok tekintetben lemondást kíván emberi jogokról, nemesebb szenvedélyekről és életörömről.

És az életnek ezen nehéz phasisát átszenvedve, végül céljához jutott az elmeegógyász: hivatalt nyert az államtól az elmeegógyintézetben!

Az államéletben a kinevezés rendszerint az életért való küzdelemben egy pihenő határhoz, a honnan már nagyobb bizalommal, több lelki megnyugvással szemléljük a földi életnek gondatlanabb, biztosabb útjait.

Ilyenek-e az elmeegógyintézet orvosi útjai?

Nem, életünk gondteljes útjai nem biztosak. Mert eltekintve a közbiztonság tekintetében is súlyos felelősséggel járó pszichiatikus hivataloskodástól, mennyi veszélynek van kitéve az, a kinek életfeladata az elmebeteg között való állandó vándorlás, hányszor exponálja nemcsak testi és szellemi épségét, hanem életét is az, a ki szüntelen foglalkozik azokkal a jogvesztett polgárokkal, a kik tetteikért senkinek sem felelősek, mert szabad önelhatározási képességgel nem bírnak.

Az elmeegógyintézetek történetének szomorú lapjait képezik azok a feljegyzések, melyek arról szólnak, miként pusztult el az orvos az önkívületében dühöngő tombolásai alatt, miként foszlott a ruhadarabokkal együtt a testbőr is azokról, a kik a menteni és ápolni vágyás nemes érzetével közeledtek az epileptikus elmebeteg felé, miként roskadt össze az orvos a téveszmének uralma alatt álló tébolyodott ököcsapásai alatt, miként vérzett el az imperatív jellegű érzékesalódásai alapján cselekvő elmebeteg orvítamadásai folytán.

És még mindnyájunk élénk emlékezetében van a bajor király rémtette!

És mennyi e szomorú esetek száma, melyek azonban közbeszéd tárgyat nem képeznek, mert mi bejegyezve azokat a kórtörténetbe, napirendre térünk felettük, és legjobban szeretjük, ha mentől előbb a béke jobbát nyújthatjuk annak a szerencsétlennek, a ki velünk rosszat akar tenni, kárt okozni bennünk, a kiknek törekvése és életvezetése: szétosztatni azt a sűrű ködöt, mely elméjére borult és megfosztá őt lelki szemeinek tiszta látásától.

Babarczy-Schwartzner Ottó dr.

m. kir. udvari tanácsos, magán elme- és ideggyógyintézet igazgató.

(Folytatása következik.)

## Orvosi dolgok a párisi kiállításon.

(Folytatás.)

A párisi egyetemmel egy sorban találjuk a „Collège de France”-nak, az „École pratique des hautes Études”-nek és a „Muséum d'Histoire Naturelle”-nek kiállításait.

Nem lesz talán érdektelen röviden megemlékezni ezen intézetek történetéről és organizációjáról, azt hisszük, ezt annyival is inkább joggal tehetjük, mert a retrospectív részben igen érdekes történeti emlékeket táltunk ez intézetekre vonatkozólag és a kített brochure-ök behatóan tárgyalják organizációjukat.

A Collège de France-t, vagy mint alapítása idején nevezték, a Collège royale-t 1530-ban I. Ferencz alapította. A mostani épület a XVII–XVIII. századból való. Eleinte nyelvek tanításával foglalkozott, de megalakulása után 10 évvel már Vidus Vidius (Gui Guido), a király orvosa medicát adott elő. Azóta több híres orvosprofesszor működött az

intézetben, köztük Rollin, Corvisart, Laennec, Recamier, Magendie, Claude Bernard. Jelenleg 41 tanszéke és 8 laboratóriuma van, ezek közé tartozik Ranvier, Marey, d'Arsonval (elődje Brown Séquard, és ezelőtt Claude Bernard), Balbiani laboratóriuma, histológiai, physiológiai és embriológiai vizsgálatokra berendezve.

Kivéve a laboratóriumi dolgozást, hallgatója ezen intézetnek bárki lehet, az előadások teljesen ingyenesek. A professorok évenként 40 előadást tartoznak adni, teljesen szabadon választják előadásaik tárgyát, tetszésszerűen részletességgel adhatják elő, mert ennek az intézménynek egyedüli feladata a tiszta tudomány művelése; teljesen távol áll a kenyérkereseti pályára való előkészítéstől, hallgatói nem vizsgáznak, diplomát nem kapnak. Tanít mindent, a mint az épület kapuján a felírás mutatja „Doceat omnia”, műveli a tudományt önmagáért.

A régi intézet photographiái kivül érdekes regiszterek és affiche-ok láthatók a retrospectív kiállításban. Ott van két tanrendhirdetés 1724-ből és 1761-ből; a tanárok nevei között ott találjuk Geoffroyt, Ferreint. Igen érdekes a tanrendhirdetés az egyetlen és osztatlan köztársaság második évéből „Le Collège de France après les vacances de la première année de la République une et indivisible recommencera ses exercices le Primidi 21 du mois Brumaire l'an second de la République. (11 Nov. 1795 vieux style). 17 tanszéken tartottak már akkor előadást, köztük az anatómiát Portal, a medicát Rollin, a természettudományokat Daubenton adta elő.

Másik tanrendhirdetésben 1828-ból Recamier, Cuvier és Ampère professorok neveit találjuk. Igen érdekes az eredeti kari jegyzőkönyv, a melyben a kar Napoleon császárnak Delambret ajánlja az astronomia tanárának, az aláírások között van Cuvier aláírása is.

Nem kevésbé szép intézménye Franciaországnak az „École pratique des hautes Études”, a melyet 1868 július 31-diki decretummal M. Duruy, Franciaország híres közoktatási minisztere organizált abból a célból, hogy alkalom adassék a fiatalságnak a tudományokkal való foglalkozást megtanulni, megszeretni: „D'exercer les jeunes gens par des conférences privées, par des discussions familières à l'usage des méthodes d'observations et de découvertes”. Nem annyira az előadásokon fekszik a főszó, hanem a hallgató szemlése munkáján, a melyet a tanár kelt fel benne és vezet folytonos érintkezés kapcsán. Hallgatója bárki lehet minden előképzettség nélkül. A hallgatók kétfélék, kezdők (stagiaire) és haladottabbak (élève titulaire). A kezdőtől egy évi hallgatás után, ha beválik, ha a tanár alkalmasnak találja a továbbképzésre, élve titulaire lesz és folytatólag hallgathat, dolgozhat 3–4 éven keresztül. Minden ingyenes, s ha valaki érdemesebb munkát készít, azt ingyen kinyomtatják, még akkor is, ha külföldi az illető. A tanítás és a tanulás körül sem a tanárt, sem a hallgatót semmiféle szabályzat nem köti. A tanár szabadon választja előadásait, a hallgató azt hallgatja, a mit akar. Ime második intézménye Franciaországnak, a mely a gyakorlati élet igényeitől függetlenül nyit teret a tiszta tudományok művelésére.

A természettudományi tárgyakra 38 laboratóriuma van, köztük egy csomó orvosi. Külön épülete ez intézménynek nincs, tulajdonképp már meglévő laboratóriuma a Collège de France-nak, az egyetemnek, a museumoknak egyesültek ezen eszme keretében oly módon, hogy ezen laboratóriumok külön subventiót kapnak azért, hogy egyéb feladatukon kívül ezen intézménynek szolgálatában állanak, pl. a Collège de France valamennyi laboratóriuma egyben az „École pratique des hautes Études”-é is. Egy része ezen laboratóriumoknak nincs is Párisban, hanem egyes zoológiai, botanikai, tengeri állomásokon.

A „Muséum d'histoire naturelle”-t 1626-ban alapították a Jardin des Plantes-ben. 1725-ből való képei ott láthatók a kiállításon. Jelenleg e museum collectioja 2.100.000 darabból áll, külön tanszékekkel, a melyeknek előadásai nyilvánosak és ingyenesek.

E szép institutói Franciaországnak a kiállítás kevésbé képviseli. Egy-két photographia, a tanárok könyvei, nyomtatott táblázatok, a melyek az egyes tanszékeket tüntetik fel, pár brochure az intézetek előbb ismertettett organizációjáról. Az École pratique des hautes Études histológiai laboratóriumának kiállításában látunk pár állatoperatio asztalt, állatketrecet és aquariumot, a melyek különböző vizsgálatra alkalmasak; ugyancsak itt a szekrényben megtaláljuk Ranvier, Malassez, Marcato, Jolly eszközeit, a melyek főképp vér-, de egyéb szövettani vizsgálatokra is valók. A legtöbbje historikus értékű, e téren első eszközök voltak, a melyek azóta sok változáson mentek keresztül. Látunk vörös vérsajtmodelleket, 1876-ból való haemochromometereket, régi sejtszámlálókat; ezenkívül mikroszkopikus dolgozásokhoz való régibb eszközöket, mikrotomokat, mikrometereket, loupekat, melegíthető tárgyasztalokat, praeparatumtartókat stb.

Következnek a vidéki egyetemek.

Igen csinos 250 oldalas könyvecske térképpel áll rendelkezésünkre Montpellier egyeteménél. Megtaláljuk benne ez ősi egyetemi székhely összes tudományos institutóiának ismertetését.

Montpellier egyike azon városoknak, a mely egész Franciaországban legrégebbi székhelye volt a tanításnak és a tudomány művelésének. Már 1181-ben tanították itt a physikát, medicát. Igaz, hogy minden organizatio nélkül, a mennyiben VIII. Guilhem, Montpellier seigneurje, bárkinek, bárhonnan jött legyen, megengedte a tanítást. Első organizatioja 1220-ban Franciaország első „Jardin royal des plantes”-jának felállításával esik össze és Conrad cardinalistól származik. E híres botanikus kertnek, amely első volt Franciaországban, sokkal későbbi időből, 1593-ból származó rajza látható a retrospectív kiállításban. 1597-ben külön tanítják a chirurgiát és a gyógyszeres tudományokat. Itt tanított az idők folyamán Jaques Sylvius, Viessens, Ferrein anatómus, Jussieu botanikus, Barthez a gyermekorvos, Lapeyronie a sebész. Az orvosi tanításnak mily fontos központja volt mindig Mont-



pellier, kitűnik abból, hogy 1780 körül, míg a párisi egyetemről 6–7, innen 74 orvos került ki évente.

A nagy forradalom után az 1794. december 4-diki decretum (14 frimaire au III) Francziországban három École de Santé-t állított fel, egyiket Párisban, a másodikat Strassburgban, a harmadikat Montpellierben.

A mostani egyetem számos intézetből áll, különösen az orvosi karon több új intézetet találunk, így az Institut de Biologie-t, a mely több, mint 1/2 millió frankba került. Érdekes megemlíteni, hogy a physiologiai intézetnek, melynek vezetője Hedon és Delezenne, évi dotátioja 5600 frk., jóval nagyobb mint a budapesti. Külön bacteriologiai, azaz vizvizsgáló, serumgyártó s egyben Pasteur intézete van „Institut Bouisson Bertrand” név alatt. Külön intézet épült electrotherapiára, a melyet radiographiára és a közel jövőben a tudományos photographia művelésére is berendeznek. A Földközi-tenger partján, nem messze Montpelliertől a Cette-i zoologiai statio szintén az egyetem annexusát teszi.

Kiállításra könyvekből és photographiákból áll.

Nancy egyeteme is viszonyainak ismertetésére 130 oldalas füzetet adott ki. Orvosi facultása tulajdonképp a strassburgi egyetem orvosi facultása, a mely 1794-ben keletkezett, de 1872. október 1-jén, miután Elsass-Lotharingia a németek kezébe került, Nancyba költözködött át. Nancy különben 1768-tól kezdve már egyetemi város, a mennyiben akkor Pont à Moussonból Lotharingiából az egyetemet ide helyezték át. Tulajdonképp így a nancy-i egyetem két régi egyetemnek, a strassburginak és a Pont à Mousson-inak, a melyek 1600 körül keletkeztek, a folytatása, ezeknek traditioit, tanítását hivatott fentartani, különösen a strassburgiét. Ez az egyetem valaha kapcsolatot képezett a német és a franczia kultúra között, professorai rendszeren két nyelven, franczia és német nyelven adták ki irataikat, 1770-ben Goethe is hallgatója volt.

Jelenleg a nancy-i egyetem orvosi intézetei majd mind új épületek. Az anatomiai intézet egészen új, 280 m.<sup>2</sup>-es bonczoló termében pala-asztalon 160–180 hallgató dolgozhat egyszerre. Évente 140 hulla áll rendelkezésükre. A histológiát két éven keresztül hallgatják embriológiával kapcsolatban. A histologiai cursusból minden 15-dik napon magyarázó és kikérdező előadások vannak. A hallgatók kötelesek jól sikerült praeparatumaikat lerajzolni, ezen rajzok szintén ellenőriztetnek. A két évi cursust végén minden hallgatónak átlag 300 rajza van. Kiváló súlyt fektetnek a sebészeti műtévtan tanítására, a melynek az anatomiai intézet keretében vannak helyiségei. Csupa modern sebészeti műszerekből álló nagy museumuk a hallgatóknak nyitva áll. A kórbonczatani intézetnek átlag 500 hulla van évente. Az új épületekben most rendezkedik be a physiologia és biologiai chemia. Az intézetekkel kapcsolatos muzeumok mind újabb keletűek, a mennyiben a nint a kis füzet több helyen sajnálattal emlékezik meg, régi muzeumaik 1870-ben a németek kezében maradtak. 1896-tól kezdve külön electrotherapiai és radiographiai intézetük működik, Gilloz physikai aggregatát vezetője alatt. 1894-ben közadakozás révén külön serumintézetet állítottak fel. Ez Macénak, a hygiene professorának vezetése alatt áll, és északkeleti Francziaország serum szolgáltatásának központját képezi; újabban szorosabban az egyetemhez kapcsolták. A tudományos kutatások fejlesztésére ez év február 26-dikán kelt ministeri rendelet a kar kívánságára a nancy-i egyetemnek megadta a jogot, hogy egyeseket a biologiai tudományok doctori címével ruházzon fel, annak megemlékezésével, hogy vagy az anatómiából, vagy a physiologiából, vagy a microbiológiából szerzett-e érdemeket és kitüntetésre. E doctori cím elérésére a megfelelő szakok szerint legkevésbé három tárggyal kell külön több éven át behatóan foglalkozni.

Szép az electrochemiai, zoologiai intézetük is.

Kiállításában a photographiákon és könyveken kívül igen szép pharmacognosiai nagy microphotographiákat és külön szekrényben az előbb említett Gilloz-nak eszközeit találjuk.

Az eszközök között érdekes berendezést látunk a szemfenék lephotographálására. Köztudomású dolog, hogy a cornea-reflex, a pupillák és a szemgolyó mozgása nagy nehézségeket okoznak a felvételnél. Az elhelyezés a fordított képen való tükrözésnek felel meg. Világító tükröként fém-tubus végére elhelyezett üvegprisma szerepel, a mely a tubusban égő magnesiumnak fényét teljes visszaverődés alapján veti a szemfenékre. Ennek fordított realis képét a sötétkamra érzékeny lemezére állítjuk be élesen. Az így készült pillanatfelvételekből kisebb sorozat photographiát is állított ki. Ezek a papilla és annak környéke elég jól felismerhetők. Az érdekes eljárás természetesen messze áll még a gyakorlati alkalmazhatóságtól.

Többi között találunk ott focometert, convex és concav lencsék focus távolának meghatározására; pupillometert, a melylyel függetlenül az észlelési távolságtól kis tárgyaknak nagyságát oly esetben, a midőn a mérés közvetlenül ki nem vihető, lehet lemérni; továbbá motoros interruptort és rézsulfatos folyadék rheostatot Röntgen-felvételre.

Páris után másodsorban a lyoni egyetemmel kellett volna foglalkoznunk, ez Francziaországnak második legnagyobb egyeteme. Nem tiszta orvosi, hanem vegyes orvosgyógyyszerészeti facultása van, ezért tettük előbbre Montpelliert és Nancyt, a hol ép úgy mint Párisban, külön áll az „École supérieure de pharmacie.”

Hogy a lyoni orvosi iskola mily jelentékeny szerepet játszik, kitűnik abból, hogy 1400 a medicus és gyógyszerész hallgatója. Magának az orvos-gyógyyszerész-facultásnak 27 rendes professora és ugyanannyi aggregéja van.

Az orvosoktatás kezdete Lyonban 1553-ig vezethető vissza, a midőn Rabelais orvos Michel Servet „garçon chirurgien”-nel megtelepedett Lyon városában. 1576-ban alakult a „Collège de médecins”, a

XVIII. században pedig a „Société de médecine”. Az utóbbinak tanárai között felemlíthetjük Marc-Antoine Petit-t, Poutan-t, a tanítványok között Biechat, Lisfranc-ot. 1820-ban orvosi iskolát állít az állam, de e mellett a szabad orvosi iskola is működésben marad. A 40-es évek körül „Ecole préparatoire”-ra lesz és csak a legújabb időben 1877-ben nagy ünnepek között emelkedik egyetemi facultássá és mint ilyen a 80-as évek elején egészen új épületekbe költözött át. Jelenleg 25 főlaboratoriuma van a hallgatóság részére és külön 8 klinikai laboratoriuma, a melyek vezetője mindig külön assistens, ezenkívül 17 laboratorium önálló vizsgálókatok szolgálatára. Fényesen rendezték be Testut anatomus intézetét, összesen 42 bonczoló asztallal. Morat physiologiai intézetében nagy collectioja a precisio eszközöknek áll az önálló kutatással foglalkozók rendelkezésére. Ezeket az eszközöket, a mint egyedül helyes is, sem a tanítás körül nem használják, sem a hallgatóság nem használja.

A positiv psychologiai tanulmányok fejlesztése céljából a természettudományi kar (faculté des sciences) megkapta a jogot „Diplôme d'Études psycho-physiologiques” kiadásához. Elnyerése bizonyos kötött feltétellel, vizsgák és cursusok mellett lehetséges. A diploma tulajdonképp tudományos működés kitüntetésére való és egyéb jogot nem ad.

A kiállításban ott látjuk a professorok nagy számú munkáit, a melyek közül különösen Testut-nak az uterusról írt könyve életnagyságú rajzaival köti le figyelmünket. Szép szemészeti atlasokra akadunk. Eszközöket nem találunk. Arloing-nak, a ki a lyoni egyetemen az experimentális és összehasonlító pathologia professora, eszközeit az állatorvosi iskolák kiállításában találjuk fel; a lyoni állatorvosi iskolának ugyanis ő az igazgatója.

150 oldalas nagyobb alakú könyv ismerteti e viszonyokat, a mely sajnós, nem igen áll a publicum rendelkezésére, csak a közoktatásügyi ministerium útján szerezhető be.

A lille-i egyetemen az orvosi facultás szintén vegyes 1875 óta. Már azelőtt is több mint 100 éven keresztül volt ott orvosi oktatás, de nem karolta fel az összes orvosi tárgyakat, úgy hogy régebben nem lehetett a doctori qualificatiót itt megszerezni.

Északkeleti Francziaország e második egyetemi székhelye Nancy után tulajdonképp két egyetemnek az egyesítéséből keletkezett, t. i. 1887-ben az ifjabb lille-i egyetemet egyesítették a régi 1660-ban alapított donai-i egyetemmel. A kiállítás alkalmával 280 oldalas könyvecskét adott ki, a melyben az összes orvosi előadásoknak részletes programját találjuk. Érdekesnek tartjuk megemlíteni, hogy Debierre anatomiai intézetében különös súlyt helyeznek arra és külön ellenőrzés mellett csak akkor tekintik a kötelező bonczolási gyakorlatot befejezettnek, ha a hallgató a test minden részét, szemet, fület, gégét, zsigereket, ivarszerveket részletesen bonczolta, a mit nagyobb egyetemeken a hallgatóság nagy része, mivel az ellenőrzés nincs meg, elmulaszt megtenni. A bonczoló intézetnek külön laboratoriuma van, órsási diapositiv photographiai collectio áll az elméleti előadás rendelkezésére. A kiállításon vagy 90 szebbnél szebb stereoskopikus képet láttunk, a melyek az agyvélő morphologiáját, nehezebb részeit tüntetik fel szépen és világosan.

Különös súlyt helyeznek még a bacteriologia tanítására, a melynek külön tanszéke van. Sokat foglalkoznak a serumkészítési, diagnostikai és kezelési részekkel.

Pekár Mihály dr. és Heim Pál dr.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

#### A tüdővész sanatoriumi gyógyítása.

Közlő: Kuthy Dezső dr. egyetemi magántanár.

(Folytatás.)

A hygienés-diaetás therapia lényegéhez tartozik még a beteg mozgásának szabályozása. E részben az aurea mediocritas útját kell követnünk, nagy individualizálással az esetek szerint; erre utal a sanatoriumok vezető orvosainak a kérdést illetőleg még mindig szétágazó tudósítása. Dettweiler a 70-es évek végén és a 80-as évek elején kezdte alkalmazni a fekvő légkört, mely szerinte (Zeitschrift für Tuberc. und Heilstättenw. B. I., H. 2.) euphoriát ad, a szív működést megnyugtatja, mellette a láz csökken, az alvás és étvágy javul, a beteg súlya könnyen gyarapodik (Weir-Mitchell-Playfair-kúra!) s még azonkívül a szigorú felügyelet is könnyebben valósítható meg. Számos német és egyéb sanatoriumban túlnyomóan is a betegek fekvőkúrája a szabadban; így Exchaquet is Feydey-sur-Leysinben ezt alkalmazza és dicséri (Gazette des Eaux, 1899. nov. 2). Brehmer, mint tudjuk, nagy barátja volt a lassú heggyárásnak, Edouard H. Dauty (Davos) a sok fekvés révén a tüdőben fejlődő hydriopikus állapottól tart s ezért a megfelelő mozgás fontosságát hangsúlyozza (Zeitschrift f. Tuberc. u. H. I. k., 1. f.), Dánia első sanatoriumában (Veile Fjord) sík és enyhe emelkedésű (1/10, 1/20) sétatutakat rendeznek be a betegek számára, és Schultzen még szabad gyakorlatokkal is elősegíteni óhajtja a tüdő egyes részeinek jobb ventilációját. Minden esetre fontos a mozgás kimérését illetőleg a test hőmérsékének szigorú ellenőrzése. Ezt Fowler a londoni discussio alkalmával és nálunk Hoffenreich A. a szabadkai vándorgyűlésen igen helyesen emelték ki. 38° C-on felüli hőmérsékletnél a betegnek minden körülmények közt fekdnie kell.

Mutatóba ide iktatjuk egy új franczia sanatorium, Meung-sur-Loire



életrendjét, melyet *Leriche* dr. szab ki módos betegeinek (Gaz. des Eaux, 1899). Felkelés reggel 8–8½ órákor, csakhamar az I. reggeli: tea tejjel, tejes kávé vagy csokoládé, azonkívül vaj, tojás, hideg hús. Utána vagy mindjárt fekvés a szabadban, vagy előbb meghatározott idejű séta az eset szerint. 10½ órákor kecske- vagy tehéntej, tojás, esetleg nyers húsvagdálék (!). 12 órákor a tulajdonképeni II. déjeuner: előétel, hideg és meleg hús, hüvelyes, tészta, sajt, dessert, fekete kávé. 1½ órákor séta, 2½ órákor fekvés a folyosón, 4½ órákor uzsonna: hideg hús, tojás, tej; 7 órákor diner, utána fekvőkúra, 9½ órákor lefekvés. A hálósobában egy felső ablakrész egész éjjel nyitva van.

Az orvosi felügyelet mindenre kiterjed, a beteg nem egy sanatoriumban (*Turban*) írott napi beosztást kap kezéhez, melynek kivitele és megtartása pontosan, de mindenkor vasszigorúság helyett szerető gondoskodással ellenőriztetik.

A beteg kedélyének jó karban tartására általában nagy súlyt helyez a sanatorium; ez természetesen annyi vefel foglalkozást igényel, hogy már magában véve lehetetlenné teszi ily intézeteknek több száz betegre való berendezését. A hogyan a budakeszi-i sanatorium teljesen kiépült állapotában tervezve van, 172 betegre, már egyike a legnagyobb sanatoriumoknak, melyeknél még egységes, egyöntetű gondozása a betegeknek várható. *Friedländer* (Berlin) igen jól festette a „Therapie der Gegenwart” 1899. 8-dik füzetében az orvos munkáját a tüdőbajosok kedélyi befolyásolása terén. Cél tudatos és szilárd fellépés és rendelkezés, hajthatatlan erély és vastürelem, kitartás szükséges — úgy mond — hogy az orvos a phthisises beteg lelkébe reményt öntsön és a régi energiáját visszaadja neki. A tüdőbajos idegrendszere ugyanis majdnem mindig bele van vonva a megbetegedésbe: specifikus *neurasthenia* fejlődik ki nála, a mely psychice is kezelendő. Mindattól meg kell óvni a beteget, a mi depimáló, nem szabad minden bacillus-leletéről tudnia; nem jó, ha maga méri a teste hőfokát, nem üdvös, ha minduntalan méregetjük a súlyát, hogy hízott-e már. Az orvos a sanatoriumi ápolat feltétlen bizalmát kell hogy megnyerje, ekkor a beteg akarathányát leküzdve, még sokszor étvágytalanságát is paralyzálhatja majd buzdítással, meggyőző szóval a közös asztalnál, s módjában lesz kedélyét emelten tartani; ha igazi gondviselője kíván lenni a reábizottaknak, még az olvasmányt is meg fogja válogatni, a mit kezükbe ad: vígabb, humoros lecturát honosít meg a sanatorium olvasójában és fekvőfolyosóin, sütkérező bódéiban, olyan tartalommal, a melyben semmi érzékileg izgató nem található.

*Detweiler* a fekvőkúráknak éppen annyiban is jelentőséget tulajdonít, és joggal, hogy a fekvőfolyosók székein agglomerált betegeket physikailag könnyebb az orvosnak oktatnia, hogy kötelességérzetüket önmaguk iránt emelve, a nagy cél, egészségük visszanyerése iránt szilárd törekvést kelthessen fel bennük.

A sanatoriumok berendezése mindenképp szem előtt igyekszik tartani a fent jelzett feladatokat. Ámbátor a betegek szobái jóformán csak hálósobák, mégis lehető nagy levegőfolyóhatóságot, köbtartalmat adnak nekik. A „Sanatorium Alice Fagniez” Hyèresben — a tuberculosis első szakában lévő leánygyermek számára — minden betegnek 80 m<sup>3</sup> űrtartalmat juttat. Láttuk annak idején, hogy a ruppertshaini sanatorium ennek felével beéri, *Turban* meg éppen a 30 m<sup>3</sup>-t állítja oda mint minimumot, hisz az éjjel tartamán is megfelelő szellőzés folyik (sülyeszthető felső ablakszárnyal) a helyiségekben. A padló az említett franczia gyermeksanatoriumban parafinált parquette, hogy portalan legyen. Kérdés, nem jobb-e még ennél is az asbestpadló. A légkúrára a szokásos fekvőfolyosók helyett *Bournemouth*-ban a módosabb betegek sanatoriumában a főpület előtti gyepek térségén vannak 2–3 betegre való levegőző kunyhókak fekvőpamlagokkal. Nevezett intézetben a tisztaságról akként is gondoskodnak, hogy a szobákban minden tárgynak magas lábai vannak, hogy könnyen alájük lehessen férközni a feltörülő nedves ruhadarabbal s ne tadmádon porgyújtó zugoly. Ez a feltörés naponta megtörténik, s ha a szoba lakót változtat, embermagasságig sublimatos lemosás alá kerül.

Minderről különben jelzett munkámban bőven volt szó s fel fogásunk az ott mondottakról mit sem változott. Hasonlóképpen csak további beigazolást nyert, hogy a sanatorium sikerei nincsenek bizonyos klímához vagy évszakhoz kötve. A *Meung-sur-Loire*-sanatorium eredményei 125 meter tengerszín feletti fekvés mellett is kiválóak (Gaz. des Eaux, 1899. szept.), viszont a *Sanatorium de haute altitude à Aubrac* (Aveyron) 1400 meter magasságban is igen jó sikerekről ad számot. A haemoptysis nem gyakoribb a hegyek magasán (*Murat* dr. Aubracban — Gaz. des Eaux, 1899 — 31 különböző szakban lévő tüdőbeteget 50 hó alatt csak egyetlenegy haemoptysist észlelt), a láz pedig a magaslati klímában szintén igen jól megszűnik, *Murat* szerint még cavernás betegeknek is. Azzal szemben, hogy a déli (mediterrán) gyógyhelyek a legalkalmasabb helyei volnának a sanatoriumoknak, áll mind több tüdőgyógyintézet tapasztalata, hogy a téli kúrák eredményei még jobbak a nyáriaknál.

A mi a sanatoriumi regime üdvös befolyását a tüdőbajosra illeti, nem utolsó helyen említendő a nyugodt álom visszatérése. Nagy igazat mondott *Sir William Broadbent* egy klinikai előadásában Londonban (Lancet, 1900., Orv. H. Sz. 1900.), a mikor így szólott: „Valamennyi tényező között, mely olyan állapotba hozza az agyvelőt, hogy az alvás könnyen létesül, egészséges és üdítő, első helyen áll a *friss levegő*. „A láz a hygienés élet és hydrotherapia hatására hamarosan szűnik, s bekövetkezik az erőbeli gyarapodás szaka. *Leriche* a következő sorrendben észlelte leggyakrabban a jelenségek jobbrafordulását: 1. szűnik a láz, éjjeli izzadás és diarrhoea; 2. emelkedik az étvágy; 3. csökken a köhögés; 4. fogy a köpet; 5. javul a tüdőbeli localis laesio. Miközben tehát az infectio intensitása alábbhagy, felemelkedik a testsúly; az

első hónapban Alland betegein *Weismayr* heti 0.75 kgm., a második hónapban 0.36 kgm., a harmadikban 0.11 kgm. átlagos súlyemelkedést észlelt, a mi az első hónapra 3 kgm., a másodikra 1.44 kgm., a harmadikra 0.44 kgm. hízást jelent. Egyes esetekben eleinte 2 kgm., 2.5–3 kgm. heti súlyemelkedés is volt, sőt egy esetben 6 kgm. 10 nap alatt! (VIII. Jahresbericht des Vereins Heilanstalt Alland, 1899. Wien, 1900.). *Philip* Edinburghben sok betegnél heti 4–6 font hízást ért el (Practitioner, 1899) s ámbár *Fowler*-nek absolute véve igaza van, mikor úgy mond: „a súlyemelkedés még nem jelenti a kóros folyamat megállását”, annyi bizonyos, hogy a szervezet nutritiojának emelkedése, egy testbeli hausse, mégis csak inkább ad módot a chronikus fertőzés leküzdésére, mint ha a beteget kezeink között tovasorvadni látjuk.

Az idő, melyet a sanatoriumi kezelés igényel, aránylag nem hosszú. *Weicker* (Beitr. zur Frage der Volksheilstätten. IV., 1899) az ő közepesen 4.3 kgm. súlyemelkedéssel járó 62.9% munkabírását átlag 71.2 nap alatt éri el, *Barton-Fanning* (Lancet, 1898) átlag 3½ havi kezelésben részesíti betegeit, s ez idő elégséges ahhoz, hogy a gazdasági értelemben vett gyógyulást (a munkaképességet) jelentékeny százalékban létrehozza, sőt a tényleges gyógyulás biztos ösvényére terelje a beteget. A definitiv restitutio (habár ez a tüdőre nézve *histologice* lehetetlen, a mi vajmi kevésbé fontos!) aztán esetenként valósággal bekövetkezik, ha a beteg utóbb nem kerül ismét olyannyira kedvezőtlen viszonyok közé, melyek közepette az „egészséges” is tüdővést acquirálhat.

(Folytatása következik.)

## Könyvismertetés.

**Prof. J. Seegen: Die Zuckerbildung im Thierkörper, ihr Umfang und ihre Bedeutung. II. vermehrte Auflage. Berlin, 1900. A. Hirschwald.**

Az I. kiadás megjelenése óta eltelt 10 év alatt folytatott kísérletezéseinek eredményei megerősítették szerzőt ama nézetében, hogy a cukorképződés a testben normalis májfunctio, a mint azt *Claude Bernard* már fél évszázaddal azelőtt megállapította. Alapos művének minden egyes sora úgy szólván egy plaidoyer jellegét viseli magán, a mely a számos elhangzott ellenvetéseket igyekszik megegyezni és főképp *Pavy* nézetével szemben száll síkra, a melynek értelmében eme *Seegen* nézete szerint exquisit életfunctio nem volna egyéb, mint hullajelenség. És ámbár *Seegen* nézete még mindig nem ment át a tudomány közkinésztárába, mégis fáradságos vizsgálatainak leglényegesebb vívmányai meg lehetőséget adtak a köztudatba. Így, hogy csak a legfontosabbakat említem, ma már axiómaként szerepelnek *Seegen* felfedezései, hogy a cukor teljesen normalis alkatrésze a vérnek; hogy a máj fehérből, sőt zsírból is képes cukrot képezni; munkásságának legfontosabb eredményét is, t. i. hogy a cukor a test munkaképességének, az izom-munkának és a melegképződésnek erőforrásaként szerepel, indirecte már elismerik, csak „cukor” helyébe „szénhydrat” szót tesznek, a mikor is e szóban a cukor és *glycogen* be foglaltatik. Azonban szerző bebizonyítja újabb vizsgálatok egész sorával, mily csekély jogosultsággal bír a *glycogen* munkaképességek anyagforrásaként szerepeltetni. Fentartja továbbá nézetét a diabetes kétféle nyilvánulási alakját illetőleg: az első és pedig könnyebb (hepatogen) alakot úgy értelmezi, mint cukorelválasztást, a mely létre jön az által, hogy a májsejtek képtelenek a bevitt szénhydratokat normalis módon feldolgozni; a második alaknál azonban az egész test vagy sejteinek kisebb-nagyobb csoportja veszítette el képességét a vér útján odavitt cukor átváltoztatására; ebből természetesen az következik, hogy ez az alak prognostice sokkal súlyosabb jelentőséggel bír, mivel itt nemcsak egy szerv (a máj), hanem az egész szervezet sejteinek működési képessége kérdésessé vált. E teoriában sehol nem talál ellentmondást az élettani tények és a klinikai tapasztalatok között, azonban ez a bizonyos tekintetben jogosult theoria még egy nagy kérdésre nem ad feleletet, t. i. mi által csökken a sejtek működési képessége. Ezzel röviden jelezti az érdekes munka tartalmát és irányát; az előadási módor mindenütt érthetően világos és a munkának előadásokban (számra nézve 17) tartott formája élvezetessé teszi olvasását. A benne felhalmozott gazdag vizsgálati anyagról csak az alkothat magának helyes fogalmat, a ki a szerzőnek több mint két évtized óta e tárgyra vonatkozó gondos vizsgálatait figyelemmel kísérte. Ezeknek megismerése céljából is ajánlhatjuk a könyv beható áttanulmányozását.

Hönig.

## Lapszemle.

### Élet- és körvegytan.

**Cholesterinuria** fölöttébb ritka esetét írja le *Hirschlaff* egy jobb oldali vesecystában szenvedő 70 éves betegnél. A vizelet igen erősen zavaros, 5.8% cholesterin mellett piros és fehér vérszemeket, vesecsatarna- és vesemedence-hámsejteket tartalmaz. A vizelet nagy cholesterin tartalmát a vesemedence genyes lobjából magyarázza, a melyet egy az ureterbe ékelődött vesekő okozott per continuitatem. (Deutsch. Archiv. f. klin. Med. 62. kötet, 5. és 6. füzet.)

Doctor Károly dr.

A vizeletben lévő cukor qualitativ és quantitativ kimutatásának egy újabb módszerét ismerteti *Rudisch*. Egy oldatot készít a következőképpen: 0.30 gm. kénsvavas rezezt és ugyanannyi kénsvavas natront 4.8 gm. szénsvavas natronnal együtt 10%-os ammoniakban feloldván, az egészet 50 köbcentiméterre egészíti ki. Ezen folyadék minden köbcentiméterjét egy milligramm cukortartalmú folyadék képes elszinteleníteni. (The Lancet, 1900. május.)

Doctor Károly dr.



## Közegészségtan.

A talaj vegyi összetételének befolyása a benne foglalt csirák mennyiségére és minőségére. A „Local Government Board“ orvosi osztályában (az angolok „Reichsgesundheits-Amt“-ja) végzett ily irányú vizsgálatoknak a célja azon kérdés megoldása volt, hogy a talajnak bizonyos vegyi összetétele kedvező-e bizonyos mikrobafajok tenyészéséhez, illetve lehet-e a vegyi összetétel alapján például ilyenforma vélemény mondani: miután a víz ilyen és ilyen vegyi sajátosságú talajon haladt át, ennél fogva ezeket és ezeket a mikrobákat minden valószínűség szerint tartalmazza is. A vizsgálatokat Houston és Martin végezték. Előbbi 21 különböző származású talajpróbát vizsgált meg először is nedvesség tartalmára, kaliumhypermanganat által oxydálható anyagának mennyiségére, szabad ammoniak és szerves nitrogen tartalmára nézve, a következő eredménnyel: Homokos talaj tartja vissza legkisebb mértékben a nedvességet és az ilyenben van a legkevesebb szabad ammoniak és szerves nitrogen, és legkevesebb kaliumhypermanganatot köt meg. Ellenkezően áll a dolog a mocsaras helyekről származó és általában növényi maradványokban dús talajpróbákkal, a melyekhez hasonlóan viselkedik az emberi ürülékkel fertőzött talaj is, még akkor is, ha csak kevés növényi részt tartalmaz. Trágyázott talaj kétszer annyi kaliumhypermanganatot köt meg és kétszer annyi szerves nitrogen van benne, mint a trágyázatlanban. Mindazonáltal látszólag szűz talajnál elég gyakran több ammoniakot és szerves nitrogént találunk, mint olyanál, mely rendszeres művelés alatt áll. Általában véve tehát a talaj vegyi tulajdonsága inkább függ a növényi anyagoknak mennyiségétől, viszonyítva a szervetlen alkotórészekhez, mint az állati eredetű anyagok jelenlététől, a melyek mint trágya vagy mint eszernatartalom jutnak rá.

A bakteriologiai vizsgálat kiterjedt a talajpróbákban foglalt bakteriumok és spórák számának meghatározására és a bacterium coli és a bac. enteritidis sporogenes kimutatására. Az eredmény az volt, hogy a bakteriumok száma attól függ, hogy volt-e a talaj egyáltalán ürülékanyagokkal szennyezve vagy nem, azaz volt-e trágyázva vagy nem, és hogy a fejlődő tenyészetek száma annál nagyobb, minél kevesebb idő telt el a trágyázás óta. A spórák száma azonban legkevesebb az erősen trágyázott földben. (Spóráknak tekintette azokat a csirákat, melyek a talajpróbának steril destillált vízben való eldörzsölése és ennek a keveréknek 800-ra való felmelegítése után életben maradtak.)

A talajpróbákban sok bac. mycoideus, cladothrix-fajokat és több új, addig még le nem irt bakteriumfajt sikerült kimutatnia, továbbá b. subtilis, mesentericus vulgaris.

A bacterium coli-t következő eljárással kereste: Ültetés a talajpróbából carbolbouillonba; ha ez megzavarodott, vizsgálta indolra. Positív eredmény esetén tovább oltás carbolgelatinába. Ha ezen coli-forma tenyészetek nőttek, ezeket tovább tenyésztette, még pedig részint carbolbouillonban (zavarodás, indolreactio), részint pedig gázfejlesztő és tejalvasztó tulajdonságát vizsgálta.

A 21 talajpróba közül a carbolbouillon első zavarodását valamennyi kiváltotta, még három közül talaj is. A 21 közül 18 adta az indolreactiót. Az ezután készített gelatin-kultúrák közül 11-en kétségenkívüli coli bacillusok nőttek, kettőn kétes az eredmény. (Nem nőtt coli bacillus egy 3 hónap előtt trágyázott, kerti földből származó és 4 trágyázatlan homokos és mocsaras talajpróbából.) Az említett 13-ból 6 nem volt gázfejlesztő, 3-nál hiányzott az indolreactio és a tejalvasztó képesség és így csak 4-et tekinthetünk kétségen kívül coli-nak. Valamennyi olyan talajpróbából származott, mely emberi ürülékkel volt szennyezve. Bac. enteritidist 14 esetben talált.

Houstonnak egy másik közleménye megbízható methodus megállapításával foglalkozik, a melynek segítségével a bakteriumoknak a különböző összetételű talajban való sorsát lehetne tanulmányozni.

Végül Martin abban az irányban végzett vizsgálatokat, hogy mily sokáig marad a typhus-bacillus a talajban életben. Szerinte trágyázott kerti földben, a melyet előzőleg sterilizált, 456 napig is életben marad, ha a föld nedves. Nem sterilizált talajpróbában is sikerült egy alkalommal 50 nap múlva kimutatnia. (Hyg. Rundschau. 1900. 12. sz.) Filep.

## Belgyógyászat.

A szív túleröltetéséről ír Wolffhügel, Fraenzel és Leyden közöltek olyan eseteket, hol a túleröltetett munka hirtelen szívtágulást és szívhűdést idézett elő. Ennek magyarázatul felvették, hogy az izmok működésükben a hajszáledényeket nagy mértékben összenyomják s ez okozza a szív tágulását és esetleg hűdését. Wolffhügel ezen okok mellé sok esetben a mellüri nyomás hirtelen növekedését állítja. Kimutatja, hogy a Valsalva-féle kísérlet alkalmával a vérnyomás a peripheriás edényekben rendkívül emelkedik.

Ennek az oka az, hogy a kilégző izmok működésénél zárt hangrés mellett a mellüri nyomás roppantul fokozódik, a jobb szívfél megtelődése a diastole alatt megnehezített, a vénákban a vérnyomása pozitív lesz s így az arteriosus vér elfolyása nagyon megnehezített. A vérnyomás emelkedése arányos a mellüri nyomás fokozódásával. Nehéz terhet emelő egyéneknek szintén ez történik. Rövidebb vagy teljesebb belégzés után a hasizmok és az összes kilégző izmok erős összehúzódása észlelhető majdnem teljesen zárt hangrés mellett a felemelés pillanatában és ha a súly az egyén vállain, hátán nyugszik, a mellkas összenyomása által tovább is ilyen értelemben hat, hogy az intrathoracalis nyomás nagyon emelkedik, a vérnyomás ennek megfelelően fokozódva, szívtágulást, esetleg nagy megerőltetésnél szívhűdést idéz elő. (Deutsches Archiv f. klin. Medicin. 66. kötet.) Jakab László dr.

Az olivo-ponto-cerebellumos atrophiat illetőleg Déjerine és Thomas egy boncolás és egy klinikai eset alapján a következő eredményre

jutnak. Létezik egy kis agyvelői megbetegedés, melyet anatómiai tekintetből a kis agyvelőkéregben, nyúltvelő-olívákban, a hid szürke állományában támadt sorvadás, a pedunculus cerebelli medius teljes, a corpus restiforme részleges elfajulása jellemez. E mellett a középső szürke magvak viszonylagosan épek. Ezen baj systema-degeneratio. Klinikailag kevésbé élesen jellemzett e baj, a mennyiben tünetei a cerebellumos atrophia közös és ismert tünetsoportjától el nem térnek. Előhaladott korban lép fel, nem öröklött, nem családi, sem világra hozott baj. Körökben homályos. A leírt esetekben is megvoltak azon coordinatio zavarak, melyeket Babinski asynergie cerebelleuse néven nem régen ismeretett. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. 1900. 4. sz.) —ts.

A tabes ismeretlen complicatioja ezimen közölnek egy esetet Sabarès és Fauquet, melynél egy tabesos nöbetegüknek szemfoga kihúzásakor letört az állkapocs alveolaris része tizenegy ép darabból álló fogsorával együtt. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. 1900. 3. sz.) —ts.

Gümös bronchialis nyirokmirigy áttörését az aortába, a bal bronchusba és az oesophagusba észlelték Brodier és Lecène. Az 50 éves férfibeteg 3 hónap óta igen heves angina pectoris szerű fájdalmas rohamokban szenvedett; két héttel felvétele előtt teljesen berekedt és étvágát elvesztette. A mellkasi szervek felett kórházba való felvételekor, igen kisfokú megnagyobbodásától a szívnek eltekintve, eltérés található nem volt. Kétheti kórházi tartózkodása alatt többször jelentkezett kisebb fokú esti hőemelkedés (38° C.) és többször nagyobb tömegű vért köpött vagy hányt a beteg, a vérzés eredete nem volt pontosan meghatározható. Egy ily roham alatt a beteg elhalt.

A boncolatnál mindkét tüdő teljesen épnek mutatkozott; az aorta ivének megfelelőleg az intimán egy nyílás találtatott, mely sajtos tömeggel kibélelt ürbe vezetett; ez utóbbi viszont egy nagy nyílással közlekedett a bal bronchussal és két nagy nyílással az oesophagussal. A bronchus körül több elsajtosodott mirigy! A gyomorban 1 liternyi véralvadék. Mint ebből kiténik: primaer, a bronchialis nyirokmirigyekbe localizált esetével a tuberculosissal állunk szemben, a mi feltehetően jóval ritkább, mint gyermeknél. (Arch. génér. de médecine, 1900., 2. füzet.) Surányi Miklós dr.

## Sebészet.

További tapasztalatok a traumatikus gerincbetegségekről s a velük rokon gerincbántalmakról czimmel ír Schultz. Számos eset kapcsán bizonyítja be a Kümmel által leírt spondylitis traumatica létezését. Oka e tünetsoportnak trauma. Panasz: fájdalom a gerincoszlop bántalmazott helyén 2—8 napig, mely azután elmúlik, betegek foglalkozásukat végzik. Hetek, hónapok múlva ismét fájdalom lép fel a gerincoszlopban, melyhez neuralgiája az intercostal idegeknek táru, valamint mozgási zavarok az alsó végtagokban, járás bizonytalan. Gerincoszlopon kifejezett kyphosis és nyomásra fájdalmas gibbus van jelen, mely felülegestéskor sem múlik el, míg a kyphosis igen. A gibbus kíséretében időszerű Kümmel mint egy rarefiáló gyuladós processust a csigolyatesteknek magyarázza és hangsúlyozta, hogy legtöbb esetben compressió törése és físuraja a csigolyatestnek oka ennek. Az ideges tünetek oka az elsődleges csigolyabántalom által okozott compressió neuritis, csekély részben a gerincvelő compressio, a mozgási tünetek oka a normalis testsúlypont eltolódása s spontán fájdalomassága a gerincnek. Kocher vizsgálatai szerint e bántalom majdnem minden esetben csigolyatest törés volt s az utólag keletkezett gibbus a képződött callus korai megterhelése, valamint a mészók felszívódása által abnormis puha csont magyarázza meg. A gerincoszlop azon betegségei, a melyek némileg hasonlítanak e tünetsoporthoz, a Bechterew-féle és a Strümpell Marie-féle tünetsoport. Előbbi tünetei: mozdulatlansága vagy csekély mozgékonyasága az egész gerincoszlopnak vagy egy részének, felső mell-tájékon kyphosis, paretikus állapota a törzs-, nyak- és végtagizmoknak, a háti, nyaki, ritkán az ágyéki idegek elágazási területén az érzékenység csökkenése, különféle izgékonyasági tünetek az idegekben. Előzményképen trauma, örökletes érzékenység mutatható ki. Anatómiai lelet a csigolya közötti porcz pusztulása, szalagok csontosodása, csigolyatestek összenövése. Utóbbinál a tünet alulról vagy felülről kezdődő merevsége a gerincoszlopnak, az összes ízületek fájdalmasak, oka rheuma, megfázás. Bonczlelet: A csigolyák csontos összenövése. Végül figyelmzett a szerző a hátfájásról panaszkodó betegek megfigyelésére, mivel dacára annak, hogy tárgyilagos leletet nem kapunk, lehet a gerincoszlop támasztó készülékében baj; jó diagnostikus eszköz ilyenkor a corsett, ha ennek viselésekor a fájdalmak megszűnnek, úgy mégis a gerincoszlopban van a hiba, a gibbus oly kicsiny lehet, hogy nem lehet kimutatni. A spondylitis traumatica prognosisa kedvező, ha a sérülés kezdetétől fogva a beteget fektetjük, ha azonban már gibbus van jelen, úgy csak a corsett-kezelés segít. (Beiträge zur klinischen Chirurgie. 27. kötet, 2. füzet.) Glücksthal Andor dr.

Az agy zsiremboliájáról értekezik Hämig. Saját és az irodalomban közölt esetek kapcsán összeállítja az agyzsirembolia tünettábláját. Csonttörésekhez társul, a törés után egy ideig a beteg állapota zavaros, órák, napok múlva lépnek fel részint lázzal, részint láz nélkül agyzavarra mutató tünetek, ritkán izolált hűdések, bányás vagy spastikus állapot, többnyire előremutató vagy hiányzó delirium után coma s mors. A szív functiojának lényeges szerepe van a törés és az agytünetek közti időbeli intervallum nagyságára, erősebb szívösszehúzódások gyorsabban hajtják át a tüdőhajszáledényeken a zsirt, ezeknél a törés után hamarabb állanak be az agytünetek. Az esetek többségében erősebb egyéneknek hamarabb állott be, mint gyengéknél. A trauma után kocsin szállított betegeknek a rázkódás következtében állítólag hamarabb állanak be az agytünetek. Hogy az előidézett tünetekkel a



vérbe felvett zsirtömeg arányos, az bizonyos, azt azonban nem ismerjük, hogy miért jut ugyanolyan nagyságú sérülésnél egyszer több, másszor kevesebb zsír a vérbe. A csontrendszer erős megrázkodtatása is okoz zsiremboliát, mint azt a tibíájukon erősen megkopogtatott nyulak boncolása bizonyítja. A zsír a törés körüli zúzott zsírszövetből is juthat a vérbe. A status lymphaticus némelyek disponáló oknak tartják. Halálos agyziemboliáknál a hőmérsék süllyedt; ha a meleg centrumot érte az insulatus, akkor a hő emelkedett. A shock-esetek nagy részét a szerző zsiremboliának tartja, valamint a törések után fellépő delirium nervosumot mint agyziembolia jelenségét magyarázza. Lázás zárt töréses betegnél szerinte zsirembolia van a meleg középpontban. Végre figyelmeztet az agyziembolia és az intracranialis vérzés közti nehéz differential diagnózisra, sokszor mindkettő jelen van ugyanazon trauma következtében. (Beiträge zur klinischen Chirurgie. 27. kötet. 2. füzet.)

Glückthal Andor dr.

### Orr-, torok- és gégebetegségei.

A Baginsky-féle tonsillotomról Röhr úgy vélekedik, hogy minden más hasonlított műszer felett igen nagy előnyei vannak. Könnyen sterilizálható egyszerűségénél fogva. Igen gyorsan működik. Az operatio terét nem fedi el, a mandolából annyit metszhetünk le a műszerrel, a mennyire éppen szükség van. A nélkül, hogy a szájból eltávolítanánk a műszert, 180°-nyi fordulattal az ellenoldali mandolát is eltávolíthatjuk. Villa, mint teljesen szükségtelen részlet a Baginsky-féle tonsillotomom nem található. A mandola a műszeren is többnyire rajta marad a lemeztés után, avagy egy kis emeltyűszerű mozgással a szájból eltávolítható. (B. Fränkel poliklinikáján is a műszer van divatban. A ref.) (Deutsch. med. Woch. 1900. 35. sz.)

Tóvölgyi Elemér dr.

Egy a légyszájpadon helyet foglaló endothelioma myxomatodes esetéről értekeznek Cordes a Krause-féle poliklinikáról. Endothelioma alatt oly alképlet értendő, amely a lymph- és véredények közelében fekvő, avagy a serosus üregeket kibélelő lapos endothelsejtek atypikus burjánzása folytán áll elő. A különböző degeneratív elváltozásokra nagy hajlammal viselkednek. Tüneteket csupán a nagy tumorok okoznak, ú. m. nyelési nehézségeket, beszédzavart, olykor az epiglottisra gyakorolt nyomás esetén légzési nehézségeket. Metastasisokat és fájdalmat nem okoznak és jóindulatúak.

Az eset különben a következő: a baloldali légyszájpadon egy sima felszíni, félgömbösrű daganat foglalt helyet, amelyből a probapunctio alkalmával csupán tiszta vér távozott. A diagnosis, tekintettel arra, hogy a beteg előzőleg luetikus volt, syphiloma és intramuralis alképlet között ingadozott. A nyákhártya kettémettsége után a tumor kivétel, ezt kikaparás, majd tamponálás követte. A mikroszkopikus vizsgálat egy tipikus endotheliomát állapított meg. Nyolcz hét elmúltával beteg gyógyultán távozott.

Tóvölgyi Elemér dr.

### Hetiszemle és vegyesek.

— A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 43-dik hetében (1900. október 21-dikétől október 27-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elveszületett 388 gyermek, elhalt 265 egyén, a születések tehát 123-el múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 29.9. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra 20.1, az egy éven felüli lakosságnál: 14.7, az öt éven felüli lakosságnál: 13.7. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 2, pertussis 0, morbilli 0, scarlatina 11 variola —, cholera asiaticus 1, typhus abdominalis 3, febris puerperalis 0, influenza 0, egyéb rágyógyos betegségek 6, meningitis 8, apoplexia 11, eclampsia 6, szervi szívbetegség 17, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 30, tuberculosis pulmonum et phthisis 44, diarrhoea et enteritis 16, gastro-enteritis 14, rák és egyéb újképletek 11, ezek közül méhrák 4, morbus Brightii et nephritis 9, rachitis 2, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, atrophia et inanitis 3, marasmus senilis 9, erőszakos halálozás 12, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 5, baleset 7, kétséges 0 (—). II. Betegedések. A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2515 beteg, szaporodás e héten 786, csökkenés 734, maradt e hét végén 2567 beteg. B) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi október 22-dikétől október 28-ig terjedő 43. héten a tisztii főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a múlt heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 64 (61), diphtheria, croup 14 (19), hagymáz (typhus) 7 (8), kanyaró (morbili) 95 (102), trachoma 5 (15), vérhas (dysenteria) 3 (3), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 23 (15), orbáncz (erysipelas) 25 (15), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 0 (0), ezenfelül varicella 35 (35).

— A porosz közoktatásügyi miniszterium költségvetése. Az Orvosi Hetilap 43-dik számában ismertettük a vallás- és közoktatásügyi m. kir. miniszterium költségvetését. Összehasonlítául a következőkben a porosz cultusministerium költségvetésének fejlődését közöljük:

|             |             |        |
|-------------|-------------|--------|
| 1870/71-ben | 18,800,000  | márka. |
| 1880/81     | 48,300,000  | "      |
| 1890/91     | 96,300,000  | "      |
| 1900/01     | 139,600,000 | "      |

Ezen számok a rendes kiadásokat tüntetik fel, a beruházások összege ezenkívül ezen utolsó évben 14 millió márkára van előirányozva.

© Nőhallgatók az egyetemeken. A berlini egyetemen 293, Bonnban 61, Halleban 47, Boroszlóban 41, Göttingában 31, Lipcsében 27,

Giessenben 16, Königsbergben 15, Würzburgban 15, Heidelbergben 13, Freiburgban 12, Münchenben 11, Straszburchban 11, Kielben 8, Marburgban 8, Tübingenben 5, Erlangenben 2, Rostockban 2 nőhallgató van. A svájci egyetemeken 624 nő van immatrikulálva (187 Genfben, 187 Bernben, 174 Zürichben, stb.), ezek között 392 orvostanhallgató.

Az egyetemeken különben három nő mint magántanár tart előadást.

⊗ Az új orvosi tanulmányi rend. Ausztriában az új szigorlati rend kapcsán az orvostanhallgatóknak a következő tanulmányi rendet ajánlják: I. félév: természettan, vegytan, vegytani gyakorlatok, boncztan, boncztani gyakorlatok, általános biológia. A II. félévre ugyanezen tárgyak, a boncztani gyakorlatok kivételével. Húsz heti óra a kötelező.

⊙ Ausztriában 1901. október 1-től az assistensek fizetését következőkép szabályozták: Az első három szolgálati évben 1400 korona, ezután 1700 korona, a 6-dik év után 2000 korona, a 9-dik után 2300 korona.

⊕ Promotio sub auspiciis Regis. Ő Felsége a király megengedte, hogy ifj. Schatz Róbert a budapesti, Reinhold Béla a kolozsvári egyetemen „sub auspiciis Regis“ egyetemes orvosdoktorokká avattassanak.

\* Az Árkövy József tanár vezetése alatt álló budapesti egyetemi fogászati intézet az idei párisi kiállításon a fog és consecutio áll-csonbtettségeket előtűntető 54 darab plastikus és színezett készítményt állított ki. E készítmények ottan kitűntetést nyertek. Ujjában pedig egy német taneszköz-gyáros szerezte meg a jogot Árkövy tanártól arra, hogy a készítményeket papírmachéból híven utánozva gyárthassa és azt a fogászati college-ek, egyetemi kórtani intézetek és klinikák számára árba bocsájtassa. Nevezett készítmények nagy szorgalommal és fáradsággal saját pathologiai és klinikai vizsgálatok alapján készültek és méltán megérdemlik az elismerést, a melylyel azokat a szakkörök fogadták.

△ Országos orvosi segélyegylet. Ezennel felhívom a budapesti orvosi kör országos segélyegyletének azon tagjait, vagy volt tagok özvegyeit és árvaikat, kik az évenként kiosztásra kerülő segélyösszegre igényt tartanak, miszerint ebbeli kérvényeiket, melyekhez szegénységi bizonyítvány és egy hatósági orvos ajánlata csatolandók, f. é. december 15-dikéig hozzám beküldjék. Papp Sámuel dr. alelnök, Baross-utca 3.

— A nyitramegyei közpórházban — mint azt a kórházi igazgató kimutatásából olvassuk — az 1899-dik év folyamán 1897 beteg nyert ápolást. Műtétet 234 férfin és 139 nőn végeztek. Az elmekegrosok osztályára 194 beteget vettek fel. A kimutatás végén Biringer Ferenc dr. kórház-igazgató közli a gégeintubatio körül tett tapasztalatait.

— Tauffer tanár poliklinikumának segélyét október hóban 125 esetben vették igénybe 86 műtéttel. Gyermekegyságok látogatásának száma 142. Évi folyó szám 1383.

⊗ Högyes tanár Pasteur-intézetében védoltást nyertek: május hóban 180, júniusban 240, júliusban 188, augusztusban 182, szeptemberben 166, októberben 165 egyén. Halálozás ez idő alatt 5 fordult elő. Évi folyó szám október végéig 1830. Az intézet fennállása óta védoltást kapott 14,116.

+ A budapesti önkéntes mentőegyesület segélyét október hóban 927 esetben vették igénybe. Évi folyó szám 9458.

⊕ Lakásváltoztatások. Purjesz Ignác dr. főorvos november hó 1-én VIII. ker., Szentkirályi-utca 3. sz. alá, Ranschburg Pál dr. ideggyógyász f. hó 5-dikétől IV. ker., Deák Ferenc-utca 15. II. 3. alá tették át lakásaikat. — Béla Pál dr. folyó év november hó 1-től VI., Gyár-utca 17. I. emelet alatt lakik.



Magyarországi főraktár: Budapest, V., Zoltán-utca 10.



Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő

Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencében az ásványvíz naponta négyszer megújul, **loccális iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.” (Ujonnan épült magán-gyógyintézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbeteg**ek részére.) Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kiváratra prospektus.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Országos elmeorvosi értekezlet Budapesten. (II. ülés 1900. október 29-dikén d. e.) 713. l. — (III. ülés 1900. október 29-dikén d. u.) 714. l. — Közkórházi Orvostársulat. (XIV. bemutató szakülés 1900. október 24-dikén.) 715. l. — (XV. bemutató szakülés 1900. október 31-dikén.) 717. l. — A párisi internationalis congressus sebészeti szakosztályának ülései. 718. l.

## Országos elmeorvosi értekezlet Budapesten.

II. ülés 1900. okt. 29-dikén d. e.

Elnök: Babarczy-Schwartz Ottó, később Konrád Jenő. Jegyzők: Epstein László, Verubek Gusztáv.

Laufenauer Károly előadása: „Budapest székes főváros elmebeteg ügye”. Budapest elmebeteg ügye végig ment és megy mindazon stadiumokon, melyek egy lakosságában folyton növekedő világ város fokozatos fejlődésével együtt járnak: szerény kicsi kezdet, folyton növekedő hiánya a fekhelyeknek, ennek ellensúlyozására pótló és ideiglenes intézkedések, végül a tarthatatlan állapotok sanálására egy nagyszabású, az igényeknek megfelelő korszerű építkezés. Fájdalommal kell constátálnunk, hogy Budapest elmebeteg ügye a tarthatatlanság határvonaláig már elérkezett, de a megfelelő remedium: egy, az igényeket és szükségleteket kielégítő „megfigyelő osztály” mint elmeorvóintézet még mindig nincs felépítve, úgy hogy a jelenlegi ideiglenes, de már 10 évig fennálló helyiségekben a betegek módfelett szenvednek: a szegény néposztály pedig, de főleg a jelentékeny községi adót is fizető közép- és felső osztály számottevő kellemetlenségek kíséretében arra van kárhoztatva, hogy betegeit nem tudja elhelyezni, vagy sok utánjárás mellett is csak oda, a hova betege talán nem is való: a nagy állami gyógyintézetek valamelyikébe. Ily módon a főváros elmebeteg ügye sokkal hátrább áll több jelentékenyen szegényebb vidéki városénál.

A régi, a szent Rókus-kórházban levő megfigyelő osztály 1878-ban még csak 40 elmebeteg volt képes befogadni, azóta a főváros ezen osztályt egész 151 ágyig kibővítette, de a tett intézkedések mindig csak az ideiglenesség jellegével bírtak, sőt egyes intézkedések, pl. az osztálynak Budára való áthelyezése egyenesen káros hatású volt. A mostani már 10 évig húzódozó ideiglenes állapot a betegek sokkal elviselhetlenebb, mint a régi Rókusi elhelyeztetés és pedig azért, mert az egész épület nem egyéb, mint egy nagy dühöngő traktus, melyben a nyugodtabb és értelmesebb betegek éjjel-nappal háborítva vannak a dühöngő betegek lármájától. Az intelligens betegeknek még közös, több betegre való szobájuk sincs, volt rá eset, hogy ministeri tanácsos, ügyvéd, pap, földműves, disznóhíjász, bérkocsis, iparossegéd, epileptikus és idiota gyermek együtt tartózkodtak 20–21-en egy nagy kórteremben! A betegek hozzátartozóik a dühöngő betegek lármája között kénytelenek látogatni, várakozó szobául a kapu alja szolgál télen, nyáron; az orvosi irodának, melyben óra számla foly a munka, ablaka nincs stb. Ily körülmények között egy új, a higiéné és a humanizmus követelményeinek megfelelő megfigyelő osztály építése immár elodáztatlanul vált. A főváros már folytat is tárgyalásokat, csak hogy ezek már 8 éve húzódnak (1892 óta) és ma még mindig controvers kérdés az, hogy hol, Budán vagy Pesten építtessék-e fel. A budai oldalon való elhelyezés mellett semmi, még az építkezés olcsóbb volta sem szól. Ellenben a pesti elhelyezés mellett szólnak: 1. a felvett betegek 86%-a a pesti oldalról való és csak 14% budai. A felvett betegek túlnyomó többségét a VII., VIII., IX. és X. kerületek szolgáltatják, úgy hogy már a statisztika is rá mutat az Üllői-út vonalára. 2. A megfigyelő osztály gyűjtőkórház jellegével bírva, oda való, hol legtöbb a beteg és a kórház legkönnyebben megközelíthető, ez semmi esetre sem lehet a kút-völgyi kórház környéke. 3. A pesti oldal mellett szól a szegény járó-betegek ellátása, mert nem minden beteg való tébolydába, a budai oldal pedig túlságosan messze van. 4. A betegek könnyebb és veszélytelenebb beszállítása és az, hogy a betegek hozzátartozóikkal könnyebben érintkezzenek. 5. Az egyetemi tanítás érdeke, mely az osztálynak Budára való helyezésével teljesen tönkrement.

Hogy a főváros elmebeteg ügyét lebonyolító megfigyelő osztály hivatásának és így közvetlenül a főváros lakossága igényeinek megfelelőhessen, ahhoz egy új megfigyelő osztály pesti oldalon való építésén kívül még a következők szükségesek:

1. A megfigyelő osztályra felvett betegek arra alkalmas részének állami zárt elmeorvóintézetbe való rendszeres elszállítása.
2. A házi ápolásba adott epileptikusok és iszákosok fokozottabb nyilvántartása a kerületi előjáróságok által.
3. Szegény és nem közveszélyes paralytikusok házi ellátásának rendezése kerületi orvosok által.
4. Elmebeteg idiota fiúk és lányok számára egy külön állami osztály felállítását valamely már meglevő zárt elmeorvóintézetben.
5. Az elmebetegek házi ellátásának országos rendezése a belügy-minister által.
6. Külföldi elmebetegek gyorsabb elszállításának rendezése.
7. A most érvényben levő 59,975/1900. sz. ministeri rendelet (a betegek kibocsátásáról) módosítása.
8. Végül az elmebajok intenzívebb egyetemi tanítása, mely épp úgy érdeke az államkormányzatnak, mint a székes fővárosnak.

Konrád Jenő. A misériákon segíteni kell, megfelelő megfigyelő osztályt kell felállítani s szinte természetes, hogy centralisan, hogy az oktatás céljának szolgáljon. A túltömöttséget az elbocsátást szabályzó

ministeri rendelet még növelni fogja. Az államnak kell gondoskodni róla, hogy a törvényt végrehajtsák.

Salgó Jakab: Didaktikus szempontból igaz van előadónak, de adminisztratív szempontból nem osztja nézetét, mert a tébolydákat mindenütt a városban kívül helyezik el.

A klinikai anyag gyors változását gátolja az elmeorvóintézetek túlszűfolttsága, pedig csak 20–30% van intézetekben, a többi házi ápolásban van, de ez semmilyen sem.

Fischer Jakab szerint is könnyen elérhető helyre kell a megfigyelő osztályt tenni.

Oláh Gusztáv nézete szerint az elbocsátást szabályozó rendelet megkönnyíti az elbocsátást.

Donáth Gyula: Nehéz az elmebetegfelvételt kieszközölni; kedve volna az orvosnak néha a betegnek azt a tanácsot adni, hogy csináljon botrányt és majd beviszik. Ma az alkoholistákat, epileptikusokat, idiotákat, imbecilliseket külön-külön intézetekben helyezik el.

Chyzer Kornél: A megfigyelő osztály felépítése nem a főváros, hanem a cultusminister dolga, a ki a sebészet, belgyógyászat, szülészeti, szemészeti számára tudott klinikákat építeni, építsen az elmebetegek számára is, a mint épített Kolozsvárt is, a hol a város nem akart neki építeni.

Az epileptikusok és iszákosok pontosabb nyilvántartása fontos, ez a törvényben is megvan, de csak azokra vonatkozik, kik tébolydában voltak.

A házi ápolás rendezése nehéz dolog, mert ez a községek feladata volna, talán cumulative megtehetnék, csak hogy ehhez kell pénz, pénz, pénz, a mi nincs, nincs, nincs.

A reciprocitásra nézve nemzetközi egyezmény van, a magyar honosságot követelik.

A szabályrendelet, mely a kibocsátást szabályozza, joggal követeli meg attól, a ki a betegét kiviszi, hogy kimutassa, hogy el is bírja azt tartani.

A törvényünk hiányos, mert csak a köz- és önvészélyes betegeket veszi fel a tébolydába, a többi házi ápolásban marad, ez pedig semmilyen sem. A törvény ezen részének megváltoztatása nélkül coloniákra gondolni sem szabad.

Lechner Károly: A szomorú és botrányos állapotokon segíteni kell. Oka ennek a rendszertelenség. Hogy a belügyminister vagy a közoktatásügyi minister építse-e fel a megfigyelőt, az adófizetők zsebének mindegy. És ha kevés a pénz, miért ne építsünk olyan intézetet, mely saját feladata mellett a tanítás ügyét is szolgálja? Jóakarattal kell az ügyön segíteni.

Magyarévits Mladen h. tisztii főorvos constatálja, hogy a kerületi és tisztii orvosok az elmebetegekre vonatkozó feladatainak megfelelően és ezután még pontosabban meg fognak felelni.

Fischer Jakab és Blum Ödönnek a felvételre vonatkozó megjegyzései után

Major Ferencz kijelenti, hogy az ügyet a parlamentben sürgetni fogja, mert ezen a botrányos állapoton segíteni kell. Az elmebajok oktatását felette fontos ügynek tekinti. A megfigyelőnek Pesten van a helye.

Gonda Mór (Pancsova) helytelennek tartja azt a felfogást, hogy tébolydába csak olyan elmebetegek vehetők fel, kikre a köz- vagy önvészélyes jelleg kimondatott, és meg kell várni, míg az valami bűntényt vagy botrányt követ el. Erre nézve egy jellemző esetet mond el, melyben egy elmebetegtől megtagadták a felvételt, bár ő javasolta és azután lelőtte a vizsgáló bírót saját szobájában.

Chyzer Kornél: A hülve gyermekek számára hat év óta kész a terv egy 50 gyermekre való pavillonra a Lipótmezőn, de a 60,000 ft nincs meg a felépítésre.

Laufenauer Károly megjegyzi, hogy a fővárosnak kell építenie a megfigyelő osztályt, mert ez alkotó része a közkórháznak, és ennek csak Pesten lehet helye. S ha nincs pénz, könnyebb egy, mint két intézetet építeni.

Oláh Gusztáv előadása „Coloniák mellett és ellen”.

Oláh az elmebetegek coloniális elhelyezését Magyarországon könnyen keresztülvihetőnek tartja, de ezt ez idő szerint nem ajánlja. Van más mód, melylyel a külföldet nem követnők, de megelőznők. Ez a tébolydák kombinálása a coloniával és a családi elhelyezéssel. Ez által az intézet a periphery felé barátságos jelleget nyer és viszont a colonia az intézetre támaszkodnék. A tébolydai jelleget mindenképpen el kell enyészteni. Az a beteganyag, a mely most a zsúfolásig megtölti az intézeteket, coloniális elhelyezésre nem alkalmas. De a községi ápolásba küldött elmebetegeket a községek, ha magok nincsenek be rendezve elmebetegápolásra, coloniában helyezhetik el saját költségükön. Hiszen valami költségükbe úgy is kerül a községeknek. Ez a kiadásuk lényegesen redukálná, ha oly helyre küldenék, a hol az illető betegnek meg van adva az alkalom arra, hogy munkájával saját ápolási költségeit egy csekélységre redukálhatja. Így a községeken is segítve van és az állami intézetek is sokat nyernek vele. A megoldás önmagától kínálkozik. Pénzbe nem kerül és igen nagy erkölcsi haszonnal jár.



Ugyancsak a meglevő intézetek körül kell megvalósítani a családi ápolást és pedig az ápolók családjai által. Ez által az ápolói kérdés is véglegesen meg lenne oldva. Mert ápolói hivatás csak ott van, ahol a családalapítás és végleges megtelepedés föltételei megadotnak.

Nagyon üdvösnek tartja Oláh az expedienst, hogy a lefolyt kórformák közveszélyes sedimentjei vállalkozóknak kiadatnak, mi által a gyógyintézetekben új felvételekre hely teremtetik, azaz, hogy csak teremtetnék, mert ezen különben üdvös rendszer a gyakorlatban bizonyos kisebb szabálytalanságok miatt absolute nem vált be. Tudniillik a vállalkozó kórházak és rendházak az intézetektől nem veszik át a betegeket, hanem e helyett friss eseteket vesznek fel és azokat ott fogják, másrészt pedig az állami intézetektől eredetileg átvett beteganyagot akkor is ott tartják, a mikor már megszűnt a betegség közveszélyes jellege. Így egy szegényházi anyag állja útját annak, hogy az elmeegógyintézetek a gyógyításra váró elmebetegeket helyszűke miatt nem vehetik fel. Az állam pedig, a hol, mint itt állítottott, erre a célra három dolog hiányzik: pénz, pénz, pénz, fölösleges módon fizet, fizet, fizet.

Salgó Jakab is korainak tartja a coloniális rendszert, mert nálunk csak detentationális intézetek az elmebetegosztályok.

Telegdi Zsigmond a mellett érvel, hogy engedjék a vidéki tébolydákba is a gyógyulni képes betegeket, mert akárhányszor megtörténik, hogy úgy is előbb meggyógyulnak, semhogy a felvételi okirat a központból megérkezik.

Major Ferenc osztja előadó nézetét. Az elmeegógyintézetek három feladatnak feleljenek meg: 1. védjék meg a közönséget a zaklatástól; 2. gyógyítsanak; 3. ápolják a tudományt. Önálló vidéki elmeegógyintézetek teljes felszerelését óhajtja szakemberek vezetése alatt.

Laufenauer Károly is 24 évvel ezelőtt a coloniális rendszer híve volt, de ez nem vált be. Előbb nagy zárt intézetekre van szükség.

Chyzer Kornél: Magántársaság tett a miniszternek ajánlatot, hogy coloniális rendszerben dolgoztassa a betegeket, de elfogadhatatlan feltételek mellett. Privátvállalkozás az is, ha vidéki kórházakba küldik az elmebetegeket, legalább a haszon a többi beteg javára esik. S azután a lipótmezei és angyalföldi intézetekben is felhasználhatnák a munkabíró betegeket a mezői és ipari munkákra. Familiáris rendszer mi nálunk nem válik be, mert a magyar paraszt nem fogad magához bolondot még talán a szász vagy a szepesi igen.

Konrád Jenő is azt hiszi, hogy a különböző rendszereket egyesíteni kell. Nagyszébenben meg lehetne próbálni székely családoknál esetleg házat építeni nekik e célból.

Elnök előadónak köszönetet mond és az ülést bezárja.

## II. ülés 1900. okt. 29. d. u.

Elnök: Salgó Jakab, később Tóth Lajos, Szabó Sándor, Schwartzter Ottó. Jegyzők: Epstein, Verubek.

Blum Ödön előadása „A házi és községi ápolásról”. Előadja, hogy a tébolydák túltömöttsége azon okból következett be, mert az elmebetegfelvétel tömegesen szaporodik és az elbocsátásra mód nincs, miután a házi és községi ápolás rendezve nincs. A tébolydák túltömöttségét az is okozza, hogy a büntető elmebetegek nagyszámában lesznek oda utalva, kiknek elbocsátása pedig nehézségekbe ütközik. Ajánlja mindezekelől, hogy a büntető elmebetegek a tébolydából távolítottassanak el, a házi és községi ápolás pedig szabályrendelileg rendeztessék. Erre nézve azon javaslatot teszi, hogy a nem közveszélyes elmebetegek házi ápolatása egyszerűen a szegényügyi rendelethez képest szabályoztassék; míg ellenben a még orvosi kezelést és ellenőrzést igénylő elmebetegek házi és községi ápolatása a hatósági orvosok által tartassék nyilván, ezek által a betegek a szükséghez képest időnként meglátogathatók és gyógyszerrel látandók el. Az elmeegógyintézetekből javultan elbocsátott elmebetegek további gondozására nézve az illető intézet igazgatósága írott utasítást adna, mi az illető hatósági orvosnak tájékoztatás céljából kézbesítendő.

Epstein László dr. főorvos „A tébolyda mint elmeegógyintézet” cz. előadásában kifejti, hogy az orsz. tébolydák címét hivatalosan „állami elmeegógyintézet” címre változtatták, de tényleg még hiányoznak azok a kellékek, a melyek gyógyintézettől megkívántatnak. A betegeknek kellő osztályozása, a mi az elmebetegek kezelésénél egy főmomentum, az építészeti viszonyok és az állandó túlszűfolttság miatt nem eszközölhető. Az orvosok száma az intézeteknél nem elegendő, úgy hogy nem tudják magukat különösen a frissebb megbetegedések észlelésének és kezelésének szentelni. Már ez okból is az utóbbiaknak nagy része kedvezőtlen lefolyást vesz és szaporítja a gyógyíthatatlan betegek számát. A nagy közönség csak ezeket látja, míg ellenben a gyógyulásnak aránylag kevés esete elkerüli a figyelmét. A közönség azért nem bizik az intézetben és későn szállítja be a beteget, de ez a körülmény ismét károsan hat vissza a prognózisra. A korai felvételt elő kell segíteni a felvételi, elbocsátási, gondnokság alá helyezési és az alóla való felmentési eljárás megfelelő szabályozása és egyszerűsítése, továbbá a közönség előítéletének leküzdése által. Ez utóbbi célra idegkórtani ambulatoriumok, sőt ideggyógyintézetek volnának az elmeegógyintézetekkel kapcsolatba hozandók. Azonkívül módot kell nyújtani a hydro-, elektro- és mechanoterápiának alkalmazására. Az országos elmeorvosi értekezlet mondja ki tehát, miszerint ahhoz, hogy az állami elmeegógyintézetek rendeltetésüknek megfelelően, szükséges:

1. hogy a zsúfoltság az intézetekben megszüntetessék, illetőleg a jövőben megakadályoztassék és hogy a betegeknek állapotuk szerinti

osztályozása lehetővé tétessék; gyógyuló félben levő betegek részére pedig minden intézetnél külön pavillon álljon rendelkezésre;

2. hogy a betegeknek korai felvétele lehetővé tétessék és e célból a szükséges adminisztratív intézkedéseken kívül az intézeteknél a lehetőséghez képest ideg- és elmekórtani ambulatoriumok berendeztessenek;

3. hogy az orvosi személyzet szaporíttassék és pedig úgy, hogy az osztályvezetőn kívül minden 100 betegre legalább egy orvos jusson;

4. hogy az ápolási kérdés megfelelő megoldást találjon és végül

5. hogy az intézetek mindazon eszközökkel felszereltesse, a melyek a különböző physikalis gyógmódok kellő keresztülvitelét lehetővé teszik.

Schwartzter Ottó egyetért előadóval. Csak a statistikára vonatkozólag kívánja, hogy mindig az egység a 100 legyen, mert különben nagy aránytalanságok származnak.

Stein Fülöp. Az igen legyengült betegeket a szabadba fektetik, ez által gyorsan összeszedik magukat. — Olcsó és könnyen kivihető eljárás.

Salgó Jakab. Az elmeegógyintézet mint eszköz nem felel meg a kívánalmaknak, mert a betegek foglalkoztatására nincs tekintettel. Nyáron még van némi foglalkozás, de különben capita mortuákhoz hasonlítanak a betegek.

Konrád Jenő. A sok gyógyíthatatlan beteg rontja a statistikát. Idegkórtani ambulatorium létesítését Nagyszébenben megpróbálta, de siker nélkül.

Fischer Jakab. Az elmeegógyintézetek ügyénél az egésznek kell figyelembe venni, a tébolydát ki kell küszöbölni. Kórházi osztályokon is fejleszthető ez ügy, de „zügtébolydákban” nem. Csak az acut, gyógyulásra képes betegeket kellene felvenni, a capita mortuákat a tébolydákban, asyllumokban elhelyezni.

Telegdi Zsigmond szintén a mellett van, hogy az acut betegeket megtarthassák a kórházi tébolyda-osztályok, mert néha hamarabb meggyógyulnak, mint a tébolydába való felvétel engedélye megérkezik. Kérdi, érdemes-e ezen gyógyszerközkre költeni, milyenek az eredmények a Schwartzter-intézetben?

Schwartzter nem vetelkedett sohase az állami intézetekkel. Gyógyeredményei hasonlóak.

Major Ferenc újból hangsúlyozza, hogy a vidéki kórházak elmebetegosztályai úgy szervezendők, hogy a közönséget megvédjék, a betegeket gyógyítsák és a tudományt fejlesztessék.

Pándy Kálmán első feltételnek a kitűnő elmeorvost tartja.

Stein Fülöp előadása: „Elmeegógyintézeti fürdők”. Először is visszapillant a víz különféle alkalmazási módjaira elmebajosoknál az ó-kortól napjainkig, majd áttérve a modern hydrotherapia élettani alapjára és annak alkalmazására különféle psychosisoknál, kiemeli, hogy az elmeegógyintézeti fürdők elhelyezésének azon elvben kell culminálni, hogy a betegek minél szűkebb körben való osztályozása mellett minden osztály olyan fürdőberendezéssel látandó el, mely az ott ápolott betegek kezelésére legalkalmasabb. Így az átmeneti pavillon modern vízgyógyintézetek mintájára legyen berendezve, a tisztátalanok osztályán a kórterem fürdőkáddal kombináltassék, a protrahált langyos fürdők helyisége pedig a nyugtalanok osztályával legyen minél szorosabb összekötötésben és pedig úgy a figyelőtermekkel, mint a különszobákkal és erre nézve tervezetet is mutat be. Majd azt fejtegetve, hogy a protrahált fürdők nemcsak élettanilag, hanem psychikailag is hatnak, áttér a fürdőszobák belső berendezése czélszerű módjaira és végül a hygienikus czélokra szolgáló fürdő legelőszőbb és elmebetegekre nézve czélszerű berendezését tárgyalja.

Glück Gyula helyeseli a hydrotherapiának az elmeorvosi praxisba való bevitelét.

Verubek Gusztáv előadása „Az elmebetegségek beosztása az elmeegógyintézetek statistikájának szempontjából”.

A régi beosztás hiányos lévén, egy újabb, illetőleg bővebb beosztás válik szükségessé, mely új beosztás a következő:

1. búskomorság, 2. dühösség, 3. heveny butaság, 4. heveny halluc. elmezavar, 5. heveny tébolyodottság, 6. idült tébolyodottság, 7. periodikus elmezavar, 8. terjedő hűdéses elmezavar, 9. epilepsziás és hyst.-epileps. elmezavar, 10. hysterias és neuratheniás elmezavar, 11. alkoholos elmezavar, 12. pellagrás elmezavar, 13. veleszületett elmeegyengeség, 14. veleszületett butaság, 15. aggsági elmezavar, 16. másodlagos elmezavar, 17. nem elmebeteg, 18. megfigyelés alatt áll.

Biringer Ferenc „Az elmebetegek közigazgatási ügyeiről”.

Az előadó szerint az egészségügyi törvény a kórházakba felvett elmebetegek körüli bírói eljárásról a törvény intentionjának meg nem felel, tévesen ezen feladat a gondnoksági eljárással lesz egybekötve. A gondnokság alá helyezési eljárást legalább a vidéki kórházakra meg nem felelőnek találja és szükségesnek tartja az ideiglenes gondnokság igénybevételét a vidéki kórházak tébolydái osztályaira felvett elmebetegeknél ép úgy, mint azt az állami elmeegógyintézetek az alapszervezet előírja.

A 3 havon túli ápolásra szóló ministeri engedély kikérését az elmebetegeknél feleslegesnek véli.

A kórházak tébolydái osztályairól történő elbocsátásra vonatkozó rendeleteket üdvöseknek, de sok tekintetben kivihetetleneknek találja. Adminisztratív szempontból a költségek behajtására nézve némi kedvezményeket és a kezdeményezés némi jogát a kórházakra nézve kimondandónak véli.



Végül a vidéki tébolydai osztályok szervezetének részletes meg-  
állapítását szükségesnek jelzi.

Pándy K. dr. „Az elmebetegügy jobb és olcsóbb rendszereinek meg-  
valósításáról”. A kórházakhoz függelékként csatolt tébolydák hiányait  
fejtegeti s hangsúlyozza, hogy ez a mindenkitől elítélt rendszer az  
államnak évente körülbelül 300,000 koronával kerül többbe, semmint ha  
ugyanannyi beteg az állam legolcsóbb tébolydjának ápolási díja szerint  
Nagy-Kállón ápoltatnék. A mostani rendszer létesítése, fentartása is  
drágább s ez megakadályozza az elmebetegügy fejlődését s mindig ke-  
vesebb elmebeteg ellátását engedi meg az államkincstárnak.

Ajánlja, hogy mivel más segítség egyelőre kilátásban nincs, épít-  
tessünk ezután is kölcsönből, de önálló s költségvetésük felelőjét az  
elmebetegügy fejlesztésére fordító, minden elmeorvosi igényt kielégítő  
intézeteket.

Hozzászólók: Biringer Ferencz, Fráter Imre, Laufenauer Károly.  
Décsi Károly dr. egyet. tanársegéd: „Az alkoholisták intézeti el-  
helyezéséről”.

Az alkohol-kérdés sikeres megoldása csakis társadalmi úton érhető  
el; az ehhez szükséges actio megkezdésére az elmeorvosok vannak leg-  
inkább hivatva. A teendők két csoportra oszlanak: prophylaktikus és  
therapeutikus intézkedésekre; ez utóbbiakhoz tartozik az iszákosok  
célyszerű intézeti elhelyezése.

E tekintetben előadó az asylumok (iszákos menhelyek) áldásos  
működését ismerteti és összehasonlítja az iszákosok intézeti elhelyezé-  
sének nálunk divó módszerével; majd az iszákosoknak az elbocsátás  
után való szigorú ellenőrzését hangsúlyozza s ennek különböző mód-  
szereit ismerteti; végül az iszákosokra vonatkozó, egységes törvényes  
intézkedések szükségét emeli ki s a gyógyíthatlan, depravált iszákosok  
elhelyezéséről értekezik.

Laufenauer Károly. Feltételeken bocsátja el az alkoholista-bete-  
geket, de berendeli ambulantiára. Ha nem jönnek, a rendőrséggel állit-  
tatja elő.

Blum Rezső „A hülyék neveléséről modern intézetben” tart előadást.  
Lukács Hugó: „Az idioták és imbecillisek védelme”.

Pontos adatok az idioták számáról nincsenek. Mayr 1871-diki  
statistikája szerint több az idiota, mint az elmebeteg. Sok országban, pl.  
Németországban is így van ez, mindenütt több azonban, mint a vakok  
és süketnémák együttvéve. Ezzel szemben feltűnő, mily kevés történik  
védelmükre. Érthetővé válik ez által, hogy az idiotavédelem súlyos  
terheket ró akár az államra, akár a társadalomra a nélkül, hogy ez  
nemzetgazdasági szempontból bármi előnyösebb járna. Az állam egy  
nevelő-intézetet tart fenn. Az idiotavédelemről beszélve, vezérelv kell,  
hogy legyen az, hogy az idiota önálló munkássá nem nevelhető, élet-  
fogytig tartó gondozást kíván. Az oly nevelő-intézet, mint az állami is,  
csak jobb módúak számára jó, mert legnagyobb eredménye csak az,  
hogy a beteg annyira neveltetik, hogy a családban kellemetlenség nélkül  
tartható. Ezt könnyebben és olcsóbban lehet elérni idiotavédelem felállitá-  
sával. Az állami intézet hátránya, hogy abban a korban, midőn hasznos  
munkára volna fogható a beteg, el lesz bocsátva. Az állami intézet  
alakíttassék át úgy, hogy főcélja tanerők kiképzése legyen.

Az idioták és epilepsiások védelmét legtöbb helyen együttesen  
igyekeznek megoldani. Zárt intézet mellett koloniális rendszer a leg-  
ajánlatosabb. Az idioták főleg kertészkedésre igen alkalmasak. A kör-  
nyék lakossága a házi ápolásra alkalmas legyen. Az idiota munka-  
képességének fejlesztéséhez nem szükséges nagyszabású pedagógiai  
apparatus.

Orvosi felügyelet okvetlenül szükséges minden idiota-intézetben.  
S példa mutatja, hogy orvos vezetése mellett a halálozási percent kisebb.

Imbecillisek ügye teljesen különválasztandó. Az imbecillist leg-  
hatósabban akkor védjük, ha tanítjuk. Külön iskolák kellene a gyenge-  
elméjűek számára. A tanuláshoz a legnagyobb akadályt azt képezi,  
hogy az imbecillis figyelme nagyon nehezen köthető le. Korlátolt szám,  
hosszú szünetek. Főszűly értelem- és beszédgyakorlatra, tornára és kéz-  
ügyesség fejlesztésére fordítandó. Lehetőleg egész nap az iskolában  
legyen. Morális nevelése igen fontos. A ki ily iskolába járt, eo ipso  
felmentendő a katonaszkodás alól. Fegyelmre nem képes, könnyen lesz  
katonaszökevény. Alkoholismusra való hajlama ellen az imbecillis csak  
társadalmi úton volna védhető.

Az imbecillis jogvédelmét illetőleg kiemelendő, hogy egy részük-  
nél a lustasággal egyenrangú fontosságú tünet az impulsiv cselekvés,  
mely a praemeditációt nem zárja ki, de igen a beszámíthatóságot.

A bűnös imbecillist tébolydában elhelyezni az adott viszonyok  
között káros. Külön osztályokat kellene létesíteni, melyekben a bánás-  
mód más legyen, mint a többi elmebeteggel szemben.

Feltűnő, hogy a javítóintézetek felügyelő bizottságának orvos  
tagja nincsen.

Turnosky Mór „Epileptikusok coloniájáról” tart előadást és azt  
ajánlja, hogy az egészségügyi törvény küszöbön álló revisioja alkalmá-  
val okvetlenül gondoskodjanak az epileptikusokról is. Sürgősen kellene  
továbbá hozzálatni coloniák alapításához — társadalmi úton.

Donáth Gyula osztja előadó nézetét.  
Majd az indítványok terjesztetnek elő, melyek a szervező bizott-  
sághoz utasítottak.

Sarbo Arthur indítványára az elnökségnek, titkárnak, a megjelent  
kormánykiküldötteknek és tudományos testületek képviselőinek szavaz-  
nak köszönetet. Végül Babarczy-Schwartz Ottó lendületes szavakkal  
berekeszti az értekezletet, melynek magas nívóan álló előadásai és  
vitaközlései méltóvá tették a külföld hasonló intézményeire. Az  
értekezlet sikere kettős. Egyik: megteremtette a magyar elmeorvosok  
között a szövetkezést, másik: létrehozta a magyar elmeorvosi iskolát.

## Közkórházi orvostársulat.

(XIV. bemutató szakülés 1900. október 24-dikén.)

Elnök: Bradách Antal; jegyző: Terray Pál.

(Folytatás.)

Néhányszor előfordult, hogy a légyszomj hirtelen jelentkezett, a  
beteg néhány perc alatt mély asphyxiába esett, de intubálás után,  
mesterséges légzésre hamar magához tért. Valószínű, hogy a gége- és  
a légcső porcvezárának részleges hiánya és gyöngesége oka annak, hogy  
bizonyos hirtelen mozdulatoknál a légcső összelapulása folytán az ür  
hirtelen szűkül vagy elzáródik. Ugyanezen körülmény megmagyarázza  
azt is, hogy jelen esetben a gégeinek meg van a hajlama újból szűkü-  
letre. Mert a kis gyermeket, ki négy hónapon át (1900 március-július)  
intubálás nélkül jól légett, mely idő alatt hangja erősödött és tisztult,  
július hó végén megint intubálni kellett.

Nyolcz heti rendszeres intubálás által azt érte el, hogy jelenleg  
az 5 éves gyermeknek megfelelő tubust is be lehet vezetni a gégebe és  
a kis leány 2 hét óta megint jól légzik intubálás nélkül is. Ha azonban  
a gége és légcső újból szűkülne, a mi az előzmények után lehetséges,  
a gyermekben plastikus műtétet fog végezni. A gége- és légcső meg-  
gyengült porcvezárást más helyről átültetett porclemmával kell megerő-  
síteni, hogy kellő szilárdsággal bírjon és be ne lapuljon.

### Gégepapillomák kiirtása 3 éves gyermeknél.

Herczel Manó: K. Béla, 3 éves fiúcska két év előtt rekedt lett.  
Néhány hónap múlva Pauncz kartársnak, ki a gyermeket betegségé-  
nek kezdete óta kezelte, fáradságos kísérletezés után sikerült a gégebe  
betekinteni, mely alkalommal a hangszálgon egy papillomát látott. Egy  
évvel rá légzési nehézségek léptek fel, melyek 4 hét alatt olyan fokot  
értek el, hogy a gyermekben 1899. novemberében a Rókus-kórházban  
légszomjcsillapítást kellett végezni.

1900. július 6-dikán radikális műtét céljából Herczel laryngo-  
fissiot végzett rajta. Trendelenburg-féle canule alkalmazása mellett a  
gégét a középvonalban felhasította, mire kitűnt, hogy a bal hangszálg  
el van lepte számos halványvörös, részben nyíllal bíró, részben szemölcs-  
szerű képlettel, melyek a hangrést teljesen kitöltötték. Herczel finom  
szemeszi ollóval a papillomákat nyálkahártyagökökkel kiirtotta és  
alapjukat részben vérvesszőcsillapítás, részben recidiva elkerülése céljából  
finom hegyes Pacquelin-féle égetővel pörkölte. A pajzsporcokat a peri-  
chondriumon át vezetett 3 catgutvarrattal pontosan egymáshoz illesz-  
tette és a borsebet egyesítette.

Lefolyás: reactio nélküli.

Műtétet követő első napokon a canuleon át kiköhögött nyálkal  
az égetésből eredő barnás pörkök is távoznak. 23-dik napon decanu-  
lement. Azóta a gyermek jól légzik, gégéjébe az 5 éves gyermeknek  
megfelelő tubust is könnyen be lehet vezetni, szűkülete tehát nincs.  
Hangja erősödik ugyan, de még mindig susogó. Néha, ha erőlködik,  
magas csengő hangot hallat hosszabb időn át is.

### Gégerák miatt végzett részleges larynx-resectio.

Herczel Manó: G. Leó, 50 éves ügynök, másfél év előtt rekedt  
lett. Szárazságerget a gégeben, gyakori köhögési inger és légyszomj  
kinozta, köpetében véres csikok jelentek, melyektől megremülve,  
számos budapesti és bécsi gégeorvost consultált. Morelli és Pauncz  
gégerákot kórismézvén, annak extralaryngealis úton való eltávolítását  
ajánlották, mire Herczel osztályára vettette fel magát.

Ekkor a nagy fokban rekedt, elég jól táplált férfi jobb hang-  
szalagát egy szilvamagnagságú és alakú, dudoros, helyenként kifeké-  
lyesedett és szürkés lepedékkel borított álképlet foglalta el, mely a  
hangrést jócskán szűkítette, a gége másik felére látszólag át nem ter-  
jedt. A tumor már oly kiterjedésű volt, hogy gyökeres kiirtása csak  
laryngofissio útján látszott lehetségesnek. Ezért Herczel, mint azt rend-  
szeresen teszi, előbb mély tracheotomiát csinált a betegen és csak két  
hétet később, 1900. február hó 8-dikán végezte a laryngofissiot. A  
pajzsporcokat annyira el voltak meszesedve, hogy csak vésővel és kala-  
páccsal sikerült azokat a középvonalban felhasítani. A gége megnyi-  
tása után kitűnt, hogy a daganat jóval nagyobb, mint azt a tükrökép  
után ítélte, gombakalapszerűen lefelé terjedt a gége ürbe és hátul át-  
terjedt a középvonalon a gége bal felére is. Herczel a meglehetősen  
tömött daganatot a pajzsporc egy részével együtt egy darabban olló  
és kés segítségével kivágta, miközben a bal gégefalból is kellett hátul  
10 fillérnagságú porclemmát eltávolítani. A tumor kiirtása mindenütt  
bőven egészséges szövetben ejtett metszésekkel történt. A vérnek a  
légcsőbe való jutását ezen alkalommal is Trendelenburg-féle canüllel  
akadályozta meg és a vérzést ez esetben is Pacquelin-féle égetővel  
csillapította. A gége ürege kifelé tamponáltatott.

Lefolyás láztalan. Az első napokban az expectoratio megkönnyí-  
tésére gözspray-t kellett alkalmazni. Hatodik napon eltávolította a gége-  
ből a jodoform-csikokat, mire a rigid pajzsporcok összefeküdtek,  
később összeforrtak, úgy hogy másodlagos varratra szükség nem volt.

Műtét utáni 26. napon a légcsőcanulát el lett távolítva, a beteg  
nélküle is jól légett. Hogy a gégeszövet helyén kinőtt sarjakat sorvaszssa  
és hogy gégeszűkület ne fejlődjék, a hatodik héttől kezdve a beteget  
eleinte naponként, utóbb 2-3 naponként intubálta fokozatosan vasta-  
gabb tubussal. Jelenleg 20. számú tubust könnyen be lehet vezetni a  
gégebe.



### Genyes epityphlitis tüneteivel járó átfúródása a flexura sigmoideának.

**Herczel Manó:** A caecum táján fellépő, genyet és bűzös bélgázokat tartalmazó tályogok rendszerint genyes epityphlitisből erednek, ritkábban más bélrészlet átfúródásából. Igen ritka a bemutató eset, melyben a flexura sigmoidea gümös fekélyének átfúródásából tályog, majd bélsipoly keletkezett a jobb Poupert-szalag fölött azon helyen, melyen az epityphlitikus abscessusok szoktak megjelenni.

M. Mihály 28 éves földmives, kinek családjában tuberculosis nem fordult elő, 1900. március hó közepén betegedett meg hirtelen fájdalommal a has jobb felében, székrekedéssel és lázzal, mely tünetek 12 nap alatt visszafelődtek. Ezen idő alatt ugyanitt daganat keletkezett, mely érintésre igen fájdalmas volt, mindinkább növekedett és puhult, munkájában gátolta, miért is Dudits főorvos tanácsára betegségének 4-dik hónapjában Herczel osztályára felvettette magát. Ekkor a jobb lágyéktájék fölött egy ökölnyi, vastagon infiltrált székkel bíró, elvékonyodott bőrrel fűdött tályogot találtak, mely erepitatív mutatott, tehát gázokat is tartalmazott.

A kórképnek lassú kifejlődéséből a bajnak gümös eredetere gondolt ugyan, de a valószínűségű diagnózis a féregnyulvány perforációjából keletkezett tályogra tétetett. Az abscessus megnyitására sok bűzös gázzal kevert geny és sajtos csafatok ürültek. A tályog fenekét a fascia transversa képezte, mely a jobb Poupert-szalag külső harmada táján ezüstforintnyi területen át volt törve. A nyílást sarjszövet töltötte ki, melyen ujjal áthatolva bélnyákhártyát lehetett tapintani. Genersich tanár vizsgálata szerint a sarjszövet gümös jellegűnek bizonyult. A tályog megnyitása után harmadnapra kemény bélsár jelenik meg a sebben és azóta a bélsár legnagyobb része a sipolyon keresztül ürült. A fistula helyzeténél fogva azt kellett hinni, hogy az a caecumba vezet, de feltűnt, hogy a bélsár mindig formált és kemény volt, hogy végbélbeöntések alkalmával a folyadék a nyílást rögtön kiömlött és hogy a sipolyba vezetett gaze-csík csakhamar megjelent az anusban. Óvatos sondázáskor azután kiderült, hogy a sipoly 20 cm.-nyire a végbélnyílás fölött a flexura sigmoideában ül és hogy a tágut Sidomú bél tengelye körül 180° alatt megcsavarodva van a caecum fölött a hasfalhoz rögzítve. Herczel 1900. augusztus hó végén a két ujjat befogadó sipolyt elzárta, oly módon, hogy mindenekelőtt a belet lefejtette a hasfalról, azután a sipoly csafatos széléit ollóval körülnyeste és az ezüstforintnyi nyílást a bél hossztengeletét keresztező irányban kétsoros varrattal elzárta. Műtét közben kitért, hogy a sipoly felső széléhez rögzített féregnyulvány sörösán számos széteső tuberculum ül, miért is reszekálni kellett, szintúgy a csepsznek a sipoly belső széléhez rögzített részletét is. Láztalan gyógyulás.

**Pauncz Márk:** A bemutató 2. és 3. esetéhez akar néhány megjegyzést fűzni a műtét indicatioja szempontjából. A papilloma laryngis miatt operált kis fiút 1898. november havában látta először, midőn a gyermek 1½ éves volt. Bár ekkor első vizsgálatra a gégebe belátni nem tudott, a tünetekből mégis papillomára tette a diagnózist, a szülőknék pedig azt ajánlotta, hogy a gyermeket észlelés alatt hagyják ugyan, de valamely endolaryngealis műtétet — melyet más oldalról ajánlottak — ne engedjenek végrehajtani. Hosszas gyakorlat után sikerült, mintegy 4 hónappal az első vizsgálat után, egy alkalmas pillanatban a bal hangszalagot ellepő papilloma-tömeget meglátni. Ezután is csak észlelés alatt maradt a gyermek, míg nem 1899. november havában a mindinkább fokozódó légzési nehézségek a tracheotomiát tették szükségessé. Részen többször ismétlődő hörghurut, részen más külső körülmények folytán a laryngofissiót csak 1900. július havában hajthatta végre Herczel tanár, a kinek osztályára a beteg műtét céljából utasított. A műtétnél kitért, hogy a papillomák ez esetben tényleg főképpen a bal hangszalagot fejlődtek. A műtét sikerrel járt, mint ezt a bemutatót csak bizonyítja.

Csakis ezen eljárást tartja követendőnek, ha papilloma multiplex fejlődik, 10 éven aluli gyermeknél.

Sok gégeorvos az endolaryngealis eljárásnak a híve ily esetekben is, némelyek tracheotomia előrebocsátása nélkül, mások annak végrehajtása után. Nem helyeselhethők ezen kísérletek, mert kis gyermekeknél a betekintés is nehéz, sokszor nem is sikerül, annál kevésbé sikerülhet egy endolaryngealis műtét szabatos keresztülvitele, legalább a legtöbb esetben nem. Már pedig endolaryngealis műtétnél látnunk is kell mit csinálunk. Ezért ajánlja szóló a laryngofissiót, melyet mindig tracheotomiának kell megelőznie. Mindazonáltal a laryngofissio sem jár mindig a kívánt eredménnyel. Néha ugyanis a papillomák olyannyira ellepik az egész gége belsejét, hogy azok bármily alaposan irtatnak ki, mégis recidiválnak. Siker csak azon esetekben várható, melyekben a papillomák egy körülírtabb helyre szorítkoznak. Ilyen volt a jelen eset is. De ezt csak laryngofissio útján tudhatjuk meg, mely a gyermekkorban az egyedüli célra vezető eljárás, nem pedig az endolaryngealis műtét.

A carcinoma laryngis miatt operált esetet szóló 1899. decemberben látta először. Miután a carcinomát kétségtelenül constátálta, a betegnek a radicalis műtétet ajánlotta. Ezt a beteg eleinte vonakodott elfogadni, mert más oldalról endolaryngealis kezelés által is eredménnyel bíztatták. Csak miután egy bécsi gégeorvos is sürgette a műtétet, sietett a beteg Herczel tanárhoz, a ki a gégeresecciót a legjobb eredménnyel végrehajtotta. Bár ma már alig volna szabad kételkedni abban, hogy a gégerák csak ily módon gyógyítható sikerrel, mégis vannak gégeorvosok, a kik az endolaryngealis műtét mellett foglalnak állást. Ez teljesen helytelen. Egyik-másik ilyen kísérlet sikerrel járt ugyan, de mégis sokkal nagyobb kárt okozhatunk az endolaryngealis eljárással, mint hasznot.

Gyökerez kiirtás csak a szoros sebészi eljárás mellett lehetséges. A bemutatót ezt fényesen bizonyítja.

**Morelli Károly:** Szóló volt az, a ki szintén a radicalis operatiót ajánlotta s erre el is határozta magát a beteg; a műtétnél szóló is jelen volt s itt meggyőződött arról, hogy a baj nem tisztán a jobb hangszalagra szorítkozott, hanem résztvett a bántalomban a gége egész jobb oldala, az álhangszalag, sőt áterjedt a hátsó falra, a gége bal oldalára is, úgy hogy itt endolaryngealis eltávolításra gondolni nem is lehetett.

Megemlíti szóló, hogy operatio után a gége hátsó részén meg lehetős heges zsugorodás állott be. S így felmerült a kérdés, hogy újabb laryngofissio, transplantatio történjék-e; miután azonban nagyobb folytonosság hiány nem volt, intubatiót ajánlott szóló, mely kitartással végezve, nem vált szükségessé újabb műteti beavatkozás.

Többször tapasztalta szóló, hogy az ilyen operatio után állandó idült száraz hurutos állapot szokott fennmaradni: a beteget szorító érzés, suffocatio aggasztja; az ilyen esetekben a szóló által már évekkel ezelőtt ajánlott 20%-os carbol-glycerin-esetelést alkalmazza a legjobb eredménnyel.

A bemutatót betegnél a jobb oldalon vékony heg látszik, a kannaizület merev s phonational csak a bal álhangszalag mozog.

Ez alkalommal egy esetet hoz fel szóló, mely annak élénk illusztrálására szolgál, hogy ha rosszindulatú alképletet diagnostizálunk, a daganatot ne endolaryngealis úton távolítsuk el, hanem külső beavatkozással: a gége feltárással. A betegnél 6 év előtt alig borsónyi, egyenetlen felületű, lágy, sárgásan színezett, könnyen mozgatható alképlet ült a hangszalagok mellő egyesülése közt; a beteg rekedt volt, más tünet nem volt; carcinomát diagnostizált s az operatio megállapítása végett egy kis darabkát kívágni szándékozott göröcsövezésre. A beteg azonban Bécsbe ment, a hol a daganatot mint papillomát papillotomával eltávolították s azzal küldték haza, hogy 3 hét múlva mint gyógyult jelentkezzen. Azonban más történt: nagy infiltratio és suffocatio lépett fel, úgy hogy akkor rögtön szakorvos ajánlatára tracheotomia végeztetett, egyúttal laryngofissióval az alképlet kiirtása; sajnos, a műtétnek nem sikerült az infiltrált szövetből az egész alképletet felismerni, elkülöníteni; kiújult pár hét múlva. Ezen eset is bizonyítja, hogy leghelyesebb előbb tracheotomiát végezni s a szövetek megnyugvása után végezni a radicalis műtétet. Az említett esetben 5 hó múlva az egész géget és gégefedőt is el kellett távolítani; sajnos, 16 hó múlva a gégefedő maradványából kiindult recidivának vált áldoztává a beteg. Csatlakozik Pauncz nézetéhez, hogy a rosszindulatú alképleteket mindenkor laryngotomia útján távolítsuk el.

**Neubauer Armin:** Pauncz felemlítette, hogy mint gégeész nem ajánlja 10 éven aluli gyermekeknek a papillomák endolaryngealis úton eltávolítását; nagyon csodálkozik Pauncz ezen kijelentésén, mert hisz ő gégeészettel is foglalkozik s a gégeészek tudják, hogy 10 éven aluli gyermekeknek is nagyon szépen el lehet távolítani a papillomát endolaryngealiter; de meg a papillomák nagyon gyakran recidiválnak és laryngofissióval nem érhetjük el azt az eredményt, mint endolaryngealis úton. A gégetükör feltárása után is azt mondták, hogy laryngofissiót kell végezni, de ilyen esetekben is beáll a recidiva gyorsan, sőt gyakrabban, mint endolaryngealis operatióval, azonkívül a narkosis és stenosis veszélye is fenforog.

Mióta cocainnal érzésteleníteni tudjuk a géget, a laryngoskopia nem olyan kényelmetlen, Baginsky műszerével, Löwy ablakos kanálával gyermeknél könnyen el lehet távolítani a papillomát. A Bródy-kórházban 2 gyermeknél végzett endolaryngealiter papilloma-kiirtást kitűnő eredménnyel.

Szóló nézete az, hogy ne végezzünk laryngotomiát, hanem a hol szükséges, tracheotomiát és várjuk be, míg endolaryngealis lehet operálni.

**Lénárt Zoltán:** Szóló egy multiplex papilloma esetében a papillomák laryngofissióval kiirtása után Thiersch-transplantatiót végzett, nehogy heges strictura fejlődjék; azt tartja, hogy a Thiersch-transplantatiót jóindulatú nagy kiterjedésű daganatok kiirtása után czélszerű végezni.

**Pauncz Márk:** Miután Neubauer hozzászólásában szembeállította a sebészt a gégeorvossal, kénytelen szavaira válaszolni. Nem az a kérdés lényege, hogy sebész vagy gégeorvos gyógyítsa-e a beteget, hanem az, hogy mi válik a beteg hasznára. A mit Neubauer a laryngofissio ellen felemlít, az éppen mellette szól, mert eseteiben, melyeket felemlít, sikert épenességgel nem ért el. Nincs kétely, hogy pl. curette-tel papillomákat, onnan, a hol sok van, ki lehet hozni, hiszen azt is látta szóló, hogy ily kísérleteknél nemcsak papillomák, hanem ép nyákhártyarészletek is kerülnek ki a gégeből; de azért az ilyen sötétben való kaparást el kell vetni, mert azt Neubauer sem láthatta, hogy mi maradt még a hangszalagok alatt. Hiszen ő maga mondja, hogy a csuule-t az általa operált esetekben nem tudta eltávolítani. Nem mondotta szóló, hogy 10 éven aluli gyermeket nem lehet vizsgálni, hiszen az imént említette, hogy az alig két éves gyermeknél a papillomát jól látta, hanem csak azt, hogy kisebb gyermekek a legtöbb esetben nem állják ki nyugodtan azt, hogy náluk endolaryngealisán jól lehessen operálni. Kivételes esetekben ez minden esetre lehetséges, de nem állítható fel szabályul, mint Neubauer akarja. Azért az ő eljárása mindig csak sötétben való kaparás, de nem nevezhető sikeres műtétnek és nem is ajánlható.

**Herczel Manó:** Nem tudja felfogni, hogy endolaryngealiter többet lehetne elérni, mint laryngofissióval, mely lehet, hogy veszélyesebb, de a papillomák eltávolítására sokkal előnyösebb, hisz a gége fel van tárva s ott áll a sebész előtt, nem kell a sötétben kaparászni. Oszítja szóló Lénárt nézetét, hogy nagy kiterjedésű papillomák eltávolítása után czélszerű Thiersch-lebenynyel pótolni a nyákhártyát.



Osztja Pauncz és Morelli nézetét is, hogy malignus daganatok constatalása után perhorrescendó minden endolaryngealis beavatkozás, mert azzal csak ártunk a betegnek; ilyen esetekben csak a radicalis operatio használ.

(XV. bemutató szakülés 1900. évi október 31-dikén.)

Elnök: Mutschenbacher Béla; jegyző: Terray Pál.

#### A vese lőtt sebe, vese kiirtás, gyulladás.

**Fischer Aladár:** A 19 éves férfi augusztus hó 11-dikén délután szolgálati fegyverével öngyilkossági szándékból meglötte magát. Navratil tanár osztályára beszállítván, a következőket találta:

A bal bordaív szélének megfelelően a bimbóvonalban körülbelül 10–11 mm. átmérőjű, kerek, kissé egyenetlen szélű folytonosság hiány, melyet egy körülbelül 4 mm. széles barnás pörkös gyűrű és gyermektenyérszerű, szabálytalan lőporszemcsékkel beékelt, vörösen elszínesedett udvar vesz körül. A bal ágyéktájon a XII. bordának és a m. sacro-lumbalis külső szélének megfelelően 3 cm. hosszú, 2 cm. széles háromszög alakú csafatos szélű folytonosság megszakítás, melyben mogorónyi vesedarab látható. Sérült beszállításakor a legnagyobb fokú shock van, anaemiás, pulsus alig érezhető, nyákhártyái színtelenek, szárazok, szapora felületet légzés, apathiás. Az alkalmazott analeptikák, az ágy melege és a nyugalom folytán a beteg három óra múlva magához tért, pulsusa javult, az apathiát az anaemiás nyugtalanság váltotta fel, a lumbalis seb bőven vérzik; világos volt, hogy a vérzés székhelye a bal vese. E mellett szólt a kilövési nyílás helye, az abban talált kiszakított vesedarab és a véres vizelet. A belövési nyílás ugyan olyan helyen volt, úgy hogy a hasi szervek sérülésére is kellett gondolni, azonban a has részéről négy órával a sérülés után még mindig nem mutatkozott tünet, s így feltehető volt, hogy ott sérülés nincs.

Mindezeket megfontolva, a bal vesét a Braun-féle haránt lumbalis metszéssel feltárta, s hogy tágabb tért kapjon, erre merőlegesen még a Simon-féle metszés felső részének megfelelő metszést is vezetett. Az izmok átmetszése után az egész retroperitonealis tért a bal vese körül véralvadékokkal és veseronesokkal kitöltve találta. Ezeket kitakarítva, előtte feküdt a vese, melynek alsó harmada teljesen hiányzott, s ennek megfelelően egy erősen vérző, egyenetlen, dudoros sebfelületet mutatott, melyből klindulva mély, ugyancsak vérző beszakadások mentek a hilus felé.

A vérző vesét a burkoló laza szövetből gyorsan kifejtette, a hilust izolálta, azután az edényeket külön és az uretert együttesen lekötötte, s a vesét szorosan a hilusnál lemetasztette, mint a functióra teljesen haszontalan és könnyen necrotizálható részletet.

Az operatio után rögtön két liter physiologikus konyhasóoldattal hypodermoklysiszt csinált és analepticumok alkalmazásával az anaemiát és shockot legyőzni igyekezett, a mit sikerült is elérnie; az operatiót követő nap reggelén a pulsus százra szállt le, a beteg közérzete javult.

A további lefolyást illetőleg már az első napon este a pulsus nagy hullámú, kemény, a vizelet napi mennyisége emelkedik 900 cm<sup>3</sup>-ről másnap 2700 cm<sup>3</sup>-re, s mintegy két héten keresztül annyi is maradt, világos színű, kis fajsúlyú; a seb gyógyulása szabályszerű, október 3-dikán gyógyultán távozott.

#### A gyomor lőtt sebe, laparotomia, gyulladás.

**Fischer Aladár:** A beteget szeptember 8-dikán egyik játszótársára egy kis Flaubert-pisztolyal hasba lötte; két órával később sérültet Navratil tanár osztályára hozták.

A bal bordaív szabad szélének megfelelően, a bimbó és parasternal vonal között középen fekvő mintegy 5 mm. átmérőjű, kerek, kissé egyenetlen szélű, 2 mm. széles, fekete pörkkel környezett folytonosság megszakítás.

A has feltűnően puffadt, különösen a gyomor táján érzékeny, a beteg több ízben hány és pedig a sérülés előtti bő éhezésnek megfelelően tömegesen; pulsus 104, légzés szapora, felületes.

Mindezen tünetek alapján behatoló hassérülést diagnosztizáltak, a mely mindenek szerint a gyomrot is sértette. Rögtön laparotomiát végeztek, és pedig a bal bordaívval párhuzamos metszéssel, minthogy az ilyen metszésekkel legjobban érhető el a gyomor fundusa; a gyomrot előhúzza mintegy 5 cm.-rel a cardia alatt egy 5 mm. hosszú, egyenetlen szélű résszerű nyílást találtak, melyet két etage Lembert-varrattal rögtön zártak.

Ezek után nagyon valószínű volt, hogy a gyomor hátsó fala is sérült; hogy ezt áttekinthessék, a lig. gastro-colicumban egy függélyes nyílást csináltak, ezen keresztül a gyomrot kifordították s tényleg ennek hátsó falán az elülső nyílásnak megfelelően nyílást találtak, melyet szintén két etage seroserosus varrattal egyesítettek.

Ezután kitorúlva a sérült helyet és környékét, a hasüreget zárták; a további lefolyás zavartalan volt, sérült két hét múlva gyógyultán hagyta el a kórházat.

#### Iritis gonorrhoea.

**Kaldrovits Andor:** G. F. 36 éves pék 14 hét előtt acquirált először gonorrhoea urethraet, mely még most is megvan; izületi bántalmak nem voltak. Hét hét előtt mindkét szeme fájni kezdett. Okt. 2-dikán vettette fel magát a Rókus kórházi szemészeti osztályra, a mikor is nála az iritis serosa típusos képe volt jelen. Havas Adolf tanár-főorvos úr által megejtett vizsgálat kiderítette, hogy beteg szer-

vezetében a luesnek semmi nyoma sem mutatható ki. Polyarthrit is rheumatica sem volt s így közelfekvő volt a gondolat, hogy az iritis gonorrhoea eredetű. E mellett szól a lefolyás is. A gonorrhoea javultával párhuzamosan az iritis is nagy fokban javult; synechiák nem keletkeztek. A gyógyítás localisan atropinra s meleg borogatásra szorított. Antiluetikus curát nem alkalmaztak nála; gonorrhoeája helybeli kezelésben részesült.

#### Ophthalmia sympathica.

**Kaldrovits Andor:** K. J.-né 37 éves vasúti őrnejének bal szemét szept. 14-dikén tehene megdöfte s azóta e szemén nem lát; a sérülés után mintegy négy héttel észrevette, hogy az addig jól látó jobb szemének a látása csökken. Kórházba október 17-dikén vétetett fel a következő jelenállapottal: a bal szem mérsékelten belövelt a sclerán felül belül kissé elődomborodó íves szürke heg, a cornea ép, az irisen felül coloboma, pupilla területében libegő szürkés hártya. A szem nem fájdalom, látása szem előtt ujjak olvasására szorítkozik. Tükörrel gyenge vörös visszfényt kapunk ugyan, de a szemfenékre be nem láthatunk. Ugyanekkor jobb szemén mérsékelt injectio, a cornea hátsó felületén apró, tűszúrásnyi praecipitatumok, pupilla széle két helyen letapadt. Látás: 5/20. A felvételekor ajánlott enucleatio-bele nem egyezett, miért is erőlyes higanybedörzsöléseket s localisan atropint alkalmaztak nála. Kórházi tartózkodása alatt a jobb pupilla atropinra tágtult, praecipitatumok azonban szaporodtak s a szemfenéken a papilloretinitis tünetei jelentkeztek. Visus most a jobb szemén 1 m.-ről ujjolvasás. A prognosis természetesen rossz, sőt az is lehetséges, hogy most már a sérült bal szem az, mely esetleg még látásával megmenekülhet, míg a jobb szem szomorú sorsát, a visus teljes elvesztését alig kerülheti el. Az eset több tekintetben tanulságos, mindenekelőtt azért, mert subconjunctivalis sclera repedés sympathikus gyuladást keltett; bár ily esetek az irodalomban leírva, mégis aránylag ritkák. Másrészt a papilloretinitis előtérbe lépése s az iritis háttérbe szorulása nem szokott alak.

#### Üvegtesti vérzés.

**Kaldrovits Andor:** T. V. 21 éves napszámos. Mult év októberében szemének látása hirtelen, mintha fekete árnyék röpködött volna előtte, nagy mértékben csökkent, bajából hat heti orvosi kezelésre gyógyult. F. évi március havában szembaja ismétlődött s négy hétig tartott; végül augusztus havában hasonló tünetek léptek fel s látását ismét elvesztette s október 25-dikén osztályukra vétetett fel következő állapottal: Külsőleg a szemeken elváltozás nincs. Jobb szem alsó részéből vörös visszfényt kapunk, de a szemfenék képe nem látható, alul az üvegtestben két egymástól fehéres csik által elválasztott kevésbé mozgó vörös rög tűnik föl. Bal szemfenék sem látható, azonban focalis világtáznál az üvegtestben nagy sárgás fehéres gomoly látszik a szemtekével ellenkező irányban helyét változtatni.

A baj hirtelen, gyuladással tünetek nélkül való keletkezése, nemkülönben a jobb szem belsejében látható vörös rögök itt intraocularis vérzés által okozott látásromlás mellett szólnak. Az üvegtesti vérzés aetiologiáját illetőleg említik az érfalzat megbetegedését, szivbajt, anaemia perniciosát, leukaemiát, diabetes mellitust; jelen esetben azonban ezek egyike sem volt kimutatható, úgy hogy ezen eset a recidiváló üvegtesti vérzések azon ritka csoportjába tartozik, melyben ezek fiatal egyénekben néha orrvérzésekkel párosulva minden kimutatható ok nélkül keletkeznek.

A vérzés kiindulására vonatkozó vélemények eltérők, egyesek a retinából, mások a chorioideából származtatják. A therapeutikus eljárások egész sorozatát ajánlják ilyenkor, de leginkább a felszívó szerelés és pedig higany s jodkalium, majd pilocarpinbefecskendés mellett szólnak. Operative is igyekeztek eredményre, így a carotis alakításával, ophthalmotomia posteriorral, a vér kibocsátásával és iridectomiával, mely még leginkább jöhet szóba.

A prognosist tekintve, lehet, hogy a vér felszívódik, mint betegnél már két ízben megtörtént, de sokszor a vér organizálódva kötőszövet képzésre adhat alkalmat, mit néha következményes retinaleválás s a szemnek athrophiája követ.

#### Laryngitis crouposa esetek, intubatio és tracheotomia.

**Massanek Gábor:** Régen meghaladott álláspont az, hogy az intubatio és a tracheotomia egymással versenyző operatiók, s általában el van ismerve, hogy egyik a másik nélkül meg nem állhat.

Épen ezért kísérelték meg igen sokan szorosabb indicatiokat felállítani arra nézve, hogy mikor és milyen esetekben kell az egyiket és mikor a másikat végezni.

Vannak egyes szerzők, a kik meglehetősen hosszú ideig tartják benne a tubust, mások tekintet nélkül az esetre, bizonyos idő múlva, ha a végleges extubatio nem sikerül, megcsinálják a tracheotomiát.

Vannak szerzők, a kik a betegség fokától, az alhártyás folyamat kiterjedésétől teszik függővé azt, hogy melyik operatio végzendő, s azt tartják, hogy lehangó bronchialis croupnál csak a tracheotomia indicált, míg az intubatio csak a gége, esetleg a trachea felső részeire terjedő alhártyánál van helyén. Mások kimerült, elesett gyermekeknél is tracheotomiát végeznek, az intubatiót meg sem kísérik.

Tapasztalataik szerint azonban ilyen határozott indicatiokat felállítani avagy azokat követni semmi irányban sem lehetséges. A János-kórház gyermekbeteg-osztályán minden esetben megkísérik az intubatiót, kivéve természetesen azon eseteket, a hol pharynxstenosis vagy a gégefő oedemája áll fenn, s csak ha az intubatio célhoz nem vezet, pl. hártyaletolással, vagy ha a végleges extubatio nem sikerül, csinálnak



tracheotomiát; nagy súlyt helyeznek a manifest jelekre, melyek decubitus fejlődésre utalnak; s minden esetre individualizálnak, mert ép úgy a mint egy elhalt esetükben 24 órai intubatio után már igen súlyos körkörös decubitust találtak a gégében, van olyan esetük, a melyben közel 700 órai fekvés után sem okozott a tubus semmiféle laesiot.

Három esetet mutat be szóló, melyek egy időben voltak az osztályon, s a melyeket az említett indicatiók figyelmen kívül hagyásával kezelték, s mégis mindhárom eset meggyógyult.

Az I. esetet: 3½ éves angolkóros fiút október 23-dikán vették fel; egy hét óta beteg, állítólag számárhurujta volt, melyhez torokgyík társult. Felvételtkor kissé stenotikus a légzése, kifejezetten ugatójellegű köhögés; torka piros, de csak a hátsó garatfalán van egy lencsényi lepedék; tüdők fölött szűrtyörejek; pertussis nincs, tempulát sehol. A gyermek állapota, dacára a gyakori gőzölésnek nem igen változik, csak az éj folyamán lépnek fel több ízben fuladási rohamok, melyek azonban spontán megszűnnek.

Másnap reggel azonban oly fokú és oly makacs roham áll be, hogy intubálni kellett; az intubatio azonban nem segített, sőt teljes apnoét vált ki. A másodszori kísérlet után a harmadrangú hörgőig leterjedt hártát expectorál, mire a légzés megjavult, s minden további complicatio nélkül gyógyult. Itt tehát descendáló croupról lévén szó, a felállított szabályok szerint rögtön tracheotomiát kellett volna végezni, s ime az egyszerű ecouvillonage meghozta a teljes gyógyulást; másrészt a bronchialis croupot nem is diagnosztizálták.

A II. esetben a gyengén fejlett, nagyon lesoványodott és anaemiás 15 hónapos gyermeket október 28-dikán vették fel: már ekkor nagyon elesett volt, szapora, filiformis pulsus, stenosis, cyanosis; tüdők fölött bő szűrtyörejek, tempulát nincs. Az intubatio javít ugyan a légzésen, de a légszomj, cyanosis nem szűnik meg teljesen; dacára, hogy joggal feltehetjük, hogy a folyamat a hörgőig leterjedt, nem tracheotomizálták.

A gyermek állapota súlyosbodott, igen nagy láz, pulsus szapora, alig tapintható, az exitus bekövetkezése volt várható; excitansokat kapott; a légzés azonban némileg javulni látszott.

Másnapra javult az összállapot is; a láz alább hagyott, a pulsus javult, a gyermek élénkebb lett. A következő reggelen extubálta a gyermeket; légzése ezután is szabad, a láz csökkent.

Az indicatiók alapján itt tracheotomiát kellett volna végezni s 48 órai intubatoria a stenosis megszűnt, a gyermek meggyógyult.

A III. esetben a gyermeket okt. 9-dikén hozták a kórházba, hol felvétele után pár óra múlva intubálni kellett, a mikor apró álhártya-részleteket expectorál; torkában egyébként lepedék nem volt. 48 óra múlva extubálták, mire néhány percz alatt a stenosis oly fokra emelkedett, hogy ismét intubálni kellett; 4 nap múlva már délelőtt egy, délután is egy órát töltött tubus nélkül; a 6-dik napon pedig 4 óra hosszig van tubus nélkül; az extubációs spatiumok azonban már rövidülnek s miután még a 9-dik napon sem volt végleg extubálható, félni kellett a decubitus kifejlődésétől; megcsinálták a tracheotomiát, átmetszve az első három trachealis gyűrűt. A gyermek eddig az első intubatiótól számított 201 óra közül 180-at töltött tubussal.

A tracheotomia után is több ízben kísérelték meg a gyermeket a gégén át légeztetni, azonban mindig óriási dispnoé lépett fel s a recurrens bénulásra emlékeztető typusú légzés; a VI. napon az intubatiót is megkísérelték, a gégébe azonban teljes lehetetlenség volt bejutni, a gégefeő annyira fellágyult és duzzadt volt; 3 nappal később már sikerült az intubatio és javult a légzésen, de tubus nélkül most is csak fellép az óriási inspiratorius dispnoé; 5 nappal később az intubatio teljes apnoét vált ki, úgy hogy rögtön extubálni kell; ennek okát kutatva, kiderült, hogy az epiglottis göbszerű képletté változott és a gége lumene fölé van hajolva, ráfekszik a tubus lumenére s azt elzárja; az intubatiót ismételt megkísérelvén, az csak a 9-dik napon vezetett a kívánt eredményre, ekkor már az epiglottis csaknem teljesen visszanyerte alakját s nem is volt többé hátra fixálva.

Miután most már az intubatio szabad légzést biztosított, másnap decanuleálták, utána rögtön intubálták s 2½ órai fekvés után eltávolították a tubust is. Extubálás után a légzés majdnem teljesen szabad, a gyermek vigan van s tiszta hangon beszél; estefelé dispnoés roham lép fel, mely azonban pár percz múlva spontán megszűnt; este 1½10-kor hasonló dispnoé-roham, a mikor intubálni kellett; 11 órakor extubálták s az éjt nyugodtan töltötte; másnap 6-szor lépett fel dispnoé s mindannyiszor kellett intubálni, úgy hogy óvatosságból éjjelre a tubus fekve marad; azon időtől fogva a gyógyulás zavartalanul folyt s ma a gyermek teljesen jól lélegzik és tiszta hangon beszél.

A gyermek ezek szerint teljes 12 napot töltött a canullal s a decanulement után még 20 órát volt intubálva.

#### Az agyat átjáró lött seb esete.

Lipscher Mór: F. József pinceszert alvás közben 1900. szeptember 7-dikén hét mm.-es forgópisztolyal közvetlen közelből fejbelőtték. Fél órával a sérülés után már eszméletnél volt, csak fejfájásról panaszkodott. Az első napokban sokat aludt; környezetének feltűnt, hogy az előbb józan és nyugodt kedélyű ember könnyen felingerült, az orvosi kezelésnek ellenszolgált, egész jellemében megváltozott, miért is hét nappal a sérülés után Herzel osztályára szállították. Felvételtkor a bemeneti nyílás a bal halánték táján a külső szemzúg magasságában, attól 2-5 cm.-nyire hátrafelé száraz pörkkel fődve találták, körülr a bőr gyermektenyényi területen löporszemcsékkel behintett. Beteg eszméletnél van, láztalan. Csak aluszékonyága, kedélyhangulatának megváltozása és gyér pulsus (50) szólottak a mellett, hogy intracranialis sérülés is történt. Miután a radiographiával a projectile hollétét kikutatni nem sikerült, a tünetek pedig lassacskán visszafejlődtek, műtéti be-

avatkozás indicálva nem volt. Három héttel a sérülés után a bemeneti nyílással szemben levő oldalon, a jobb halántéktájon fájdalmas duzzanat fejlődött, mely lassan növekedett, e mellett a beteg hőmérséke, mely eddig rendes volt, fölszállt 38° C. fölé.

Herzel főorvos Schleich-féle anaesthesiaival incisiót eszközölt, ekkor azután kitért, hogy a duzzanat egy tályog által okoztatik, melynek alapját a jobb halánték csontpikkelye képezte. Utóbbi 3 cm.-nyire a külső halljárat előtt át volt törve és a lékben a projectile csúcsa látszott ki. A csontnyílásnak tágitása után a deformált löveget ki lehetett emelni, mire a koponya üregéből mintegy 10 cm<sup>3</sup> agytörmelékkel kevert geny ürült pulzáló áramban. A diónyi intracranialis tályogűr gázecsiszikkal kifelé draineztetett.

A projectile bemeneti nyílása bal oldalon, épen a mellső koponyagödör fenekének magasságában van, a kimeneti nyílás a másik oldalon, valamivel magasabban és hátrább, már a középső koponyagödör oldal-falában fekszik. A löveg tehát harántirányban keresztül hatolt a koponya mellső részén, keresztülfúrta valószínűleg a bal homlok és jobb halántéklebenyt, agytályogot hozott létre, de ezen nagy sérülés súlyosabb tüneteket nem okozott. Ezen körülmény képezi épen az eset érdekességét. A sérült teljesen meggyógyult.

#### A párisi internationalis congressus sebészi szakosztályának ülései.

A szakosztály első ülését augusztus 3-dikán Tillaux tanár nyitotta meg.

Prof. Checherelli (Párma) Salso-Maggiore sós-jodvizeiről szólt, melyeket localtuberculosisban szenvedőknek fürdők, subcutan injectiok alakjában, továbbá lymphomák állományába való befecskendésre, tuberculosisos tályogok mosására ajánl.

Biondi (Siena) a „Salva“ nevű jodos tej használatáról értekezett sebészi tuberculotikus megbetegedéseknél.

Fauve (Páris) 93 általa műtött rosszindulatú álképlethen szenvedett betegről referál; 20%-ban birt teljes, 1-5 évi észlelési idő alatt recidivantes gyógyulást elérni.

Braquehay (Tunis) a nirvanin 30/0-os oldatát ajánlja subcutan injectiok alakjában localis anaestheticum gyanánt; az anaesthesia 5-10 percczel a befecskendés után áll elő és félórát is eltart; a szernek 1/2-1 gr.-ja sem okoz kellemetlenséget.

Severeanu (Bukarest), Tuffier (Páris), Nicoletti (Nápoly), Racovicéanu (Bukarest), a Bier-féle anaesthesiaival tett tapasztalataikról számolnak be; véleményeik megegyeznek az eljárás kiváló értékére nézve (bár Racovicéanu 125 esete közül négyben nem következett be, kettőben pedig csak muló volt az érzéketlenség), azonban arra nézve is, hogy az esetek nagy részében fellépnek a cocain kellemetlen mellékhatásai, különösen kiemeli Tuffier a 95/0-ban jelentkező, 24-48 óráig elhúzódó fejfájást, ezenkívül hányás, a pulsus gyengesége szokott jelentkezni; e tünetek azonban többnyire enyhék és hamar elmúlnak, ellenük coffein- és aether-injectiok ajánlatnak.

Nicoletti szövettani vizsgálat által mutatta ki, hogy a cocain a vele érintkező idegelemeket nem alterálja, az anaesthesia a szer vasoconstrictor hatásán mulik; állatoknál a gerinczesatorna cervicalis partiejába tett cocain-injectiok az állat halálát okozták. Trunczek (Prága) a hámrakok és exulcerált sarcomák localis kezelésére mosogatások alakjában ajánlja az arsensavat: 1 gr.-ot 40-75 gr. aa víz és alkoholban oldva; e kezelésre az álképlett pörkök alakjában leválk s közönséges sarjfelület marad vissza; egy bőrsarcoma esetében teljes gyógyulást birt elérni, mely már 18 hónapig tart. Maréchal (Chatillon sur Seine) a Ducrey-bacillus tiszta tenyészetét birta előállítani s azt tengerimalaczra átoltani. Türek (Chicago) mintegy 40 észlelete kapcsán ama conclusiora jut, hogy súlyos operatiók után minden kimutatható körboneytani ok nélkül bekövetkezett halál infectio és shock következménye; a shock növeli és kifejleszti az infectio esélyeit. Hasműtétéknél a has bőrét és az operateur kezét kaucukborítékkal kívánja befedetni, a shock ellen pedig 48° C. meleg vízzel telt kaucuk-tömlőknek a has-űrbe való helyezését ajánlja.

Severeanu (Bukarest) a subcutan varrat egy új nemét mutatja be. Michaux (Páris) haemostasis céljára egy új eszközt ajánl, melylyel egy kéznyomással lehet az edényre fém-ligatúrát alkalmazni; a ligatúrák igen jól tartanak s complet vérzéscsillapítás érhető el velük. Michel (Páris) bőrvarrathoz kis 1 cm. hosszú, 2½ mm. széles nickel-lemezskéket ajánl, melyek két vége lefelé be van görbítve s kis tüskéket visel, a lemezkek 24-ével vannak egy hajtűszerű készülékre felfűzve; alkalmazásukra egy specialis csipót szerkesztett; 10-15 ilyen kapcsol lehet 1/2-1 percz alatt a bőrre alkalmazni, a heg igen szép. Bramson (Kopenhága) egy a sebek egyesítésére alkalmas apparatust mutat be, Hagopoff (Konstantinápoly) pedig az etage varratok alkalmazásának oly módját emelte ki, melynél az összes etageok fonalai eltávolíthatók; az eljárás lényege abban áll, hogy egy fonállal varrja az összes etageokat, de a fonal két szarát az egyes etageok helyén catguttal körülköti. Állatkísérleteinél az egyes hasfalrétegek exact összefekvésését és egyesülését birta így elérni.

Augusztus 3-dika délutánjának napirendjére a pancreas-chirurgia volt kitérve. Prof. Checherelli (Párma) volt első referense e témának; kiemeli, hogy a pancreas kiirtása, mint azt állatkísérletek igazolják, lehető s az egyén pancreas nélkül is tovább élhet; ez emberen eddig a pancreas-tumorok nehéz és késői diagnosisa miatt nem történt. A leggyakoribb chirurgikus beavatkozást igénylő elváltozást képezik a cysták, melyeknek a hasfalhoz történő kivarrás utáni megnyitása képezi



a szokásos eljárást. Az újabban annyit tárgyalt pancreas-necrosis és genyedés kezelése az acut stadiumban expectativ legyen, a tályog symptomáinak jelentkezésekor be kell avatkozni; erre három út választható: a lumbalis extraperitonealis, transpleuralis és a supraumbilicalis a linea albán át. Chronikus pancreatitisek a choledochus és pylorus összenyomása révén okozhatnak tüneteket, ekkor ennek megfelelő lesz a beavatkozás. Traumatikus herniáknál, vándorpancreasnál fixatio ajánlatos, a canalis Wirsungianus köveinél ezek kihúzása, sérüléseinél a csatorna összevarrása ajánlatos. Pancreas vérzéseknél a véralvadéknak a hasürből való kitisztítása s a vérzésnek csillapítása a pancreas összevarrása vagy a véredények lefogása által szükséges.

Mayo Robson (Leeds) 40 pancreasbeteget operált; rák esetén a mirigy kiirtását csak ritkán tartja kivihetőnek vagy igazolhatónak, legfőkébb a betegségnek egész kezdetén, ha a tumor a pancreas fejére vagy farkára van localizálva; kiváló szolgálatokat tehet azonban a tünetek enyhítésére a cholecystostomia vagy cholecystoenterostomia, melyet 13 esetben hajtott végre, 9-ben sikerrel. Pancreascystát 5 esetben műtött, 1 esetben sikerült a cystát in toto eltávolítani, 4-ben incisio és kiürítés történt. Az acut pancreatitist az angiocholitis helyezi párhuzamba; a pancreastályogokat lumbalis úton kívánja kiüríteni. Négy idevágó esete közül 2, hol a lumbalis tájat választotta, a tályog kiürítésére meggyógyult; kettő, kinél a ventralisat, meghalt; ezeknél a tályog a gyomorba tört volt be. Egy betege, kinél a bélbe tört be a tályog, műtét nélkül meggyógyult. Az acut infectiosus pancreatitist, a mint a diagnózis biztos, úgy mint az appendicitist, rögtön sebészi beavatkozást javasol. Chronikus interstitialis pancreatitist, mely gyakran rosszindulatú tumort mimel, 15 esetben avatkozott be cholecystostomiával vagy cholecystoenterostomiával; 14 betege teljesen meggyógyult. Tapasztalatai szerint, melyek Fergusson körbontani leleteivel megegyeznek, e bántalom, kapcsolatosan a pancreas kivezető csöveinek chronikus gyuladással, az epekövek rendes kísérője. A pancreasköveket ritka betegségnek tartja, felkeresésükre a duodenum megnyitását s a ductus Wirsungianusnak a benyílási helyéből való sondázását ajánlja.

Boeckel (Strassburg) statisztikai összeállítást közöl a pancreas-műtétek eddigi eredményeiről. Friss sérülések esetei rövid idő alatt halálosan végződnek (10 közül 8), a rationalis eljárásnak a seb tamponálását tartja. Pancreasgenyedés és necrosis 20 esete közül 11 meggyógyult, 9 meghalt; pancreatitis haemorrhagica 23 esetére 5 gyógyulás és 18 halál esik; solid tumorok eltávolítása 8 esetben gyógyulással (ezek közül 4 tartós), 3-ban letalisán végződött. Pancreascysta 144 esete közül 99-ben egyszakaszos volt a műtét, 92 gyógyult, 7 meghalt; 16-szor két szakaszban történt az operatio, ezek mind meggyógyultak; teljes vagy partialis exstirpatio 25 esete közül 4 meghalt, 21 gyógyult. Solid tumoroknál a palliativ műtétek a következő eredményekkel jártak: cholecystoenterostomia 15 esete közül 8 gyógyult, a maximális élettartam 14 hónap volt, cholecystogastrostomia 4 esetben hozott muló javulást létre, gastroenterostomia 2 esetben végeztetett (1 halál, 1 gyógyulás 4 havi élettartammal); 1-szer pancreati coenterostomia hajtott végre, ez halálosan végződött.

Villar (Bordeaux) a pancreastumorok diagnostikájához fűzött néhány megjegyzést, Michaux, Soubbotitch (Belgrád) casuistikus észrevételeket tettek.

(Folytatása következik.)

## PÁLYÁZATOK.

14.834/1900. K. szám

Újfehértó községben elhalálozás folytán üresedésbe jött községi orvosi állásra pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni szándékozókat, miszerint az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-a és az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt képesítést feltüntető okmányokkal felszerelt kérvényüket f. évi november hó 21. napjáig bezárólag a n.-kallói járási főszolgabírói hivatalhoz beadják.

Az állás javadalmazása:

I. Törzsfizetés. Újfehértó község pénztárából évenként 1000, azaz egyezer korona.

II. Mellékdíjai. a) Orvosi látogatási díj 1, azaz egy korona, halottkémlelői díj 60, azaz hatvan fillér, a felek által fizetve.

b) Orvosi rendelésért saját lakásán 60, azaz hatvan fillér.

c) Éjjeli látogatás, vagy tanyára való menetelért ezen díjak kétszeresét s a tanyára való menetelnél előfogatról gondoskodni, esetleg az előfogati díjat tartozik az orvosi segélyt igénybe vevő fél megfizetni.

Igazolt szegénység esetén fizetés nem jár.

A választás határidejéül f. évi november hó 22. napjának délelőtti 11 óráját Újfehértó községhezát kitűzöm.

Megjegyeztetik, hogy a törzsfizetésből ez idő szerint csak 800, azaz nyolcszáz korona van törvényhatóságilag jóváhagyva s így a 200, azaz kétszáz korona még törvényhatósági jóváhagyást igényel.

Nagy-Kálló, 1900. évi november hó 8-dikán.

1-1

Zoltán István, főszolgabíró.

Az ar.-maróthi járásba kebelezett gr.-szt.-benedeki közegészségügyi körben megüresedett körorvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom azokat, kik ezen 1200 korona fizetés és 200 korona úti átalánnyal a vármegye pénztárából javadalmazott állást elnyerni óhajtnak, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket nálam f. évi december hó 1-jéig okvetlen beadni sziveskedjenek.

A. R. Maróth, 1900. évi november hó 5-dikén.

Dr. Rudnyánszky, főszolgabíró.

1509/900. kig. sz.

A lemondás folytán megüresedett Árpád és Erdő-Gyarak községekből alakult és 1200 korona évi fizetéssel, látogatási díjakkal és kézi gyógyszerár jövedelmével javadalmazott árpádi körorvosi állásra ezzel pályázatot nyitok s felhívom mindazokat, kik pályázni óhajtnak, hogy szabályszerűen felszerelt pályázati kérvényeiket legkésőbb ez évi december hó 21-dik napjáig hozzám amnyival inkább nyujtsák be, mert a később érkező kérvények figyelembe vételét nem fognak az Árpád községhezát ez évi december hó 22-dikén délelőtti 11 órákor megtartandó választásnál.

Nagy-Szalonta, 1900. évi november hó 6-dikán.

3-1

Nagy Márton, főszolgabíró.

575/900. sz.

A kormányzatomra bízott Alsófehérvármegye kisenyedi járásában a járási orvosi állás elhalálozás folytán üresedésbe jövén, ezen Komcza község székhelyhez kötött 1200 korona évi fizetés és 300 korona évi úti átalánnyal díjazott járási orvosi állásra ezzel pályázatot nyitok és felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtnak, hogy családi állapotukat, minősítésüket és a tisztiorvosi vizsga sikeres letételét igazoló okmányaikkal felszerelt folyamodványaikat hozzám november hó 20-dikáig annál is inkább terjesszék be, mert a később beérkező kérvényeket figyelembe nem vevem.

Nagy-Enyed, 1900. évi október hó 3-dikán.

Zeyk Dániel, főispán.

5714/900. ki.

A Jász-Jákóhalma és Jász-Mihálytelek községekből álló egészségügyi körben a körorvosi állás lemondás folytán üresedésbe jövén, ezen állásra pályázatot nyitok.

A körorvos köteles állandóan Jákóhalman lakni, a körhöz tartozó J.-Mihálytelek községet hetenként kétszer meglátogatni, rendkívüli esetekben pedig annyiszor, a hánysszor annak szüksége mutatkozik.

Tiszti javadalmazása a következő:

1. J.-Jákóhalma község részéről 600 kor. évi fizetés, 200 kor. lakbér, vagy lakbér helyett természetbeni lakás, a halottkémlelés teljesítéséért 40 kor. évi díjazás; a szegényebb sorsú egyének úgy a 7 éven aluli gyermekek kivételével látogatási díj 80 fillér.

2. J.-Mihálytelek község részéről évi fizetés 400 kor., látogatási díjul napal 80 fill., éjjel 1 kor.

Felkérem a pályázni kívánó orvostudor urakat, hogy pályázati kérvényüket, minősítésüket igazoló okmányaik kapcsán bezárólag f. évi november hó 22-dikéig hozzám nyujtsák be; a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Jászberény, 1900. évi október hó 31-dikén.

3-2

Balogh, főszolgabíró.

65,402/1900. kig. sz.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye dunavecsei járásában lemondás folytán üresedésbe jött és évi 1200 koronával javadalmazott járásorvosi állásra ezzel pályázatot hirdetek.

A pályázati kérvények keresztlevelel (születési bizonyítvány), orvostudori oklevéllel és a tisztiorvosi minősítési bizonyítvánnyal felszerelve, hozzám legkésőbb f. évi november hó 8-dikáig nyujtandók be.

Budapest, 1900. évi október hó 15-dikén.

3-3

Beniczky, alispán.

## HIRDETÉSEK.

### Az idióták és gyengeelméjűek

államilag engedélyezett intézete Pelsőczön (Gömör-megye), kívátna bérmentve küld prospectusokat.

Dr. ZIFFER gleichenbergi fürdőorvos

### BELÉLEGZÉSI INTÉZETE

idült orr- és torokbetegségek, tüdőhurut, tüdőtagulás és asztma ellen.

Fölvételek 10-1-ig V., József-tér 10.

### SEBÉSZETI OSZTÁLY

Budapest, VII., Stefánia-út 55.

Vezetők: Dr. ROTTMANN E. s Dr. UNGAR D. operateurok.

Minden igényeknek megfelelőleg berendezett mintahelyiségek. — Mérsékelt árak. — Gondos ápolás. — Állandó orvosi felügyelet. — Műtét és gyógykezelés bármely tetszés szerinti specialista által. — Telefon.

## CSÁSZÁRFÜRDŐ BUDAPESTEN.

Elsőrangú kénes hévívízi gyógyfürdő páratlan gőzfürdővel, legmodernebb iszapfürdőkkel, pompás ásványvíz-uszodákkal, kő- és kádfürdőkkel, 200 kényelmes lakószobával. A legszolidabb kezelés. Prospektusok kívátna ingyen és bérmentve.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán- gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárczky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

**Torday Ferencz:** Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekekórházról. A lúgmérgezést követő gyermekkori heges bárzsingszűkületekről. 790. l.  
**Jendrassik Ernő:** Az inreflexek természetéről. 722. l.  
**Elfer Aladár:** Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kóroda laboratóriumából. Anyagesero-vizsgálatok a puro húsnedvvel. 724. l.  
**Szabó József:** A budapesti kir. m. tud. egyetem fogászati klinikájának évi kimutatása az 1899/1900. tanévről. 726. l.  
**Tarcsa, Babarcsi-Schwartz Ottó:** Az állami elmegyógyintézet orvosok helyzetéről. 726. l. — *Tövélygi Elemér:* Berlini levél. 728. l. — *Pekár Mihály és Heim Pál:* Orvosi dolgok a párisi kiállításon. 728. l.  
**Irodalom-szemle.** *Összefoglaló szemle. Kuthy Dezső:* A tüdővész sanatoriumi gyógyítása. 729. l. — *Könyvismertetés. Ruhemann:* Aetiologie und Prophylaxe der Lungentuberculose. 730. l. — *Aufrecht:* Die Ursache und der örtliche Beginn der Lungenschwindsucht. 730. l. — *Lapszemle. Belgyógyász. Gasne:* Eddig ismeretlennek látszó csont- és izületbaj. (—ts.) — *Hansen és Heiberg:* Lues és paralysis progressiva. (—ts.) — *Babinski:* A glandula pituitaria daganata

akromegalia nélkül. (—ts.) — *Szülészeti és nőgyógyászati. van Tussenbroek Katalin:* Méhen kívüli, ovarialis terhesség. (Doktor.) — *Bőr- és bújókórtan. Gautier:* Az arsen jelenléte a pajzsmirigyen kívül a bőrben és járulékaiban. (Póór F.) — *Leredde:* Az idegrendszer szerepéről a bőrbetegségekben. (Póór F.) — *Nuna:* Csecsemők naevus vasculosus. (Póór F.) — *Lereboullet:* Tertiaer syphilisnél előforduló diarrhoeáról. (Póór F.) — *Whitehouse:* Lupus erythematosusnál jodoform. (Póór F.) — *Orr, torok- és gégebajok. Peltesohn:* A rhinitis fibrinosa gyógykezeléséről. (Tövélygi Elemér.) — *Gottstein:* Gégerák. (Tövélygi Elemér.) — *Kisebb közlemények az orvostudományról. Gracser:* Alkoholos borogatások. — *Reichelt:* A honthin alkalmazása. 730—731. l.  
**Hetiszemle és vegyesek.** — A főváros egészsége. — A pestis Glasgowban. — A Nobel-féle alapítvány és a budapesti egyetem orvosi facultása. — Egyetemi alkalmaztatások. — Utazási ösztöndíjak. — Ösztöndíj adományozás. — Halandóság és élettartam különböző országokban. — A katonai orvosi karba felvétel új szabályozása. — Reácz Dezső. — Lelenczgy. — A Kézmárczky-féle poliklinika. — A budapesti általános poliklinika. — Lakásváltoztatás. — Megjelent könyvek és füzetek. — Herczel dr. — Szt.-Lukács-fürdő. — Orvosi évkönyv. — Kron-dorf. 731—732. l. — Pályázatok. — Hirdetések.  
**Tudományos társulatok és egyesületek.**

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

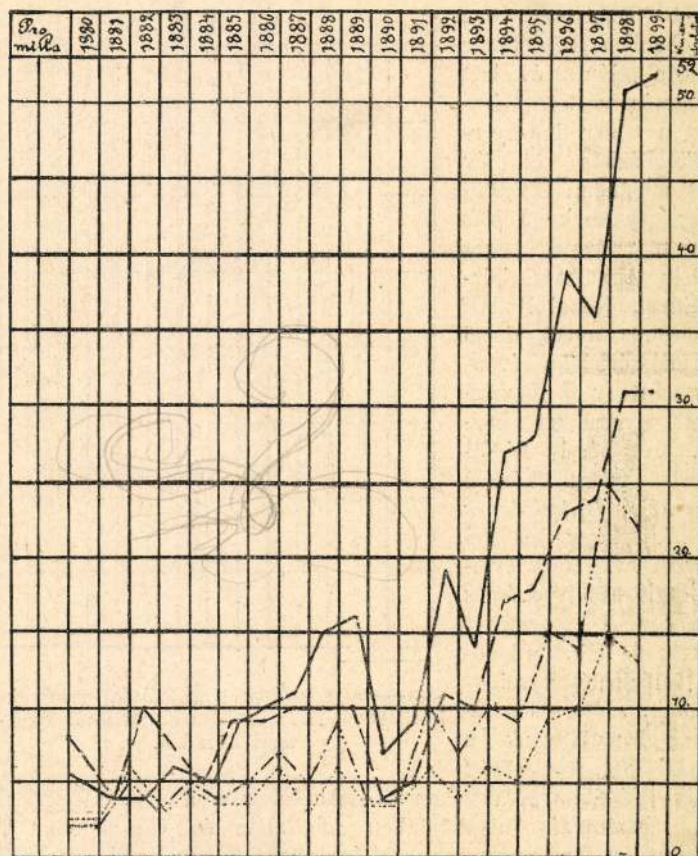
Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekekórházról.  
 A lúgmérgezést követő gyermekkori heges bárzsingszűkületekről.<sup>1</sup>

Irta: Torday Ferencz dr. segédorvos.

Az öngyilkosság még a késői gyermekkorban is a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Viszont a vigyázatlanságból történt könnyebb vagy súlyosabb véletlen testi sértések igen gyakoriak. Míg a lúgmérgezés a felnőtteknél, az öngyilkosságoknál játszik főszerepet, addig a gyermekkorban a súlyos, de főképp következményteljes testi sértések jó részét a lúg okozza. A heveny mérgezés tünetei a gyermekeknél sokszor csak az ajkakra vagy a száj nyálkahártyájára, illetve a bárzsingnak alig felső harmadára lokalizáltak: a lenyelt 1—2 csepp higabb lúg-oldat a bárzsing falán lecsurogva, ritkán ér a felső harmadnál lejjebb az oesophagus alsó részeibe; viszont felnőtteknél öngyilkosságnál felhőrpintett tömény lúg-oldat nemcsak a szájat, hanem a bárzsingnak alsó részét és sokszor a gyomrot is összeégeti. Daczára, hogy a bárzsing a gyermekkorban a lúgmérgezés folytán többnyire kisebb fokú sérülést szenved el, mégis a bárzsingszűkületek aetiologiájában a gyermekkorban a lúgmérgezés a legfontosabb tényező, mert az egyéb maró anyagokkal történő mérgezések és következményes heges bárzsingszűkületek ritkák e korban.

A lúgmérgezést követő heges bárzsingszűkületek nálunk sajnos nem tartoznak a ritkaságok közé: a budapesti Stefánia-szegény gyermekekórházban az utolsó 20 év alatt 172 oly gyermeket mutattak be, kinek táplálkozása ez okból volt akadályozott. Ugyanezen idő alatt 208 heveny lúgmérgezett gyermek talált itt orvosi segílyt. A betegek eloszlása évek szerint az 1. sz. graphikus táblázaton látható, mely feltünteti az 1000

I. táblázat. A budapesti „Stefánia“-gyermekekórházban 20 év alatt gyógykezelt lúgmérgeztettek.



Jelmagyarázat: — = a lúgmérgeztettek száma évenként; — — — = az arányszám 1000 betegre; - - - - = a bárzsingszűkületek száma évenként; ..... = az arányszám 1000 betegre.

<sup>1</sup> Előadatott a budapesti kir. orvosegyesület 1900. május 26-dikán tartott ülésén.



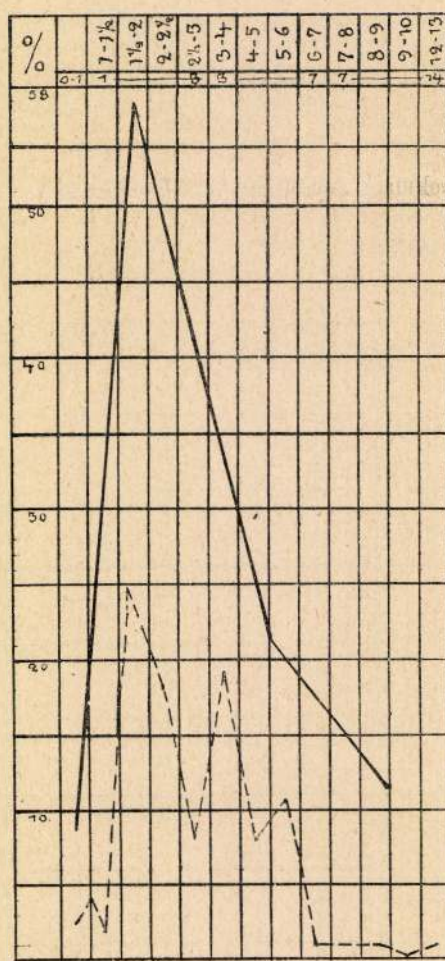
betegre vonatkozó számarányokat is. Lakóhely szerint a betegek úgy oszlanak meg, hogy 40%-uk a főváros kórház körüli kerületeinek, 12%-uk távolabbi kerületek lakosságából kerül ki, 48%-ukat pedig vidékiek teszik. Míg a lúgmérgezés heveny időszakában a kórházba hozott gyermekeknek csak 10%-a volt vidéki, addig a következményes heges bárzsingszűkülettel itt kezeltéknek 48%-a nem a fővárosban lakott. A „Bródy Adél”-gyermekkorház igazgató főorvosától, Grósz Gyula dr. úrtól szívességből átengedett adatok szerint ott 1897–99-ig 27 heveny lúgmérgezett és 16 bárzsingszűkületben szenvedő gyermek részesült szakszerű kezelésben.

Kórházunk ambulans beteganyagából nem voltam képes megbízható adatokat összeállítani arról, hogy a lúgmérgezést a gyermekkorban mily %-ban követi heges bárzsingszűkület, miután az ambulancián megfordult gyermekek közül sok kimaradt állandó megfigyelésünk köréből. Ezért csak *Johannessen* és *Keller* adataira hivatkozom, kik úgy találták, hogy a lúgmérgezett gyermekek 74.3 illetve 65.7%-ának táplálkozását befolyásolja utóbb a következményes heges bárzsingszűkület.

A közelmúltban *Johannessen* tanár a christianiai egyetemi gyermekkorodán 1893–98-ig kezelt 140 lúgmérgezett gyermek sorsát ismertette részletesen; ezek közül 104-nél a bárzsing heges szűkülete követte a lúgmérgezést. Érdekes, hogy ezzel ellentétben a szomszédos Dániában a lúgmérgezés a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. *Hirschsprung* több mint 25 éves beteganyagából csak három súlyosabb heges bárzsingszűkületre emlékszik. Németországban a

lúgmérgezés és így a heges bárzsingszűkület a gyermekkorban ritkaság. Sem a *Charitében* *Heubner* tanár osztályán, sem a *Friedrich-gyermekkorházban* *Baginsky* tanárnál öt év alatt nem volt egy ily beteg sem. *Stuttgartban* az egyetemi kórodán öt év alatt 4 oesophagus strictura tüneteiben szenvedő gyermeket mutattak be; *Münchenben* *Seitz* tanár poliklinikáján öt év alatt 8 lúgmérgezettet. Bécsben a *Karolina-gyermekkorházban* öt év alatt majdnem 100,000 beteg gyermek között csak 8 szerepel heges bárzsingszűkület kórisméjével. Néhai *Rudolf trónörökös* nevét viselő gyermekkorházba évenként mintegy 6 lúgmérgezett gyermeket hoznak. A bécsi *Lipótvárosi gyermekkorház* igazgatója, *Unterholzner* dr. írja, hogy kórházi alorvosi szolgálata éveiben 1860–63-ig számos lúgmérgezett gyermeket észlelt; de mióta a hatósági intézkedések szigorúbbak, azóta a balesetekkel bemutatottak a kórházi betegek között ritkák. Prágában, *Krakkóban* is ritkaság számba megy a gyermekkor lúgmérgezés, nemkülönben *Angliában* és *Olaszországban* is. *Párisban* a *Trousseau-gyermekkorházban* *Broca* sebészeti osztályán öt év alatt 6 lúgmérgezést követő bárzsingszűkület került kezelés alá. A párisi és franciaországi vidéki gyermekkorházak

II. táblázat. A lúgmérgezett gyermekek kor (év) szerinti eloszlása százalékokban.



— = a budapesti „Stefánia”-gyermekkorházban, - - - = a christianiai egyetemi kórodán.

kimutatásaiban is alig szerepel egy-egy lúgmérgezett gyermek. Oroszországban, Amerikában az Egyesült-Államokban, miután ott lúgot nem árúsítanak, a gyermekkor lúgmérgezés úgyszólván ismeretlen kórkép.

A lúgmérgezett gyermekek korviszonyait feltüntető 2. sz. táblázaton látható, hogy a budapesti „Stefánia”-gyermekkorházban az egy évnél fiatalabb lúgmérgeztettek az esetek 90%-át tették ki, míg az egy és három év közötti korban levők az eseteknek több mint felét, azaz 57.9%-át; azután ismét esőkken a gyakoriság, a három és hét év közötti korban 21.6%, a 7–14 év közötti korban 11.5% volt. Az ugyanezen táblázatban levő alsó vonal a christianiai egyetemi gyermekgyógyászati kóroda ily betegének korviszonyait tünteti fel részletesen. A lúgmérgezés absolute és relative is leggyakoribb az egy és két év közötti korban.

A heges bárzsingszűkület kórboneztani viszonyainak taglalásánál mindenekelőtt számolnunk kell azon körülménnyel, hogy a lenyelt falat néhány másodpercig a bárzsingban közvetlenül a cardia felett vesztegel. Továbbá mások a viszonyok, ha nagyobb kortyok lenyelése után nagyobb mennyiségű maró folyadék egész tömegében ronsolhatja a bárzsing falát, mint ott, hol csak néhány csepp csurog le az oesophagus felső harmadán.

Felnöttek lúgmérgezésénél a bárzsing felső részeiben, a gyűrűporoz és bifurcatio táján fejlődnek olykor a felületes fekélyzödést követő esékélyebb heges szűkületek; a lument olykor teljesen obturáló súlyos stricturák felnötteknél sokszor közvetlenül a cardia felett székelnék. A lúgmérgezés által okozott csőszéri, heges szűkületek gyermekeknél az oesophagus felső harmadában székelnék és csak kissé terjednek azon túl.

Csak ritkán társul hozzájuk a cardia felett ülő gyűrűs szűkület. A budapesti „Stefánia”-gyermekkorház beteganyaga is igazolja ezen régi tapasztalatot, mert eseteink 54%-ában a bárzsing felső harmadában akadt a kutató szűkületre. 19%-ban a középső harmadban, végül 27%-ban a cardia felett székelt a szűkület. Természetes, hogy a lenyelt marólúg mennyiségéhez és töménységéhez képest vagy csak felületes hámleválás, kisebb terjedelmű, sekélyebb fekélyek keletkeznek, vagy mélyreható súlyos ronsolások. Míg az előbbieknél a hám alig vagy csak kis terjedelemben pusztul el, a heges gyógyulás által összehúzódó nyákhártya a bárzsing ürterét csak kisebb fokban szűkíti hosszanti vagy haránt elhelyeződésű léczes kiemelkedések, félkör alakú billentyűk vagy gyűrűs szűkületek által; addig az utóbbi esetben hosszabb-rövidebb, merev callosus hegszövetből képezett szűk ürterű, olykor teljesen átjárhatatlan csőves szűkületek keletkeznek. Nem szabad itt megelégednünk a szűkület feletti bárzsingfal izomzatának compensatorikus túltengéséről sem, mely göresös összehúzódásával, heveny esetekben a lobos inger folytán, vagy idültelnél az energikus sondázás által is kiváltva, hozzájárul a bárzsing átjárhatlanságának fokozásához.

Gyakorlati szempontból nagy fontossággal bír azon körülmény, hogy a szűkület feletti tágtult bárzsingszakaszban az ott veszteglő táplálék által okozott inger folytán sokszor lobosodás áll be, mely a perioesophagealis kötőszövet útján a mediastinumba is áttérjedhet és itt életveszélyes megbetegedéseket idéz elő, sőt halált is okozhat, mint a „Stefánia”-gyermekkorház egyik betegénél, kinek kórtörténetéből a jellegzetes bonczleletet következőkben közlöm: „*Stricture oesophagi medii inter costas V—VIII. Phlegmone purulenta textus cellulosi perioesophagealis ibidem et lymphadenitis purulenta glandulae minoris peribronchealis in latere sinistro. Pericarditis fibrinosa-purulenta cum exsudato copioso. Hydrops universalis laevior, praecipue hydrothorace sinistro cum compressione lobi inferioris pulmonis sinistri. Tumor lienis chronicus. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus.*”

A bárzsingszűkület helyének és fokának megállapításánál a kutatózás a szokásos eljárás. *Hamburger* a nyelcső feletti hallgatódzást ajánlotta a szűkület minőségének és helyének megállapítása céljából. (A nyak baloldalán az os hyoideumtól a fossa supraclavicularisig kell a stethoskoppal hallgatni, hátul pedig baloldalt az utolsó nyak- és a 8. hátesigolya harántnyújtványa felett.) Ezen diagnosztikus eljárást *Weiss* a gyermekkor lúgmérgezés stricturáiról 1879-ben irt cikkében nagyra becsüli. *Hacker* a *Semeleder* és *Störck* által 1866-ban megkísérlett, majd a gyakorlati kivitel-



ben *Waldenburg* és *Mackenzie* által tökéletesített oesophagoszkopikus vizsgálat technikáját fejlesztette és kiterjedten alkalmazza ez eljárás. Az irodalomban azonban alig 2–3 esetet találtam feljegyezve, hol diagnosztikus okból, vagy a sondázás megkönnyítése végett a gyermekkorban az oesophagoskop használatához fordultak.

Alúgmérgezés heveny szakában a fekélyek helyén könnyen átfűrható a bárzsing; e miatt s a megbetegedett hely feletti bárzsing-rész izomrétegeinek beszűrődése és reflectorikus úton kiváltott görcsös összehúzódása miatt nem szokásos a lúgmérgezést követő 4-dik hét előtt a kutaszolást végezni, bár vannak némelyek, köztük legújabbban *Johannessen* is, kik már a harmadik hétben kezdik meg azt. A sondázás technikájából egyelőre csak azt kívánom megjegyezni, hogy mindenkor a 15-ös angol urethral bougieval vagy a 30-as *Charrière*-rel szokás először megkísérteni a bárzsingon való áthaladást és csak fokozatosan folyamodni a mindinkább vékonyodó sondákhoz.

(Folytatása következik.)

### Az inreflexek természetéről.

Irta: *Jendrassik Ernő* dr. egyet. ny. rk. tanár.

(Vége.)

Mindazonáltal van egy ellenvetés a tonusnak ezen befolyása ellen. Olyan esetekre hivatkoznak, melyekben petyhüdt bénulást találtak és daczára ennek a patellareflexek fokozottak voltak, vagy legalább megvoltak. Fájdalom, ezen kivételes esetek alapján sokan képzeltek magukat felhatalmazva, hogy a tonus és e reflexek között minden viszonyt tagadjanak, elfelejtették nyilvánvalólag, hogy a tonus csak egyik factora e reflexnek, mely egyenes arányban áll a tonus fokával és a gerincvelő ganglion-sejtjeinek ingerlékenységével. Igen könnyen elképzelhetni olyanira fokozott ingerlékenységet, a mely a látszólagos izompetyhüdséget túlkompenzálja, éppen úgy, a mint erősbödni látjuk, sőt még ha eltűntnek mutatkozott is, újra előáll e reflex kézfogásom segítségével, a mely eljárás nem, mint gyakran állították, a beteg figyelmének elterelése, hanem az általános tonus emelése útján hat.

E kézfogás egyszersmind bizonyítéka az agykéregből kiinduló beidegzés hatásának az izomtonusra; könnyű volna e tekintetben mások bizonyítékaira is hivatkoznom. *P. Marie*, *Mya* és *Levi* elmélete szerint igen valószínű, hogy a környéki idegek neuronjai, a középponti neuron gyámsága alól kiszabadulva, nagy fokú ingerlékenységet nyernek, de ezen ingerlékenység még magában véve nem okozza a contracturát, annival kevésbé, mert *Mann* és *Van Gehuchten* tanítása szerint a contractura főleg a nem bénult izmokban tűnik elő. A hemiplegiások maradáno contracturája különben ép úgy hat, mint az én kézfogásom és tényleg ezen pathologiai állapotban a reflexek fokozott volta nem szorítkozik csupán a contracturás izmokra, hanem az egész végtagon, sőt az egészséges oldalon is kimutatható.

Azon befolyásnak, a melyet a tonus az inreflexekre gyakorol, legjobb bizonyítéka a *Westphal*-féle tünet a tabesban. E betegségben *Westphal* maga és azóta több észlelő az ágyéki gerincvelő hátulsó nyáláiban, különösen a radicularos zonában észlelhető elváltozásokat tartották az inreflex hiányának valódi okául. E magyarázat ma nem fogadható el, mert nem ritkán észlelhetjük e reflex visszatértét kétségtelen tabes-esetekben. Magam is észleltem egy igen erős ataxiával és e betegség egyéb jeleivel összekötött tabes-esetet, a melyben több hónapon át a reflex hiányát ismételve konstatáltam, a mikor pedig két év leforgása után e beteget újra láttam, a tabes egyéb tüneteinnek súlyosbodásán kívül, feltűnő hypertoniás zavarok nélkül, igen élénk inreflexeket találtam. Még gyakrabban látni tabes-betegen az eltűnt inreflex visszatérését hemiplegia után. Ezen esetekben különösen az állandó contracturában levő hemiplegiás oldal az, a melyen a reflex újból való feltűnését látjuk. Lehetetlenek volnának e tények, ha a reflex megszűnt csakugyan a gerincvelőrostok elfajulásából következne, mert a középponti idegrendszer rostjai nem regenerálódnak és semmiképen sem lehet az apoplexiának jövevény hatására gondolni a tabesban. Különben a diabetesre is lehet hivatkozni, mint a mely betegségben *Bouchard* és *P. Marie* sok más észlelővel együtt a patellainreflex

hiányát konstatálták, a nélkül, hogy az idegrendszerben mikroskoppal valaha megfelelő sérüléseket lehetett volna kimutatni. Azt következtethetjük tehát, hogy az inreflex eltűnése a tabes folyamán nem következik egyenesen a rostok megszakításából, hanem valószínűleg az izomhypotoniában leli magyarázatát, a mint azt az 1896-ban közölt tabeses tonus méréseimben már megerősítve láttam.

Tovább menve, most azon befolyással fogunk foglalkozni, melylyel a gerincvelő felsőbb részei, a kisagyvelő és az agyvelő a kérdéses reflexekre vannak.

*Thorburn*, *Bastian*, *Bowlby*, *H. Jackson* és *Bruns* észleltei fordították a figyelmet az inreflexek eltűnésére olyan feltételek között, melyekben az elmélet szerint fokozottaknak kellett volna azokat találni. E megfigyeléseket nemsokára újak erősítették meg és különösen a seborvosok akartak ezen inreflexhiányban körjelző értéket látni.

Egynéhány éve még az ilyen észleletek magyarázásában gátló befolyásra — az idegrendszernek ezen annyira tanulmányozott és mégis oly nagyon kétes fékére — gondoltak; az utóbbi időben ellenkezőleg megkísérlették azon felvételt, hogy a reflex pályája nem az ágyéki gerincvelőn halad át, hanem fentebb, a gerincvelő felső részeiben, a nyúltvelőben (*Mendelssohn*—*Rosenthal*), a kisagyvelőben (*Jackson*), vagy magában az agyvelőben (*Pándi*). A szerzők többsége mindazonáltal nem megy olyan messze, megelégszenek azzal, hogy az idegrendszer felsőbb részeinek a reflexekre való befolyásáról elméleteket állítanak fel és egyben a mások hypothesisait szétrombolják. Mindezen elméletek a reflexek fokozását vagy hiányát új élettani törvények felvételével kísérik megmagyarázni, melyeket az esetek szerint és az észlelők egyéni gondolkozásmódja szerint alkotnak.

Már túlságosan is sokszor közölték az idevágó közlemények összefoglalását, ez az oka, hogy felmentve érzem magamat ezeket elősorolni és egyenkint megbírálni; megnyugvásomra szolgált, hogy néhány közlésben, nevezetesen Franciaországban *Brissaud* és *Pierret*, Németországban *Strümpell* és *Brauer*-ében kevésbé spekuláló gondolatokat találtam, melyek az újabb megfigyeléseket az élettannak még érvényben álló törvényei értelmében próbálják megfejtetni.

Az angol szerzők eleinte ama tételt állították fel, hogy az inreflexek megszűnt a nyaki vagy háti gerincvelő haránt sérülésekor a gerincvelő teljes kettéosztásának biztos jele. E tételt túlgyorsan fogadták el és vezették be a tudományba, sőt még ma sincs elegendő számú ellenese ezen tannak. És mégis semmiképen sem nehéz igen jelentős bizonyítékokat találni ezen feltevés visszavetésére.

Legelőbb a vivisectionokat kell figyelembe venni. *Tchirjew*, magam, *Sternberg*, *Reichert*, *Sherrington* és legutóbb *Brauer* e kísérletet többféle állaton tettük meg, sőt *Sherrington* és *Brauer* majmokon is, és e kísérletek eredménye állandóan az volt, hogy közvetlenül a gerincvelő felső részében történt műtét után az inreflexek rendesek maradtak. Az utóbbi kísérletező majmokon azt észlelte, hogy a gerincvelő átvágását követő második és harmadik napon a patellareflex eltűntnek tetszett, de a negyedik naptól fogva e reflex újra előtűnt és napról-napra élénkebb lett. *Sherrington* hosszabb ideig látta e reflexhiány fennállását, de a reflexek mégis egy-három hét elteltével visszatértek. Ilyen feltevések között sohasem látták a háti gerincvelő átmetszésekor a reflexek végleges eltűnését. Igaz ugyan, hogy az ember és az állatok idegrendszere között vannak különbségek, de mégsem valószínű, hogy ilyen különbség épen a legegyszerűbb reflexekben álljon fenn.

De lássuk az emberi pathologia adatait. *Marinesco* az utóbbi időkben tagadta, hogy a gerincvelőnek csak egyetlen boncsolással is beigazolt teljes harántsérülése léteznék az inreflexek megmaradásával. Kétségtelen, hogy van, sőt csodálkozom, hogy a napjaink irodalmában nem sokat találunk ezen köralakból.

Ez, úgy hiszem, azon feltevésből származik, hogy a patellareflexek eltűnésével járó esetek nagyobb tudományos érdekléssel bírnak, mint azok, melyekben e reflexek megmaradtak. Felemlítendő e helyen első sorban az embereken végzett vivisection: *Laborde* és *Barbé* lefejezett embereken vizsgálták e reflexeket és



sikerült azt kiváltaniok. Azután itt vannak *Fürbringer, Gerhardt, Senator, Fraenkel* esetei, melyekhez csatlakozik egy észlelet, melyet a reflexekre vonatkozó utolsó közleményemben felemlítettem. Ez egy spondylitis tuberculosa-ban meghalt fiatal nő, a kin a boncoláskor nemcsak teljesen kettészakadva találtuk a gerincvelőt, hanem maga a gerincoszlop is a tizedik háti csigolya magasságában, a két vég dislokálásával eltörött. A gerincvelő a szakadás helyétől felfelé és lefelé két-két centimeter hosszúságban ellágyult, majdnem folyékony, de az ágyéki duzzanat rendes összeállású volt; mikroszkop segítségével a gerincvelő alsó részében a pyramis pályákat, a felsőben a hátulsó nyálábokat és a kisagyvelői oldalrostokat elfajulva találtuk. Pedig ezen esetben, dacára a paraplegia hosszú tartásának és a teljes érzéketlenségnek, dacára a súlyos felfekvéseknek, vizeleti és székleteti zavaroknak, dacára a pyelonephritisnek, egy évnél hosszabb ideig volt alkalmunk észlelni a beteget, az inreflexek a halál bekövetkeztéig mindig fokozottak voltak (utoljára csak két nappal a halál előtt vizsgáltam).

Ez esetek, és reményem nemsokára több ilyen is lesz az irodalomban található, határozottan bizonyítják, hogy dacára a gerincvelő teljes harántmetszésének, a reflexek megmaradhatnak, következésképpen a reflexek jelenléte nem zárja ki a gerincvelő teljes harántmetszésének lehetőségét.

Ha most azon esetek felé fordulunk, a melyekben a reflex hiányzó volt és átnézzük kórtörténeteiket, könnyű lesz beigazolnunk, hogy a myelitises gócz az esetek jó részében épen nem terjedt ki a gerincvelő egész harántmetszetére, hanem csak néhány foltra szorítkozott, legtöbbször csupán a gerincvelő környéki széleire volt korlátozva. A nélkül, hogy valamennyi ide tartozó esetet fel akarnók sorolni, csak *Brissaud, Hoche, Habel, van Gehuchten*-ét említem fel, mint az inreflex megszüntének példáit a gerincvelő egész átmérőjét el nem foglaló idült myelitis eseteiben.

Végül még a súlyos myelitisek állanak előttünk, melyekben a reflexek hosszan tartó hiányzás után újra előállnak, sőt még fokozottak is lesznek. *Van Gehuchten, Langton, Hughlings Jackson* esetei között igen tanulságos észleleteket találunk e tekintetben. Ezen esetek bizonyítják, hogy a patella-inreflex ideiglenes elvesztének okául a gerincvelő rostjainak megszakadása nem szolgált; hogy ellenkezőleg csak muló elváltozás következménye volt az.

Milyen lehet ezen elváltozás? Azon elméletek közül, melyeket a gerincvelő felső részének a patella-inreflexre gyakorolt befolyásának magyarázatára alkottak, az első *Bastian*-é, melyet *H. Jackson, Grasset, van Gehuchten* fejtettek ki és bizonyos fokban módosítottak. E szerzők azon véleményben vannak, hogy az agyvelőkéregnek gátló befolyása van a reflex első neuronjának ingerlékenységére és hogy a kisagyvelőnek ellenkezőleg ugyanazon sejtekre valami dynamogen hatása volna; ezen elmélet szerint az agyvelő befolyásának (pyramis pályák) megszakítása a reflexeket fokozná, a kisagyvelő befolyásának elvesztése ellenben a térdtünet megszüntét eredményezné. Ezen szellemes elmélet azonban távol van attól, hogy minden esetet megmagyarázzon, sőt veszedelmes is volna az inreflexek hiányának eseteit ugyanazon esetekre alapított új elmélettel magyarázni akarni. Igaz, hogy az állandó contractura pathológiájából is próbáltak bizonyítékot szerezni, de éppen ezen szerzők tiltakoznak a patellareflex és a hypertonia túlszoros kapcsolata ellen. És hogyan magyarázzuk meg ez elméletekkel, ha nem akarunk túlságos bőkezűséggel itt is, ott is gátló rostokat elhelyezni, a hol épen szükségünk van rájuk, hogyan magyarázzuk, kérdem, a reflex kimaradását az agyvelőbetegségekből és ugyanezen tünet fokozottságát a kisagyvelő bajaiban?

Ugy tetszik nekem, hogy a gerincvelőre vonatkozólag a dolog nem nagyon nehéz; ha csak nem tabes-szal szövődött myelitisekről van szó, könnyű konstatálni, hogy kivétel nélkül mindazon esetek, melyekben a patella-inreflex megszünt, igen súlyos esetek, melyekben nemcsak a mozgás és az érzés veszett el teljesen vagy kis híján, hanem a zsigeri záróizmok is bénák, és hevenyész felfekvés vagy igen kiterjedt fekélyek, gyakran a czombizmok sorvadása van jelen. Ez együttes kép igen biztos jele annak, hogy a gerincvelő kereszt- és ágyéki részében is meg van

támadva. A kereszt és ágyéki gerincvelő megbetegedése ki van mutatva majdnem minden tanulmányozott esetben, különösen *Nissl* festésének segítségével sikerült az elváltozásokat megtalálni; vitatják ugyan, igaz, vajjon ezen sérülések épen a patellareflexhez tartozó elemekben vannak-e. Részemről, bár megengedem e festésmód tudományos értékét bizonyos feltételek között: nem nagy benne a bizalmam az emberi pathológiát illetőleg. Nem szabad felednünk, hogy módszereink a rostokban és sejtekben számos elváltozást engednek constatálni, a melyek azoknak működését csökkentik, sőt megszüntetik, de teljesen lehetetlen, hogy meglássuk a legnagyobb elváltozást, mely azokat érheti, azt, melyet a halál okoz bennük. És az esetek, melyekben a reflexek újra előtűnnek hónapokig tartó szünet után, bizonyítják, hogy az idegelemek működése végleges sérülés nélkül is ideiglenesen megszűnhet. Könnyen el tudom képzelni, hogy az ideiglenes sérülések e faja a szövetségi vizsgálat képességének határán innen marad és hogy a hasonló esetek legnagyobb részében a sérülés az élet végéig csakis ezen fokon marad.

A kereszt és ágyéki gerincvelő ilyen másodlagos elváltozásának eredetét illetőleg többféle nézet áll rendelkezésünkre. *Sano* azt gondolja, hogy e következményes elváltozások környéki eredetűek, a felfekvések és az azt körülvevő fertőzött beszűrődések útján terjedne az izmokon át a középponti idegrendszerbe a kórokozó tényező. *Westphal* az esetek többségében a spondylitis tuberculosa toxintermékeit veszi gyanuba. Megengedvén mindezen feltevéseket, egy lehetőségre óhajtanám a figyelmet felhívni, melyet egyik munkámban már megemlítettem és a melynek nagy fontosságát tulajdonítok e tárgyban. Ez a sérülés elsődleges góczának befolyása a gerincvelő vérkeringésére. A csigolyafizsmodás a gerincvelő megzúzásával, a daganat nyomása, a pachymeningitis, sőt a sclerosisok is stb. megzavarhatják a gerincvelő elülső és hátulsó hosszú ereiben a vérkeringést és a gerincvelő ezentúl csak az intercostalis verőerekkel összefüggő anastomosis útján fog vért kapni. A vérkeringésnek ezen zavara a különböző esetekben természetesen igen különböző fokban fog beállani, sőt egyéni ingadozások is lehehetnek az erek szélessége, a vérnyomás foka szerint, de a következményes ischaemiából könnyen meg lehetne érteni a sejtek ingerlékenységének ideiglenes vagy maradandó csökkenését. Viszont ezen rendkívül súlyos esetekben néha a patellareflexek, mint utolsó ép szigetek megmaradnak, ha középpontjukat esetleg jobban öntözi a vér.

Mindezekből azt következtetjük tehát, hogy a gerincvelő felső részeinek sérülésekor az inreflex elveszése az ágyéki gerincvelő elemeinek megváltozását bizonyítja; ezen elváltozás lehet azonban csak átmeneti és így ilyen körülmények között a *Westphal*-féle tünet semmikép sem biztos jele a gerincvelő teljes kettéválásának.

A patellareflex megszünt a *kisagyvelő* betegségeiben az eseteknek igen kis töredékében van feljegyezve, ellenkezőleg rendszeren e reflexet kifejezetten fokozottan találjuk a kisagyvelő bántalmaiban; sőt azon eseteknek csaknem valamennyiében, a melyekben a térdtünet hiányzott, a kisagyvelői sérülés mellett rendszerint találtak egyszersmind fontos elváltozásokat a gerincvelőben is, így pl. *Nonne* esetében sarcoma volt jelen a kisagyvelőben és sarcomák voltak a gerincvelő pia materjában, *Oppenheim* és *Wollenberg* esetében tabes volt a szövődés és *Bruns* esetében tuberculosa spondylitis; a kisagyvelői daganatokat azonfelül rendszeren hydrocephalus és hydromyelia kíséri. Ismeretes különben a kisagyvelői daganatok rendkívüli befolyása a koponyaüregi nyomásra, a mely bizonyos hatással lehet a gerincvelőre is; az esetek legtöbbszörében fokozza az inreflexeket, másokban gyengíti, sőt eltörli azokat, a nélkül, hogy ezen módok valamelyikét abszolút szabályra vagy a reflex működések sajátos szervezésére lehetne visszavezetni.

Az agyvelő-betegségekből is szabály az inreflexek fokozott volta, de mégis van kivételes eset ugyanezen reflexek hiányával. Egyhangúlag elfogadott álláspont, hogy a gutalítást vagy traumát követő első napokban az ideges sokk-ot kell a patellareflex hiányáért okolni. De tekintetbe kell venni, különös figyelmet fordítva rájuk, azon eseteket, melyekben a patellareflexek hiánya csak az egyik oldalt illeti. *König* esete kétes marad, mert ebben a reflex megszünt ugyanazon oldali végtágról van feljegyezve,



melyen a bonczolás elég kiterjedt sclerosisos sérülést mutatott ki az agyvelőfél kérgében. *Wust, Strümpell, Stanley* esetében és abban, melyet egy előbbi cikkemben említettem, az agyvelői megbetegedéssel ellenkező oldalon volt az inreflexhiány megállapítható. Ezen eseteket természetesen nem lehet egyszerűen a koponya-üregbeli nyomás növekedésével megmagyarázni; ezen esetekben magyarázat céljából vagy az agyvelő sérülésétől függő hypotonia felvételéhez, vagy a contractura bizonyos merev alakjának felvételéhez kellene folyamodnunk. Az a benyomásom van ugyanis, hogy a klasszikai contractura mellett, a mely bizonyos tekintetben mindig rugalmas marad, létezik egy merev contractura is, az izomrostok rövidülésével, rigiditásával.

Talán van az ilyen izmokban valami egyéni hajlandóság, a mely miatt nem a rugalmas, hanem a rigid contractura áll be? Jelenleg a kérdés nem látszik előttem tudományos megoldásra késznek, de túlmerés dolognak vélném, ha valaki a klinikai észlelés nagyon ellentétes adataira már ez idő szerint új feltevéseket akarna szerkeszteni. E dolog mögött bizonyosan egyéni különbségek is lehetnek és nem a reflexek vezető pályáinak egyszerű megszakadása rejlik.

Még egy szót. Nem végezhetek a nélkül, hogy a figyelmet fel ne hívjam ezen reflexek vizsgálásának nehézségére súlyos agyvelői, gerincevelői és kisagyvelői betegségekben. Ezen állapotokban hanyatt fekvésre kényszerült betegen kell a vizsgálatot megjeitni és ilyen feltétel mellett ez nem könnyen sikerül. E helyzetben a következő eljárás kell használni, melyet sok év óta alkalmazok és a melyet *Drasche* „Bibliothek der ges. med. Wissenschaften” című gyűjtőmunkában írt cikkemben közöltem már, és a melyet *Luca* is leírt, ugyanis: a hanyatt fekvő beteg czombját körülbelül 80 fokú szögben hajlítjuk a medenczéire, az alszárat ugyanakkor derékszögben a czombra, ilyen módon az alszár vízszintes helyzetbe jut; az alszárat ekkor alsó harmadában bal kezünkkel rögzítve tartjuk, jobb kezünkkel pedig kalapács segítségével a patella-inra ütünk. E helyzetben ugyanazon tartást hozzuk létre, mint a mikor ülünk. Természetesen kézfogásomat is lehet e mellett alkalmazni.

#### Következtetések:

1. Az inreflexek valódi reflexmozgások, melyek útja egyenesen a gerincevelő szürke állományán a második és negyedik gyökér magasságában visz át.
2. A patella-inreflex és általában az inreflexek az ín körül levő szövetek érző idegeinek hirtelen, mechanikai, pillanatos izgatásának eredményei és nem az ín megrendülése közli az ingert az izommal.
3. A patella-inreflex és általában az inreflexek nem azonosíthatók más reflexmozgásokkal; a rendes bőrreflexek olyan reflexek, melyeknek reflexköre az agyvelőig, valószínűleg a kéregig megy, míg azon reflexmozgások, melyeket a paraplegiás myelitiszes betegen hosszabb bőringerlek következtéseként észlelhetni és a melyek a czomb és alszár behajlását, a láb dorsal flexióját, ritkán más alakú mozgást idéznek elő, pathológiai reflexek, melyek az agyvelőbe vivő út felé a megakadályozott idegáramlat kiadásának, vagy a felsőbb középpontoktól elválasztott gerincevelő idegelemek fokozott ingerlékenységének eredményei.
4. Az izomtonusnak az inreflexekre jelentékeny befolyása van; ha fokozott az, a reflex is élénkebb, ellenben gyengébb, ha a tonus kisebbedik, sőt a tonus csökkenése meg is szüntetheti e reflexeket.
5. A tabesban a patella-inreflex hiányát a jelenlegi elméletek nem magyarázzák eléggé; nagyon valószínű, hogy a Westphal-féle tünet rendes oka az izomtonus csökkenése.
6. Jelenlegi megfigyeléseink szerint az inreflexek elveszte agyvelőbetegség eseteiben kivételes, és talán ideges shok vagy a gerincevelő másodlagos sérülésében találja okát.
7. A kisagyvelő-megbetegedéseknek csak korlátozott számában van feljegyezve a patella-inreflex hiánya, a szabály ellenkezőleg ezen reflexek fokozott volta. Igen valószínűnek is látszik, hogy a kisagyvelő-daganatok esetében e hiány inkább a következményes hydromyeliából vagy a rigid izom contracturából származó tünet.
8. A patella-inreflex elveszte semmiképen sem bizonyítja a gerincevelő idegelemei teljes harántirányú kettéválásának.

9. A patella-inreflex hiánya a háti és nyaki gerincevelő traumás sérüléseiben klinikai bizonyítéka annak, hogy az ágyéki gerincevelő szürke állománya is sérült; a pathológiai folyamat ezen kiterjedése jelenlegi szövettani módszereinkkel nem mindig mutatható ki, de azt a súlyos trofiás zavarok megjelenése bizonyítja; ilyenek a hevenyész felfekvés, sepsises hólyag- és vese-medencze-gyulladás, érmozgató zavarok, izomsorvadás stb. A patella-reflex kialakása tehát baljóslatú tünet, azon ritka, de lehetséges eseteket kivéve, melyekben e reflexek elvesztését ideges shok okozza.

10. A paraplegiás állapotokban a patella-inreflex vizsgálata nem mindig könnyen eszközölhető, meg kell tartani e vizsgálat szabályait, nem ritka, hogy megfelelő módszerekkel sikerül kiváltani e reflexeket oly esetben, melyben azok ismételt kísérletkor is hiányozni látszottak.

## Közlemény a Korányi Frigyes tanár vezetése alatt álló I. sz. belgyógyászati kóroda laboratóriumából.

### Anyagcserevizsgálatok puro-húsnedvvel.

*Elfer Aladár-tól.*

Mintegy négy évvel ezelőtt Scholl H. dr. egy új húskivonattal gazdagította diatetikai gyógyszergyűjteményünket. Nyers, zsírtalan marhahúsból, nagy nyomás mellett nyert, majd vacuumban sterilizálás után besűrített syropszerű sötét-barna nedv ez, melynek aromás szaga van és puro név alatt jutott forgalomba.

Ha összehasonlítást teszünk a vele rokon készítményekkel, Liebig húskivonatával, Valentin és Brand meat-juice-ével, továbbá Wyeth's beef-juice-vel, úgy öröndetes haladást képez a puro forgalomba hozatala, mert a mint Fresenius vegyelemzése mutatják, 33.28% fehérjét tartalmaz, melyből 21.23 alvadó fehérje, 3% enyv, a többi pedig peptonnak felel meg; tartalmazza ezenkívül a többi húsnedvek lényeges fő alkotó részét: az extractiv anyagokat, hús basisokat, anorganikus anyagok közül ammoniákat és hamualkatrészeket.

Tudva azt, hogy mily kevés fehérjetartalommal rendelkeznek a többi hasonló készítmények, amelyek közül egyik-másik besűrített bouillonnak tekinthető, legjobb akarat mellett sem tekinthetjük ezeket másnak, mint élvezeti szereknek, miután lényeges alkatrészüket extractiv anyagokból áll és hatásuk is csak ezek jelenlétéhez fűződik, mint ideg ingerlő és étvágygerjesztő anyagok jönnek tehát tekintetbe, mint tápláló szerek azonban elejtendőek csekély tápértékük miatt.

Ellenben a puroról Klemperer, Trenpel magas fehérje tartalmánál fogva sokkal kedvezőbb véleménynyel nyilatkoztak, mint a többi húsnedvről, s azonkívül az eddig tett klinikai észleletek is ennek használhatóságát bizonyították.

Anyagcsere-vizsgálatokat azonban tudtommal e tápnedvvel eddigelé nem végeztek, és így eldöntendő a puronak a mások által észlelt étvágygerjesztő képessége mellett tápláló jelentőségét, anyagcsere-vizsgálatokat végeztem.

A kísérleti berendezésnél a szokásos módon jártam el. Étrendül egyszerű anyagokat választottam: a mennyiben sovány marhahús, sonka, tej, kevés vaj, ezukor, leves, zsemlye képezték a napi étrendet, melyek N-tartalmát pontosan és rendszeresen meghatároztam s ezek átlagos értékét vettem a számításoknál tekintetbe.

A bevitt tápanyagok N-, illetve fehérjetartalmát ismerve, a caloria értéket részint az adott fehérje mennyisége, részint a Hirschler és Terray a „Diatetika tankönyve” című munkában foglalt számadatok alapján vettem számításba. A felszívódott fehérje mértékét a vizelet N-je adja, miért is a vizeletet pontosan gyűjtöttem és ennek 24 órai mennyiségéből történt a N meghatározása. A bélsarat periodusonként gyűjtöttem, elkülönítve szénport használtam, beszárítva, lemérve meghatároztam az összes N-jét s így megtudtam átlagosan a bélsárral naponta kiürülő fehérjemennyiséget. A bevitt és fel nem használt, továbbá a vizelet N-tartalmának relatióba hozatala az anyagforgalmi mérleg felállításához vezetett.

A N-meghatározásokat Kjeldahl-Argutinszky eljárása szerint végeztem.



A vizsgálati egyének anyagforgalom tekintetében épek voltak tekinthetők s a kísérlet tartalma alatt csak kisebb fokú testmozgást végeztek. A testsúlymérést naponta ugyanazon időben és körülmények közt végeztem.

Ama kérdés eldöntésére, vajjon a szervezetbe bőségesen bejuttatott puro hasonlóan viselkedik a megfelelő körülmények közt bevitt húsfehérjéhez, oly módon jártam el, hogy a kísérleti egyént N egyensúlyba hoztam, majd az eddigi étrend megahagyása mellett 5 gm. N többletnek megfelelőleg 53·7 cm<sup>3</sup> purot juttattam a szervezetbe s nyolcz napi periodus után, öt napos utószakkal zártam be kísérletemet.

A mint az alábbi étrendi táblázat mutatja, az elő- és utóperiodusban a fehérje napi mennyisége 68·63 gm., illetve 10·983 gm. N-nek felel meg.

Étrendi tábla.

| É l e l e m               | Fehérje | N %  | N gm.  | Caloria |
|---------------------------|---------|------|--------|---------|
| 600 gm. tej               | 19·50   | 0·52 | 3·12   | 331·20  |
| 80 gm. hús                | 18·35   | 3·67 | 2·93   | 94·80   |
| 50 gm. sonka              | 11·90   | 3·81 | 1·905  | 65—     |
| 40 gm. rizs               | 3·50    | 1·40 | 0·56   | 291·60  |
| 177·5 gm. zsemlye         | 14·06   | 1·27 | 2·25   | 514·75  |
| 300 cm <sup>3</sup> leves | 1·31    | 0·07 | 0·21   | 4·50    |
| 20 gm. vaj                | 0·01    | 0·01 | 0·002  | 65·60   |
| 30 gm. cukor              | —       | —    | —      | 279—    |
|                           | 68·63   | —    | 10·983 | 1646·45 |

A középperiodusban az étrend annyiban változott, hogy 5 gm. N-többletnek megfelelőleg 53·07 puro is csatlakozott hozzá s így a napi fehérjemennyiség 99·88 gm.-ot képviselt 15·983 gm. N-nek megfelelőleg. Ezen egyéneken nyert vizsgálati adataimat a következőkben adom:

| Datum                         | Vizelet | Vizelet-<br>ben<br>N o/o | N gm.  | Bélsár                  | Bélsár<br>N gm. | Bevitt<br>N gm. | Mérleg | Test-<br>súly |
|-------------------------------|---------|--------------------------|--------|-------------------------|-----------------|-----------------|--------|---------------|
| E l s ő i d ő s z a k         |         |                          |        |                         |                 |                 |        |               |
| 1                             | 800     | 1·26                     | 10·08  | száraz súly<br>1·16 gm. | 0·4504          | 10·983          | +0·45  | 45·60         |
| 2                             | 760     | 1·52                     | 11·55  |                         |                 |                 | —1·02  |               |
| 3                             | 1180    | 1·005                    | 11·25  |                         |                 |                 | —0·72  |               |
| 4                             | 830     | 1·292                    | 10·60  |                         |                 |                 | +0·07  | 45·80         |
| 5                             | 820     | 1·232                    | 10·09  |                         |                 |                 | +0·44  |               |
| 6                             | 680     | 1·57                     | 10·72  |                         |                 |                 | —0·15  | 45·70         |
| M á s o d i k i d ő s z a k   |         |                          |        |                         |                 |                 |        |               |
| 1                             | 1100    | 1·078                    | 11·85  | száraz súly<br>210 gm.  | 1·275           | 15·983          | +2·85  | 46—           |
| 2                             | 1080    | 1·015                    | 10·96  |                         |                 |                 | +3·748 | 46·30         |
| 3                             | 980     | 1·400                    | 13·72  |                         |                 |                 | +0·988 | 46·50         |
| 4                             | 1100    | 1·162                    | 12·78  |                         |                 |                 | +1·920 | 46·45         |
| 5*                            | 1000    | 1·407                    | 14·07  |                         |                 |                 | +0·630 | 46·45         |
| 6                             | 520     | 1·540                    | 7·008  |                         |                 |                 | +7·700 | 46·40         |
| 7                             | 1060    | 1·239                    | 13·130 |                         |                 |                 | +1·570 | 46·50         |
| 8                             | 990     | 1·351                    | 13·360 |                         |                 |                 | +1·348 | 46·50         |
| H a r m a d i k i d ő s z a k |         |                          |        |                         |                 |                 |        |               |
| 1                             | 760     | 1·557                    | 11·83  | száraz súly<br>50 gm.   | 0·633           | 10·983          | —1·53  | 47—           |
| 2                             | 980     | 1·120                    | 10·97  |                         |                 |                 | —0·67  | 47·10         |
| 3                             | 1100    | 1·046                    | 11·51  |                         |                 |                 | —1·21  | 47—           |
| 4                             | 1120    | 1·120                    | 12·54  |                         |                 |                 | —2·24  | 46·60         |
| 5                             | 1080    | 0·941                    | 10·15  |                         |                 |                 | +0·15  | 46·30         |

\* Hasmenés, mely 6-dikán teljesen megszűnt.

\* Hasmenés, mely 6-dikán teljesen megszűnt.

Mint ezen táblázatokból kitűnik, az első periodus végén körülbelül N-egyensúlyban volt az egyén a mennyiben 10·532 gramm forgalmi N-nel a vizelettel 10·72 gramm N távozott, tehát a különbözet -0·15 gramm N-nek felel meg.

Ezen első periodus alatt a beteg étvágytalan volt s csak bizonyos megfeszítéssel fogyasztotta el a részére kiszabott ételmennyiséget. A nyolcz napos második periodusban, a midőn is 5 gramm N-többletnek megfelelő puro-t kapott, a beteg közérzete teljesen megváltozott, *étvágya javult s mindenkor a kiszabott mennyiséget elfogyasztotta.* A N-bevitel és kivitel viszonyba hozatala mutatja, hogy a rohamosan fokozott fehérjebevitelnek megfelelőleg eleinte természetesen visszatart bizonyos mennyiségű fehérjét, mely azonban egész a periodus végéig is tapasztalható,

és ennek megfelelőleg a *testsúly is körülbelül 800 gramm szaporodást mutat.* A bélsár N-jének vizsgálata is a felszívódásra kedvező körülményeket tüntet fel, a mennyiben körülbelül 16 gramm N-bevitel mellett felhasználatlanul ürült ki mintegy 1·2 gramm N. Tekintetbe kell azt is vennünk, hogy egy gyengén fejlett anaemiás nő szolgált kísérleti egyénül ki az első periodusban 68·63 gramm fehérjemennyiséggel alig bir megküzdeni s most 99·88 gramm fehérjemennyiséget jó közérzet mellett fogyaszt el.

Az utóperiodusban ismét az első étrendre térve vissza, a mint a fenti táblázatból kitűnik, oly viszonyokat tapasztalhatunk, mint midőn nagyobb mennyiségű fehérjét hirtelen vonunk el. A N-deficit állandóan jelen van, melynek megfelelőleg a testsúly is — bár lassan — csökkenést mutat; majd beáll a N egyensúly.

Megjegyezni kívánom még, hogy daczára annak, hogy naponta több mint egy üveg purot használtunk fel, az emésztő- és felszívósatorna részéről semmi rendetlenséget nem tapasztaltunk s a kísérlet negyedik napján fellépő profus hasmenést sem tulajdonítottam a puro adagolásának, a mennyiben a hasmenés aznap este megszűnt és többé nem is jelentkezik, daczára a puro-adagolás megszüntetés nélküli folytatásának.

A puro adagolását meleg levesben véltem legcélszerűbbnek oly módon, hogy teljes mennyiségét meleg levesben két ízben, délben és este suspendáltuk.

Második kísérletemben oda irányult figyelmem, hogy bizonyos mennyiségű fehérje elvonása után a hiányzó N-t megfelelő mennyiségű puroval pótoljam és ennek befolyását a fehérjeforgalmat illetőleg tettem vizsgálatom tárgyává.

A kísérleti egyén tabes incipiensben szenvedett. Étrend a lehető legegyszerűbb, teljesen hasonló az előbbi esetben alkalmazott-hoz, csak mennyiségében mulja felül.

A N-egyensúly beálltakor, mely, mint a táblázat mutatja, körülbelül a kísérlet hatodik napján állott be, 2·3 gramm N-t vontam meg a húsból s megfelelő mennyiségű, azaz 25 kem. puroval helyettesítettem. Az öt napig tartó II. periodust rövid három napos utószak követte.

N-bevitel az I. és III. időszakban.

|               | Fehérje | N %  | N gm.  | Caloria |
|---------------|---------|------|--------|---------|
| 800 gm. tej   | 26—     | 0·52 | 4·16   | 441·60  |
| 100 " hús     | 22·90   | 3·67 | 3·67   | 118·50  |
| 70 " sonka    | 16·56   | 3·81 | 2·65   | 91—     |
| 30 " cukor    | —       | —    | —      | 279—    |
| 30 " vaj      | 0·018   | 0·01 | 0·003  | 98·40   |
| 400 " leves   | 1·74    | 0·07 | 0·28   | 6—      |
| 300 " zsemlye | 24·70   | 1·27 | 3·81   | 870—    |
|               | 91·91   | —    | 14·573 | 1904·50 |

A napi fehérjemennyiség 91·91 grammnak felel meg 14·573 N értékben.

| Datum                         | Vizelet | Vizelet-<br>ben<br>N % | Vizelet-<br>ben<br>N gm. | Bélsár                    | Bélsár<br>N gm. | Bevitel<br>N gm. | Mérleg | Test-<br>súly |
|-------------------------------|---------|------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------|------------------|--------|---------------|
| E l s ő i d ő s z a k.        |         |                        |                          |                           |                 |                  |        |               |
| 1                             | 900     | 1·53                   | 13·77                    | száraz súly<br>220 gr.    | 1·78            | 14·573           | —0·98  | 57—           |
| 2                             | 790     | 1·59                   | 13·31                    |                           |                 |                  | —0·52  | 57—           |
| 3                             | 810     | 1·54                   | 12·47                    |                           |                 |                  | +0·22  | 57—           |
| 4                             | 860     | 1·52                   | 13·06                    |                           |                 |                  | —0·27  | 57—           |
| 5                             | 800     | 1·55                   | 12·40                    |                           |                 |                  | +0·39  | 57·10         |
| 6                             | 870     | 1·49                   | 12·66                    |                           |                 |                  | —0·17  | 57·05         |
| M á s o d i k i d ő s z a k   |         |                        |                          |                           |                 |                  |        |               |
| 1                             | 910     | 1·43                   | 13·01                    | száraz súly<br>120 gm.    | 1·73            | 14·573           | —0·17  | 57—           |
| 2                             | 1040    | 1·25                   | 12·90                    |                           |                 |                  | —0·14  | 57—           |
| 3                             | 1015    | 1·28                   | 12·99                    |                           |                 |                  | —0·15  | 57—           |
| 4                             | 960     | 1·32                   | 12·67                    |                           |                 |                  | +0·17  | 57·10         |
| 5                             | 1060    | 1·20                   | 12·72                    |                           |                 |                  | +0·12  | 57·10         |
| H a r m a d i k i d ő s z a k |         |                        |                          |                           |                 |                  |        |               |
| 1                             | 1020    | 1·26                   | 12·85                    | száraz<br>súly<br>105 gr. | 1·810           | 14·573           | —0·09  | 57—           |
| 2                             | 860     | 1·40                   | 12·04                    |                           |                 |                  | +0·72  | 57·10         |
| 3                             | 920     | 1·35                   | 12·32                    |                           |                 |                  | +0·44  | 57·05         |



Mint ezen táblázatokból kitűnik, a körülbelül bekövetkező N-egyensúlyt nem zavarja meg az elvont húsfehérjék puro-val helyettesítése sem és úgy a vizelettel távozott, mint a bélsárral kiürülő N-mennyiség mind a három periódusban körülbelül azonos viszonyokat mutat. Testsúly körülbelül állandó marad s ennél fogva jelen esetben az elvont fehérjék pótlásánál alkalmazott puro semminemű elváltozást a fehérje anyagforgalomban nem okozott s így azt helyettesítette is.

A harmadik pótló kísérletben tisztán csak a puro étvágygerjesztő hatását tanulmányoztam.

Az étrendet a kísérlet egész folyama alatt nem korlátoztam és csakis a 24 órai vizelettel kiürülő N-mennyiségre és a testsúly pontos megfigyelésére voltam tekintettel. A puro napi adaga természetesen kevesebb volt, mint a két előző esetben, a mennyiben 16 kem. volt a naponta bevett mennyiség. A puro-periódus természetesen elő- és utóperiódussal volt kapcsolatban.

Az étvágygerjesztés megismerése céljából megvizsgáltam volna a puro adagolása után a gyomornedvet, azonban ez eljárással csak a gyomor secretionalis viszonyairól kaphattam volna felvilágosítást, míg az előbbi eljárással a puronak az általános anyagforgalomra való élénkítő avagy csökkentő hatását véltem megismerni.

Adataim következnek.

| N a p                         | Vizelet | Vizeletben<br>N ‰ | N gm. | Testsúly |
|-------------------------------|---------|-------------------|-------|----------|
| E l s ő i d ő s z a k.        |         |                   |       |          |
| 1                             | 780     | 1.128             | 8.79  | 43.—     |
| 2                             | 690     | 1.148             | 7.74  | 43.—     |
| 3                             | 710     | 1.32              | 9.37  | 43.30    |
| M á s o d i k i d ő s z a k   |         |                   |       |          |
| 1                             | 760     | 1.27              | 9.96  | 43.40    |
| 2                             | 760     | 1.31              | 9.85  | 43.40    |
| 3                             | 1460    | 1.197             | 17.40 | 43.90    |
| 4                             | 1200    | 1.085             | 12.92 | 44.10    |
| 5                             | 860     | 1.210             | 10.40 | 44.25    |
| 6                             | 800     | 1.150             | 9.20  | 44.50    |
| 7                             | 850     | 1.370             | 11.54 | 44.55    |
| H a r m a d i k i d ő s z a k |         |                   |       |          |
| 1                             | 600     | 1.43              | 8.58  | 44.20    |
| 2                             | 900     | 1.27              | 11.43 | 44.30    |
| 3                             | 1100    | 1.28              | 14.08 | 44.50    |

Míg az első időszakban a kísérleti egyén átlag naponta 8.82 gm. N-t választ ki, addig a puro használata alatt a N-kiválasztás lényegesen fokozódik napi átlagos 11.61 gm.-mal, mely körülmény legkétségtelenebb bizonyítéka annak, hogy a javult étvágy folytán a fehérjebevitel nagysága jelentékenyen emelkedik s az észlelt testsúlyemelkedés is a fokozott tápfelvétel eredménye.

Összefoglalva kísérleti eredményeimet, ha nem is helyettesíthetjük puroval a használatos fehérjetápanyagokat, minthogy csekélyebb fehérjetartalma miatt jelentékeny mennyiségre volna szükség, hogy a szervezet fehérjeszükségletét csak részben is pótoljuk, bár ez irányban is alkalmazható, mint ezt II. kísérleti sorozatom igazolja, viszont azon nagybecsű előnye van, hogy az extractiv anyagoknak részint a gyomor működésére, részint pedig az idegrendszerre gyakorolt ingerlő hatása alatt a táplálékszükséglet — mint III. kísérletünkben — lényegesen fokozódik s ez úton a szervezet fehérjeállományának gyarapodását, a mint ezt az észlelt testsúlyemelkedések igazolják, a legegyszerűbb módon elérhetjük.

Végül őszinte köszönetemet fejezem ki Korányi Sándor dr. egyetemi tanár és Kövesi Géza dr. uraknak, kik jóakaró támogatásukkal és tanácsaikkal munkám megjelenését lehetővé tették.

## A budapesti kir. m. tud. egyetem fogászati klinikájának évi kimutatása az 1899/1900. tanévről.

A tanév I. félévében a klinika anyagát képezte összesen 2846 beteg. E számból

|                   |                                 |
|-------------------|---------------------------------|
| 14 éven alóli fiú | 190                             |
| 14 " " leány      | 271                             |
| 14 " " felnőtt nő | 1472 és                         |
| 14 " " férfi      | 913 vette segítségül a klinikát |

Az egyes megbetegedések alapján végeztetett összesen 2254 esetben extractio; conservative kezelve lett 592 beteg. Foghúzás történt:

|                                            |     |
|--------------------------------------------|-----|
| fogzás és tejfogak eseteiben               | 251 |
| pulpitisek eseteiben                       | 939 |
| pulpa gangraena és periodontitis eseteiben | 875 |
| már fracturált fogak eseteiben             | 33  |
| helyzeti rendellenességek miatt            | 11  |
| caries alv. specif. eseteiben              | 37  |
| caries dentium                             | 97  |
| dentitio diff. III. mol. inf.              | 11  |

összesen 2254 esetben.

Conservatív kezelés keretén belül történt: egyszerű koronatomés 357 caries dentis esetében; devitalisatio, exstirpatio, gyöktömés és koronatomés 132 pulpitis esetében; gyöktömés és koronatomés 103 gangraena pulpa esetében.

Az összes kezelések száma tehát 2846 az I. félévében.

E semesterben az előadásokra beírt hallgatók száma 18 volt, melyből 8 a fogászati műtéttanra és 10 a poliklinikai előadásokra esett. A semester folyamán 5 orvostudor foglalkozott behatóbban a fogászattal és nyert abban továbbképzést.

A tanév II. félévében jelentkezett:

|                   |                            |
|-------------------|----------------------------|
| 14 éven alóli fiú | 242                        |
| 14 " " leány      | 477                        |
| 14 " " felnőtt nő | 1713                       |
| 14 " " férfi      | 1080, összesen 3512 beteg. |

Az egyes megbetegedések alapján végeztetett összesen 3174 esetben extractio; conservatív kezelésben részesült 338 beteg.

Foghúzás történt:

|                                                                |      |
|----------------------------------------------------------------|------|
| tejfogak, fogzás eseteiben                                     | 386  |
| pulpitisek eseteiben                                           | 1024 |
| már fracturált fogak eseteiben                                 | 69   |
| gangraena, gyökhardtályos, esetleg necrosis radialis eseteiben | 1207 |
| caries alv. specifica eseteiben                                | 82   |
| rendellenes helyzet eseteiben                                  | 35   |
| caries dentium eseteiben                                       | 354  |
| dentitio diff. III. mol. inf. eseteiben                        | 17   |

összesen 3174 esetben.

Conservatív kezelésben részesült összesen 338 beteg, és pedig végeztünk egyszerű koronatomést 167 caries dentis esetében; devitalisatio, exstirpatio, gyöktömés és koronatomés történt 95 pulpitis esetében; gyöktömés és koronatomés 76 gangraena pulpa esetében.

Az összes kezelések száma a II. félévében 3512.

Poliklinikai előadásokra beiratkozott 12 hallgató, műtétani előadásokra 6; összesen 18.

Az egész tanévben a klinika szakadatlanul mind a 12 hónapon át volt nyitva s ezen idő alatt összesen 6358 fog- és szájbetegnek nyújtott segítséget.

A fogászati technikából hetenként kétszer rendszeres, bemutatókkal egybekötött előadásokat tartott *Hattyásy Lajos* egy. m. tanár. A szájbetegségeknél előforduló teendők pedig hetenként egyszer (esetleg közbeeső napokon is) mint technicoklinikai rész tanítottak. Gyakorlatokat a technikai és klinikai teendőkben a beiratkozott hallgatók a tanár vezetésével és odontotechnikához beosztott gyakornok felügyelete mellett hetenként háromszor végeznek.

A munkálatokhoz szükséges nagyobb eszközöket, valamint az egyes fogyó anyagokat (gipsz, viasz, kaucuk stb.) az intézet adja, egyéb kellékekről (nemes fémek, fogak stb.) a beiratkozott hallgatók gondoskodnak.

Szabó József dr., tanársegéd.

## T Á R C Z A.

### Az állami elmeegógyintézeteki orvosok helyzetéről.

(Folytatás.)

De van az elmebetegekkel való állandó érintkezésnek sok esetben a momentan halálánál is iktóztatóbb következménye, és ez az az észrevételről romboló pszichikus infectio, mely belénk öli annak a betegségnek csiráját, melyet tanulmányozni és leküzdeni hivatásunk.

A német pszichiatria egyik legkimagaslóbb oszlopa így dőlt ki sorainkból és Magyarország ez irányban vesztesége is jelentékeny már, mert nem egy elme borult el, mely az elmebetegek gyógyításán fáradozott.

Az egyik ugyanabban az intézetben nyert ápolást, a melyben áldásdúsan működött, a másik késsel ketté metszette életét, a mikor a kezdődő elmebetegek kétségtelen tüneteit észlelte önmagán, a harmadiknak lángszét elpusztította az agylágyulás, a negyedik még most is ott jár a szellemi romok között és alig van ösvény, a melyen a világba visszatérhetne.

Ezek az elmeegógyító orvosok áldozatai, tudományunk valóságos mátyrjai és sírhantjuk mindnyájunk mementoja!

Tovább megyek. A veszély, a melynek mi, az elmeegógyászati terén működők ki vagyunk téve, nemcsak a megváltó halál, nemcsak a sok esetben gyönyört nyújtó elmebetegség, hanem az a sokszor



állandó, sokszor hullámzó defectus, mely szellemi életünk helyes megnyilatkozását alterálja.

U. i. rák ragad a psychikus aberratiók sokaságából egy bizonyos mennyiség, mely fertőzi szellemi életünket és melynek szemüvegén keresztül akaratlanul is nézzük a világot. Egymagában ez a szemlélő baja, de megközelítheti a veszély határát is, a mikor fertőzött szellemi életünkben megnyílnak a jellemző jelenségek a hullámzás, a mikor nem pozitív tények után ítélünk, hanem sejtelmek irányítják a logikai apparátust, a mikor a külvilági események mérlegelésében egyoldalúakká válunk, a mikor egyensúlyt veszített szellemi életünket, a nélkül, hogy az felbillent volna, applikáljuk önünkön kívül állókra is, a mikor elveszítjük a férfi munkásságot jellegző pozitív irányt, a mikor vacillálunk és még az óhajtott eredmény elérésétől is félünk, egyszerűen: a mikor szellemi életünk kielégítést és nyugopontot sehol sem talál.

Türelmetlenekké, munkálkodásunkban bizonytalanokká, itélkezéssünkben tévovázókká leszünk, sokszor igazságtalanok és nyűg környezetünk, mi a kik bolyongva keressük, de fel nem találjuk a munkáseletnek határköveit, melyek mindegyike fáradt lelkünknek egy-egy jötevő pihenő állomása.

Fertőzött szellemi életünknek ezen megnyilatkozásai, bár részleges tünetcsoportot képeznek, mégsem alkotnak körképet, mely azonban, ha felállítatnánk, csakis az elmebeteggekkel állandóan foglalkozók neurastheniájának volna nevezhető.

Rövid szavakban igyekeztem vázolni a bennünket környező veszélyek egy részét.

És ismerve azokat, ne ismernők a praeventív intézkedéseket, melyek legalább részben megóvhatnák bennünket a pusztulástól?

Megdönthetetlen alapigazság az, hogy a tudományt művelő szellemi munkás működésének eredménye egyenes arányban áll az anyagi gondatlansággal, továbbá, hogy agyrendszerünket azon psychikus momentumok telítik leginkább, melyek önünket legközelebből érintik, azt legintensívebben foglalkoztatják; ezek legelőkelőbbek telítik az öntudatot és egyben őrtállók annak küszöbén, hogy munkájukat ne zavarja, ne kisebbitse az idegen jövevény.

A túlidealistikus patinától ment gondolkodás már most kétség-telenül annak helyes felismeréséhez vezet bennünket, hogy alig létezik psychikus momentum, mely erőben és hatalomban vetélkedhetnék azsal, melyet az anyagi gond teremt. Bármily irányban foglalkoztassuk agyunkat, bármily lényeges és érdekes eszmék feldolgozásán fáradozik e műhely, az anyagi gond mindig gátló, mely átszövi az agyrendszer megnyilatkozását minden irányban és ép ezért elhomályosítja annak élénkségét, megnehezíti annak gyors és szabatos lefolyását és megcsorbitja a kedélyi sphaerát.

Sem pontos, sem széles látkörű, sem befolyásoktól ment, ideális, higgadt munkálkodást nem teljesít az az agyrendszer, melyet az anyagi gondok ellen való küzdelem kímélő eszméi foglalkoztatnak. Az igazság újtjáról könnyen letér, önérdékből előnyöket készséggel biztosít, a lelkiismeretes kötelességérzés határait önkényűleg bővíti az, a ki anyagi gondokkal küzd.

Az összehasonlítás szüli az elkeseredést, ez megcsorbitja a kedélyi élet jellemét és az én olybá lesz, mint hullámzó tengeren a sarka, úgy dobálják azt az aversiók, és antipathiák, az objectivitás e legnagyobb ellenségei, az itélkezés terrenumán.

Ezen tapasztalati tényeknek kétségtelen consequentiája már most, hogy céltudatos és eredményes szellemi munkát csak attól az agytól követelhetünk és várhatunk, mely az anyagi gondoktól ment, a minek folyománya, hogy az államnál alkalmazott szellemi munkás gondtalan megélhetését az államnak biztosítani kell.

A szorosabb értelemben vett anyagiak terén az államhatalom feladata e kötelessége eddig ér.

De elzárkózhat-e a gondoskodás azon feladatától, mely az egyénnek hivatásával járó veszedelmek ellen való megóvására irányul?

A közösség jól felfogott érdekében nem zárkozhatik el ezen humanus kötelességtől, és tényleg a culturnemzetek ügyeit vezető államhatalom törvényes intézkedéseiben vetélkednek egymással, hogy a keze munkája után éljenek foglalkozása ne legyen sirja.

Miért ne óvna meg tehát az államhatalom a szellemi munkást? miért ne óvna meg az állami alkalmazásban álló elmeorvosgyászt, a kinek hivatása annyi veszedelmet rejt magában?

Az agy kitartó munkásságának legnagyobb ellensége a psychikus monotonitás, mely az egyoldalúsághoz és consequentiáiban a terméketlenséghez vezet.

A szellemi munkásnak önérdeke tehát, hogy szaktudományának ápolásán kívül a társadalmi életben részt vegyen és szakmunkásságának pihenő állomásait élethivatásától távolabb álló tudományokban, művészetekben és társadalmi intézményekben keresse. Mentől intenzívebb a szellemi munka az élethivatásos tudomány terén, annál élénkebb és rendszerezesebb kell, hogy legyen az idegen terrenumokra való excursio, mert csak ez biztosítja az agy csorbitatlan munkaképességét és megóvja azt a korai kifáradás és kimerülés veszedelmei ellen.

Azt hiszem, hogy nincs, a ki tagadásba venné az elmeorvosgyászt erős és megerőltető szellemi munkáját, mely a tudomány tételeinek alkalmazásánál mindig individualizálva kutat, mely lelki szemeivel kénytelen búvárkodni a rejtett világban és melynek segédeszközei között csak gyér számban találhatók fel azok a pozitív tudományok, melyek megdönthetetlen törvényeken alapulnak.

A psychiatrikus foglalkozás közepette azonban az agyrendszernek és az idegrendszernek állandó és fokozott feszülését létesíti nemcsak a tudományos gondolkodásnak túlságosan kimerítő, majdnem azt

mondhatnám emésztő volta, hanem az a specialis beteganyag, mely gondolkodásunknak és gondoskodásunknak tárgya.

Ebben rejlik egyrészt az elmeorvosgyászati pálya sok irányú veszélyes volta, melyre mindenkor, működésünk minden percében gondolnunk kell, hogy talajt ne veszítsünk, hogy ahhoz alkalmazhassuk szavunkat és cselekvéseinket, modorunkat és mimikátunkat, mindmennyit mint egyúttal őrzőit is épségünknek, másrészt pedig ebben a beteganyagban, és tagadhatatlanul a vele való intenzív foglalkozásban és a felette való gondolkodásban rejlik psychikus megfertőztetésünknek veszedelme.

Egészséges, gymnastizált agyrendszerre van tehát szükségünk, hogy megóvhatnánk magunkat mindkét irányú veszedelemtől szemben, ezt pedig más úton el nem érhetjük, csak az által, hogy agyrendszerünket rendszeresen más irányban is foglalkoztatjuk.

A tudományok, művészetek és társadalmi intézmények ápolása, utazások, színház, hangverseny, sport stb., ezek elengedhetetlen alapfeltételei az elmebeteggekkel állandóan foglalkozóknak, ezek óvják agyrendszerünket az emberi gyengeségekkel és a jellembeli elfajulásokkal szemben, ezek fokozzák az agy- és az idegrendszer ellenállási képességét, óvnak a psychikus fertőzéssel szemben és egy nívóban tartják a romlatlan kedélyi életet, egyben pedig új tápanyagot szolgáltatnak az általános társadalmi műveltség állandó ápolásához, mely nélkül pályánkon nem boldogulhatunk.

Egészségünk és lelki épségünk fentartása, tehát újra anyagi kérdés, melylyel az államnak számolni kell, nemcsak azért, mert alkalmazotjainak sorsáról gondoskodni kötelessége, hanem saját érdekében is, mert az elengedhetetlen szükségesnek kielégítése által fenntartja munkaképességünket.

Es mindezen momentumoknak tekintetbe vételével és tekintettel az állami és személyes érdekekre is, áttérek már most a fizetésrendezésre vonatkozó konkrét javaslatomra.

Az állami tisztviselők illetményeinek szabályozásáról szóló 1893. évi IV. t.-cz. 21. §-ának rendelkezése szerint nem tartoznak ennek a törvénynek a határozmányai alá és külön intézkedések alá esnek a belügyi tárca körében egyebek között az állami kórházakban és tébolydákban alkalmazottak, nincs tehát a kormány keze megköteve abban, hogy az országos elmeorvosgyászati orvosoknak illetményeit saját legjobb belátása szerint rendezze.

Erre irányuló javaslatomban, melyet főképp az 1893. IV. t.-czikkben kifejezésre jutott alapelveknek szem előtt tartásával teszek, az illetményeknek három categoriáját állítom fel, ú. m. 1. a fizetést, 2. a személyi pótlékot, 3. a korpótlékot.

1. A fizetés. Megfelelő fizetési osztály lenne az igazgató és az igazgató főorvos részére a tisztviselői fizetési osztályok közül a VI., a főorvos részére a VII. és az esetileg létesítendő helyettes főorvosi állást betöltő részére a VIII. fizetési osztály.

A fizetési osztályokba való besorozásoknál azonban nem lehet figyelmen kívül hagyni azt a nagy különbséget, a mely a fővárosban és a vidéken alkalmazott elmeorvosgyászati orvos megélhetési viszonyai és feltétlen kielégítésre szoruló igényei között mutatkozik.

Habár a fővárosi és a vidéki élet költsége között fennálló különbség első sorban a lakberek különbözőségében jut kifejezésre és ez a különbség az elmeorvosgyászati orvosokra, mert mindenütt természetbeni lakásban részesülnek, nem is súlyosbodik, mégis vannak olyan élet-szükségletek, a melyek kielégítése tekintetében a vidéken működő elmeorvos a fővárosban alkalmazott kartársánál jóval kedvezőbb helyzetben van. Ilyen pl. az élelmi cikkek árának mutatkozó jelentékeny különbség, ilyen a fővárosi nagy helykülönbség, a mely a kocsi vagy egyéb közlekedési eszköznek állandó használatát követeli meg, stb. Ehhez járul, hogy a fővárosban a társadalmi szereplés, a melylyel az orvos állása tekintélyének tartozik, továbbá a különböző orvostudományos egyesületekben való részvétel stb. oly állandó terhet rónak a fővárosi orvosra, melyet a vidéki kartárs lényegesen enyhébb alakban érez.

Ezzel szemben pedig a fővárosban, a hol az országos intézeteken kívül álló szakorok nagyszámban állanak a közönség rendelkezésére, sokkal kevesebb alkalma van az állami intézeti elmeorvosnak magánjövetele szerzésére, mint a vidéken, a hol a közönség más szakorok hiányában, ú. sz. kizárólag az országos elmeorvosgyászati intézetben alkalmazott szakorvosok segítségére van utalva.

Ezekből az indokokból helyesnek tartom javaslatomnak azt a részét, a mely szerint az ugyanabba a fizetési osztályba tartozók közül a fővárosban működők a magasabb fizetési fokozatba soroztassanak.

Ez a javaslatom eltér ugyan az 1893. IV. t.-cz. rendszerétől annyiban, a mennyiben ez a törvény a VII. és a VIII. osztályba tartozó fizetési fokozatok számát nem kettőben, hanem háromban állapítja meg, és a mennyiben az egyes fokozatokba való beosztásnál az alkalmazás helyének különbözőségét figyelmen kívül hagyja és azt rendszerint a szolgálati idő, illetőleg a rangsor alapján valósítja meg.

Ez az eltérés azonban nem lényeges és nem ütközik olyan elvi akadályokba, a melyek a rendezést a javasoltam alapon lehetetlenné tennék és pedig egyrészt azért nem, mert a törvény 5. §-ában kivételesen megengedi, hogy különös szolgálati érdekeknél fogva a magasabb fizetési fokozatba való sorozással történhessék a kinevezés, másrészt azért nem, mert a törvény 3. §-ának a) és b) pontja szerint az V. és VI. fizetési osztályban is csak két fokozatot ismer, a harmas fokozat szabálya alól pedig kivételt enged, a mennyiben a VIII. fizetési osztályba tartozó bírói és ügyészi, gymnasiumi és reáliskolai igazgatói és középiskolai tanárképző gyakorló iskolai tanári állások, a IX. fizetési osztályba tartozó gymnasiumi, reáliskolai stb. tanári állások, valamint a XI. fizetési osztályba tartozó aljegyzői állások ezeknek a fizetési osztályok-



nak két magasabb, a XI. fizetési osztályba tartozó segédtelekkönyvvezetői állások pedig ennek a fizetési osztálynak a legmagasabb fokozatába sorolandók, a hármas fokozat csökkentése tehát elvi akadályokba nem ütközhetik és a csekély létszámú elmegyógyintézetek orvosokra nézve különösen indokolt is.

A fizetési fokozatok rendszerét a törvény nem a működés helyének különbözősége alapján létesítette, hanem abból a célból, hogy a tisztviselő necsak magasabb fizetési osztályba, tehát magasabb állásba való kineveztetése alkalmával, hanem ugyanazon a fizetési osztályon belül, vagyis ugyanabban az állásban is, időnként fizetésemelésben részesüljön, a fővárosi és a vidéki viszonyok között a lakbérén kívül is fenforogó különbséget ellenben a működési pótlékban juttatta a törvény 2. §-ában kifejezésre.

A működési pótlék azonban, mivel az csak a működés tartamára járhat, a nyugdíjszabás alapjául szolgáló fizetésbe nem számítható be, már pedig, mivel ugyanazok a körülmények, a melyek a fővárosi és a vidéki viszonyok közötti különbségnek figyelembe vételét a fent már előadottak szerint indokolják, a nyugdíjazott irányában is fenforognak, nem lenne igazságos az ezeknek megfelelő többletet csak a tényleges szolgálat időtartamára szorítani, mihez képest a működési pótlékot el kellett ejtenünk, és a fővárosi és a vidéki viszonyok közötti különbségnek indokolt figyelembevételével a fizetési fokozatokat kell felhasználni és a különbséget a törzsfizetés különböző megállapításában kell kifejezésre juttatni.

Epen nem idegen ez az eszme a mi tisztviselői pragmatikánkban sem, mert pl. az 1893. IV. t.-cz. hatályba lépte előtti időben a fővárosi bírák, ügyészek stb. magasabb törzsfizetésben részesültek, mint az ugyanabban az állásban levő vidéki bírák, az az indok pedig, a melylyel a törvény a törzsfizetés közötti különbségnek megszüntetését indokolja, hogy t. i. a különbséget a bírói szervezet egységének érdekében kellett megszüntetni, az orvosokat illetőleg nem forog fenn.

Javaslatom szerint tehát:

1. Az országos elmegyógyintézetekben alkalmazott igazgatók és igazgató főorvosok az 1893. IV. t.-cz. értelmében a VI. fizetési osztályba sorolandók, tehát a ministeri osztálytanácsosokkal egy rangba jutnának, mégis úgy azonban, hogy a fővárosban működő igazgatók és igazgató főorvosok a VI. fizetési osztály első fokozatába, a vidéken működők pedig a VI. fizetési osztály második fokozatába nevezetnének ki. A fővárosban működő igazgatók és igazgató főorvosok törzsfizetése lenne tehát 6000 korona, a vidéken működők 5000 korona.

2. Az országos elmegyógyintézetekben alkalmazott főorvosok a VII. fizetési osztályba sorolandók, tehát a ministeri titkárokkal egy rangba jutnának, mégis úgy azonban, hogy a fővárosban működő főorvosok legalább is a VII. fizetési osztály második fokozatába nevezetnének ki, úgy hogy a fővárosban működő főorvos évi törzsfizetése lenne 4400 korona, a vidéken működők pedig 4000 korona.

3. Az állandósított helyettes főorvosok a VIII. fizetési osztályba sorolandók, tehát a ministeri segédtitkárokkal egy rangba jutnának, mégis úgy azonban, hogy a fővárosban működő helyettes főorvosok legalább a VIII. f. o. 2. fizetési fokozatába nevezetnének ki. Évi törzsfizetése lenne tehát a fővárosban működő helyettes főorvosnak 3200 korona, a vidéken működő helyettes főorvosnak 2800 korona.

Javaslatom értelmében az évi törzsfizetés emelkedése lenne:

a lipótmezei intézet igazgatójánál: semmi  
az angyalföldi intézet igazg. főorvosánál: 2000  
a n.-szebeni intézet igazg. főorvosánál: 1400  
a n.-kállói intézet igazg. főorvosánál: 1800

a lipótmezei intézet főorvosainál 800 korona, illetőleg 1200 korona, az angyalföldi intézet főorvosánál 1600 korona, a nagyszebeni intézet főorvosánál 1200 korona és a nagykállói intézet főorvosánál 1800 korona.

A helyettes főorvosoknál alapul véve az eddig ideiglenesen alkalmazott másodorvosok illetékeit az évi törzsfizetés emelkedése lenne: a lipótmezei intézet helyettes főorvosánál 2000 korona, az angyalföldi intézet helyettes főorvosánál 2000 korona, a nagyszebeni intézet helyettes főorvosánál 600 korona, a nagykállói intézet helyettes főorvosánál 1800 korona.

Javaslatom szerint tehát teljes létszám mellett és a helyettes főorvosi állások szervezése esetén, számítva pedig a lipótmezei gyógyintézetre két helyettes főorvost, a többi gyógyintézetekbe pedig csak egy-egy helyettes főorvost, a törzsfizetésemelések évente összesen csak 20,200 koronával terhelnék az országos elmegyógyintézetek költségvetését.

Babarczy-Schwartz Ottó dr.  
m. kir. udvari tanácsos, magán elme-  
és ideggyógyintézeti igazgató.

(Folytatása következik.)

### Berlini levél.

(Az orrsövényléczek és töviselt eltávolítása. Egy érdekes vitatárgy a berlini gégeorvosok egyesületének ez idejű ülésében.)

Az orrsövényléczeket és töviseket, mint a melyek tudvalevőleg adott esetben igen kellemetlen helybeli és általános tüneteknek lehetnek okozói, B. Fränkel klinikáján az esetek többségében electrolysis-sel távolítják el. A bipolaris electrodot, 20–30 milliampère áram erővel, egy-egy ülésben öt-tíz percig alkalmazzák. Ez eljárás előnyűl először is felhosszítja, hogy a betegre nézve, a mennyiben cocain-ecsetelés mellett fájdalmat nem okoz, a legszelídebb methodus és a félénk

egyének is szívesen alávetik magukat a műtétnek. Miután sem vérzést, sem összenövést nem okoz, utókezelésre nincs szükség. A perforatiót, mint a minek előidézésevel sokan az electrolysis-t okolják, kellő elővigyázattal szintén elkerülhetjük. A főfeltétel, hogy a tüket az orrsövénynyel lehetőleg párhuzamosan szúrjuk be a kiálló részletbe. Azonban az sem tagadható, hogy ez eljárásnak egy igen nagy hátránya hosszadalmassága. Míg a porczos részeket, mint saját tapasztalataim után is mondhatom, három-négy ülés alatt eltávolíthatjuk, a csontos kinövéseknek néhány hét, sőt egy-két hónap is beletelhetik, míg észélhoz jutunk. Ezért oly betegeknek kik a kellő idővel, türelemmel nem rendelkeznek, más methodushoz kell folyamodnunk.

A. Rosenberg ez utóbbi oknál fogva a galvanocautika barátja, alapos cocainozás után ez sem okoz fájdalmat és gyorsan is hat, de ha a lécz igen hátra terjed, a galvanocautikának könnyen genyes középfülgyulladás lehet a következménye. Jansen legjobban szereti a fűrészt és főleg a vésők alkalmazását. El kell ismerni, hogy a műtét és a faja tökéletesebb a már említett másik kettőnél, miután gyorsaságától el is tekintve, a lágyrészek felkészítése után a legpontosabban meghatározhatjuk, hogy az eltávolítandó rész mily kiterjedésű. E műtét azonban, még a cocain daczára is, fájdalmas, a vérzés pedig rendszeren olyan bőséges hogy az aránylag szűk helyen nemcsak a műtét folytatását nehezíti meg, de a tampon alkalmazása is szükségessé válik. A legegyszerűbb és a többi operatív eljárásnak minden előnyét egye-síti Krause módszere.

A Cordes- és az általa javított Schötz-féle műszerrel egy pillanat alatt lemettzi a kiálló porcz- avagy csontdarabot. A vérzés rendszeren kisebb fokú, de azért Krause elővigyázatból minden ily műtét után egy huszonnégy órára tamponál. Az esetben, ha a lécz igen hosszú, mondjuk az orrsövény egyik végétől a másikig húzódik, a műszernek kétszeri alkalmazása válik szükségessé, miután az egymással szemben fekvő két ékalakú kés körülbelül csak három centiméternyire távolítható el egymástól. Az ügyesség, mit e műszer alkalmazása megkíván, mindössze abban áll, hogy a két szemben fekvő kést, miután a kiálló léczet pontosan közrefogtuk, lehetőleg szorosan fektessük oda az orrsövény oldalához. Ha ezzel készen vagyunk, elég egy gyors húzás a műszer gyűrűjébe illesztett mutatóujjal és a műtét be van fejezve. Néha, mint azt Krause maga is beismeri, műszerével nagyobb terjedelmű nyálkahártyát ronesol el, mint kívánatos volna, a minek következményeként a sebszéleken csakhamar kiterjedt granulatio képződik. A granulatiokat ugyane műszer segítségével azután könnyűen el lehet távolítani. E kellemetlenséget azzal kerülhetjük el, ha a műtétet megelőzőleg a nyálkahártyát a lécz hosszában kettémetszjük és így a nagyobb ronesolástól megkíméljük.

A berlini gégeorvosok egyesületében, az idej tanév első ülésén, minket magyarokat is közelebből érdeklő kérdés adott alkalmat élénk vitára. Heymann professor ugyanis mindjárt az ülés elején amaz óhaját fejezte ki, hogy miután az egyesület régebben külföldi tagokat is elfogadott, ez a jelenben is lehetővé tétessék. Kérelmét azzal az érvel támogatja, hogy pár év előtt Irsai professor levélbeli ajánlatára Navratil professort minden személyes jelentkezés nélkül örömmel felvették a tagok sorába.

A következő felszólalók legnagyobb része, ú. m. Rosenberg, Schwaba, Röhr, Schötz, Lublinsky és Flatau, bár az indítványt mereven nem utasították vissza, mégis odanyilatkoztak, hogy a külföldiek belépését az egyesületbe nem veszik nagyon szívesen. A magyar, svájci és osztrák orvosok ellen nincs semmi kifogásuk, de más államok orvosait és főleg az amerikaiakat, kik a tagságot reklámcélokra használják fel, nem akarják ezentúl befogadni. Végül ismét Heymann kelt szözlásra és főleg a jelentkezendő magyar collegákat, mint a kiket az egyesület mindezt ideig igen szívesen látott kebelében, ajánlotta nagy melegséggel. A kérdés felett a legközelebbi ülésen fognak véglegesen dönteni.

Berlin, 1900. október 28.

Tövélygi Elemér dr.

### Orvosi dolgok a párisi kiállításon.

(Folytatás.)

A kórházaknak külön laboratoriumaik vannak, Carrière aggregé vezetése alatt. A hallgatóknak alkalmuk nyílik itt a vér, húgy, köpet, geny, bólsár stb. pontosabb klinikai vizsgálatának megtanulására. Különben Carrière anaërob culturáknak nagyban való tenyésztésénél használható eszközt is állított ki. Találunk ott Lapersonne szemész-professortól a periferikus színérzés vizsgálatára való perimetert; közös atlas, Laguesse histologus, Charneil syphilidologus, Curtis kórboncznok, Dubar sebész professor szakszerű photographiáival. Sescœur a chemia és toxicologia tanára egyszerű hordozható berendezést állított ki a tej vizezésének kimutatására; meglehetősen gyenge eljárás. Elve abban áll, hogy nem a tejnek magának, hanem a casein kiválasztása után visszamaradt savónak a fajsúlyából következtet a tej vizezésének a fokára; lényegtelennek tartja, hogy a casein kiválasztását savóval vagy oltóval végezzük.

Ezenkívül van ott pár jelentéktelen eszköz Wertheimer physiologustól és Lepage praeparatortól: sphygmograph kis módosítással és eszköz, a mely bizonyos lélegzési kísérleteknél a levegő felmelegítésére szolgál.

Toulouse régi egyetemi székhely. 1253-ban IX. Gregor pápa bulájára létesítette, már akkor is volt orvosi facultása. Mint a régi Languedoc capitalisa századokon keresztül igen fontos vallási és egyetemi központja volt Dél-Franciaországnak. A nagy forradalom idején bezárták. Már a XIX. század elején újból megnyitották az orvosi iskolát,



de a mai vegyes facultás egész új eredetű, 1891. április 1-jén Sadi Carnot elnök inaugurálta.

A legutóbbi évben majdnem 700 medicus hallgatója volt, ennek talán egyik oka, hogy Toulouseban olcsó az élet, átlag 150 frankból havonként kényelmesen meg lehet élni. Szép könyvtára, igen nagy emberi embryo és foetus gyűjteménye van. (250 darab.)

A kiállítás alkalmából csinos, térképes, 120 oldalas könyvet adott ki az egyetem.

A kiállításban a számos könyvön és photographián kívül Röntgenképeket látunk, a melyek injiciált hullapraeparatuk után készültek, a vese, a placenta, a kéz ereit, a kéz nyirkereit, a pancreas kivezető csőrendszerét, egyesek a csontok szerkezetét tüntetik fel. Praeparált hullacsontoknál bizonyos expositio idő mellett a radioscopikus kép a csont finomabb szerkezetét is feltünteti. A képek a radiographiának anatómikus felhasználását tüntetik fel. Látunk stereoskopikus Röntgenképeket is kiállítva tükrösterioskopban, ezenkívül motoros higany-interruptort, pelvimetert és stereometert; ezen eszközöket Marie és Ribaut konstruálták és Röntgen-felvételhez valók. Végül ott látunk az ammetropia meghatározására szolgáló egyszerű eszközt Cluzet-től.

A bordeauxi orvosi facultás újabb keletű, 1878-ban nyílt meg mint vegyes facultás (faculté mixte de médecine et de pharmacie). 23 tanszéke van, átlag 400 medicus és 150 gyógyszerész hallgatója. Kiváló a pharmacologiai museuma „musée de matières médicales”. Körülbelül 2000 darab drogue-ból áll. Egyik fókuszpontja a tengerészeti és colonialis orvosi nevelésnek, egyszersmind a fogászati kiképzésnek. Külön tanszéke van a meleg égövi megbetegedéseknek (consultation des maladies des pays chauds). Vezetője le Dantec aggregé, a „pathologie exotique” előadója, a kinek megfelelő ethnographikus muzeum is áll rendelkezésére.

Az orvosi facultással kapcsolatban áll az „École de santé navale”, a hol Franciaország leendő tengerész orvosai és gyógyszerészei a négy évi orvosi cursus három utolsó évét végzik. Az első évet az „École annexe de médecine navale”-ban hallgatják. Ilyen három van Franciaországban, Brestben, Rochefortban és Toulonban, e három fontos hadi kikötővárosban. A tengerészorvosi iskolákban a felvételt a tengerészeti minister eszközözi. A négyévi orvosi cursus alatt a hallgatók teljes el-látásban részesülnek, de 10 évi katonai szolgálatra kötelezik magukat az orvosi diploma elnyerése után. A három utolsó évet a bordeauxi egyetem orvosi facultásán végzik. Ujabban hasonló colonialis iskolát állítottak fel Marseille-ban, a melyben a gyarmati egészségügyet tárgyaló cursust is létesítettek.

Szintén az egyetemen kapcsolatos intézmény az „École et clinique dentaire”, a mely a hasonló nevű párisi intézet mintájára alakult. École dentaire több helyütt van Franciaországban, de bárhol is végezze valaki a fogászati cursust, vizsgáit a „chirurgien dentiste” cím elnyerésére csak Párisban és Bordeauxban teheti le.

Az arcachoni tengeri zoologiai statio szintén a bordeauxi egyetem annexusát teszi.

A könyveken és photographiákon kívül Fignier-nek, a gyógyszer-tanárnak, ozonfejlesztő készülékeit találtuk a kiállításban.

A rennesi egyetem eszközöket nem állított ki. 40 oldalas kis füzet ismerteti a régi Bretagne hercegség hajdani capitalisának egyetemi viszonyait. A XIX. század elején volt már orvosi iskolája. Ez sok változáson ment keresztül és csak a legújabb időkben 1896-ban Felix Faure személyes inauguratioja mellett emelkedett az „École de pleine exercice de médecine et de pharmacie” rangjára. Ilyen titulusa van azoknak az orvosi iskoláknak, a hol el lehet végezni a teljes négy évi orvosi cursust és le lehet tenni a három első vizsgát. A helyettes tanárokkal együtt 28 professora van; 1900-ban 280 a hallgatók száma. Elméleti intézetei egészen újak, villamosan világítottak. Az orvosi iskola fentartási költségeit a város viseli.

A felsoroltakon kívül még egyéb vidéki francia egyetemek is részt vettek a kiállításban, ezeknek azonban nincs tulajdonképeni orvosi facultásuk, hanem az egyetemen kapcsolatban csak előkészítő iskolájuk „École préparatoire de médecine et de pharmacie”. A hallgatók az orvosi cursus három első évét végezhetik és két vizsgát tehetnek le.

Ezek közül a kiállításban részt vett Dijon, Caen, Poitiers, Clermont-Ferrand, Besançon, Grenoble, Rheims és Nantes.

Mindenütt ott találjuk az intézetek photographiáit, a tanárok könyveit. Rheims és Nantes-ot kivéve, valamennyien külön füzetet adtak viszonyaiknak ismertetésére. Ezek között igen csinos füzet a besançoni universitás a város látképével, régi egyetemének történetével és a régi dolei egyetem peesétjének rajzaival, a mely később a besançoni egyetembe olvadt bele.

A retrospectiv részben ott láttuk a dolei egyetem alapító levelének photographiáját 1422-ből. V. Marton pápa adja meg a bullában a jogot az egyetem alapítására. Másik photographiai másolat azt az affichet tünteti fel 1634-ből, a melyen a dolei egyetemen az előadásokat hirdetik, egy harmadik irat másolata XIV. Lajos francia királynak határozatát tartalmazza 1691-ből, a melylyel a dolei egyetem székhelyét Besançonba teszi át.

A caeni egyetem régi központja a tudományos oktatásnak, valamikor Normandia Athenéjének is nevezték, a mennyiben különösen a művészetek oktatása magas fokot ért el. Ezen egyetemet IV. Henrik angol király alapította 1431-ben a civil- és canonjog tanítására. 1436-ban theologiai és egy évvel később orvosi tanszékeket is létesített.

A retrospectiv részben régi metszetet találtunk, a mely e pár tárgyat tanító egyetemenek földszintes, szabályos épületét tünteti fel alaprajzaival egyetemben. A metszet alatt pár sor összefoglalja az

intézet híres tanítványait, köztük a caeni születésű Malherbe francia lyrikus nevét, a ki köztudomás szerint a francia nyelv reformatorainak egyike. Eszünkbe jutott Boileau híres mondása, a szálló igévé vált „Eufin Malherbe vint...”

Luc-sur-Mere-ben tengeri laboratoriuma (laboratoire maritime) van a caeni egyetemenek.

A poitiersi egyetem eredete 1431-ig vezethető vissza. Jogi facultását valaha Descartes és Bacon hallgatták. Erdekes, hogy cours colonialja van a gyarmati hygiene előadásával.

A clermont-ferrandi egyetemen összekapcsolták a Pavin-tó partján Besse en Chaudesseben felállított limnologiai laboratoriumot, a melynek hivatása az édesvízi állatok tanulmányozása.

Az orvosi előkészítő iskola hallgatói itt internatus rendszer szerint szigorú ellenőrzés alatt állanak.

Kiállításában pár eszközt is találunk: két ureometert, húgyvizsgálatra alkalmas spectroskopot, Röntgen-berendezéshez való interruptort és folyadék rheostatot, pár electrotherapeutikai eszközzel együtt.

Pár szót még Grenoble egyeteméről. Az orvostanhallgatók száma csak 25. Franciaország egyik legszebb helyén fekszik, az Alpecek centrumában, sok fürdőhelytől és kirándulóléhtől környékezve. Az élet nagyon olcsó itt. A város is, az egyetem is különös súlyt helyez a nem francia hallgatók támogatására és a francia nyelvnek tanítására.

Pekár Mihály dr. és Heim Pál dr.  
(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

A tüdővész sanatoriumi gyógyítása.

Közlő: Kuthy Dezső dr. egyetemi magántanár.

(Vége.)

Annál rövidebb idő kell a sikerhez és szebb lesz az eredmény, minél korábban került a beteg sanatoriumba.

Charles Gustave Fagniez-nek, mikor a nevére nevezett sanatoriumot megalkotta, jó tanácsadói voltak, hogy az intézet a tüdővész első szakában lévő leányok számára alapított. Moeller szerint (Zeitschrift f. Tub. u. Heilstättenw. I. k. 2. f.) legbiztosabb a gyógyulás ott, a hol csak egy felső leány beteg, nincs láz, az emésztő szervek sértetlenek (nem véve itt figyelembe az initialis, levegőkúrára könnyen muló anorexiát), a vizelet fehérjementes és nem mutat diazoreactiót s a testi erők nem romlottak még nagyobb fokban le. Ki is volnának zárandók nevezett szerző javaslata értelmében az olyan esetek, a hol más szervek súlyos tuberculosus megbetegedése is jelen van (gége-, bél-, csont-, izületi, mirigy-tuberculosis, empyema stb.), továbbá a világos caverna-képződés esetei, sőt mindkét felső lebenynek, ha csak supraclavicularis megbetegedése is, úgyszintén azon esetek, melyekben egyik alsó lebeny van megtámadva. Saját érzésünket fejezi ki Moeller, mikor maga is utána teszi azonban e formulázásának, hogy: nem kell mindenkor e sémához túlszigorúan ragaszkodni, mert nem egyszer váratlan jobbrafordulása észlelhető a hygiénés-diaetás regime alatt a súlyosabb esetekben is. Hasonló értelemben nyilatkozik v. Schrötter tanár (Zeitschr. f. Tubere. u. Heilstättenw. I. k. 1. f.) és felhossa egy laryngitis ulcerosa specifica esetét (infiltr. apicis dextri, utóbb utriusque), a kinél a Schrötter-klinikán Bécsben a tejsavas esetelések mellett semmi gyógyulási hajlandóság a gégén nem mutatkozott, az általános állapot folytonos rosszabbodás képét adta. Allandban pedig 5 hónap alatt 9-2 kgm. súlygyarapodás állott be, a tüdőből a szörtyögések eltűntek, a pulmonalis folyamat megállapodott s a gégefekély elhagyódása volt constatalható.

Privát-sanatoriumokban, a melyek inkább vehetik figyelembe az egyes érdekeit és nem directe a közérdek szolgálai, mint a népsanatoriumok, ezért kísérletet tehetünk a hygiénés kezeléssel elhanyagolt esetekben is és sokszor meglepő siker fogja jutalmazni a nem csekély fáradságot. Leriche a Meung-sur-Loire-sanatoriumból (Gazette des Eaux, 1899. szept. 14.) 18 súlyosabb, sőt részben igen súlyos eset közül 14-ben ért el nagyfokú javulást. Mutatóba ide iktatjuk egy-két esetét. 30 éves férfi, előment haemoptoék, a jobb tüdő  $\frac{2}{3}$ -ának specifikus megbetegedése nagy cavernával, sok nummularis köpet, 39-39.8° C. hőemelkedések, diarrhoea. A hygiénés kezelés alatt a reggeli láz csakhamar megszűnik, utóbb az estéli is csekélyebb, végre ez is elmúlik. Az étvágy visszatér s két hó múlva 4.8 kgm. súlyemelkedéssel távozik a beteg. Másik esetben baloldali esúcsinduratio, általános bronchitis, abondans expectoratio, láz, étvágytalanság van jelen, távozáskor (nincs megadva, mennyi idő múlva) 9 kgm. hízás, remek étvágy, a csúcsban pusztán érdes lélegzés.

Ámbár e jelenségek biztatók, mégis a népsanatoriumok az ő igaz feladatuknak csak úgy felelhetnek meg, ha a minél korábbi szakban lévő betegeket veszik fel, mert kevés az intézet és temetelen sok a beteg, tehát azokat kell felvenni, a kiken legrövidebb idő alatt a legtöbb biztonsággal segíthetünk, s mert közintézetek működésében a sikertelenségek lehetősége a minimumra redukálódó, már ez institutiok kellő népszerűsítése érdekében is ajánlatos az esetek megválogatása.

Weicker Krankenhaus-jében előreláthatólag hosszú időre szóló munkabírást a betegek 71%-a szerzett (átlag 71 napi kezelés folyamán), a szulzhayni sanatoriumban a betegek 69.6%-a lett 81 nap alatt munkaképes, Albertsbergban 83.4% (88 nap), Altenaban 86.2% (100 nap), Edmundsthalban Hamburg mellett 66% (87 nap), Eberswalde-ban 77% (3-4 hónap), Albrechtshaus-ban 72% (82 nap), Ruppertshein-ben 80% (84 nap), Oderbergben 86% (13 hét), mint a „Deutsches Central-Comité zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke” 1900-dik évi jelentése



tudtul adja. *Allandban* (VIII. Jahresbericht) 1899-ben jelentékenyen javult, részben meggyógyult a betegek 50-90%-a, javult további 23-30%, nem javult 17-50%, meghalt 1-70%, s 9-60% már sanatoriumi kezelésre absolute alkalmatlan állapotban került az intézetbe. *Exchaquet* dr. jelentése szerint *Leydin*-ből (*Gazette des Eaux*, 1899. nov. 2.) az I. stadiumban lévő betegek közül gyógyult 55%, javult 36%, a II. szakban levők közül gyógyult 90%, javult 68%, a III. szakban levők közül gyógyult 30%, javult 41%. *Weickernél* 1899-ben javult az I. stadiumban 100%, a II.-dikban 99%, a III.-dikban 84%, munkabíró lett az I. szakban 94%, a II. szakban 86%, a III. szakban 32-80%. *Turban* davosi sanatoriuma (1889-96) absolut és relativ gyógyulást ért el az I. szakbeli betegek 97-70%-ában, a II. szakbeli betegek 73-20%-ában, a III. szakbeli betegek 23-60%-ában. *Lorentz* közlése szerint Halilában (Finnland) 21 gégetuberculosis esete közül 6 a sanatoriumi kezelés folyamán meggyógyult (*Zeitschr. f. Tuberc. u. Hw.* I. k., 2. f.).

A javulás a sanatoriumon kívül tovább folyhatik, csak kissé kedvező körülmények között is. *Gabrilowitsch* halilai betegeinek  $\frac{3}{4}$  része odakinn tovább javult, több mint fele részük végleg megszűnt köhögős lenni. *Weicker* betegei közül 300% még 3-4 év után teljes munkabírását élvezte, kenyérkeresetben nem zavartatott; a munkaképesen elbocsátott betegek közül 4 év múlva 48% volt teljesen munkabíró állapotban, s ha azokat tekintjük, a kik a betegség első szakában kerültek a Weicker-féle Krankenheimebe s munkabírassal bocsáttattak el, úgy ezek 4 év múltán még mindmennyien zavartalanul munkaképes erőben voltak meg. Halilában *Gabrilowitsch* jelentése szerint (mely 50 betegről szól) tovább haladt a javulás a sanatoriumon kívül 74%-ban, stationaer maradt a helyzet 12%-ban s rosszabbodás állott be odakinn 14%-ban.  $\frac{1}{2}$ -7 év múlva ugyane betegek 56%-ában egyáltalában nem volt többé tüdő-tünet. *Turban* esetei közül 1-7 évvel az elbocsátás után még 48%-ában az eseteknek orvosilag igazolt eredmény volt jelen és pedig az I. szakbelieknek 80-40%, a II. szakban levőknek 48-80%, a III. szakban levőknek 17% tartotta meg ennyi idő múltán is, a mi javulást a sanatoriumban szerzett.

A tartóssági kimutatásokból is kézenfekvő az előnye annak, ha korán küldjük a beteget sanatoriumba. Csak úgy van ez, mint a hogy a diphtheria-serum hatása is fogy az alkalmazás huzavonájával. A sanatoriumi anyaga ma még korántsem eléggé válogatott ahhoz, hogy fényes eredményeket produkálhassanak. *Turban* davosi anyagában még 25% III. szakbeli és 50% II. szakbeli beteg van, *Malchowban* és *Blankenfelden* csak  $\frac{1}{3}$ -a a betegeknek volt kezdeti stadiumban, *Rumpf* Friedrichsheimből (Baden) közli, hogy betegeinek 45-50%-a III. szakbeli, 30-20%-a II. szakbeli volt, *Weickernél* meg éppen 45-40% esett 1898-ban a III. szakra és 44-40% a II. stadiumra, úgy hogy mindössze 10-20% I. stadiumbeli beteg került ez évben az általa vezetett népsanatoriumba. Holott itt igazán beválik a beteggel szemben a mondás: bis dat, qui cito dat!

Hogy a sanatoriumok a phthiseognosiát és phthiseotherapiát minden nauceában tanulmányozni lesznek hivatva s ekként töltik tudomány irányban is eredmények várhatók, alig kell hangsúlyoznunk; a meglévő sanatoriumok máris jelentékeny anyagot visznek a literatura útján közszemlére s megalakult a német specialis organum is *Gerhardt, Fränkel és Leyden* szerkesztésében, a „*Zeitschrift für Tuberculose und Heilstättenwesen*“. Érdekes közlemények jelentek meg máris sanatoriumi orvosoktól a tüdővész prognostikájáról, a korai diagnosis felállításáról (többek közt a Röntgen-sugarak szerepéről e részben), a secundaer fertőzés jelentőségéről, a szív viszonyairól tüdőbajosoknál stb. A „*Société lyonnaise des tuberculeux indigents*“ azt is tervbe vette, hogy *hautevillei* sanatoriumában külön tudományos búvárlati állomást („*Institut antituberculeux*“) állít, melyhez már kikérte a törvényhozás segédletét is.

Nemkülönben mind intenzívebb figyelemben részesül a phthiseotherapia az egyetemi tanításban s a régi lemondó hang helyett a doceálás terén e fejezetben sok helyütt ott lesz a jövőben a biztató: possumus! Marburg egyetemén máris tervbe vették, hogy a tuberculosis sanatoriumi gyógyításával az előadásokban tüzetesen foglalkozni fognak, *Leyden* tanár pedig ezentúl semesterenként bemutatja hallgatóinak *Grabowsee* és *Belzig* tüdőbeteg-sanatoriumait.

### Könyvismertetés.

**Ruhemann: Aetiologie und Prophylaxe der Lungentuberculose.** Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1900.

Szerző, kinek neve több jóra való dolgozat révén már eléggé ismert az orvosi irodalomban, ezen újabb munkájában önálló klinikai megfigyelések és statisztikai összehasonlítások alapján fontos adattal járul a tüdőgümőkór származásának tanához.

Mindenekelőtt az irodalomból vett idézetekkel bizonyítja, hogy a gümöbacillus egymaga még nem elegendő a tüdőgümőkór származásának megmagyarázására. Így nagyon sokszor vannak az emberi szervezetben gümöbacillusok, a nélkül, hogy phthisises folyamat fejlődne; másrészt némely egyén szervezete nagyszámú belékerült gümöbacillust képes tönkretenni. Mindezekből azonban még nem követhetjük azt, hogy a gümöbacillusok a phthisis keletkezését és lefolyását illetőleg lényegtelen szerepet vinének, sőt a gümöképződést és az elajtosodást egyedül ők létesítik; azok az okok azonban, hogy egyik esetben miért hozzák létre a gümöbacillusok az imént említett elváltozásokat, míg másik esetben nem, még kevésbé vannak kipuhatolva, noha a gümőkór származásának kérdésében talán éppen ezek játszzák a döntő szerepet.

Ezen okok egyik legfőbbjének szerző az influenzát tartja és ezen állás ontját kellőképpen indokolja is, a mire azonban ezen rövid ismer-

tetés keretében nem terjeszkedhetünk ki. Ugyancsak az influenza az, mely a tüdőgümőkór tovaterjedésében, lefolyásában is rendkívül fontos szerepet visz. Szerző álláspontja röviden következőképpen fejezhető ki: *Gümöbacillusok jelenléte csak a dispositiot képezi a gümőkór fejlődésére; maga a betegség főleg az influenza-okozók behatása folytán keletkezik.*

A prophylaxisra vonatkozó rész röviden, jól áttekinthetően összefoglalja mindazt, a mit e téren eddig tudunk; különös fontosságot tulajdonít szerző a napfénynek, mint bakteriumölő agensnek, továbbá a respiratorok használatának, minthogy ezekkel az influenza-okozó baktériumoknak a tüdőbe jutása elkerülhető.

A csekély terjedelmű, alig 100 lapra terjedő munka elolvasását, sőt beható tanulmányozását orvostársainknak a legmelegebben ajánlhatjuk.

**Aufrecht: Die Ursache und der örtliche Beginn der Lungenschwindsucht.** Wien, 1900. Alfred Hölder.

A füzet bővebben kifejtve tartalmazza szerző azon nézeteit, melyeket a tüdőgümőkór okára, valamint keletkezésének kezdetére nézve a párisi nemzetközi orvosi congressus belgyógyászati szakosztályában elmondott s a melyekről a congressus tárgyalásainak ismertetése folyamán mi is megemlékeztünk. Szerző felfogása minden esetre eredeti s megérdemli, hogy más búvárok részéről utánvizsgálat tárgyát képezze. Két táblán 7 színes szövettani rajz teszi könnyebben érthetővé a szöveg tartalmát.

### Lapszemle.

#### Belgyógyászat.

Eddig ismeretlennek látszó csont- és izületbajt ír le *Gasne*, melyben 18 hónap alatt az egyik kéz carpalesontjai teljesen eltűntek, a körülötte levők alakjukat elvesztették, a könyök ankylosisban volt, az izmok sorvadtak. Ezenkívül a betegben semmi kórosat sem lehetett találni. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. 1900. 4. sz.) —ts.

**Lues és paralysis progressiva.** *Hansen és Heiberg* dán statisztikai kimutatás alapján azon eredményre jutnak, hogy a paralysis progressiva átlag 12 évvel a lues kitörése után támad. (*Revue neurologique*. 1900. 11. füzet.) —ts.

A glandula pituitaria daganata akromegalia nélkül. *Babinski* a hypophysis epitheliomájának egy bonezolt esetét közli, melyben akromegalia nem fejlődött; a beteg nő nemis szervei fejlődésükben elmaradtak. (*Revue neurol.* 1900. 11. sz. Soc. de neurol.) —ts.

#### Szülészet és nőgyógyászat.

Méhen kívüli, ovarialis terhesség kétségtelen esetei elég kevés számban vannak még közölve. Minden kétséget kizáró eset a következő, melyet *van Tussenbroek Katalin*, amsterdami nőcollega vizsgált meg tüzetesen és ír le szép rajzokkal bőven illusztrálva.

31 éves, ötször szült nőnél a havi bajnak hat heti késése után támad hirtelen rosszullét, csekély külső vérzés mellett a belső vérzés tüneteivel. A beteg állapota egyre rosszabbodván, még idejekorán laparotomiát végeztek rajta s ekkor kissé megnagyobbodott, puhább lehet s a jobb ovariumon diónyi tumort találtak, melyre véralvadékok voltak tapadva. A jobb oldali függeléküket lekötvén, kiirtották; a nő felgyógyult s az operatio után 4-7-ik napon decidualzatokat távoztak tőle.

A kiirtott készítményen a petefészket elég hosszú mesovarium választja el a tubától, mely teljesen szabad minden adhaesio nélkül, nyitott szájadékkal; a petefészken pedig szélesen ülő diónyi tumor látható, alapjához közel megrepedve s itt véralvadékkal fedve. Földmetszve e tumorban üreg van s benne 12 mm. hosszú, félig maczerált, barnás-színű embryo, melynek feje, farkvége, a tagok kezdetei jól felismerhetők; a köldökzsinórja rövid, vastag. E kis petefüregt puha szövethelcsével, pontos és mégis meglepő világos leírását adja, melyben csak a nomenclaturának egy-két felcserélése feltűnő. E leírásból csak annyit veszünk át, hogy a terhesség Graaf-féle tokocskában fejlődött, oly módon, hogy a folliculus első repedése, melyen át az ondószálcaska behatolhatott, begyógyult s a fejlődésnek indult pete azután tágitotta s újra megrepesztette a tokocskát. Ez súlyos belső vérzést okozott, a pete azonban helyben maradt. A görösövi metszetek rajzain jól látható, hogy a pete tokjának falzata, bár igen elvékonyodott, egyenes folytatása az ovarium szöveteinek; felismerhetők a falban a Graaf-féle tokocska falainak ismeretes rétegei; megvannak a membrana granulosa maradványai, erősen összenyomva és ellapítva. Decidua nem képződött. A falzaton belül van a körül bolyhos pete, a bolyhok között igen sok véreses gőcczel. A bolyhokon szépen kifejlődött syncytiumréteg, melyről még nemrég vitás volt, hogy a deciduából ovariazik-e vagy foetalis eredetű. Kétségtelenül van téve ez esettel az ovarialis terhesség lehetősége, melyet eddig sokan tagadtak. Továbbá korlátozást szenved *Webster*-nek az az állítása, hogy a pete implantatioja csak olyan szöveten történhetik meg, mely decidualképződésre alkalmas; mint e példában látjuk, a pete befészkelődése lehetséges ugyan decidua nélkül is, csak bizonyos fokon túl való fejlődése nem. Végül a mit már szerző is, mások is bebizonyítottak más módon, itt is bebizonyul, hogy a syncytium, mely tudvalevőleg néha rossztermészetű alképlet fejlődésére szolgálhat szövettani alapot, nem anyai, hanem foetalis eredetű. (*Annales de gynécologie*. 1899.)

Doktor dr.



## Bőr- és bujakórtan.

Az arsen jelenlétét a pajzsmirigyen kívül a bőrben és járulékaiban, a hajban és körömben mutatta ki *Gautier*. Sokkal csekélyebb mennyiségben, csak nyomokban van meg a mamában, a tejben, a thymusban és a csontokban. Az arsen a szervezetbe a növényi tápanyagok révén jut be. A kiválasztást a bőr, a haj stb. közvetíti s *Gautier* szerint ez magyarázza meg azt a tünetet, hogy arsenes kezelés után a haj s a körömök gyorsabban nőnek. A testben jelenlevő arsen összes mennyisége a testsúly  $\frac{1}{200}$ -ad milliommódjának felel meg. (Acad. de méd. 1900. febr. 6.)

Poór F.

Az idegrendszer szerepéről a bőrbetegségeknek értekeztek *Leredde*. Körülbelül 20 év előtt még a bőrpáthológiában az idegrendszernek sokkal nagyobb szerep jutott, mint ma. Sok, ma parasita eredetűnek elismert megbetegedést tartottak ideges eredetűnek. Azóta azonban az anatomia pathologica és a bőr bakteriológiájának haladása mind szűkebb térre szorította a dermatoneurosisok csoportját. Tagadhatlan ugyan, hogy az idegrendszer körében előforduló zavarok bizonyos bőrbetegségek kóroktanában szerepelhetnek, de a modern felfogás nem engedi meg azokat úgy interpretálni, mint tették azt azelőtt, midőn egy bőrmegbetegedést azért mondtak ideges eredetűnek, mert az valamely az idegrendszer körében keletkezett zavart követett. Így az erythemák laesioi az oldható mérgeknek a véredényekre s a kötőszöveti elemekre való direct befolyásával magyarázhatók. *Leredde* szerint minél inkább behatol az ember a bőrbetegségek mechanizmusába, annál nehezebben érthető az idegrendszer direct befolyása a bőrleaesiokra, különösen azon bőrbajokra, melyeknek fejlődési fokozatai vannak. Annál nagyobb szerep jut ma más kóroktani momentumoknak: a mikrobáknak, véralteratióknak még oly megbetegedésekénél is, a hol ma még azt kétségtelenül bebizonyítani sem tudjuk. *Leredde* szerint az idegrendszernek szerepét a dermatológiában másképpen kell felfogni, mint eddig tették. A külbőr sokféle, ma még részben ismeretlen kórokozó momentumnak van kitéve s a fejlődő pozitív tudomány az idegrendszer szerepét a dermatológiában még erősen meg fogja szorítani. (Monatsh. f. p. Derm. 1900. 30. k. 3. sz.)

Poór F.

Csecsemők naevus vasculosusának terapiáját adja *Unna*. A naevus vasculosusok két csoportra oszthatók. Az első csoportba a többé-kevésbé gyorsan nagyobbodó, arterialis, csomósan egymásba font capillarisk, glomeruliform angiomák, a másodikba az inactiv, tisztán venosus naevusok tartoznak. Az első csoportba tartozó tulajdonképeni angiomaiknál az egyszerű, huzamos ideig tartó compressiót ajánlja, mely leggyorsabban tünteti el az affectiót. E compressióra legalkalmasabb szerinte az ichthyolcollodium (Ichthyoli 1-0, Collodii 9-0). A daganat 2-3-szor naponta esetelendő, míg néhány nap múlva vastag, barna pörk nem képződik, mely spontán leválik. A pörk eltávolítása után az esetelést a recidiva elkerülése végett folytatni kell, még az angioma teljes eltűnése után is. Az eljárás felnőtteknél eredménytelen. (Monatsh. f. prakt. Derm. XXX., 208. o.)

Poór F. dr.

Tertiaer syphilisnél előforduló diarrhoeáról értekezett *Lereboullet*. Esetében a gyakran véres diarrhoea  $1\frac{1}{2}$  év óta tartott. Betege nyolc év előtt szerzett luest s az adenopathia megmaradt. The. és carcinoma kizárható. Oleum cinereum injectiók s jodkalnak emelkedő adagolása mellett a kolika és diarrhoea gyorsan megszűnt. *Fournier* megjegyzi, hogy a specialis enteritisek ritkán fordulnak elő syphilisnél (6 maga 12 esetben tapasztalta). Autopsiánál a syphilitikus hullában többször talált miliaris gummákat s oly discoid beszűremkedéseket s hegeket, melyeket csakis a syphilisre lehetett visszavezetni s melyek diagnosizálásánál vigyázni kell, hogy össze ne tévesztessenek a higany alkalmazása folytán létrejött elváltozásokkal. (Semaine méd. 1900. 28. sz.)

Poór F. dr.

Lupus erythematosusnál jodoformot adott *Whitehouse*. A három év óta fennálló affectio minden kezeléssel dacolt, míg W. a Besnier által ajánlott jodoformhoz nem nyúlt. A jodoformot pilulában (naponta  $3 \times 0.06$  jodoform) adta. Kezdetben szűró s égő fájdalmak között az affectio hyperaemiája emelkedett, de négy hét alatt e jelenségek megszűntek, három hó alatt az affectio gyógyult s a további négy hónap alatt a jodoform további adagolása mellett recidiva nem jelentkezett. (New-York Med. Journ. 1899. 69. sz.) A jodoform adagolását az egyet. bőrkórtani klinikán eddig három esetben kísérelték meg, de semminemű eredményt nem értünk el vele.

Poór F. dr.

## Orr-, torok- és gégebajok.

A rhinitis fibrinosa gyógykezeléséről ír *Peltesohn*. A rhinitis fibrinosa úgyszólván csak gyermekeknél fordul elő. Általános tüneteket nem okoz. Az alsó és középső orrkagyló és néha az alsó orrjárat a fibrinosus exsudatio következtében szürkésfehér gelatinosus váladékkal fedett. Rendesen mindkét oldali orrfélre kiterjed, az orrjárat teljesen eldugul. A fibrinosus hártya eltávolításánál az alap könnyen vérzik. A diphtheritistől abban különbözik, hogy a lázas tünetek, genyes kifolyás, a váladék bűze, a felső ajkak és az orrbemenet exoriatioja hiányzik. Meyer vizsgálatai szerint a rhinitis fibrinosa más egyéneknél diphtheriát okozhat és ezért, dacára, hogy a bántalom maga jó indulatú, a környeztet el kell távolítani a beteg közeléből. *Peltesohn* tizenkét esetben a következő oldattal: hydrarg. cyanat. 0.02:50.0, helybeli kezelés mellett a hárták gyors oldódását és a duzzadás gyors leiohadását észlelte. Eljárása a következő: összesodort és a jelzett oldattal mártott vattával, óránként felváltva, hol az egyik, hol a másik orrjáratat tamponálja. Éjjelre az egyik orrfélben a vatta bent maradhat. Úgy látszik, hogy az orrban végzett galvanocautikus operatió után a képződő hártákat szintén kedvezőleg befolyásolja. (Therapeut. Monatshefte. 1900. 9.)

Tóvölgyi Elemér dr.

Gégerák következtében egy betegnél a gége teljesen eltávolítottatott 1899. június hónapjában. Ez idő óta recidiva nem képződött és az operatió követő hatodik héten a beteg már hangokat volt képes adni (Pseudostimme) és jelenleg a beszédét teljesen meg lehet érteni. Ez esetet *Goldstein* ez év augusztus havában mutatta be a boroszlói orvosülésen. (Deutsch. med. Woch. 1900. 32.)

Tóvölgyi Elemér dr.

## Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Alkoholos borogatások. *Gräber* (Nápoly) csaknem minden esetben kitűnő eredményt ért el a Buchner ajánlotta alkoholos borogatással phlegmone, furunculus, carbunculus, panaritium, phlebitis s lymphadenitis inguinalis gyógyításánál. Fogszónál nem vált be az alkoholkezelés. A borogatást szerző következőkép alkalmazta: Az 50%-os alkohollal átitatott nyolcszorosan összehajtogatott kötőszert gutta-perchapapirossal borította be, hogy az alkohol gyors párolgását megakadályozza. Czél szerű akkora borogatót alkalmazni, hogy a lobos területtel szomszédos nyirkmirigyekre is kiterjedjen. A borogatás 12 óránként megújítandó. (München. medic. Wochenschrift, 1900. július 17.)

A honthint, a Stankay előállította béléstringenst *Reichelt* 76 betegnél alkalmazta különböző heveny és idült bélhurut ellen. Szerző ép oly elismeréssel nyilatkozik a gyógyszer alkalmazhatóságáról, mint Kölbl, kinek közleményét annak idején lapunkban ismertettük volt. (Wiener klinische Wochenschrift, 1900. 36. sz.)

## Hetiszemle és vegyesek.

A főváros egészsége a székesfővárosi statisztikai hivatal kiutatása szerint az 1900-dik év 44-dik hetében (1900. október 28-dikétől november 3-ig) következő volt: I. Népesedési mozgalom. Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elveszületett 383 gyermek, elhalt 249 egyén, a születések tehát 134-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 29.1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 18.9, az egy éven felüli lakosságnál: 16.1, az öt éven felüli lakosságnál: 14.9. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtherica 2, pertussis 1, morbilli 4, scarlatina 10 variola —, cholera asiaticus —, typhus abdominalis 4, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 6, apoplexia 7, eclampsia 4, szervi szívbaj 20, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 15, tuberculosis pulmonum et phthisis 34, diarrhoea et enteritis 29, gastro-enteritis 14, rák és egyéb újkeletűek 8, ezek közül méhrák 1, morbus Brightii et nephritis 5, rachitis 1, scrophulosis 0, veseszületett gyengeség és alkathiba 9, atrophia et inanitio 1, marasmus senilis 5, erőszakos haláleset 16 ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 14, baleset 2, kétséges 0 (—). II. Betegedések. A) Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hét végén volt 2567 beteg, szaporodás e héten 804, csökkenés 764, maradt e hét végén 2607 beteg. B) Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi október 29-dikétől november 4-éig terjedő 44. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 52 (64), diphtheria, croup 19 (14), hagymáz (typhus) 15 (7), kanyaró (morbilli) 91 (95), trachoma 10 (5), vérhas (dysenteria) — (3), influenza — (—), hőkhurut (pertussis) 11 (23), orbáncz (erysipelas) 18 (25), gyermekági láz (febr. puerp.) 1 (0), ezenfelül varicella 59 (35).

A pestis Glasgowban úgy látszik teljesen megszűnt. November 3-dikán bocsátották el az utolsó esetet a Belvedere kórházból és új eset már ez időponttól visszafelé több héten át nem jelentkezett. A pestisjárvány majdnem három hónapig tartott. Ez idő alatt 170 egyént tartottak felügyelet alatt. Ezek közül pestisben 28 betegedett meg, köztük 8 halt meg. *Bremában* ellenben feltűnt a pestis. Buenos-Ayresből jött egy hajó október 27-dikén oda. Ezen fordult elő egy pestisbeteg-eset, melyet október 30-dikáig magánházaiban tartottak, a honnan kórházba vitték, a hol november 5-dikén meghalt. A szükséges intézkedéseket megtették, mindazokat, kik környezetében voltak, a kik különben valamennyien jól vannak, pontos megfigyelés alá helyezték.

Indiában az október 14-dikével végződött héten 2322 eset fordult elő. Mauritiusban a november 1-jével végződő héten 40 új eset mutatkozott és 40 haláleset fordult elő.

Dr. Calmette, a liliei Pasteur-intézet igazgatója, november 7-dikén Londonban a Royal College of Physicians vizsgáló termében előadást tartott a pestisről és azon eredményekről, melyekre a tavalyi oporói pestisjárvány tanulmányozása alkalmával jutott Salimbenivel együtt. Ottan a pestis két alakban jelentkezett, bubókkal és azok nélkül. Ez utóbbiak ritkábban jöttek elő és pedig leginkább tüdőgyulladásos alakban, a mit csak a köpet bacillus tartalmazhat lehetett megkülönböztetni a közösleges pneumoniától. Még ritkábban jöttek elő a septicaemiás vagy pesticaemiás alakok, melyek rendkívül gyorsan folytak le. Ezeknél a vér és a nedvek tele voltak pestisbacillusokkal. Ez esetekben valószínűleg a bélhuzamon át történt a fertőzés az ételek útján, míg a pneumoniás esetekben a légutak útján a levegővel. Az első esetek felismerése nem könnyű. Ha bubós esetek fordultak elő, a bubóból Pravaz-fecskendővel néhány csepp folyadékot szívatott ki és bacillusra megvizsgálta; ha ilyenkor sok volt a bacillus, a prognózis kétes volt, ha azonban a bacillusok polynuclearis sejtekbe zárva fordultak elő, a prognózis kedvező volt és az eset rendesen jól végződött. Állatokon lehet tanulmányozni a bacillusok virulentiáját 24—48 óras kultúrákkal, melyeknek befecskendése után egér, tengerimalacz, patkány



igen könnyen megkapják a bajt, de más állatok is fogékonyak az oltás iránt, így a disznó, ökör, szárnyasok, a melyek önként nem kapják meg a bajt. A madarakat nem igen bántja a pestisbacillus. Bombayban a keselyűk bár felfalják a pestises hullákat, maguk nem kapják meg a bajt és bélürülékükkel sem ürtenek ki pestisbacillussal. A majom könnyen megkapja a bajt magától is, így pl. ha egy inficiált majommal van egy kalitkában; szintén így megkapják azt az egészséges egerek is, ha pestises egerekkel tétetnek össze egy kalitkába, még akkor is, ha drótháló választja el őket, hogy érintkezésbe ne jöhessenek. Ilyen esetekben valószínű, hogy a legyek viszik át a beteg állatról az egészségesre a bacillusokat. Calmette előadásait mikrophotographiák és a pestisbetegek photographiáinak vetítésével közölte. Mint értesülünk, a glasgowi pestisjárvány tanulmányozására kinn járt magyarországi kártársaink, kik ez útból már pár hét óta hazaérkeztek, tapasztalataikat a budapesti kir. orvosegyesületben legközelebről szintén elő fogják adni.

○ **A Nobel-féle alapítvány és a budapesti egyetem orvosi facultása.** Mint ismeretes, Nobel Alfréd svéd mérnök, a dinamit híres feltalálója 1895-ben elhalt és végrendeletében körülbelül 42 millió franknyi összeget hagyott a tudományos munkálkodás előmozdítására a physika, a chemia, a physiologia és orvostudományok, a szépirodalom és a humanistikus ismeretek köréből. A hagyományösszeg ötfelé van osztva, az egyes szakma összegének jövedelméből az illető szakmából az elmúlt év folyamán nyomtatásban megjelent legjobb dolgozat vagy dolgozatok (legfeljebb azonban csak három) díjaztatnak. Az évi jövedelemnek legalább 60%-a kiadandó. Mindenik osztályon külön a svéd király által jóváhagyott statumumok szabják meg a díj odaítélés tárgyában szükséges teendőket. Az orvosi és physiologiai díjakat a stockholmi „Institut Caroline de Médecine et de Chirurgie” ítéli oda. Ez tulajdonképpen egy orvosi facultás, melynek 22 tanár tagja van és olyan szervezettel és jogokkal bír, mint az orvosi facultások. A fennálló szabályzatok szerint a tanártestületből küldenek ki egy Nobel-bizottságot, mely évenként a legjobb orvosi munka díjazása iránt ajánlattételre hívja fel a különböző bel- és külföldi szakértőket. A beérkezett ajánlatok különböző criteriumok alá jönnek és végre a díj odaítélését az épen említett orvosi kar van jogosítva végrehajtani. Az ügykezelési szabályrendelet értelmében a Nobel-bizottságnak külföldről legalább hat egyetem orvosi facultásának tagjaitól kell bekérni az ajánlatokat. Az 1901-diki díjkiosztásra e bizottság felszólította ajánlattételre a budapesti egyetem orvosi karának tudtunk szerint eddigleg négy tanárát: *Korányi Frigyes, Kéty Károly, Thanoffer Lajos és Hűgyes Endre* tanárokat, kik ajánlataikat 1901. február 1-jéig meg fogják tenni. Nem áll tehát egyik napilapunknak, a „Budapesti Napló”-nak mult hét csütörtöki számában megjelent az a híre, hogy egyetemünket e tekintetben szégyenletesen kihagyták és nem respectáltak. Ama megtisztelő felhívással a stockholmi orvosi facultás egyetemünk orvosi karát mindjárt az első orvosi és physiologiai díj kiosztása alkalmával, tehát első sorban, figyelembe vette és így ama lamentationak alapja ninesen.

□ **Egyetemi alkalmaztatások.** A II. sz. bonczatani intézethez: *Hammer Dezső* díjazatlan gyakornokul; a II. sz. belklinikához: *Török Ercin dr., Góth Lajos dr.* díjazatlan gyakornokul; a törvényszéki orvosi tanszékhez: *Mikcz Miklós* díjazatlan gyakornokul, *Gyulai Elemér dr.* II. tanársegédül; a II. számú kórbonczatani intézethez: *Verebélyi Tibor dr.* II. tanársegédül (meghosszabbítás), *Cziffer Hugó dr.* díjas, *Gergő Imre szig. orvos* díjazatlan gyakornokul; a közegészségügyi intézetnél: *Becheft Ármin* díjazott gyakornokul (meghosszabbítás) alkalmaztattak.

△ **Utazási ösztöndíjak.** Az orvoskar tanártestület a Rózsai-féle utazási ösztöndíj egyikét *Winternitz Arnold dr.* volt kórbonczatani tanársegéd és műtőnek adományozta, ki a száj, garat, gége és fül sebészeti bántalmait óhajtja külföldön tanulmányozni, a másik díjat pedig *Tóvölgyi Elemér dr.* volt klinikai gyakornoknak, ki a gégebajokra tesz már jelenleg is külföldi tanulmányokat.

△ **Ösztöndíj-adományozás.** Az orvoskar tanártestület a Wodianer-féle 1300 koronás évi ösztöndíjra *Nagy László és Halász Aladár* negyed-éves orvostanhallgatókat, a Kajdási-féle 1000 koronás évi ösztöndíjra pedig *Balogh Andor* orvostanhallgatót terjesztette fel a közoktatásügyi kormányhoz.

— **Halandóság és élettartam különböző országokban.** A legbecesebb anyagot a különböző országokban észlelt halandóságra nézve az életbiztosító társaságok gyűjtik és szolgáltatják. Igen érdekes adatokat nyújtott ide vonatkozólag egy előadás, mely az angol életbiztosító társaságok orvosainak utolsó ülésén tartatott. Ebből vettük a következő részleteket. Az utolsó 25 év átlagos adatait véve a halandóság — pro mille — volt: Angliában és Skóciában körülbelül 20, Írlandban 18, Dániában 19, Norvégiában 17. Közép-Európában sokkal kedvezőtlenebb volt a halálozás, t. i. Németországban 25-2, Ausztriában 29-9, Magyarországon 35-4 (ezen adat minden esetre helytelen; hazánkban a halandóság a 90-es években a következő volt (a hivatalos jelentések szerint): 1891-ben: 33-4, 1892: 34-6, 1893: 31-0, 1894: 30-2, 1895: 29-5, 1896: 28-3, 1897: 27-9). Svájcban 21-7, Belgiumban és Hollandiában ugyanannyi, Franciaországban 22-6, Olaszországban 27-8. Az utolsó években a halandóság csaknem mindenütt csökkent.

A mi a középlettartamot illeti, legkedvezőbbek a viszonyok Amerikában és Angliában, kevésbé kedvezők Németországban és Franciaországban; a 20 éves ember pl. Amerikában még 42-2 évre számíthat, Angliában 42-1 évre, Franciaországban 41-8 évre, Németországban 39-7 évre.

○ **A katonarorvosi karba felvétel új szabályozása.** A közös hadügyminister a katonarorvosi kar szervei határozványaihoz most adta ki a

függleket, a mely az orvosi tisztikar hivatásos állományába való felvételt szabályozza.

A határozványok értelmében a katonarorvosi tisztikar hivatásos állományába pályázhatnak:

a) tartalékos főorvosok, segédorvos-helyettesek, tényleges állományú tisztek, hadapródok, altisztek és katonák, a kik az összes gyógytudományok tudorai;

b) egyéves önkéntes orvosnövendékek, segédorvos-helyettesi szolgálatuk alatt, vagy után;

c) egyéves önkéntesek félévi szolgálatuk befejezése után.

A kérvényeket a közös hadügyministerhez kell intézni. A pályázókat a katonarorvosi iskola elvégzése után tényleges állományba helyezik át. A tartalékos főorvosokat, segédorvosokat és a segédorvos-helyetteseket tényleges állományú főorvosokká nevezik ki, a hadnagyokat mint segédorvosokat veszik át, míg a többi pályázókat segédorvos-helyettesekké nevezik ki.

Az újonnan kinevezett főorvosoknak négy évi tényleges szolgálatra kell magukat kötelezni.

— **Reách Dezső dr.** nevét belügyministeri engedéllyel *Ráskai-ra* változtatta.

□ **Lelenczy.** A fehér-kereszt országos lelenczház-egyesület október hónapban felvett a központban 338, tizenegy fiókintézetében 547, összesen tehát 885 lelencz, elhagyott és árva gyermeket. Nevett a központban 4154, a fiókokban 2538, összesen 6692 gyermeket.

// **A Kézmárczky-féle poliklinika** segélyét október havában 69 esetben vették igénybe 43 műtéttel.

□ **A budapesti általános poliklinika** október hó folyamán 2863 új betegnek 11,343 rendeltést tett. A laboratóriumban 67 vizsgálat történt.

+ **Lakásváltoztatás.** *Lantos Emil dr.* lakását V. ker., Bálvány-utca 26. sz. alá tette át.

□ **Megjelent könyvek és füzetek.** *Hutyra Ferencz dr.:* Állategészségügyi évkönyv az 1899-dik évre. 13-dik évfolyam. Budapest, 1900. *Féles Adolf dr.:* Válasz az országos központi védhimlőanyag kezelősege terve ellen elhangzott kifogásokra. Zombor, 1900. *Molnár Viktor, Klupathy Jenő és legifj. Szász Károly:* Uránia. Népszerű folyóirat, 5 sz. *Marczali:* Nagy képes világtörténet 79., 80. füzet: Attila és a hun birodalom történetét tárgyalja dr. Borovszky Samu tollából. Ára egy-egy füzetnek 60 fillér. *Dr. Joh. Müller és Prof. Dr. Seifert:* Würzburger Abhandlungen etc. I. B. 2. Heft. Doc. Dr. J. Müller: Die Gallensteinkrankheiten und ihre Behandlung. Würzburg. Stuber's Verlag, 1900.

„**Fasor-** (Dr. Herczel-féle) **sanatorium.**” (Újonnan épült magán-egészségügyi intézet **sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek** részére.) Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kifűtő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kiváncra prospektus.



### Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő  
Budapestben.

**Nagy kénis iszapfürdő,** melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencéiben az ásványvíz naponként négyszer megújul, **localis iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és üdülő-fürdők. Kifűtő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.

# ORVOSOK

nem nélkülözhetik az

## Orvosi Évkönyvet,

melynek XI. évfolyama karácsonyra jelenik meg.

# KRONDORFI

SAVANYÚVÍZ

KITÜNŐ ASZTALIVÍZ

és

NYÁLKAOLDÓ GYÓGYITAL.

Magyarországi **Budapest, V., Zoltán-utca 10.**  
főraktár:



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXVI. rendes ülés 1900. november 3-dikán.) 733. lap. — A párisi internationalis congressus sebészeti szakosztályának ülései. 735. l.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXVI. rendes ülés 1900. november 3-dikán.)

Elnök: Moravcsik E. Emil; jegyző: Terray Pál.

## Symblepharon posteriusnak Thiersch-féle transplantatioval operált esete.

Mohr Mihály: 1899. november 11-dikén mutatott be egy sikerült Thiersch-féle transplantatiót a kötőhártyán. Ma egy hasonló esetet mutat be, de ennek nagyobb a praktikus jelentősége, mert a sokszor gyógyíthatatlannak tartott symblepharon posteriusnak, ha nem is sikerült teljesen megszüntetni, de mégis lényegesen megjavítani.

Nem tér ki a symblepharon posteriusnak (a mikor az összenövés a szemhéj és szemteke kötőhártyája között egész az átmeneti redőig terjed) a XVI. századtól fogva egész a mai napig végzett operálási methodusaira, hanem áttér esete ismertetésére.

F. O., 3 éves, r. k., péksegéd fia, kit 1899. november 21-dikén vettek fel a Bródy Adél gyermekkórházba. Három hónappal azelőtt maróulg jutott jobb szemébe, a mikortól fogva a kórház ambulantiáján orvosoltatott. Felvételekor az alsó szempilla közepén kissé előemelkedő redőt képez, mely a szemhéj kitüremkedése és belső felületének összefekvése által előidézt. Az alsó szemhéj középső harmadának területében egész szélességében a szemtekehez hozzánőtt és pedig oly formán, hogy a heges szövet a szaruhártya alsó felét is borítja, sódával a heg alatt elmenni nem lehet. A szemteke alsó oldalsó részein még meglevő bulbaris kötőhártya kissé belővelt és bőven nyákos váladékot termelő. A cornea felső fele ép, átlátszó és fénylő. Csarnok szűk, iris a hegbe benőtt, pupilla nincs. A szemmozgás felfelé korlátolt.

Az operációt december 7-dikén végezte bemutató, chloroformnarcosisban. Előbb körülbelül 2 cm.-nyi Thiersch-lebeny készítettett a jobb czomb belső felületéről, a mely physiologikus konyhasóoldatba tétetett. Ekkor az alsó szemhéj csipővel és késsel óvatosan leválasztott a szemtekeről egész az alsó átmeneti redő szintjéig. Gondos vérzéscsillapítás. A Thiersch-lebeny közepének irányában egy duplán armirozott silkwormfonal húzatik át a két szél közelében, azután egy 1 cm. hosszú, 2 mm. vastag gazezhenger helyeztetik a fonal alá a hámos felület felől és így helyeztetik be a Thiersch-lebeny az alsó átmeneti redőbe oly formán, hogy a lebeny sebes felületei érintkezzenek a szemhéj, illetve szemteke sebes felületeivel. A tűk az alsó átmeneti redő irányában átszuratnak a pofa felé és a silkwormfonal megkötetik. A szaruhártya ép része a felső szemhéj által fedve jól elrejtőzik. Szemre nedves gazelebe, száraz gazelebe, guttaperchapapiros, vatta, pólya, kékpólya.

Másnap tapad a lebeny. Harmadnap az alsó átmeneti redőben levő gazezhenger eltávolítása után új henger helyeztetik be. Ötödik napon a lebeny a szemhéji seben jól tapad, kevésbé a szemtekein. A varrat eltávolítása. December 19-dikén, tehát 12-ed napra a Thiersch-lebeny jól megtapad egész az alsó átmeneti redőig, a szemtekei része a lebenynek azonban legnagyobb részében elhalt, de ez a sebfelület a kötőhártya részéről behamosodik.

További lefolyás alatt a Thiersch-lebeny zsugorodik eredeti nagyságának körülbelül egy negyedére úgy, hogy az alsó átmeneti redő eltűnik és a szemhéji és szemtekei lebeny redő nélkül megy át egymásba.

Három hét múlva azonban megint kezdődik egy kis redő. A Thiersch-lebeny felülete száraz ugyan, azonban a könyek megnedvesítik, hivatását teljesíti, a mennyiben a szem mozgását minden irányban lehetővé teszi.

Folyó évi február 15-dikén chloroformnarcosisban iridectomia optiát is végezett rajta bemutató. Snowden behelyezése az alsó átmeneti redő sekély volta miatt nem sikerül, ezért a felső szemhéj Desmarreskanállal húzatik el, míg az alsó szemhéjat a rögzítő csipő tartja el. Sebkezelés lándzsával fölfelé. A kis iris csipővel a kifeszített iris megfogott és erőszakkal előhúzza egy 3 mm.-nyi iris darab kimetszetett, mire keskeny coloboma támadt. A belső colobomaszárból még egy kis darab kimetszetett.

A bemutató napján (1900. november 3-dikán) egy 2 mm.-nyi alsó átmeneti redő. A gyermek szemét minden irányban mozgatja.

## Csonttályog a sipsontban.

Alapi Henrik: A 13 éves leány alszára jelentéktelen trauma után, mely külsőleg semmi nyomot sem hagyott, pár nap múlva megfájdult; a fájdalom nemsokára főleg éjjel oly hevessé vált, hogy a lányka éjjelente négy héten át álmatlanul töltötte.

Felvételekor az alszáron alig észrevehető diffúz vizenyőn kívül semmi objectív tünet nem mutatkozott. Spontan fájdalomosság az egész sipsonton, néha a térd-, néha a bokaizületben. Az izületek izzadányt nem tartalmaztak. Nyomásra és kopogtatásra csekély fájdalomosság. A sipsont nem volt megvastagodva. Láz nem volt jelen.

E tünetekből csonttályog kórisztetett; a pár napi nyugalom és

borogatások alkalmazása után — melyek az állapotot mitsem változtattak — megejtett műtét a kórisztet igazolta. Chloroformnarcosisban drill-fúróval ejtett több próbafúrás után az egyik fúrólyukból, a diaphysis felső határa közelében hig savós geny kezdett ürülni, mire a sipsont e helyütt felvésétén, egy genytartalmú, mogyorónyi gócz nyitotta meg.

A fájdalmak a műtét után következő napon megszűntek, azóta sem jelentkeztek többé; a csontsípoly pár hét alatt begyógyult.

A kórisztet anyag hasonló esetekben a közönséges genygerjesztő gombák oly kevésbé virulens formája szokott lenni, hogy ha a betegség fel nem ismertetve, a csont föl nem vésztetik, a tályog éveken, sőt évtizedeken át bennmaradhat a csontban, a nélkül, hogy a többnyire igen heves fájdalom kívül más tünetet előidézne.

Epen az a körülmény, hogy sípoly nem szokott képződni és csontvastagodás is csak későn lép föl, képezi főokát annak, hogy a bántalom lényege föl nem ismertetve, éveken át szerepelhet mint neuralgia vagy rheumatismus.

## Pellagra esete.

Róna Sámuel: Egy, szülő által eddig még sohasem észlelt kóralakkal találkozott osztályán, melyet, daczára annak, hogy a beteg pellagramentes vidékre való, pellagrának kell tartania. Az eset a következő:

B. G., 49 éves özvegy, barackai (Fehérm.) születésű, iváncsicsi (Fehérm.) lakos, nyáron mezei munkás, 1900. október 16-dikán vétetett fel osztályára. A kórelőzményből, mely igen nehezen volt kikapható, kiemeli a következőket: 18 éves korában himlőt állott ki. Fiatal korában gyakran mértéktelenül ivott bort. Hét év óta azonban igen mértékletes életet élt, és egészen jelen megbetegedése teljesen egészséges, piros-pozsgás volt. Nem dohányos. 1875 óta télire Budapestre jár dolgozni. A nyarat mindig otthon Iváncsicon töltötte, kukoricából készült eledelt csak ritkán evett; egyáltalában rendes paraszteledellel élt.

1898. őszén ismét Budapestre jött és itt két nő dinnyét adott neki, mitől állítólag rosszul lett, nagy betegségbe esett és vagy 20 napig hasmenése volt. Azóta folyton beteg. Egy hóig itt Budapesten a kvartélyán, majd hazamenve, otthon 10 hónapig betegeskedett. Betegsége rendkívüli gyengeségben, szédülésben, járási képtelenségben, rossz látásban és étvágytalanságban nyilvánult. Időnként 1—2 napig hasmenése is volt. 1899. tavaszán kezdett az azelőtt ép kezeinek háti felületén és arcán a bőr barnulni és vedleni. 1899. őszén kissé felülvén, ismét visszajött Budapestre és a központi vásárcsarnokban könnyű munkát végzett a kocsisok mellett, ostort tartott, kocsi felügyelt. Itt történt, hogy november 14-dikén munka közben elsédült és eszméletlenül fogták föl. Soha azelőtt hasonló nem történt vele, sem azóta. E napon került be a Rókus-kórházba, hol egyik belosztályon 1900. január 1-éig maradt. Az ottani kórrajzból kiderül, hogy ott azt adta anamnesisül, miszerint 1898. őszén óta köhög, nehéz légzése van és hogy 1899. márczius óta vedlik a bőre és hogy azóta betegeskedik. Ott neuroretinitist konstatáltak nála és 25 inunctiót végeztek vele. A kórházból hazament folyó év tavaszán, arcának és kezeinek vedlése, valamint látása és közérzete is javult. Ez év augusztus elején jött vissza Budapestre és ismét a központi vásárcsarnokban foglalatosskodott és ekkor történt, hogy az udvarban a napon álldogálván, már javult állapotban volt kezei és arca megbarnultak, felétek. Ezt azonban a beteg csak délután vette észre. Hólyagok nem keletkeztek, csakis megbarnult a bőr és duzzadt, fájdalmas volt vagy 14 napig. Ezen idő óta a bőr e helyeken még erősebben hámlik, repedezik, mint azelőtt. Eleinte keztyűt viselt, de kigúnyoltatván, azt ledobta. Szemei mindig gyengék voltak, a mióta 1898. őszén megbetegedett, és különösen folyó évi augusztus óta rosszul van látásával. Azóta ismét étvágytalan, olykor-olykor egy-egy napra hasmenése van és igen gyenge, járni alig tud. Ha 20—30 lépést tesz, tántorog és meg kell fogódnia, hogy el ne szédüljön. Egy idő óta folyton könycsurgása van.

A családjában és falujában nem ismer hasonló bajt. Neje hét év előtt (vizi betegségben) halt el. Hat gyermeke közül három él és egészséges, három gyermekbetegségeken halt el. Luesre nincs anamnesztikus adat.

Status praesens október 16-dikán: Nagyfokú anaemia; a bőr az arcot, nyakat és a kezek háti felületét kivéve, fehér, puhatapintatú, elszórtan excoariatiokkal (ruhatetvesség) fedett; zsírpárnája mérsékelten fejlett. Izomzata mindenütt gyengén fejlett, petyhüdt.

Mindkét kéz háti felületén és az ujjak első perczének háti felületén, továbbá az alkarok feszítő oldalán alsó harmadig a bőr barna, cserzett bőrszínű vagy sült almahéjszínű, száraz, megvastagodott, kemény, több helyen berepedezett és lehámlásban levő szarurétegekkel fedett; a berepedések egyes helyeken a papillaris rétegre is áterjedtek. A kézhát közepéről e szarúrétegek jórészt már lehámlottak és e helyeken a bőr barnászörös, megkékonyodottnak, atrophianak látszik. A kéztő felett a megvastagodott és barnult szaruréteg nagy lemezekben erősen tapad az alaphoz, az alkar alsó harmadán a bőr barna-vörös és



korpaszerűen hámlik. A tenyerek, a kezujjak tenyéri felülete, az alkarok hajlító felülete teljesen ép. Az arczon az alsó szemhéjszélektől a fülcimpáig húzott vonaltól lefelé, a nyak mindkét oldalán, valamint mellő felületén (az arczból csak az ajkak és áll szabad) a bőr barnásan elszínesedett, megvastagodott, repedező hámlo száruvateggel fedett. Mind e helyeken a bőr száraz, kemény tapintatú. A két pofa közepéről és az orról, az alsó szemhéjakról ezen megvastagodott száruvateggek szigetként már ellökődtek, helyükön a bőr piszkos-fehér, fakó, gyengén atrophikus szigeteket mutat a barnás szigetek között. Az orr mellett jobbra-balra, magán az orron és a lehámlott területen több sorban hegyes túszerű 1–1½ mm. hosszú száruvategg állanak ki a faggyúmirigyek nyílásaiból, melyek e területeknek a marhanyelv kinézését adják. Mindkét szemhéj a zsugorodó száruvateggek által kissé lehúzott, minek folytán állandó könnyesorgás van jelen. Az alsó szemhéjak bőre megvékonyodott. A szemöldökön, a külső szemzugokban hyperpigmentatio látható, ép így a halántékokon is. Füle, hajzatos fejbőr, tarkó teljesen ép, ép így a nyálkahártyák is.

**Mellkasi szervek:** A tüdők felett tompulati eltérés nincs. Diffus bronchitis; szívhangok tiszták, szívtompulat rendes. *Radialis pulsus* kissé kemény, peczelő. (Arterio-sclerosis.)

**Idegrendszer:** (Korányi Sándor tanár vizsgálata szerint.) Bal pupilla kissé szűkebb mint a jobb; a bal facialis beidegzésekor kissé visszamarad. Járás bizonytalan, ingadozó. Patellaris reflexek egyenlően fokozottak. Cremaster-reflex hiányzik. (Herék erősen atrophikusok.) **Érzési eltérés** nincs. A szellemi functio hiányos. Buta arczkifezés; rossz emlékező tehetség; hosszabb gondolkodás után vontatott, hiányos és ellentmondó felelet; folytonos melancholikus hangulat.

**Szemlelet:** (Feuer Náthán vizsgálata szerint.) Mindkét látóidegkorong kevésbé átlátszó, széle kis fokban fátvázolt; színe, különösen a bal szemén némileg halványabb. *Lefolyt neuroretinitis. Hemeralopia.* Vizelet rendes alkatrészeket rejt.

**Vér:** Haemoglobintartalma és a vörsejtek számaránya csaknem rendes.

**Látatlan állapot.** Rossz közérzet; hiányos étvágy; rendes szék; rendes vizelet. *Luesre absolute* nincs támpont.

**Lefolyás:** A bőrelváltozások tetemesen változtak; a barna száruvateggek legnagyobbbrészt ellökődtek, de egyes helyeken még jól látható a repedező száruvateg, az arczon a kiálló száruvategg, és a bőr helyenként zsugorodott. A bőr javultával megszűnt a könnyesorgás is. A közérzet, étvágy, sőt még a stupor és a kedély is javult, a beteg kezd magához térni.

Ez a beteg kórtörténete.

Mindenki előtt ismeretes, hogy milyen nehéz egyes esetekben a pellagra kórisméjének felállítása. De ha tekintetbe vesszük jelen esetben a baj keletkezési módját és lefolyását, így az intoxicatio tünetei közt megbetegedést, a betegségnek chronikussá fajulását, a súlyos tengeréleti és idegrendszerbeli, a szembebeli zavarokat és mindezekkel párhuzamban a bőrnek bizonyos lokalizációban tavasszal és nyáron atrophiahoz vezető meglobosodását, e lobnak a téli hónapokban javulását; daczára a rendes aetiologikus momentumok hiányának és daczára a pellagra endemiától mentes helyről származásnak, még sem tudna bemutatott itt mást, mint pellagrát felvenni.

**Korányi Sándor:** Julius 7-dikén jelentkezett szóló osztályán egy 44–45 éves asszony; megvágta és azóta kezei és lábai fájnak; az első vizsgálatnál semmi feltűnőbb változásokat nem talált, a bőrelváltozások emlékeztetnek a ma bemutatott betegnél láthatókra: a kéz és láb bőre barna csafatok alakjában vált le, mely alatt a csupasz cutis volt; elmondta, hogy már több év óta szoktak nála mutatkozni tavasszal ilyen elváltozások, melyek 2–3 hónapig tartanak; a dermatologus erythema solarenek tartotta; a reflexek fokozottak voltak; a beteg alacsony intelligenciájú. A kórházban tartózkodása alatt mindinkább marantikus lett, mely fokozódott és július 27-dikén exitussal végződött. Előzőleg gyomor- és bélhurutja volt.

Biztos diagnosit nem állítottak fel; sectionál *Genersich* állította fel a pellagra diagnosit, s visszagondolva a kórképre, ezt valószínűnek kellett tartaniok.

A mai esetre vonatkozólag: fokozott térdreflex van jelen, tremor, mely azonban nem jellegző, feltűnő, hogy ha 50–60 lépést tesz, akkor lépteit gyorsítja s azután meg kell kapaszkodnia, hogy el ne essék.

Kifejezett propulsio van tehát jelen, a paralysis agitans tünetei nélkül; hogy ez jelen van-e, azt szóló nem tudná most határozottan eldönteni, csak felemlíteni kívánja, hogy e valószínűleg pellagrában szenvedő beteg valószínűleg a paralysis agitans képét is mutatja.

**Feuer Náthán:** Csak azon kérdésre kíván megjegyzést tenni, hogy mennyiben függ össze a szemlelet a pellagrával. A látóideg intoxicatio és inkább retrobulbaris neuritis és nem neuroretinitis képeben mutatkozik: centralis skotoma van jelen, de a látóideg korongon nem látszik semmi, csak később áll be az atrophias kép.

A bemutatott esetben a lefolyt neuroretinitis képe van; hogy ez összefügg-e a pellagrával vagy sem: ha pellagra nem ment volna előre, inkább azt hinné szóló, hogy syphilitikus volt a beteg; minthogy azonban pellagránál polyneuritis fordul elő, a jelenlévő neuroretinitis a polyneuritis egy részleteké lehet.

**Genersich Antal:** A pellagra Erdélyben sem gyakori s szóló csak utólagosan, midőn már nem volt Kolozsvárt, látott pár esetet, de a szt. István-kórházban előfordult két eset igen praegnans képe a pellagrának; különösen az arcz érdes, kemény, ripacsos küllemű, a faggyúmirigyek, mint dudorok állottak ki, nagyfokú barnás elszíneződés, ugyanilyen eltérés a kezek és alszárakon.

A bonezolt esetben még nem volt jelen olyan atrophias eltérés,

mint a most bemutatott esetben, hanem inkább csak túltengéses alak volt. A jelen volt nagyfokú vérszegénységnek okát a bonezolásnál nem lehetett találni, a többi jelenségek lényegtelenek. A halálok hiánya miatt is pellagrának kellett a bajt kórismézni.

A görösi vizsgálatnál: a száruvateg megvastagodott s felettebb laza réteget képezett, a keratohyalin réteg gyengén van kifejlődve, holott ezt nagy mértékben kellene találni túlságos száruvateggödésnél; a papillaris réteg talán valamivel vastagabb, az irhaszövet vérdúsabb és az erecské, valamint a faggyúmirigyek körül valamivel több gümbejt van, mint rendesen.

Az idegrendszerben kellene találni az elváltozásokat, mert a bőrzavarok trophoneurotikusak; a gerincezagyi idegsejtek körüli nyirkűrben 1–2 gümbejt, a hátsó kötegek velős burkai vékonyultak, és sok corpora amylacea, az idegekben a myelin ritkult, de kötőszöveti túltengést szóló nem talált, szóval itt is oly csekélyek az elváltozások, hogy ez a betegségnek határozottan intoxicatio tulajdonsága mellett szól, olyan intoxicatio mellett, melynél az organikus elváltozások csekélyek; más szervekben csekély vérszegénység, de nem oly fokú, melyet önállónak lehetne tartani; a csontvelőben jelentéktelen elváltozás: egészen szép sárga zsíros velő; legfeljebb a felső harmadban volt kissé vörös, a mi azonban szintén nem volt jelentékeny.

#### Foetal ichthyosis két esete.

**Berend Miklós:** Egyik esetet készítmény és photographia alakjában mutatja be, a másik esetet élő; 12 napos gyermekre vonatkozik, a ki a budapesti II. szülő- és nőbeteg kórodán született. Az első fürdő után feltűnt, hogy a test a hajzatos fejbőr kivételével körülbelül 5 mm. vastag, igen kemény, rigid, pergamentszerű páncélba volt burkolva, a mely számos helyen mély berepedéseket mutatott s melynek legnagyobb része levált a mai napig, de a mellkas bőrén az elváltozások ma is kifejezettek. A szopás csak az első életnapokban volt akadályozott, jelenleg a gyermek már elérte initialis testsúlyát. A bántalom természete nem lehet kétséges, lüestől minden gyakorlott szemlélő megkülönböztetheti *Fournier* kijelentése alapján, hogy luesnél a fejbőr leválása nem keményedés, hanem maceratio alakjában történik. *Hebra* és mások nézete, hogy generalis seborrheoa a bántalom lényege, meg nem áll, mert *Kyber*, *Carboni* és *Caspari* szövettani vizsgálatai szerint a faggyúmirigyek atrophikusak; intrauterin életben kezdődött s az extrauterin életben folytatódó ichthyosissal van dolgunk, a mit ez esetben bizonyít az is, hogy oly helyeken, a hol a primitiv száruvategg már leváltott, újabb hyperkeratosis és keratolysis indult meg. A bántalom prognosisa quoad vitam jó, de quoad sanationem az eddigi észleletek alapján kétséges.

#### Keratitis punctata esete.

**Csapodi István:** B. Józsefné, 30 éves kereskedőné, f. é. szeptember 1-én jött bemutatáshoz. Bal szemén ciliaris belőveltségen kívül egyéb nem mutatkozott. A belőveltségre nézve elmondotta, hogy már hetek óta hol erősebben, hol kevésbé vörös a szeme. Néhány napi megfigyelés alatt csupán langyos borogatást rendelt. Azonban a ciliaris belőveltség egyre fokozódott, széles övként fogta körül a száruvategg, a szem fájdalmas lett, úgy hogy szírványhártya-gyuladástól tartván, scopulamint csöpöptett a szembe. A szembogár jól kitágult, azóta tágan is tartotta, de a belőveltség semmit sem szűnt. Így telt el néhány hét, a mikor egyszerre csak a száruvategg alsó felében, jóval a szélén belül, sajátzerű pettyes beszűrődések jelentek meg. Azóta minden héten újabb csoportokat talált, még pedig alulról be- és fölfelé kanyarodó ívben, míg végre a mult héten a külső főlös kerületben támadtak úgy látszik az utolsó pettyek, mert azóta a szem kezd megbékülni, belőveltsége tetemesen csökkent.

A pettyek szennyes fehérek, nem sárgák, ki nem fekélyesedtek, hanem lassanként elmosódtak, bár még mind láthatók maradtak, de nem is a Descemet-hártyát lepték el, hanem parenchymás beszűrődéseknek kell lenniök. A némely kötőhártyai bajok kíséretében mutatózó s kikopó marginalis keratitis itt szóba sem jöhet, az influenza után tapasztalt széli keratitis képével sem egyezik esetünk.

Csoportosan kettesével-hármasával helyezkedtek el, nagyságuk mákszemnyitől kölesszemnyig változott. Mindezek szerint a keratitis parenchymatosa sajátzerű alakját láthatni e szembajban, melyet igazi keratitis punctata névvel jelölhetnénk, ha e név — ámbátor hibásan — le nem volna foglalva az idült iritisnek a száruvategg hátulsó főlőszinére hintett pontszerű izzadmányai jelölésére.

A baj eredetét sehoggy sem sikerült megállapítani. Az egyén egészséges, szembaja sohasem volt, sem örökölt, sem szerzett lüest nem derithetett ki. Mindössze annyit mond, hogy leánykorában kövér volt, a most 7 éves egyetlen gyermeke szoptatása óta megsoványodott.

Orvoslásul a szembogár tágan tartása mellett meleg borogatást, belseleg pedig jodkalit rendelt.

#### Haemophil fülvérzésekről.

**Tomka Samu:** A haemophilia meglehetősen ritkán fordul elő a fülvorvosi gyakorlatban, innen van, hogy csak két idevágó esetet közöltek. Az egyiket *Haug* 1893-ban, a másikat *Rohrer* 1889-ben.

L. 2½ hónapos fiú, elég jól fejlett, két nap óta nyugtalan, folyton sir, nem alszik, lázas, gyakran a bal füléhez kap. 1899. január 25-dikén először megvizsgálván, heveny dobüreglobot talált. Tekintve a 39–20 lázat és a gyermek nyugtalanságát, paracentesis végzett, a mikor sárgás-vöröses váladék ürült ki a dobüregből. A fül kezelése a váladéknak száraz úton, vattával való eltávolításában állott. A láz másnapra megszűnt, a beteg elég nyugodt.



27., 28. és 29-dikén láztalan, csendes, váladék csekély.

30-dikán igen kevés váladék, sem láz, sem fájdalom nincs, a dobhártya jórészt halvány, úgy hogy ekkor már Politzer-féle légbefúvást alkalmazott. Az állapot napról napra javult, a váladékképződés minimális volt, a dobhártya nagy részt rendes színű volt; a befúvás alkalmával széles áramban hatolt a fülön át a levegő. Az orrgarat mindig normalis volt.

Február 2-dikán hajnalban hívták beteghez, mert bal füle az éjjel óta folyton vérzik. A halljárat friss vérrrel telt, azt kifecskendezve, sem a halljáratban, sem a dobhártyán nem találta a vérzésnek semmi okát. A vérzés fellépte annál meglepőbb volt reá nézve, mert beteget előző napon látta és a fül teljes gyógyulása már néhány nap múlva várható volt.

Csak ekkor mondták meg a szülők, hogy a családban több haemophil van. A beteg fivérének egy foghúzás alkalmával alig lehetett a vérzést megállítani, nagybátya gyermekkorában végzett circumcisio alkalmával csaknem elvérzett, anyjának többi fivérei is haemophilek. Ha a gyermekek legkisebb mértékben megütik magukat, nagy suffusioi keletkeznek. A vérzés fellépte előtt beteg nem ütötte meg magát. A vérzés csillapítására a halljáratot sterilgazezel tamponálta, de a tampon rövid idő múlva egészen átázott és a fülből a vér ismét folyt. Timsóba mártott gazezel tamponálta ezután erősen a halljáratot, néhány óra múlva azonban újból átázott a tampon. Meleg, majd hideg kifecskendéseket kísérelt meg, azonban eredmény nélkül.

A vérzések negyedik napján a család az előtte régen ismerős Bókay János tanárt óhajtott lefogytatni és folyton, szünet nélkül síró gyermekeihez, a kinek ajánlatára belsőleg ergotin-készítményt szedett a gyermek.

Minden kezelés dacára a vérzés 8 napig tartott, úgy hogy Bókay tanár a családdal szemben a folytonos vérzés folytán a gyermek élete miatti aggodalmának adott kifejezést. A nyolczadik napon azonban, február 9-dikén megszűnt a vérzés. A fülből való vérzés egész tartama alatt nem folyt le vér a tubán át.

A halljáratból kivett véres alvadék góreső alatt genyesejteket tüntetett fel, a melyeket nyák vett körül.

A vérzés megszűntével rohamosan következett be a gyógyulás.

Röviden elmondja a *Haug* és *Rohrer* által leírt, valamint *Haug* által a múlt évben észlelt, eddig nem ismertett haemophil esetet.

Előadó áttér ezután azokra a vérzésekre, a melyek paracentesis és egyéb intratympanalis műtétek alkalmával a *vena jugularis* és a *carotis* megsértése által keletkezhettek és a melyek esetleg a haemophil vérzéssel összetéveszthetők.

Több bonczatani praeparatumot mutat be a *vena jugularis*nak és *carotis*nak a dobüreghez való viszonyát illetőleg, az edénysatornak felülről különböző nagyságú és lefutását, a canalisok falainak különbözőségét és könnyű megsérülhetőségét illetőleg.

*Guth Samu*: Kérde előadótól, hogy honnan volt a vérzés, ha abszolút nem látott sem a dobhártyán, sem a külső halljáratban semmi-féle elváltozást s hogy képzeli, hogy tamponálásra mégis megszűnt a vérzés; nem kereste-e a vérzés eredetét?

*Sugár K. Márton*: Előadó állítása, hogy szakirodalmunkban eddig csak két haemophilias fülvérzés van leírva, tévedésen alapszik. Már *Haug*-nak ismert könyvében, mely a fülbántalmaknak más betegségekkel való összefüggéséről tárgyal, magában három eset van leírva: *Rohrer* egy esete és *Haug* két esete. Előadó esete különben nem haemophilia által okozott vérzésnek látszik, mert hiszen a paracentesis után geny ült ki a dobüregből és az abundans vérzés csak napok után támadt.

Nem tartja továbbá helyesnek szóló, hogy haemophiláról beszél és dolgozatában per longum et latum a *bulbus venae jugularis* rendellenes voltáról szól, sőt erre nézve bonczatani készítményeket is mutat be, mert a haemophilia congenitalis vérbetegség, vitium primae formationis és a *bulbus venae jugularis* rendellenességével semminemű összefüggésben nincs.

Ha mindent be akar előadásának keretébe vonni, akkor a vika-riál menstruatio is ide tartoznék, melynél a fülzsírmirigyek kivetető csővéből nyomul ki vér, továbbá a külső hangvezeték habitusális vérzései, melyek a meatus-nak kis krateralakúlag kifelélyesedett pontjaiból támadnak, mint ezeket *Habermann* és *Urbantschitsch* írják le a *Schwartz*-féle nagy fülfüzetű kézikönyvben.

Ismétli szóló, a haemophilia congenitalis vérbetegség, melynek magyarázatánál *Virchow* lelete még a legrealisabb, ki ugyanis szűk, túlságos elastikus, puerilis aortát talált és a hosszantartó vérzést a hajszáledényekben uralkodó fokozott oldalnyomással magyarázza. Fontos ezen lelet már azért is, mert a támadó hydraemikus plethorát több szerző kataphoresis és diuresis előidézőse által gyógyítani akarja, nevezetesen pilocarpin-injectiók által, melyekkel évekig tartó haemophilát kigyógyítani sikerült.

A mit előadó végül a gyógykezelésről felemlített, ezt már *Bürkner* a *Penzoldt-Stinzing*-féle nagy belgyógyászati kézikönyvben a vérbetegségekről és különösen a leukaemiáról szóló fejezetben helyesebben fejti ki. Ha haemophilia forog fenn, akkor minden beavatkozás az orron keresztül ellenjavallva van, tehát a légdouche, a catheter is, mert az esetek túlnyomó számában a mucosa narium vérzései életveszélyessé válhatnak. Helytelen tehát, hogy előadó légdouche-t és paracentesist végzett, mert az irodalom adatai szerint éppen a kis sebek vérzései veszélyesek. Tény, hogy a paracentesis is contra-indikált és ha biztosan haemophilias egyénről feltétlenül szükséges, akkor csak galvanocautice volna szabad a dobhártyát átfúrni.

*Tomika Samu*: *Guth* kérdésére azt válaszolja, hogy mint az előadottakból kitűnik, a haemophil vérzés felléptekor még a paracentesis által okozott nyílás a dobhártyán fennállott, bár jelentékenyen kisebb-

dett. Hogy honnan eredt a vérzés, annak okát csak fülfüzetű szempontból kereste szóló. Nézte, hogy nem volt-e a küllhalljáratban haemorrhagiás tályog, mert ilyenekből is szokott vérzeni és miután sem a halljáratban, sem a dobhártyán nem talált semmit, a vérzést csak a haemophiliára vezethette vissza, hogy már most a haemophilia folytán honnan és hogyan vérzett, azt nem tudhatja, azt nem is kereste.

A mi *Sugár* dr. felszólamlását illeti, abból azt látja, hogy előadását nem érthette meg, mert különben nem mondhatta volna, hogy szóló a vérzést a jugularis megsértéséből akarta magyarázni. Ez eszében sem volt, hisz az ilyen vérzésnek egész más jellege lett volna, nem lassú folyású és nem 8 nappal a műtét után lépett volna fel. Szóló csak a tárgy érdekességénél fogva foglalkozott azzal, hogy a paracentesis alkalmával esetleg a jugularis és carotis is megsérülhet és ezen vérzés a haemophiliával volna összetéveszthető. Azt mondja tagtárs, hogy nem lett volna szabad a haemophil betegnél paracentesist végezni, holott ha előadását megértette volna, tudná, hogy csak a vérzés felléptekor mondták a szülők, hogy haemophil család, a vérzés pedig 8 nappal a paracentesis után történt. Addig szóló nem tudhatta, hogy a család haemophil, mert ezt még előtte is titkolták, mert nem igen szeretik, hogyha tudnak róla, hogy a család haemophil. Tehát láthatja tagtárs, hogy szóló észszerűleg és helyesen eszelekedett, a mikor paracentesist végzett. Nem terjeszkedett ki a haemophilia okára, magyarázatára, mert nem tartozik reá, szóló fülfüzetű szempontból foglalkozott a tárggyal, a fülfüzetű érdekességet méltatta és nem akarta az időt olyan dolgokkal töltöni, a mi nem tartozik tulajdonképpen a tárggyhoz.

*Müller Vilmos* dr. mint vendég: „Az állandó tüdővész-sanatorium”.

*Kathy Dezső*: Egy igen nagy témát érintett az előadó, mely manapság, mint tudjuk, a hygiene és sociologia munkáit világ-szerte foglalkoztatja, melynek háttérében ott áll az egész nagyszabású társadalmi és hatósági küzdés a decimáló népbetegség ellen, előterében pedig egy rationális alapokon épült klimato-hygienes gyógyításmód, a tüdővész sanatoriumi kezelése. Ennek a therapiának a principiumait ismerjük. Lényegét illetőleg teljes megegyezés van a szakemberek között, mindössze apró módosítások azok, a mikben a kivétel az egyes intézetekben eltér egymástól. Az elérhető eredményeket illetőleg mind bővebb statisztikai anyag fekszik előttünk s hovatovább úgy leszen, hogy még azon kollegák is bizonyítani kénytelenek a sanatoriumi therapia sikereit, a kik más gyógyító eljárásnak hívei a tüdővész-kezelésben. *Petruschky* a tuberculint tartja ma is a tüdőbeli tuberculosos orvosló szerének, de előrehaladottabb esetekben csak megelőző sanatoriumi kezelés után kívánja a beteget a hosszadalmas tuberculín-kúra alá fogni, *Cervello* az ő „igazol”-jával a palermói sanatoriumban éri el jó eredményeit és így tovább.

Most, midőn a „*Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesülete*”, melyet eddigelő társadalmunk fölmelegítése a tárgy iránt foglalt el, munkájában odaért, hogy a budakeszi erdőszegben, a székes-fővárostól kocsin egy órányira, állítandó intézetét, az „*Erzsébet királyné-sanatoriumot*” vagyontalan és szűk vagyonú tüdőbajosok számára még ez évben tető alá hozza, — immár elmondhatjuk, hogy a kir. orvos-egyletnek nem sokára módjában lesz a kérdés érdemével behatóan és tüzetesen foglalkozni hazai tapasztalásaink alapján, közlőrl vett benyomások közvetlenségével.

## A párisi internationalis congressus sebészi szakosztályának ülései.

(Folytatás.)

*Michaux* (Páris) 50 műtétet hajtott végre az epeutakon, ezek közül 32 cholecystectomia; e műtétet végzi, ha az epehólyag falai megvastagodottak, összehúzódottak, de a hólyag nem inficiált; 6 esetben choledochotomiával kapcsolta össze az eljárást. 28 esetben gyógyulást ért el, 4 beteget meghalt. A műtét után 8–14 napig tartó, néha azonban egész évig elhúzódó epefolyás lép fel, melyet a máj alsó felületéről vagy valamely vas aberransból származtat.

*Reynès* (Marseille) appendicitis képe alatt lefolyó cholelithiasist észlelt, melyet transhepatikus cholecystotomiával gyógyított.

*Jonnesco* (Bukarest) az echinococcus hepatis kezeléséről értekezvén, legezelszerűbb eljárásnak a tömlő incisioját, teljes kitisztítását s a tasaknak drainézis nélküli bevarrását tartja, az epeömlés nem contra-indicálja ez eljárást; csupán elgenyedt echinococcusoknál s olyanoknál, melyek fala elmeszesedett, ajánlja a nyílt kezelést.

*Vegas* és *Cranwell* (Buenos-Ayres), kiknek számos alkalmuk volt az echinococcus kezeléséről tapasztalatot szerezniök, a mennyiben ez városukban igen elterjedt betegség (25 év alatt egyedül Buenos-Ayresből 906 májburkony operáltatott a kórházban), ezzel szemben a tasak kivarrását és drainézisét ajánlják; ezek közül 95-90% gyógyult meg, míg az anyatómló kihúzása és a tasak bevarrása mellett 5-5% volt a mortalitás s a teljesen gyógyultaknak látszó esetek 19-26%-ában lépett fel utólagos genyedés, mely újból megnyitást s drainézist tett szükségessé. A tüdő echinococcusaira a két eljárás egyenértékű; súlyos, 42-80% mortalitással jár az agyburkony s a hasúr multiplex echinococcusainak operatioja.

*Giordano* (Velence) 72 májtályogot operált 6 év alatt 41-60% mortalitással. A geny 58-49%-ban steril volt, 20-70%-ban amoebák voltak benne s csak 9-60%-ban bact. coli és pyogen microorganismusok. A májtályog aetiologiájában az alkoholismusk s a rothadó ételeknek nagy szerepet tulajdonít.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KORBÚVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

Kiadja és a magyar egyetemek tanárainak, a fő- és székvárosi közkórházak és egyéb gyógyintézetek fő- és rendelő orvosainak, továbbá köz- és magán-gyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HÖGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrassik Ernő, Kézmárczky Tivadar, Klug Nándor, Korányi Sándor, Lenhossék Mihály, Pertik Ottó, Plósz Pál, Réczey Imre, Tauffer Vilmos, Thanhoffer Lajos egyetemi tanárok.

SEGÉDSZERKESZTŐ: SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. M. TANÁR.

## TARTALOM:

— Minden jog fentartatik. —

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Tomka Samu: Heveny dobüreglob morbus maculosus Werlhofii kapesán. 737. l.  
Friedrich Vilmos: A kéznek érdekes fejlődési rendellenessége. Perichirus perodactylus. 739. l.

Torday Ferencz: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházból. A lúgmérgezést követő gyermekkori heges bázisingszűkületekről. 740. l.

Tárca. Kuthy Dezső: Az Erzsébet-sanatorium alapkövetétele. 743. l. — Sugár K. Márton: Orvosi aphorismák Kubelik Jan hangversenyén. 743. l. — Babarczy-Schwartz Ottó: Az állami elmegyógyintézet orvosok helyzetéről. 744. l.

Irodalom-szemle. Összefoglaló szemle. Donath Gyula: Az agyi és gerinczagi localisatio 1899. évi irodalma. 745. l. — Könyvismertetés. Feles Adolf: Válasz az országos központi védhímlőoltóanyag kezelésére terve ellen elhangzott kifogásokra. 746. l. — Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Browicz: Az icterus keletkezéséről. (Marikovszky György.) — Patrick Manson: A moskito-

malaria theoria kísérleti bebizonyítása. (Surányi Miklós.) — Belgyógyászat. Ransom: Encephelopathia saturnina. (Benedict.) — Bőr- és bűjarkórtan. Babinski és Charpentier: A reflektorikus pupillamerevségnek a syphilishez való viszonya. (Poór F.) — Kiseb közlemények az orvosgyakorlatra. Petrucci: A xeroform használata. — Stein: Fersan. — Riegel: A morphium hatása a gyomormedvelválasztásra. 746—47. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — Szünidei orvosi cursus. — A Nobel-féle pályadíj. — Fodor József. — Megjelent. — Duotal-tabletták. — Herczel. dr. — Szt.-Lukács-fürdő. — Krondorf. 747. l. — Pályázatok. — Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Mellékletek. Gyermekgyógyászat. 4. sz. — „Farbenfabriken, vorm. Fr. Bayer & Co. Elberfeld“ cég „Hedonal“ című prospektusa.

### EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Heveny dobüreglob morbus maculosus Werlhofii kapesán.<sup>1</sup>

Közl: Tomka Samu dr. közkórházi rendelő főorvos.

Az irodalomban mindössze két idevágó eset rövid felemlítését találtam (Moos,<sup>2</sup> Haug),<sup>3</sup> ez okból részletesen ismertetem ezen érdekes bántalom lefolyását.

M. Zs. 29 éves, napszámos neje, Kömlőről (Heves m.). Apja és több testvére él és egészséges, anyja előtte ismeretlen betegségben halt el. Gyermekai sohasem voltak. Az övéhez hasonló megbetegedés tudomása szerint családjában nem fordult elő. Gyermekkori betegségek közül bárányhimlőt és egy évig tartó mindennapos hideglelést említ, melyben 11 éves korában szenvedett. Havibaját 16 éves korában kapta meg, mely első időben rendetlenül és fájdalmakkal jelentkezett, utóbb szabályosan jött meg és csak 8 hónap óta mutatja az alább leírandó rendetlenségeket.

Beteg két év előttig teljesen egészségesnek érezte magát, azóta veszi észre, hogy bőrén apró vérfoltok jelentkeznek, melyek első időben élénk pirosak, majd halványulnak, kékes ibolyába, utóbb zöldes színbe, végre sárgába mennek át, hogy végre nyomtalanul eltűnjenek. Azonban teljesen fájdalomtalanul, minden külső behatás nélkül folyton újak képződnek. Együttal észre vette beteg azt is, hogy ha csak, bár könnyen megüti magát, vagy valamely enyhe külső erőszak éri, testének ama részén kékes-piros nagy véraláfutás képződik, mely azután a fönt leírt színváltozásokat szenvedve, eltűnik.

<sup>1</sup> Előadta a magyar fül- és gégeorvosok egyesületének 1900. május 10-dikén tartott rendes ülésén.

<sup>2</sup> Moos: Klinik der Ohrenkrankheiten. 1866. 96. old. és Schwartz's Handbuch I. 547. old.

<sup>3</sup> Haug: Krankheiten des Ohres in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen. 1893. 178. old.

Izületi bántalomban beteg nem szenvedett soha és közérzetét, munkabírását ez említett tünetek a legkevésbé sem alterálták mult év július haváig. Előzőleg betegnek havi baja két hónapig kimaradt, ekkor hasát trauma érte és két héttel reá havi baja ismét beállott, azonban sokkal nagyobb mértékben, mint azelőtt. Azóta vérzései mind sürűbben jelentkeznek és ez év eleje óta úgyszólván folyvást vérzik; ezzel párhuzamosan folyton gyengül és sápadtabb lesz. Körülbelül ez év eleje óta veszi ugyanesak észre, hogy a vérzések bőrén sürűbben lépnek fel; időnként szájából és orrából is elindul a vér, különösen, ha előre hajlik; végeléből azonban vérezni nem szokott. Ha megszurja magát tüvel, állítása szerint a vérzés alig csillapítható. Napról napra fokozódó gyengesége, étvágytalansága, sápadtsága és vérzése miatt vétette fel magát 1900. márczius hó 14-dikén az első számú belklinikára. Korányi Frigyes tanár szíves engedelmével közlöm a klinikai kórtörténet felhasználásával az esetet.

Diagnosis: Morbus maculosus Werlhofii, anaemia secundaria.

Jelen állapot. A mérsékelt felett, lesóványodott nőbeteg csontrendszere ép, alaki eltérést nem mutat. Az arczbőr színe feltűnően halvány, sárgás fakó árnyalattal, a kötőhártyák igen halványak. Az ajkak nyákhártyája börszerű kinézésű, szürkés-pirosas színű, hasonló színűek a foghús és a száj nyákhártyája. A nyelv, garat és garatképletek vérszegények, különben normalisak. A látak középtágak, egyenlők, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Az egész test bőrén mindenütt, legsürűbben a czomb feszítő felületén, apró, tüszúrásnyitól egész lencsényi terjedelmű, éles konturú, különálló, sehol össze nem folyó, a bőr színén felül nem emelkedő, nyomásra el nem halványuló foltok, melyeknek színe az élénk vöröstől az ibolyáig, kékig, zöldig és sárgáig váltakozik. Azonkívül a jobb czomb mellső felületén, gyermektenyéryn helyen, egy kékes-sárgás ibolyaszínű, de elmosódott határu, nem szabályos alakú véraláfutás, mely ütés után képződött. A nyelv kissé bevont, étvágy nincs, szomj kissé fokozott, nyelés szabad, székletét rendes. Nyak sovány, részarányos,



mirigyek rajta nem tapinthatók; a kissé tágult jobb oldali vena jugularis externán rythmikus, a szív működéssel synchron lüktető mozgás látható.

A mellkas közepesen fejlett, erősen beesett kules feletti árkokkal és jól kifejezett bordaközökkel. A légzésnél mindkét mellkasfél egyenlően tér ki; légzés mellkasi típusú, percrenként 16.

Szívesüslökés az V—VI. borda közt, a bimbóvonalhoz közel, kissé emelőnek és nagyobb terjedelműnek tapintható. A szívesüslökés felett időnként gyöngye systolikus surranás érezhető. Az ütőerőkés kevésbé telt, könnyen elnyomható, rythmikus, kissé gyors, eléggé szapora, percrenként 86.

A has kevésbé előredomborodó, a hasi aorta lüktetése jól érezhető; a hasban egyébként rendellenes érzékenység nem érezhető; a bal bordaív alatt mély belégzéskor a lép alsó polusa tapintható.

**Kopogtatás.** Szív és tüdők felett normalis a kopogtatási hang. A léptompulat a VIII. borda felső szélén kezdődik, előre-felé a bimbóvonalig terjed, azonban hátfelé csak két harántujnyira terjed túl a hátsó hónaljvonalon. Májompulat normalis. A has felett váltakozóan dobos a kopogtatási hang.

**Hallgatódzás.** A szívesüslökés felett valamivel erősebb jellegű fúvó systolikus zöreje, tompa diastolikus hang hallható; a jobb gyomrocsonk felett a systolikus zöreje valamivel gyengébb; az aorta felett is hallható a zöreje, úgyszintén a pulmonalis I. hangja is zörejes, II. hangja nem ékel.

A tüdők felett mindenütt puha sejtes légzés hallható.

**Vérvizsgálat.** A megszürt ujj hegyéből kiserkenő vére sepp halvány, átlátszó világosvörös; a nativ vérpraeparatumban ennek megfelelőleg a vörös véresejtek igen halványak, de alaki eltérést nem mutatnak, sem magtartalmúak nincsenek közöttük. A fehér véresejtek megszaporodva nincsenek.

A haemoglobintartalom 20%.

**Vizelet.** Napi mennyiség 1200, színe sötét barnássárga, savi vegyhatású, fajsúlya 1020, idegen alkatrészeket nem tartalmaz.

**Genitáliák.** A genitális vizsgálat teljesen normalis viszonyokat derített fel.

**Szemfenékvizsgálat.** A szemfenékvizsgálat teljesen normalis viszonyokat mutatott.

A beteg hőmérséklete a felvételnél normalis.

**Lefolyás.** III/14. A genitális vérzések megszüntetése végett: Rp: Extr. hydrast. canad. fluid. 20·0 D. S. 3-szor napjában 20 cseppet.

18. Fejfájásról panaszodik, egyébként sokkal jobban érzi magát. A vérzés megszűnt, új vérfoltok a bőrön nem jelentkeztek.

20. Beteg ma a reggeli órákban kirázta a hideg és hőmérséklete egész nap 38·5—39·2 között volt. Igen elesett, szapora pulsus, 114; a garat duzzadt és valamivel belőveltebb a szomszédos igen halvány részleteknél. A hidegrázás többször jelentkezett. A tüdők felett érdes légzés. Therapia: Decoct. chinac.

21. Reggel 37·8 a hőmérsék, délután 39·2, d. n. 4 órakor 38·8. Valamivel jobb közérzet. Délután kirázta a hideg, a mandolák nem nagyobbak, plaqueok rajtok nincsenek. A tüdők felett még érdesebb a légzés, sokat köhög. A vérfoltok elhalványodtak, újak nem keletkeztek, vérzés nincs. Este szédülés és fejfájás.

22. Reggel óta veszi észre, hogy látása homályos, az órát, nyomtatott betűket nem látja.

23. Mindkét szem fenékén néhány 1/4—1 papillányi terjedelmű élénkpiros foltszerű vérzés látható. Ezen vérzések közül a jobb szemén egy a papilla és mac. lutea közti területen található, a bal szemén egy nagyobb félholdalakú vérzés a macula lutea tájára esik. Szemfenékek egyébként épek. Diagnosis: *Haemorrhagia retinae*.

A legmagasabb hőmérsék 38·8. A tüdők felett érdes légzés, egyébként nincs eltérés. Hányás.

24. Ma a temperatura csak egyszer érte el a 38 fokot. Hányás ingere van.

25. Beteg továbbra is rosszul lát. A hőmérsék reggel 8 órakor 37·4. Gyomortáji fájdalomról panaszodik. A has puffadt, gyomortáj érzékeny. Nem hány, de hányási ingere van. Orrvérzései vannak. Tüdő felett baloldalt hátul számos nagy hólyagú

szörtyözörej hallható az érdes belégzés végén. Három nap óta nem volt széklete. Beöntés utáni székletét nem volt véres. Este erős hányás, hányadék nem volt véres.

26. A hőmérsék valamivel alacsonyabb. A beteg nem jól érzi magát, gyenge, levert. Az orrvérzés délelőtt (1% alumnol orrvíz) csak igen kis fokban jelentkezett már. Hányás nem volt. Fejfájásról panaszodik.

27. Beteg ma baloldali fül-fájásról panaszodik. Szédülés, hányás nem volt. A hőmérsék ismét csökkent. Lázatlan, de állapota rossz.

**Füllel:** Baloldalt: halljártat elég tág, benne csekély savós-genyeges váladék, ennek eltávolítása után a mellfelé türemkedett, vöröses dobhártya látható. A dobhártyán két és a halljártaton néhány apró ecchymosis. Weber-féle kísérlet balra lateralizált. Hallásképesség: suttogó szót 45 cm.-ről hall, hangos szót két meterig. Fülzúgása nincs.

**Jobboldalt:** A halljártat elég tág, a csontos halljártat felső falán és a dobhártya mellső felső részén beszáradt vérnek imponáló tömeg. A dobhártyán szétszórtan, valamint a felső halljártat-falon több gombostűfejnyi kis ecchymosis látható. A dobhártya maga normalis, szintúgy a hallásképesség is és a betegnek erre a fülére nincs semmi panasza.

30. Beteg panaszodik, hogy a jobb fülében fájdalmat érez és ez oldalt is rosszul hall. Az ecchymosisok halványabbak és kisebbek. A halljártatból a beszáradt vérszínű tömeget megvizsgálás végett a csipeszszel kivettem. A dobhártya nem egyenletesen kiterjedve vörös, mellfelé türemkedett, a kalapács alig látható. A hallásképesség suttogó szót illetőleg 60 cm.-re redukálódott; a process. mastoideus külsőleg semmi eltérést nem mutat, azonban nyomásra igen fájdalmas. Ez okból betegnél paracentesist akartam végezni, de a midőn alig hogy a dobhártyát a paracentesis tüvel érintettem, beteg elkapta a fejét. A tün egy csepp váladék maradt, a mi göreső alatt genynek bizonyult; ez tehát a dobhártya lemezei közül származhatott. Ezután a beteg fejét tartattam és a dobhártyát egészen átvágtam. A dobüregből azonban nem ürült ki váladék, csak csekély vérzés volt. Fülzúgása nincsen.

A bal dobhártyán és halljártatban az ecchymosisok eltűntek.

A jobb halljártatból és dobhártyáról kivett csekély beszáradt tömegben ecetsav és aether hozzáadására véresejtek konturjai és néhol leucocyták magostúl is láthatók voltak; haemin jegeczek előállítására nem sikerült.

31. Beteg bal fülére jobban hall, a jobb fülön is tisztábban veszi ki a szavakat és könnyebben érzi e fülét.

IV./3. A hallás jobboldalt ismét normalis, szintúgy a dobhártya is, az ecchymosisok alig kivehetők. A látása is javult, közérzet jó. Baloldalt alig van váladék.

7. Ma szájában panaszol fájdalmakat. Mindkét pofa nyákhártyáján, valamint a tonsillákon is több fillérnyi nagyságot elérő erosio van.

10. A baloldali csecsnnyújtványtájék tegnap óta kissé beszűremkedett, nyomásra és spontan is kissé fájdalmas. Hideg borogatásokra azonban két nap alatt az érzékenység megszűnt, a beszűremkedés visszaféjlődött. A dobhártya halvány, a perforatio fennáll, a váladékképződés nagyon csekély.

18. Javulva távozott a klinikáról.

A Werlhof-megbetegedés aetiológiájáról nem sokat tudunk. Megfázásra, nedves lakásra, rossz táplálkozásra vezetnek némelyek vissza. Biztosan ismeretes az, hogy hasi hagymáz és malaria utáni reconvalescenseknél, vagy e bántalmak után hosszabb időre is többször észlelték a Morbus maculosus Werlhofii felléptét. Mint az anamnesisből láttuk, beteg is szenvedett hosszabb ideig malarriában.

A Morbus maculosus Werlhofii kórokát még mindig nem ismerjük. Nem állítható határozottan, hogy gombanemek vagy ezek toxinjai vannak-e a vérben, a melyek a vért megváltoztatják és ez által a hajszáledények eldugaszoltatnak, vagy pedig az edény falának szöveti szerkezetét vagy működését megtámadják.

A haemorrhagiák fellépését olykor bágyadság, fejfájás, étvágytalanság, fájdalmak a végtagokban, izületekben előzik meg; alacsony, de 41 foknyi hőemelkedések is előfordulnak.



Ezen tünetekkel kimutatható ok nélkül betegünkön is találkoztunk. A Werlhof-kór már jóval az anaemia előtt fennállott; influenza, endocarditis ki volt zárható.

A vérzések a Werlhof-kórra vezethetők vissza. A jobb fülben a dobhártya és külső hallójárat felületére, valamint a dobhártya lemezei közé történtetett vérzés. Baloldalt a véres váladék genyesbe ment át és így a dobhártya perforatiojához vezető genyes középfüllob következett be; nem lehetetlen, hogy a bal oldalon a vérömleny fellépése mellett a dobhártya repedése is beállt és genyes fülfolyásra szolgáltatott alkalmat; jobboldalt a nagyothallást a hallócsontcskák nehezebb mozgathatósága okozhatta.

### A kéznek érdekes fejlődési rendellenessége. Perochirus perodactylus.

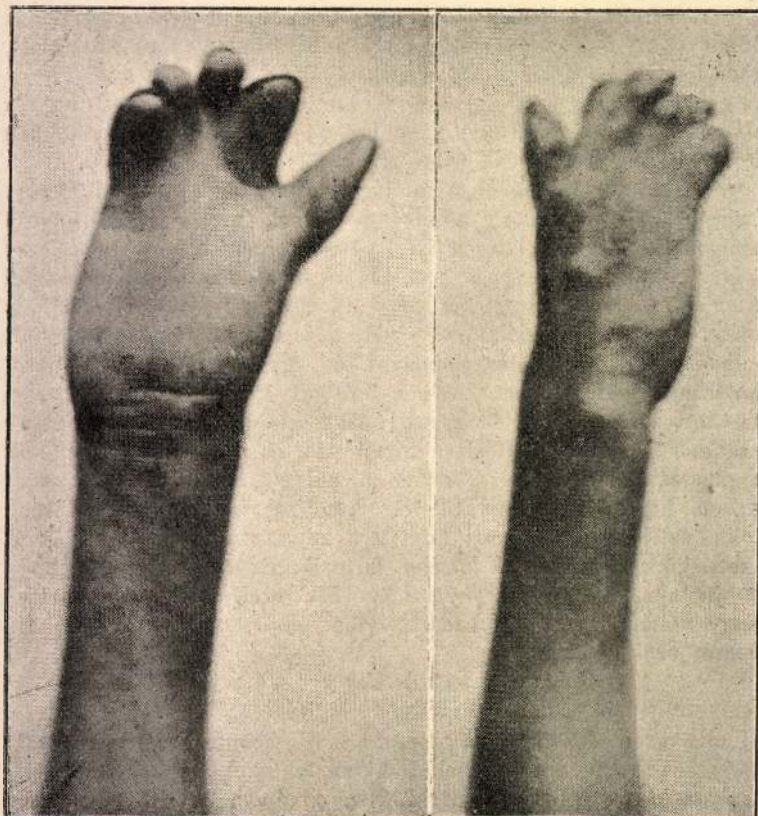
Irta: *Friedrich Vilmos* dr., egyet. m. tanár, a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár főorvosa.

M. Gy. 56 éves kőművesnek, ki foglalkozásának mindig eleget tudott tenni, családjában sem a felmenő, sem a lemenő vagy esetleg oldalágban soha semminemű néven nevezhető korösszülés vagy fejlődési rendellenesség nem fordult elő. Szülei bemondásából tudja, hogy világra jövételekor a jobbkez a balnál kisebb volt, hogy e kézen az ujjak mind teljesen össze voltak növe, köztük semminemű ír nem volt. M. Gy. tehát *syndactylia*-val született. Ezen *syndactylia* ellen gyermekkorában műtétet végeztek; azóta vannak az ujjak egymástól eltávolítva, különösen a hüvelyk- s mutatóujj annyira, hogy a hüvelykujjal s a kéz egyéb részeivel csak kis nyomást tud kifejtteni.

A jobb kéz minden átmérőjében kisebb mint a bal; ennek, valamint a kezujjak közti bevágásoknak tudható be, hogy a kéz alakja a rendes kezétől teljesen eltérő (I. 1 ábrán a kéz tenyéri felületét s a 2. ábrán a kéz háti felületét).

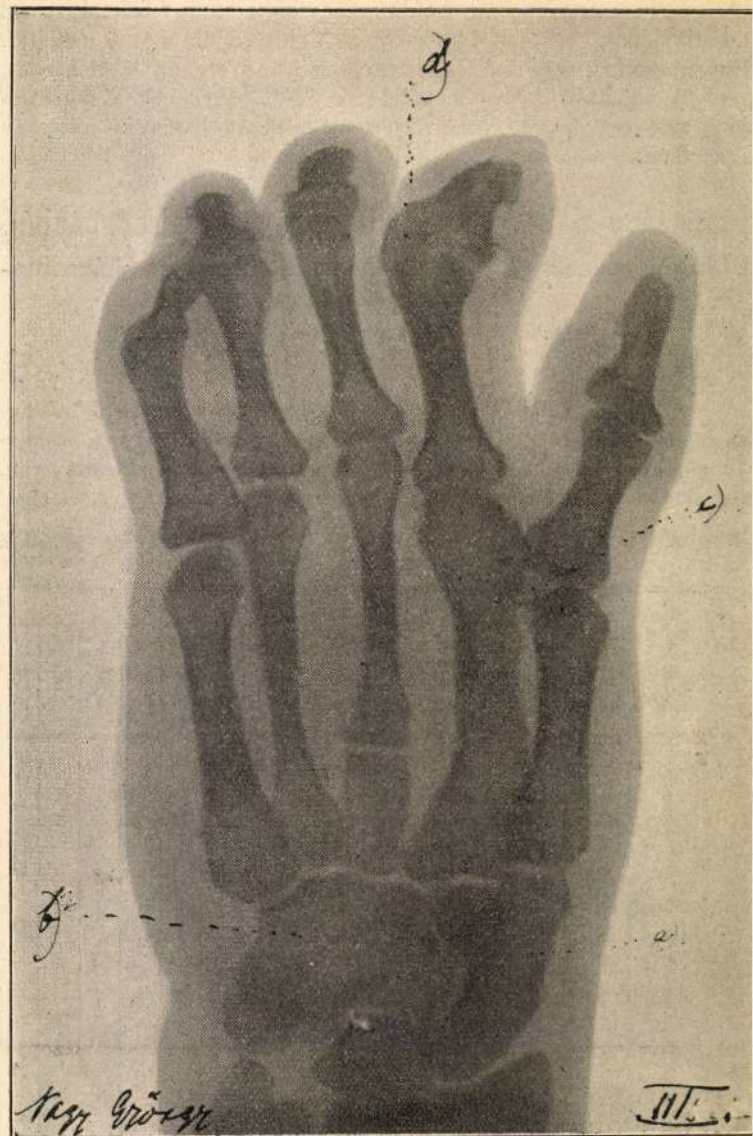
A távolság a processus styloideus radii-től az öregujj végéig jobboldalt 11.7 centimeter, baloldalt 14.6 cm., a távolság a processus styloideus ulnae-től a kisujjig 12.9, a bal oldalon e távolság 15.2. A jobb kéz szélességi átmérője 9 cm., baloldalt 13.5 cm.

A jobb kéz, melynek tenyéri s háti felületén 2½–4 cm.-nyi finom, a *syndactyliát* megszüntetni célzó műtéttől eredő hegek láthatók, izomzattal el van látva s azzal kisebb-nagyobb korlátok közt minden mozgást véghez is tud hajtani.



I. ábra.

II. ábra.



III. ábra.

Tapintás útján meggyőződhetünk arról, hogy a kéztőcsontok után következik egy sor csont, mely az első izpercizomját teszi; feltűnő, hogy a III. ujj ezen csontja leghosszabb, miáltal még feltűnőbbé válik, hogy ezen s a következő izpercizom izülete ninesen egy síkban. A középső ujj kitapintásakor oly érzést nyerünk, mintha annak a kéztőcsontokat követő kézközépcsontja két részből állana s mintha mély hajlítás alkalmával ott ízületnek nyoma volna.

A kéznek Röntgen-sugarakkal való átvilágításakor (I. 3. ábra) kitűnik, hogy a nyolcz kéztőcsont helyett csak öt csont van jelen. Az os scaphoideum, az os multangulum majus, valamint az os capitatum, os hamatum s os triquetrum külön-külön való csontosodása helyett jelen van az os lunatum, egy csont, mely együttesen megfelel az os scaphoideum s os multangulum majus-nak (a), az os multangulum minus, os pisiforme s az os capitatum, az os hamatum s os triquetrum együttesen (b).

A kéztőcsontokkal izesülő öt csont alakja, valamint a jól látható os sesamoideum is (I. c) minden kétséget kizáróan arra enged következtetni, hogy azok kézközépcsontok, melyek legvastagabbja úgy a diaphysisben, mint az epiphysisben a második ujj. A harmadik kézközépujj oly képet mutat, mintha alsó harmadában egy külön csontosodási magból eredő kisebb csonttól porccsal volna elkülönítve. Az első izpercizom minden ujjon megvan. A második izpercizom hiányzik, csak a második ujj mutat (I. d) egy rudimentaer kifejlődött izpercizom.

A fejlődési rendellenesség a kéz s ujjak korcsképződése, egy perodactylus, mely egyúttal perochirus is, melynek keletkezési, illetve fejlődési okaira a fejlődéstani s kórboneczteni könyvekre utalok.

Ezen eset a tudományos szemponttól eltekintve, gyakorlati-



lag is igen fontos, mert arra utal, hogy dacára a sebészek rossz statistikájának, minden syndactyliánál kíséreljük meg a műtetet. Minden esetben megkísérleendő azonban a hüvelykujj elválasztása a többi ujjaktól, hogy ez által az illető egyénnek a megélhetésre való eszközt, a kéznek mozgékonyágát bizonyos irányban biztosítsuk.

## Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkorházról.

### A lúgmérgezést követő gyermekkori heges bárzsing-szűkületekről.

Irta: Torday Ferencz dr. segédorvos.

(Vége.)

A gyermekkori lúgmérgezés által okozott heges bárzsing-szűkületek fokról, valamint azon összefüggésről, mely a sondázás megkezdésének ideje és a szűkület súlyossága között van, meglehetősen tiszta képet enged alkotni azon táblázat (3 sz.), melyet

III. táblázat. A budapesti „Stefánia“-gyermekkorházban 10 év alatt gyógykezelt heges bárzsing-szűkületek.

| Sondázás megkezdésének ideje     | Stricturák száma | Stricturák foka |             |          |     |      |     |    |     |      |       |     |    |     |      |       |   |
|----------------------------------|------------------|-----------------|-------------|----------|-----|------|-----|----|-----|------|-------|-----|----|-----|------|-------|---|
|                                  |                  | átjárhatatlan   | I. franczia | I. angol | II. | III. | IV. | V. | VI. | VII. | VIII. | IX. | X. | XI. | XII. | XIII. |   |
|                                  |                  |                 |             |          |     |      |     |    |     |      |       |     |    |     |      |       |   |
| 3 hét                            | 2                |                 |             |          | 1   |      |     |    | 1   |      |       |     |    |     |      |       |   |
| 4 "                              | 4                |                 |             |          |     |      | 2   |    | 1   |      |       |     |    |     |      | 1     |   |
| 5 "                              | 7                |                 |             |          |     |      | 1   | 2  | 1   | 1    |       |     |    |     |      | 2     |   |
| 6 "                              | 11               | 1               |             | 1        |     |      | 2   | 1  | 1   | 3    |       | 2   |    |     |      |       |   |
| 7 "                              | 3                |                 |             |          |     |      | 1   |    |     | 1    | 1     |     |    |     |      |       |   |
| 8 "                              | 2                |                 |             | 1        |     |      |     |    | 1   |      |       |     |    |     |      |       |   |
| 2 hó                             | 15               |                 | 1           | 1        |     | 5    | 1   | 3  |     |      | 1     | 1   | 1  | 1   |      |       |   |
| 2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> hó | 1                |                 |             |          |     |      |     |    | 1   |      |       |     |    |     |      |       |   |
| 3 hó                             | 4                |                 | 1           |          |     | 1    |     | 1  | 1   | 1    |       |     |    |     |      |       |   |
| 4 "                              | 4                |                 |             | 1        |     | 1    |     |    | 1   |      | 1     |     |    |     |      |       |   |
| 5 "                              | 4                |                 |             |          | 1   |      |     |    | 1   |      | 1     | 1   |    |     |      |       |   |
| 6 "                              | 3                |                 |             |          |     |      |     | 1  | 1   |      |       | 1   |    |     |      |       |   |
| 7 "                              | 4                |                 | 1           |          |     |      |     | 1  |     |      |       | 1   |    |     |      | 1     | 1 |
| 9 "                              | 1                |                 |             |          |     |      |     |    |     | 1    |       |     |    |     |      |       |   |
| 1 év                             | 1                |                 |             |          |     |      |     |    |     |      |       | 1   |    |     |      |       |   |
| 1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> év | 1                |                 | 1           |          |     |      |     |    |     |      |       |     |    |     |      |       |   |
| 3 év                             | 2                | 1               |             |          |     |      |     |    |     |      |       |     |    |     | 1    |       |   |
| ?                                | 1                |                 |             |          |     |      |     |    |     |      |       |     | 1  |     |      |       |   |
| Összesen 70                      |                  | 2               | 1           | 3        | 5   | 1    | 13  | 6  | 12  | 8    | 4     | 6   | 2  | 1   | 5    | 1     |   |

a budapesti „Stefánia“-gyermekkorházban 10 év alatt kórházilag gyógykezelt ily betegekről állítottam össze. A kórházhoz az utóbbi időben nagy számmal segélyért fordult ilyenmű betegek közül ápolás, illetve gyógykezelés céljából a súlyosabb esetek lehetőleg mind felvételtek, továbbá a vidéki betegek, kik ambulanter rendszeresen nem járhattak be. Számszerinti pontos adatokkal az ugyanazon idő alatt ambulanter gyógykezelt stricturákfokáról és egyéb viszonyairól nem számolhatok be. Ezekből mintegy 60-nál már a bemutatáskor tágabb calibrú volt a strictura; a többiek pedig olyanok voltak, kiknek kezdetben szűk stricturájuk a kórházi kezelés folytán annyira javult, hogy továbbra ambulanter kezeltethettek. A csak ambulanter kezelt esetek a jó gyógyeredményrel járt kisebb fokú szűkületek csoportját nagyobbítják.

1890-től 1899-ig bezárólag a budapesti „Stefánia“-gyermekkorházban fekvő betegként 70 bárzsing-szűkületben szenvedő beteg kezeltetett. Ezek közül a kutaszolás megkezdését 3 hét előzte meg 2, 4 hét 4, 5 hét 7, 6 hét 11, 7 hét 3, 8 hét 2, 2 hó 15, 2 1/2 hó 1, 3, 4 és 5 hó 4—4, 6 hó 3, 7 hó 4, 9 hó 1, 1 év 1, 1 1/2 év 1, 3 év 2 esetben, egy betegnél pedig a lúgmérgezés ideje, idegen környezetből hozatván be a beteg, nem volt megállapítható. A szűkületek fokát illetőleg azt találtuk, hogy teljesen átjárhatatlan csak két esetben volt a bárzsing, egy esetben a legvékonyabb 1-es franczia (Charrière) volt a szűkületen átvezetendő. Az 1-es angol bougie 3, a 2-es 5, a 3-as 1, a 4-es 13, az 5-ös 6, a 6-os 12, a 7-es 8, a 8-as 4, a 9-es 6, a 10-es 2, a 11-es 1, a 12-es 5, a 13-as 1 esetben. Ha érdeklődünk a szűkület foka és a kutaszolás megkezdésének ideje közti összefüggés iránt és a feljegyzéseinkben található adatok szerint összeállított táblázatot megtekintjük, úgy azt látjuk, hogy egyik betegünk

átjárhatatlan heges bárzsing-szűkülettel a lúgmérgezés utáni hatodik hét elteltével, a másik pedig az azutáni harmadik évben mutatott be. Azon betegünk, kinél csak a legvékonyabb franczia sonda volt bevezethető, két évvel előzőleg ivott lúg-oldatot, míg azon három közül, kiknek szűk bárzsingja csak a franczia négyes, illetve angol egyes kutaszt fogadta be, az egyik két hóval, a másik három hóval, a harmadik hét hóval a lúgmérgezés után került kórházi rendelésünkre. A hatos franczia, vagyis kettes angol kutaszt átbocsátó szűkületek fejlődéséhez három hét, hat hét, illetve két, három és négy hó kellett.

Feltűnik minden esetre, hogy a kórházban aránylag és valóban is nagy számban megfordult bárzsing-szűkülettel bíró betegek közül a legkevesebbnek (70-ből alig 12-nek) volt igen kis átmérőjű szűkülete. Nagy részénél: 43-nál középtág volt a szűkület (a 4—8 angol, illetve 9—16 franczia kutasz vastagsága között váltakozott az átmérő). Ha ezzel szemben a külföldi irodalmi adatokat tekintjük, míg ott igen kevés számú esettel találkozunk, másrészt ezek többnyire oly súlyosak, hogy a betegek életének megmentése céljából műtéti eljárásokhoz kellett fordulni. Az irodalomban 26 gyermekkori lúgmérgezést követő heges bárzsing-szűkület miatt végzett gastrostomia adatait sikerült összegyűjtenem. Ezek közül 9 esetben teljesen átjárhatatlan volt a bárzsing, hét esetben csak az egy mm. vastagságú kutaszt lehetett nagy nehézségek között levezetni, két esetben a Charrière 2-est, kettőben a 3-ast, egyben a 4-est; ötnek nagyfokú szűkülete nincs a kórtörténetekben pontosan feltüntetve. Ugyanezen indicióból végzett oesophagotomia-esetet 15-öt találtam részletesebben ismertetve. A bejegyzett adatok szerint ötnél nem lehetett a szűkületen áthalolni; egy-egy ízben a Charrière 1-es és 2-es, két-két ízben a 3-as és 6-os, egy ízben a 11-es haladhatott át a szűkületen. Ezenkívül több oly esetről találtam feljegyzést, hol a szülők ellenzése miatt semminemű beavatkozás nem történt és vagy a nagyfokú strictura miatt fennálló inanitio folytán pusztultak el a betegek, vagy úgy, hogy a szűkületbe jutott valamely idegen test átfúrta a bárzsingot és így okozta halálát a sokat szenvedett gyermeknek.

Kétségtelen, hogy ezen viszonyoknak magyarázatát külső körülményekben kell keresnünk, és azt hiszem meg is találjuk. Külföldön ugyanis, miként már ismételten felemlítettem, a gyermekkori lúgmérgezés igen ritka dolog a szigorú, célra vezető hatósági intézkedések folytán. Másrészt azonban ott nem a jegezes lúgkövet, hanem az abból készített 15—20%-os lúg-oldatot árúsitják. Nálunk a lúgmérgezések úgy történnek, hogy egy kis darab lúgkövet nyel le a gyermek, mely a bárzsingon gyorsan átsiklott, csak felületesen edzi annak nyákhártyáját; vagy pedig úgy, hogy a gyermek megnyalja a lúgkövet, esetleg egy-két kortyot iszik a nálunk házilag készített, hígabb lúg-oldatból. Mindezen esetekben kevésbé mélyre terjedő ronesolások történnek.

A külföldön ellenben a lúg-oldattal, lúgessentiával történő mérgezéseket a bárzsing összes szöveteinek megtámadása folytán mélyre terjedő hegesedések által okozott igen súlyos szűkületek követik. Ezen feltevésnek valószínűségét azonban kétséggé teszi azon körülmény, hogy kis fokú ronesolást is igen kiterjedt és mélyre hatoló lobosodás követhet, másrészt a töményebb oldat mihamarabb pörkösdést okozhat és így a lúg további maró hatásának gátat vethet. Míg a külföldi irodalomban közölt esetek úgyszólván kizárólag sebészi értékkel bírnak és gyógyításuk szakszerű sebészi kezelést, a legtöbbször nagy jelentőségű műtétek foganatosítását igényelte, addig a nálunk előforduló igen nagy számú heges bárzsing-szűkületek kezelése a szűkületek kisebb fokú és jó gyógyhajlama folytán a mindennapi gyermekgyógyászati kórházi teendők körébe tartozik. Ez az oka annak, hogy a budapesti „Stefánia“-gyermekkorház ezen csoportba tartozó nagy számú betegeinek ismertetésébe és a kérdés tárgyalásába bocsátkozni bátorodom.

A heges bárzsing-szűkületek gyógykezelésénél nálunk a húgyeső-bougie útján eszközölt tágitás a szokásos eljárás. Mindenkoron lehetőleg a tompa végű bougiekat használjuk, melyeket, hogy ellentállásukat kissé fokozzuk, olykor hideg vízben szoktunk megkeményíteni. Nem kívánom én itt részletesen ismertetni a heges bárzsing-szűkület tágitására szolgáló összes műszereket, csak fel akarom hívni a figyelmet a nagy gyakorlati



jelentőséggel bíró Philipps-féle kutaszokra. Ezek a francia bougiek anyagából képezett, mintegy 30 cm. hosszú, 2 mm. átmérőjű itinerariummal kezdődnek, melynek végére a különböző, fokozatosan vastagodó sondák egymást felváltva rácsavarhatók. A bevezetett itinerarium lágyágánál fogva a gyomorban összekunkorodik, a tulajdonképeni tágitó rész, mint végnélküli kutasz tör magának útát a szűkületen; szabadon álló vége nem lévén, a bárzsingátfúrás veszélye így a lehetőségig elkerültetik. E kutaszokat Alapi a „Bródy Adél”-gyermekkórházban már három éve használja, nálunk a „Stefánia”-gyermekkórházban több, mint egy éve, hogy alkalmaztatnak, igen észszerűeknek bizonyultak, hátrányuk csak a csavaros összeköttetés, mely könnyen megromlik.

Miként megelőzőleg mondtam volt, összesen két oly esettel találkoztunk, hol a bárzsing kutaszolása semmikép sem sikerült. Ezek egyikében oesophagotomia externa végeztetett. A másik eset, hol a klinikus tünetek és a sondázásnál talált viszony nagy tasakú diverticulum jelenlétére utaltak, néhány nap után távozott a kórházból, miután a folyadékkal egyébként jól táplálkozó betegnél a szülők műtét végzéséhez nem adták beleegyezésüket. Azon eset, hol kezdetben csak az  $\frac{1}{3}$  mm. átmérőjű egyes francia kutaszt lehetett levinni, sondázás útján 70 nap alatt annyira javult, hogy már a 14-es francia, illetve 7-es angol bougie is könnyen áthaladt a szűkületen; ambulans kezelés mellett utóbb egy év alatt gyógyult a beteg. Hasonlóan jó sikerrel járt a kezelése azon három esetnek is, hol az 1-es angol kutaszszal kezdtük a tágitást. Ezek közül kettő 146, illetve 192 napig tartózkodott a kórházban, a harmadik már egy hó múlva mint ambulans járhatott be. Azon öt esetből, hol a szűkület lumenén csak a 2-es angol sonda tudott kezdetben áthaladni, kettő meggyógyult; az egyik 323, a másik 68 napi kórházi kezelés után távozott; mindketten ambulanter még hosszú időn át tovább kezeltettek. Egy beteg a felvétel napján változatlanul távozott, egy croupos pneumoniaában halt el, egynél perforatio történt. 10 év alatt kórházunkban részben rövidebb-hosszabb ideig fekvő betegként gyógykezelt 120 heges bárzsingszűkületben szenvedő beteg gyermek közül, ezen eseten kívül, még 7 halt el a bárzsing átfúródása következtében. A következményterhes kutaszolásnál ezek közül két esetben az angol 5-ös, 1—1 esetben a 6-os, 7-es, 8-as, két esetben a 9-es angol urethral bougie használtatott. Azon körülmény, hogy aránylag tágabb, illetve tágitott lumenű szűkületeknél történt az átfúródás, abban leli magyarázatát, hogy ezeknél a szűkület felett kisebb-nagyobb tasakú diverticulumok támadtak, melyek falát a kutaszolásnál könnyen odatévedt műszer mindinkább megvékonyította. A tasakban megrekedt táplálék által okozott lobosodás is hozzájárult az egyébként is vékonyfalú álút könnyű átszakíthatósága esélyeinek növeléséhez. A perforatio folytán beállott mortalitás 6.6%-ot tesz ki. Az összes gyógykezelt eseteket részletesen ismertető kimutatást csak *Johannessen* cikkében találtam, ki 104 sondázott strictura beteg közül perforatio folytán négyet vesztett el s így a százalékokban csekély a különbség. Kétségtelen nagy az előnye az előbb ismertetett Philipps-féle sondáknak, melyek egyrészt ruganyos anyagból képezettek, másrészt mint végnélküli sondák nem perforálnak és így kissé nagyobb erő alkalmazását is megengedik és ezzel a gyorsabb és sikeres tágitás lehetőségét fokozzák. Mióta ezeket használjuk kórházunkban, perforatio velük nem történt.

Azon esetek számát, hol csak felületes hámlehorzsolás és ulceratiók, tulajdonképeni perforatiók nélkül, perioesophagealis genyedést és ennek a mediastinumba való tovaterjedése útján halált idézhetnek elő, kórházi beteganyagunkból egy esettel szaporíthatjuk.

Annak igazolásául, hogy heges bárzsingszűkület miatt kutaszolt és a bárzsingátfúródás klinikus tünetei között elhalt betegnél olykor nem történt perforatio, hanem a beteg valamely foudroyans infectioban pusztult el, felemlitem egy betegünk kórtörténetét.

A négy éves fiú 1897. június 7-dikén lúgot ivott. Kezdetben elég jól táplálkozott, később a szilárd táplálék, majd utóbb a folyadék lenyelése is nehezen ment. 1898. május havában felvettük a kórházba és itt kutaszolás útján 4 hónapon át gyógy-

kezeltük. A szűkület annyira kitágult, hogy a 15-ös urethral bougie könnyen volt levezethető. Ezen sondával orvosa a vidéken továbbra is rendszeresen kezelte. A beteg hónapokon át teljesen jól volt, míg december 17-dikén, az újabb kórházi felvétel előtt két nappal, evés közben hirtelen a húst nem tudta lenyelni, erős hányingert kapott. A megkísérlett sondázás ekkor nem sikerült, másnap sem. A beteg állandóan hányt, szapora, felületes lett a légvétel, nagyfokú gyengeség, bágyadság, erőhanyatlás lepte meg; a kórházba történt felvételkor a testen halvány livid, scarlatinára emlékeztető kúteg volt a betegen látható. Felvétel után néhány órával meghalt. Sectio: *Septicæmia ex infectione (scarlatina). Ecchymosis pleurae visceralis utriusque. Bronchitis purulenta mediocris gradus. Stricture minoris gradus cum cicatricibus trimidii superioris oesophagi. Degeneratio adiposa hepatis, parenchymatosa renum.*

Hasonló érdekességű *Zuppingernek* a bécsi „Rudolf”-gyermekkórházban észlelt esete.  $3\frac{3}{4}$  éves gyermekről ír, kinél néhány héttel a lúgadat ivása után bárzsingszűkület fejlődött, melynek tágitása kutaszolás útján elég szépen haladt előre. Julius 8-dikán a beteget délben sondázták, a gyermek jó kedvvel gyalog ment haza és az estéli órákban haldokolva hozták vissza a kórházba. Az anyja elmondja, hogy sondázás előtt a gyermek teljesen jól volt, valamint utána is. Délben jó étvágygyal tejet ivott, a délután folyamán néhány órán át eljátszott pajtásaival. Hirtelen fejfájásról és hascsikarásról kezdett panaszkodni, több ízben hányt, göresök lepték meg, melyek között este 8 órakor meghalt. *Obductio: Meningitis purulenta basilaris cum hydrocephalo interno acuto.* Mintegy három harántujnyira a cardia felett szűkült meg a bárzsing annyira, hogy csak egy czeruzavastagságú kutasz volt rajta átvezethető. A szűkület fala ép volt, sehol az átfúródásnak semmi nyoma. Az eset egyike azon ritka kórképeknek, midőn a meningitis purulenta minden prodromum nélkül hirtelen lép fel és rövid idő, ez esetben alig 12 óra alatt az egyént elpusztítja.

Meglehetősen nehéz dolog számszerű adatokkal ad oculos demonstrálni, hogy a gyermekkori lúgmérgezést követő heges szűkületek nálunk az esetek túlnyomó többségében gyógyulnak; azaz az oesophagus lumene a normalisra kitágított, illetve sokszor azon túl tágitott kaliberben megmarad.

A kórházilag gyógykezelt esetekből a perforáltakon kívül hatot vesztettünk el. Három heveny fertőző kórok, egyet pneumonia, egyet enteritis folytán. Egy betegünk az oesophagotomia externa után másodnap elhalt. Három gyermek néhány napi tartózkodása után a szülők kívánságára változatlanul hagyta el a kórházat. 32 úgy távozott, hogy a 15-ös tompa angol urethral bougie minden nehézség nélkül, könnyen volt levezethető. 12 a 12-es, öt a 11-es és három a 10-es sondáig haladt előre és továbbra ambulanter gyógykezeltetett. A betegek további sorsát megtudandó tudakozó leveleket küldöttem szét, de csak 27-re kaptam választ; a többi szülő azóta ismeretlen helyre költözött. Ezek közül 15-nél a gyermekek teljesen kigyógyultak, miről kilencznel sondavizsgálat útján személyesen is meggyőződtem, jöllehet a sondázás abbahagyása óta 1—8 év telt már el. Négyenél a 12—14-es átboesátó recidiva fejlődött, melyről a szülők, miután a gyermek jól evett, nem is tudtak; hatnál jelentékenyen szűkült az oesophagus ürtere, egy a hiányos táplálkozás folytán is előrehaladó tuberculosisban halt el, egynél pedig a szűkületben megakadt cseresznyemag átfúrta a bárzsingot.

*Johannessen* statistikájában 54% teljes gyógyulásról számol be, *Keller* pedig 66%-ról. *Hacker* is esatlakozik azon álláspont-hoz, hogy a gyermekkori lúgmérgezést követő heges szűkületek a mesterséges tágitást a bárzsingnak a korrallal elhaladó növekedése segíti, másrészt az is, hogy az esetek nagy részében nem körkörös a hegeképződés. Természetes, nem szabad figyelmen kívül hagyni azon körülményt, hogy a hiányos táplálkozás folytán esőként ellentállással bíró gyermekek a tuberculosis acquirálására, avagy arra, hogy latens tuberculosisuk floriddá legyen, igen hajlamosítottak. A heveny fertőző kórok toxinjai is könnyebben fejthetnek ki náluk deletaer hatást. Mindezek a lúgmérgezést elszenvedett gyermekek prognosist rosszabbítják. *Weisz* és mások közölnek oly esetet, hol a szűkületben megakadt és felhányt táplálék aspiráltatott és így okozta a gyermek halálát. Nagy-



számmal vannak azon esetek is, hol a táplálkozást nem zavaró, látszólag már meggyógyult szűkületben megakadt idegen test, pl. gyümölcsmag súlyos, olykor halálos kimenetelű obstructiót idézett elő (mint azt egyik esetünkben mi is tapasztaltuk).

Ha az egyes betegek kezelésének időtartamát tekintjük, úgy kórházi betegeink ápolási napjaiból átlagként 175 nap jön ki, azaz majdnem egy félesztendőn át hetenként 2—3-szor végzett rendszeres tágitás szükséges ahhoz, hogy továbbra ritkább időközönként végzett kutaszólással a bárzsing normalis méreteit megtartsa.

Betegeink között azonban nem egy oly gyermek van, ki több mint egy esztendőt töltött egyhuzamban a kórházban. Ambulanter 1, 1½, 2 esztendeig szoktuk bárzsingszűkülettel bíró betegeinket kezelni. A gyógyítás sikerének biztosítása végett czélszerűnek találjuk, hogy gyógyult betegeinket is néhány hónapi időközben ellenőrzés czéljából berendeljük. Ismételten megesezt, hogy néhány napon át egyáltalában nem sikerült a kutaszolás, jöllehet, hogy a beteg folyadékot kortyonként nyelt; csak midőn a bárzsingban vagy diverticulumban rekedt, folyadékot átbocsátó falat lassanként lekerült a gyomorba, állapíthattuk meg a szűkület fokát, mely ilyenkor nem mindig mozgott a legszűkebb határok között. Különösen érdekes volt egy esetünk, hol a gyermek szőlőt evett, a szőlő magva és héja eltömeszelte ugyan bárzsingját, de folyadékot mégis tudott lassanként lenyelni. Csak miután részben hányás, részben ismételt bárzsingmosás útján a magok és héjak távoztak, lehetett a kutaszólást megkezdeni. A betegek táplálkozása az igen szűk kaliberű stricturák mellett akadályozott volt ugyan és csak folyékony táplálékra szorítkozott, úgy hogy a hosszas éhezés folytán ismételten igen megfogyott, elgyengült állapotban hoztattak a gyermekek a kórházba, de a prostratio sohasem volt oly súlyos, hogy az éhhaláltól való megmentés műtéti beavatkozást sürgetett volna. A betegek csökkent életerejét tápésörék, konyhasós infúziók útján fokoztuk ily esetekben. A szűkült bárzsingon olykor vékony cathetert vezettünk be és ezen át tápláltuk jó sikerrel betegeinket.

A heges stricturák operatív gyógykezeléséről közvetlen tapasztalatokkal nem rendelkezünk, miután ily indicióból összesen egy oesophagotomiát és egy gastrotomiát végeztünk mindeideig. Oesophagotomia externát a bárzsing felső harmadában átjárhatlan szűkülettel bíró 3½ éves gyermekben végeztünk. A beteg harmadnap peritonitis tünetei között elhalt. Hasonlókép elvesztettük a mellkasi szervek részéről fennállott súlyos complicatiók miatt a gastrotomizált betegünket is.

Az irodalomban összesen 15 lúgmérgezés után fejlődött gyermekkori heges bárzsingszűkület okából végzett oesophagotomia externa esetet találtam közölve. A nyolcz közül, kiken csak oesophagotomia externát végeztek, négy elhalt, az a kettő, kiken a combinált oesophagotomiát kísértették meg, valamint az az öt, kiknek gyomorszájadékot is képezték, meggyógyultak. A belső bárzsingmetszés közismert rossz prognosist igazolja az a körülmény is, hogy azon három gyermek közül, kiket így műtettek, kettő elhalt. Az irodalomban közölt bárzsingszűkület miatt végzett 26 gyermekkori gastrotomia közül két esetben, *Morgan*-éban és *Haushalter*-éban a gyomorsipoly állandó maradt, miután a bárzsingszűkület tágitása semmikép sem sikerült. Ez eshetőségről *Broca*, a párisi gyermekkórház sebésze következőkép nyilatkozik: Quant à la gastrotomie définitive, j'avoue que j'aime mieux laisser mourir un enfant, que de lui imposer, pour toute la vie, une semblable infirmité. Az oesophagotomiával combinált esetek sorsáról már megemlékezvén, csak a többi 19 gyermekkori gastrosomiáról kell beszámolnom. Ezek közül 12-nél retrograd tágitás útján sikerült rövidebb-hosszabb idő elteltével a szűkületet annyira tágitani, hogy ezután a szájon át végzett rendszeres kutaszolás útján lehetett a végleges gyógyulást biztosítani. A gyomorszájadék végleges elzárása minden esetben könnyen sikerült. 7 gyermek következményes peritonitis és más okok folytán halt el. Elektrolýsis útján csak *Hjörd* és *Praetorius* kísértették meg a gyermekkori heges stricturák gyógyítását, miután előzőleg gastrotomiát végeztek. *Hjörd* esetében nyolcz héttel a műtét után kísértették meg a cardián át a sondázást. Miután ez nem sikerült, egy 13-as Charrière-sondát réz-

mandrinnal és fémolívával vezettek a cardián át a szűkületbe. A sonda a negativ polussal volt összekötve, míg a nyakra a positiv szivacs-electrodot helyezték. Előbb 6, majd 10, illetve 15 zink-réz-elemből álló batteriát használtak. Egy órai áramoltatás után hirtelen, de minden fájdalom nélkül 3½ cm.-nyire volt a sonda előretolható. Két következő ülésben sikerült előbb a 13-as, majd a 25-ös Charrière-t úgy felülről, mint alulról bevezetni. Vég nélküli sondázás után gyógyult. Kevésbé járt sikerrel *Praetorius* esete.

Kétségtelen, hogy mindenkoron a hivatásos szakszerű sebészeti illeti meg az általa czélszerűnek ismert műtét javadatainak megállapítása és így én csak ez ismertetés teljességének érdekében veszem magamnak azt a bátorságot, hogy az irodalmi adatokból levonható tapasztalatok alapján a műtéti indiciók formulázását megkísértem. *Hacker* tanárnak, e kérdéssel évtizedek óta behatóan foglalkozó sebésznek állásfoglalását a most megjelenő „Handbuch der practischen Chirurgie“ című munkából ez okból szószerint idézem:

„Mindazon esetekben, hol az egyszerű tágitás szájon át történő kutaszolás útján nem sikerül, vagy nem kellően halad előre, legczélszerűbb azonnal gastrotomiára áttérni, azon alapelvből indulva ki, hogy egy hosszabb, esetleg csavarodott lefutású, részben kifeléyesedett falú szűkületnél ismételt kutaszolás veszélyesebb, mint egy lege artís végzett gastrotomia. Ezen műtét után bárzsingsipoly képezésével vagy a nélkül igyekezni kell a szűkületen valamikép áthaladni és ezután a végnélküli sondázást megkezdeni.“

A külső bárzsingmetszést a magasan székelő, átjárhatlan, majd igen szűk és nehezen táguló heges szűkületeknél tekintik javallottnak, mert így a tágitás könnyebben eszközölhető. Ugyanezen szerző e műtétet illetőleg úgy vélekedik, hogy: „Kiváltkép veszélyes az erőszakos tágitás az esetben, midőn a szűkület oly magasan fekszik, hogy úgyszólván odáig terjed a bárzsingon ejtett seb. Az átmeneti helyen könnyen mélybe hatoló beszakadások keletkezhetnek, melyekbe a későbbi sondázásnál könnyen bele lehet tévedni. Egyáltalában a műtétnél a nagy edények közvetlen közelében kell nagy sebet ejteni, mely egyrészt a fertőzés esélyeinek igen ki van téve, másrészt a mechanikus insultások, állandó catheter és egyebek folytán könnyen veszélyes vérzés támadhat. Mindezen okokból a külső bárzsingmetszést és az időszakos bárzsingszájadékképzést intrathoracalis szűkületek esetén primaer műtétként ma már ritkán végzik. Oly esetekben, midőn gyomorszájadék képezése után a kutaszolás a szájon, illetve gyomorsipolyon át nem sikerül, szokásos másodlagos műtétként a bárzsingot kívülről megközelíteni.“

A belső bárzsingmetszést, oesophagotomia internát illetőleg *König* úgy nyilatkozik, hogy míg egyrészt e műtétnél nagy a lehetősége annak, hogy nehezen csillapítható súlyos vérzés támad és könnyen megszakadhat a folytonossága a bárzsing falát képező összes szöveteknek, addig másrészt nem közömbös sebet ejteni egy olyan szervben, melyből veszedelmes, phlegmonosus processusok könnyen tovaterjedhetnek.

Ha ezek után az általunk észlelt és itt ismertetett beteganyagon szerzett, a lúgmérgezést, a gyermekkori heges bárzsingszűkületeket illető tapasztalatainkat röviden összegezni akarjuk, úgy azt mondhatjuk, hogy míg nálunk a külfölddel szemben aránytalanul gyakori a bárzsing ezen megbetegedése, addig az esetek nagy részét jobbindulatúak, a hegesedés által a bárzsing ürtere átlag csak kis fokban szűkítették, úgy hogy a véres műtéti beavatkozás szükségessége alig fordul elő, másrészt kivált a Philipps-féle kutatók rendszeres alkalmazása mellett, egy-két esztendőn át folytatott kutaszolás útján a gyermekkori heges bárzsingszűkületek jórészt teljesen gyógyíthatók.

Irodalom. *Johannessen*: Jahrbuch für Kinderheilkunde. LI. k. *Keller*: Oesterreich. Zeitschrift für prakt. Heilkunde. 1862. *Weisz*: Jahrbuch für Kinderheilkunde. 14. kötet. *Hacker*: Über die nach Verätzungen entstehenden Speiseröhrenverengerungen. 1899. *Hacker*: Beiträge zur klin. Chirurgie. XX. *Hjörd*: Centralblatt für Chirurgie. 1886. *Morgan*: Journal de médecine de Paris. 1886. *Zupping*: Wien. klin. Wochenschrift. 1899. *Praetorius*: Centralblatt für Chirurgie. 1897.



## T Á R C Z A.

## Az Erzsébet-sanatorium alapkövetétele.

Polyó hó 17-dikén tették le fölemelő ünnepességgel hazánk első nagyszabású tüdőgyógyintézetének alapkövét a Budapest határával tölszomszédos Budakeszi község körüli tölgyerdőben. Ezzel biztosítva van a vagyontalan tüdőbajosok első gyógyító házának közeli működésbe lépése. A „Budapesti Szegénysorsú Tüdőbetegek Sanatorium-Egyesülete”, mely az intézetet megalkotja, való eredményekre nézhet máris vissza: leküzdötte a kezdet közönyét, megbirkózott sok előítéllettel, felkeltette a védekezés égető szükségessége tudatát az összes tényezőkben, pénzt szerzett, jóakaratot, mindennemű támogatást eszközölt ki, neki melegeitette a szíveket az activ hazaszeretet és emberbaráti érzés egyesült munkájának. Elhangzottak a kormány, a megye és székes főváros képviselőinek jelenlétében az egyesület bölgybizottsági védnökének, Klotild főhercegnőnek halkán csengő kalapácsütései a főépület alapkövének s ugyanezzel az ünnepi fölt emelkedett már a hatalmas főépület első emeletje, imént elkészült falaival, távolabb pedig a telep sárgásan aranyló őszi lombja és barnába ültözött fakoronái közt, leveletlen bokrai közepette merészen kanyargott a valóságos kis hegyi műút, a telek belső közlekedő útja, oldalán a városi vízvezeték folytatólagos csővonalával, közelében a már felfalazott melléképületek kipiroló cseréptetőivel.

A sanatorium-egyesületet, mint kartársaink tudják, *Korányi Frigyes* főrendiházi tag, egyet. orvostanár alapította.

Az egyesület előkészítő bizottsága 1897. június 3-dikán alakult meg. Alakuló közgyűlése 1898. május 3-dikán volt. Elnöksége: *Batthyány Lajos* gróf elnök, *Korányi Frigyes* és *Harkányi Frigyes* báró alelnökök, *Kuthy Dezső* I. titkár, *Tauszik Ferencz* II. titkár. Építőbizottsági elnök: *Müller Kálmán*, az egyesület oekonomiájának lelkes intézője: *Ormódy Vilmos*, ügyésze: *Máttyus Arisztid*. Az egyet vagyona az „Első Magyar Általános Biztosító Társaság” főpénztára által kezeltetik. Az egyesületi igazgató tanácsban *Kéty Károly*, *Fodor József*, *Chyzer Kornél*, *Koller Gyula*, *Hirkó László* és *Schermann Adolf*, felügyelő bizottságában: *Adler Zsigmond*, egészségügyi bizottságában: *Récsey Imre*, *Bókay János*, *Korányi Sándor*, *Stiller Bertalan* és *Taufer Vilmos* működtek még közre az orvosi rendből.

1898. október 24-dikén fogadta el I. Ferencz József apostoli király az egyesület védőségi és adott rá engedélyt, hogy az építendő első tüdő-gyógyintézet *Erzsébet-sanatorium* elnevezést nyerjen. 1899. június 21-dikén szavazta meg Budapest székes főváros törvényhatósága az intézet számára szükséges telket, a főváros tulajdonát tevő — Budakeszi község határába eső — erdőszélen, azzal a hozzáátétellel, hogy útát és vízvezetékét is épít a telephez. (Azóta úgy a nagyszabású útépítés, mint a vízvezeték megépítése bőkezű gondoskodással vitetett keresztül a székes főváros részéről, sőt már az út kellő világítását is elrendelte Budapest tanácsa.) 1899. október 1-jén indult meg a sanatorium czéljára az országos gyűjtés, mely alkalmából a saját osztatlan érdeklődést és lelkes pártfogást tanúsított az ügy iránt. 1900. szeptember havában megkezdődött maga az építés, mely rövid két hónap alatt azt eredményezte, hogy az alapkövetétel ünnepéig a gyógyintézet telepének három épületje tető alá került, a negyedik, legnagyobb, a főépület, pedig első emeletéig készen fogadhatta az ünnepre megjelenteket.

Az építkezést *Czigler Győző* műegyetemi tanár vezette és vezeti a legnemesebb önzetlenséggel, a teleprendezenben *Welver Adolf* székesfőv. mérnök segédkezésével. *Ilsemann Keresztély* székesfőv. főkertész pedig a napokban ajánlotta fel, hogy jövő tavaszon a telep parkozását is díjtalanul fogja felügyelni.

A telket, melyen a sanatorium épült, *Kuthy Dezső* dr., a klimatologia docense a budapesti egyetemen, ajánlotta az egyesületnek. Az a kedvező klimájú budakeszi-i kátlán oldalában fekszik, a székes fővárosból kocsin egy óra alatt elérhetőleg. Dél-délnyugat felé nyitott tisztás, három oldalról hatalmas tölgyerdőtől környezve, 270 m. magasságban a tenger színe és mintegy 120 meterrel Budapest niveauja felett. Észak felől a Jánoshegy védi s keleti légáramlásoktól is oltalmazva van. A nyitott oldalon gyönyörű kilátás az alatta szélesen elterülő völgyre.

Az intézet maga 200 betegre van tervezve. Általános berendezése, közös helyiségei már eleve ezt a betegszámot tartják szem előtt, jól-lehet a főépületnek, mely a betegek hálószoabait foglalja magában, egyelőre az egyesület anyagi erejére tekintettel, csak a hal szárnya épül ki 100 betegre.

Minden emeletsorban van az 1—5 ágyas, ablakaikkal kizárólag délnek néző betegszobákon kívül egy segédorvosi lakás, kézi laboratorium, hidegkonyha, ápolószoba, öltöző, fürdő- és mosdószoba. A betegszobák előtt széles, délnek nyitott folyosó vonul végig, a hol a betegek nap közben nyugvó ágyaikon pihenve tartózkodhatnak. Észak felé a betegszobák mögött zárt folyosó húzódik a szolgálat számára. A közlekedést északi és déli folyosó között az épület közép-vonalába helyezett átjáró közvetíti. Az emeletek között felvonó fog jární.

|                                   |                         |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Az öt ágyas betegszobák térfogata | 37-10 m <sup>2</sup>    |
| magasságuk                        | 5-00 m.                 |
| kőtartalmuk                       | 185-50 m <sup>3</sup> . |

Tekintve, hogy e szobák nappal csak kivételesen, az időlegesen ágyhoz kötött betegek egy részénél, használatnak s a kezelés annyira involválja a szabadban való tartózkodást télen-nyáron (out-door-life), hogy az ú. n. betegszoba tisztán hálólhelyiség karakterével bír, mely napközben nyitott ajtóval-ablakokkal szellőzik s éjjel is egészen vagy részben nyitott felső ablaktábla útján nyer (télien megfelelő fűtés mellett) friss levegőt, e méretek valóban bőségeseknek mondhatók.

A főépület földszintje alá van pincézve. Földszinti bejárója mellett külön cipőkamara van; az épületbe ugyanis a porfejlődés elkerülése végett nedves időben csak váltott cipővel lesz szabad bemenni. A földszinten vannak a nappali közös helyiségek, a társalgó, könyvtár, stb., valamint a felvételi iroda, rendelőhelyiség, gégetilkröző, vizgyógyintézet és inhalatorium.

A harmadik emelet egy része az ápoló testvérek részére lakó- és munkatermekül szolgál. Az intézetet tanulmányozó idegen orvosok számára külön vendégszoba áll rendelkezésre. Kápolnáról, imateremről is gondoskodva van.

A főépülettel folyosó útján áll összeköttetésben az ebédlő épületje, e mögött a konyha-épület a szükséges mellékhelyiségekkel. A konyha-épület egyik szárnyában találunk elhelyezést a gondnok lakása és a cselédek részére fentartott szobák. Az ebédlő homlokzata előtt délnek nyitott fekvőfolyosó vonul végig a mobilisabb betegek szabadlég-kurájára.

Az igazgató főorvos külön kis épületben nyert lakást, úgyszintén a gép- és kazánház, valamint a mosókonyha is elkülönítve tervezetett. Ez utóbbiak egy nagy épületben helyeztetnek el, mely a ravatalozót, boncsolótermet, nagy laboratoriumot s a kísérleti állatok istállóját is magában foglalja.

Az istálló hat lóra rendeztetett be, a szükséges kocsiszínnel és mellékkelhelyiségekkel s a sanatorium gazdasági életét fogja szolgálni. Külön nagyszabású tehénistálló építése is programmon van.

A talaj, melyen az intézet épült, teljesen megbízható agyagos dolomitból áll.

A főépület és ebédlő helyiségei alacsony nyomású központi gőzfűtéssel lesznek fűtve. A világítás saját előállítású villanyval történik.

A csatornázás kétrendbeli lesz. Egyik csatorna-rendszer az összgyűlemelő szennyvizet vezeti a szűrőkhöz, a másik, a felső vezeték, a légköri csapadékokat gyűjti össze és a közeli nagy vízárokba vezeti.

A telep ellátása ivóvízzel a székes főváros vízvezetékéből történik, de mivel e víznek a főépület elhelyezéséhez és magasságához képest elegendő nyomása nincsen, a sanatorium külön átemelő szivattyúkat és külön vízmedencéket alkalmaz.

A ruhák és ágyneműk fertőtlenítése a legújabb módszer szerint, a mosókonyhával kapcsolatosan berendezett gőzdesinficiálóban fog megtörténni.

Minden erősebben fertőző anyag (köpet, esetleg előforduló Koch-bacillustartalmú bélürülék) gondos összegyűjtés után el fog égettetni.

Ilyetén előrelátás mellett már most is elmondhatni, hogy az „Erzsébet-sanatorium”, ha a jövő év folyamán megnyílik, eredményes és a hazai orvosi karnak mindenképp tanulságos munkásságot fog kifejthetni. Ohajtandó volna, hogy orvosi vendégszobáját minél gyakrabban keressék majd fel — a kiknek nagy előzékenységgel szánuva van — vidéki kollegáink.

## Orvosi aphorismák Kubelik Jan hangversenyén.

A midőn az öreg Haydn-t tisztelői ünnepi előadásra meghívták, a melyen műve, „a teremtes” előlön adva és felhangzott a „fiat lux”, Haydn sirva fakadt és megrendítve mondá: „Nem tölem származik, felülről jön!”

Es valóban a zene jóságos istenek ajándéka a lélek felemelésére ama régiók felé, melyekben Plato sphaeráinak harmoniája és angyali chorosok összhangzó karéneke lakozik.

A zene hangjai minden alvó érzést felkeltene, fájdalmat csillapítanak és enyhülést hoznak, a mint hangjainak elhalása a mulandóságra emlékeztet. A zene a szomorút vigdá, a vigat szomorúvá, az egészségest bátrabbá és serényebbé, a kedélybetegét egészségesé, a haragost nyugodtabbá és a nyugodtat indulatossá teheti.

Tapasztalat szerint a mollhangok enyhítenek, a durhangok izgatnak, a monotonia altatólag hat, míg a harmonia feléleszt.

A telthangú orgona a menydörgés és vihar keségre emlékeztet és a hullámzó tenger zajához hasonlít. Semmi sem képes azonban enyhébb hangulatot létrehozni, mint az aeolhárfa gyengéden felhullámzó harmonikus és lassan elhaló hangjai.

A hangok harmoniája összhangot hoz az idegekbe. Dávid Saulnak örjögését csillapította hárfájával, a melyen zsoltárokat játszott.

Homer szerint a felízgatott Achilles idegeit lantjával csillapította, melynek kezelésére Chiron tanította. Luther mint szerzetes búskomor volt és társai hárfával és énekkel felvidították, mint V. Fülöp király melancholiáját Farinelli gyógyította ki dallamaival.

A zene hatását már a régiek eszményesítették. Apollo az általa feltalált lyrárt Orpheusnak ajándékozta, ki vele a sziklát és még az orkust is mozgásba hozta. Amphion dallamaival megmozgatta az építőköveket.

Es Argust száz szemével a fuvalának hangjaival elaltatták . . .

Valóban Luther szavai durván, de mégis találóan, eredetileg hangzanak, a midőn szósz szerint mondja: „Musica ist das beste Labsal eines Betrübten, eine halbe Disciplin und Zuchtmeisterin, eine schöne herrliche Gabe Gottes und nahe der Theologie. Die Jugend soll man daran gewöhnen, damit sie nicht in Schwelgen, Unzucht, Fressen, Saufen und Spielen gerathe.”

A zene hatását Luther egyházi dalaiban értékesítette, melyek nagy befolyással voltak a reformatio terjesztésére. Mindenki mély megilletődéssel hallgatja a protestans egyházi choralok egyszerű, nemes énekét.

Gustav Adolf seregei nem mentek a csatába egyházi dal nélkül és a harcz dühe állatias színezetét elveszíti a trombiták és harsonák hangjai mellett.



Érdekes, hogy az összes népeknek, még a cultura első fokozatán létezőknek is, zenéjük van. Finom idegzetű nép gyengéd, műveletlen nép zajos zenével bír. Az ausztráliai vadak zenéjük ütemszerű hangjai mellett éveztek Cooknak elébe. A legvadabb négeknek nagy zenebeli érzésük van; a vidámságot még rabszolgai munkák között is csak zenével tartják fenn maguknak.

Még a csecsemő gyermek is dadájának énekére megnyugszik és nevet.

Maga Darwin állította fel a következtetést, hogy az emberek ősnemzői valószínűleg zenészerű hangokkal bírtak és ezekkel értették meg magukat, míg az articulált beszédre való képességet megszerezték. Owen szerint egy anthropomorph majom a gibbonok válfajából egy octav zenehangot képes hangoztatni.

Ismeretes tény, hogy a zene az állatokra is csillapítólag hat. Kigyók a zene ütemeire táncolnak. Lovassági paripák zeneszó mellett ütemben járnak, éneklő madarak szép zene hallatára közelednek.

Az antik görögök meséiből ismeretes, hogy Arion lantjával egy delphint szelídített meg, úgy hogy ez Tarentumból Tenarosba vitte.

Herodot szerint Lybiában a kanczákat zene által, az úgynevezett „*ἰπποδότης*” által, engedékenyebbé tették a lótenyésztés érdekében.

A hammelnai patkányfogó a középkornak Orpheusa volt.

Krajnában bizonyos füttyölt dalokkal a legszebb rákokat szokták rejtekeikből kicsalni. Börtönfoglyok zenével patkányokat, egereket és pókokat tettek már bizalmasabbá.

Ezen és hasonló gondolatok cikáztak agyamon át, a midőn Kubelik Jan, ez alig a gyermekcipőből kinőtt hegedűvirtuóz, hegedűje hangjaival lebilincselte. Fülemben csengtek a zenekirályok halhatatlan termékei, Beethoven g-dur románcza, Paganini palpitije és Wieniavsky „orosz carnevalja”.

Különösen ezen utóbbi zeneműben bámulatra keltettek a flageolet s piccicato hangjai, terz- és sexténekek, mind szédületes gyorsasággal és a hangok utánözhatlan tisztaságával eljátszva! És belsőmben felszóltak Händel „Messias”-ából a fenséges, pompás kezdőszavak: „Éneket szentelek az Urnak, gyermekünk született. Hallelujah.” („Ich will dem Herrn singen, ein Kind ist uns geboren. Hallelujah.”)

Ekkor az az eszme fogamzott meg bennem, hogy ezen zene-lángészt fülörvosilag közelebbről megvizsgáljam. Moldenhauer adatai szerint a Schwartze-féle nagy fülgyógyászati kézikönyvben zenére kiválóan képesített egyéneknek a dobhártyának feltűnő függélyes voltát találták, mi által a hanghullámok nagyobb mennyiségben és kedvezőbb becsési szögek alatt esnek a dobhártyára, míg született süketsegnél és cretinismusnál éppen az ellenkezőt constatálták.

Kubelik impressarioja ismerősöm lévén, megvizsgáltam Kubelik hallószervét és nála mindenek előtt classikus szépségű fülkagylót találtam.

Gradenigo Turinban arra utalt, hogy stigmatizáltaknak fülkagylója már külsőleg degenerált és külső formájuk e fülkagylóknak directe az állatvilágra emlékeztet. Az antik Cypris fején a fülkagyló classikus szépséggel bír; ehhez hasonlítanám leginkább Kubelik fülkagylóját.

A dobhártya megtekintésénél, főképp a jobb oldalon, de a bal oldalon is, a perspectivában abnormis nagy dobhártyának függélyes állása azonnal feltűnt.

Ismeretes, hogy a dobhártya tükörvizsgálatánál ennek előlő részén egy világosan fénylő háromszögletes hely, a dobhártya fénykúpja, tűnik fel.

E fénykúp az illető dobhártyarész verticalis állása által keletkezik, mely rész a belső fénysugarak reflexióját a vizsgáló szemébe eszközi.

Ha tehát a dobhártya egészben véve függélyesebben áll, akkor abnormis nagy fényreflex tűnik fel, sőt a dobhártyának más helyein is, a beeső fénysugaraknak megfelelőleg, fényreflex keletkezik.

Kubelik jobb fülének dobhártyája szépen mutatta e fokozott reflexet, e mellett a nagyon kifejldött kalapács markolatát erősen ki-nyúltan, a rövid nyújtványt gombszerűen nagyobbodva, míg az umbot elmosódottan találtam.

Távol attól, hogy az orvosi leletnél szükséges tárgyilagosságot elhagyjam, kiegészítőleg a valóság szerint kiemelem, hogy a kalapács markolata hat distincten álló pontalakú fényreflextől, mint egy dics-fénytől környezve van.

Ily a dobhártyán levő abnormis fényreflexek pathologicz lazított dobhártyánál is előfordulnak, de ezeknél a normalis fényreflex szűkebb voltát, sőt teljes eltűnését látjuk, továbbá a nehézhallásnak és fülzúgásnak subjectiv tüneteit észleljük. Talán nem is szükséges külön kiemel-nem, hogy Kubelik hallási képessége teljesen normalis, hogy hallását körülményesen a Lucae-féle csavarszorítókkal ellátott hangvillával, a Galton-féle sippal, sőt a kis Appun-féle hangvillával is, mely vonóval hozatik hangzásba, megvizsgáltam, és valóságos hyperacusist találtam, tehát abnormis finom hallást, mely azonban talán a hypertrophia activitatis értelmében hallásának a legfinomabb hangokhoz való szokásában találja magyarázatát. Kubelik dobhártyája kétségkívül a verticalis állás magas fokán áll.

Ismeretes, hogy a dobhártya eredeti, az embryonál horizontalis fekvéséből a szülés után lassanként a függélyes állásba megy át, ezt azonban nem éri el, hanem az alsó hangjáratfallal egy 30–40°-nyi hajlási szöget képez, mi által a dobhártya felső és hátsó periferiája 6–7 mm.-rel közelebb fekszik, mint előlő és alsó periferiája (Urban-tehisch, Lehrbuch der Ohrenheilkunde).

A Kubelik dobhártyáján leírt ezen lelet a következő reflexiokra ösztönöz. A természettudományi kutatás a tünetek változatosságában az okot és okozatot vizsgálja.

Nem áll tehát Lessing felfogásának fokán, hogy Raphael, ha karok nélkül született volna is, mégis nagy festőművész lett volna. De Kubelik zeneművésznak született. A régi szó, hogy „poeta non fit, sed nascitur”, mutatis mutandis alkalmazható reá, mert dobhártyája már eredetileg könnyebben percipálja a legfinomabb hanghullámokat.

Az ujjak ügyesebb mozgékonyasága, a kéz dexteritása tehát, szóval a hegedűjátéknak technikai oldala, szerény véleményem szerint a játék virtuoizitása számára alárendelt jelentőséggel bír.

Fontosabb tényezőnek látszik a tömkelegnek finomabb kiképzése.

Sugár K. Márton dr.

(Folytatása következik.)

## Az állami elmeegógyintézeti orvosok helyzetéről.

(Folytatás.)

2. Áttérek már most a hivatali illetmények második részére: a személyi pótléokra.

A munka díjazása tekintetében nem lehet kétségbe vonni annak az elvnek a helyességét, mely szerint mindenkinek annyi munkája díjaztassék, a mennyit végez.

A ki egy elmeegógyintézetnek igazgatásával és elmebetegek gyógykezelésével foglalkozik, nagyon jól tudja, hogy úgy administratív, mint orvosi szempontból is, mennyivel nagyobb nehézséggel, fáradsággal, felelősséggel és mily aránytalanul több munkával jár egy nagyobb beteg-létszámmal bíró gyógyintézetnek kifogástalan ellátása, mint olyan intézeté, melynek beteglétszáma kicsiny.

Erre a közismeretű tényre támaszkodom, midőn azt javaslom, hogy azok az igazgatók és igazgató főorvosok, a kik ötszázat meghaladó beteglétszámmal rendszeresített gyógyintézet élén állanak, 2000 korona, azok a főorvosok pedig, kik háromszázat meghaladó beteg-létszámmal rendszeresített osztályt vezetnek, 1000 korona évi pótlékban részesüljenek.

Ez a pótlék annak természete szerint működési pótlék lenne, mivel eminenter a fokozott működésnek az ellenértéke, minthogy azonban a működési pótlék a nyugdíj kiszabásánál figyelmen kívül marad, arra az álláspontra kell helyezkednünk, hogy a jogos pótlék, mint fizetés természetével bíró személyi pótlék adassék meg, tehát mint olyan, a mely a nyugdíjösszeg kiszabásának alapjául szolgáló fizetésbe beszámíttatik.

Már fentebb rámutattam arra, hogy az életszükségletek a nyugdíjazott orvos irányában sem csökkennek oly mérvben, hogy ez az illetményeknek a csökkenésével járó megélhetési nehézségeket könnyen elviselhetővé tenné; ehhez járul még az a súlyos következmény, hogy a nyugdíjazott elveszti természetbeni lakását és ennek járulékait: a fűtést és világítást, úgy hogy egészen méltányos az a kívánságunk, hogy a megélhetés gondjainak a nyugdíjazottra erősen nehezedő súlyait legalább az könnyítse, hogy a személyi pótlék betudásával valamivel magasabb nyugdíjat kaphasson és a természetbeni illetmények elvesztése ezzel némiképp kiegyenlítettessék.

3. A korpótlék. A fizetésrendezési törvény felismerte annak a szükségét, hogy ugyanabban a fizetési osztályban, illetőleg ugyanabban az állásban is fizetésemeléskben részesüljön időnként a tisztviselő. A munkakedv fentartása és fokozása céljából szükséges ez, nemcsak akkor, ha a tisztviselőnek kilátása lehet arra, hogy kinevezés útján magasabb állásba juthat, hanem különösen akkor, a mikor, mint pl. az elmeegógyintézeti igazgatóknál, a lehetősége ki van zárva annak, hogy magasabb állásba, magasabb fizetési osztályba juthassanak, a kik tehát pályájukat ebben az állásban úgyszólván bevégezték. Ennek a tudatnak a depressáló hatását csak azzal lehet csökkenteni, a munkakedvet csak azzal lehet ébren tartani, ha arra nyújtunk lehetőséget, hogy az a tisztviselő is várhassa sorsának legalább anyagi tekintetben jobbra fordulását, a ki további előmenetelre, pályájának további emelkedésére többé már nem számíthat.

Ebből a célból hozta be a törvény a fizetési fokozatokat aképpen, hogy az egy állásba, egy fizetési osztályba tartozókat két, illetőleg három fizetési fokozat között egyenlően osztotta meg (3. §.) és biztosította a tisztviselő számára azt a jogot, hogy a mennyiben a magasabb fokozat megüresedik, abba minden kinevezés nélkül, pusztán rangsora, illetőleg az annak alapjául szolgáló szolgálati ideje alapján előlép.

A fizetési fokozatok rendszere azonban a mi célunk elérésére nem elegendő, mert ott, a hol az egy állásba tartozók csekély létszáma miatt az előléptetési viszonyok kedvezőtlenek, nagyon ritka lévén az üresedés, előmenetelre és így a magasabb fizetési fokozatba való jutásra alig van kilátás, annak az igazgatónak pedig, a ki fizetési osztályának magasabb fokozatában van, egyáltalán elveszett minden reménye arra, hogy sorsa anyagilag valaha is jobbra fordulhasson.

Méltányos tehát a fizetési fokozatok rendszere mellett a korpótlékok rendszerét is behozni, mely szerint az, a ki ugyanabban az állásban bizonyos időt eltöltött, már ennek az alapján fizetésemelkedésben részesüljön, a mely emelkedés legezelszerűbben az előző törzsfizetés bizonyos százalékában állhat.

Elfogadjuk a korpótlékok rendszerét az 1893. IV. t.-cz. is, de csak mint kivételt, a mennyiben azt csak az állami szolgálat bizonyos ágazataiban ismeri el. Így 6. §-ában azoknak az állami tisztviselőeknek, a kiknek egy és ugyanabban az állásban eltöltött bizonyos szolgálati évek pótlékra (ötöd és tizedéves pótlékra) biztosítanak igényt, ezt az igényt jövőre is épségben tartotta.

Ilyen tisztviselők az első folyamodású bírák és kir. ügyészek, továbbá a tanárok és a budapesti egyetemi könyvtárőrök. A két szol-



gálati ág között azonban különbséget tesz a törvény, ugyanis míg a bírák és ügyészek korpótléka abban az esetben, ha kinevezés vagy magasabb fizetési fokozatba való előlépés következtében magasabb javadalmazás élvezetébe jutnak, a javadalmazás többlete erejéig megszűnik, addig a tanárokat, a budapesti egyetemi könyvtárőröket és tisztteket megillető pótlékok mindig teljes összegükben folyósítandók és magasabb fizetésbe való kinevezés vagy előléptetés esetén sem szüntethetők be.

Szintén a korpótlék rendszere érvényesül a törvény 7 §-a értelmében a miniszerelnökség, az Ő Felsége személye körüli és a horvát-szlavon-dalmát miniszeriumok körében alkalmazott állami tisztviselők tekintetében, de az előbb ismertetett korpótléktól részben eltérőleg, a mennyiben míg a bírák és tanárok öt, illetőleg tíz év múlva tekintet nélkül a létszámban elfoglalt rangsorukra, addigi fizetésükhöz százalékosan mért pótlékban részesülnek, addig az előbb említett tisztviselőknek arra van igényük, hogy öt év múlva feltétlenül bele juttatnak fizetési osztályuk magasabb fokozatába, további öt év múlva pedig, ha a fizetési osztályban három fokozat van, a legmagasabb fokozatba. Ha pedig a VII—XI. fizetési osztályba tartozó e tisztviselők fizetési osztályuk legmagasabb fizetési fokozatát is elérték és tíz év alatt magasabb fizetési osztályba ki nem nevezetnek, fizetésük tíz és minden további öt év után fizetésük öt százalékaival felérő személyi pótlékban részesítendők.

Látjuk ezekből, hogy a korpótlékok rendszere, habár csak kivételesen, egyes szolgálati ágakra szorítva, törvényünkben is érvényesül.

A törvény a korpótléknak az igazságszolgáltatás és a tanügy terén működő tisztviselők irányában meghagyását az addigi jogszabályokkal, annak a fent említett többi tisztviselőkre behozatalát pedig a csekély létszámmal bíró ágazatoknál az előléptetési viszonyok kedvezőtlen-ségével indokolja.

Ha valahol, úgy bizonyára az állami elmeorvosintézetek orvosi karánál forog fenn ez az indok a legteljesebb mértékben. Évtizedek mulhatnak el, míg egy igazgatói állás megüresedik, az igazgatóknak pedig egyáltalában sohasem lehet kilátásuk előremenetelre.

Teljesen igazságos azért az a kívánságunk, hogy az állami elmeorvosintézet igazgatói, igazgató főorvosai és főorvosai korpótlékban részesüljenek és pedig akképpen, hogy ha ugyanabban a fizetési fokozatban tíz évig szolgál az igazgató, az igazgató főorvos vagy a főorvos, törzsfizetésének, a személyi pótlék számításán kívül hagyásával, 10%-át, minden további öt év után pedig annak további 5%-át kapja korpótlék gyanánt és ez a pótlék, épp úgy mint a tanároké, mindig teljes összegében folyósíttassék, tehát akkor se szüntessék be, ha pl. a főorvos igazgatóvá lesz vagy az igazgató vagy a főorvos magasabb fizetési fokozatba jut, vagy ha nagyobb intézetet vagy osztályt vezet és e közben személyi pótlékban részesül.

Babarczy-Schwartz Ottó dr.  
m. kir. udvari tanácsos, magán elme-  
és ideggyógyintézeti igazgató.

(Folytatása következik.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### Összefoglaló szemle.

Az agyi és gerinczvelői localisatio 1899. évi irodalma.

Közlő: Donath Gyula dr. egyetemi magántanár.

Irodalom. Anton G.: Über die Beteiligung der grossen basalen Gehirnganglien bei Bewegungsstörungen und insbesondere bei der Chorea. Jahrbuch für Psychiatrie. 1899. 14. k. — Bechterew W.: Sur la disposition des centres moteurs de l'écorce cérébrale chez l'homme, d'après les résultats de leur excitation faradique dans les opérations cérébrales. Ref. Revue neurologique. 1899. 178. old. — Bechterew W.: Sur la fonction sensorielle de la région soi-disant motrice de l'écorce cérébrale chez l'homme. Ref. Revue neurologique. 1900. 116. o. — Bechterew W.: Über die Gehirncentren der Hirnrinde. Arch. f. Anat. u. Physiol. 1899. Physiol. Abth. Suppl.-Bd. — du Bois-Reymond R. u. Silex P.: Über corticale Reizung der Augenmuskeln. Arch. f. Anat. u. Physiol. 1899. 178. o. — Bonhöffer K.: Casuistische Beiträge zur Hirnchirurgie u. Hirnlocalisation. Monatschrift für Psychiatr. u. Neurologie. 1898. III. k. 297. 1. — Bramwell Byrom: On the localisation of intracranial tumours. Brain, 1899. — Bruce A.: The localisation and symptoms of disease of the cerebellum considered in relation to its anatomical connections. Brit. med. Journ. May 6. 1899. — De Buck: La localisation médullaire de l'innervation motrice du périmé et du rectum. Ref. Revue neurologique. 1899. 865. o. — Cestan R.: De la myélite traumatique dorsale avec suppression des réflexes rotuliens par fracture de colonne vertébrale. Bullet. mém. de la Soc. anat. Mars. 1899. — Courmont Paul et Bonne: Syndrome de Landry par lésions exclusives des cornes antérieures. Arch. de Neurol. 1899. p. 353. — Déjérine: De l'hémianesthésie dite capsulaire et de l'hémianesthésie par lésion corticale. Indépendance méd. 1899. 34. sz. Ref. Revue neurologique. 1900. 28. 1. — De l'hémianesthésie d'origine cérébrale. Semaine médicale. 1899. 32. sz., ref. Revue neurologique. 1900. 376. o. — Deligne U.: De l'état du facial supérieur dans les hémiplegies cérébrales de l'adulte. Thèse de Paris 1899. Ref. Revue neurol. 1900. — Flatau E.: Über die Localisation der Rückenmarkscentren für die Musculatur des Vorderarmes u. der Hand beim Menschen. Arch. f. Anat. u. Physiol. 1899. Phys. Abth. — Gangitano G.: Tumore dell'encephalo, craniotomia. Riforma medica. 47—50. sz. 1899. — Gatta: Új tanulmányok az agyacs physio-pathológiájáról. Nuova Rivista clinico-therapeutica. 1899. 2.; ref. Arch. de neurol. 1899. T. VIII. 222. o. — Van Gehuchten: La localisation motrice médullaire est une localisation segmentaire. Journal de neurol. 1899. 16. sz. — Gerwer A.: A szemmozgások agyi központjai. Orosz dissertatio. Szt.-Pétervár, 1899. Ref. Neurol. Centralbl. 1900. 165. o. — Gessler H.: Ein Fall von Tumor der Vierhügel (solitärer Tuberkel). Württemb. Corr.-Bl.; ref. Schmidt's Jahrb. 1900. 266. k. 24. 1. — Heilbronner: Über die causalen Beziehungen zwischen Demenz und aphasischen Störungen. Allg. Zeitschr.

f. Psychiatrie. 1899. aug. — Jakobson L.: Über Veränderungen im Rückenmark nach peripherischer Lähmung, zugleich ein Beitrag zur Localisation des Centrum cilio-spinalis u. zur Pathologie der Tabes dorsalis. Zeitschr. f. klin. Med. 1899. 37. k. — Ivanov E.: A hangszalagok mozgásának és a hangadásnak corticalis és subcorticalis centrumai. Orosz dissertatio. Szt.-Pétervár; ref. Neurol. Centralbl. 1899. 1025. 1. — Köster H.: Aphasie avec cécité verbale d'un gaucher. Ref. Revue neurologique. 1900. 121. 1. — L. Laqueur und M. B. Schmidt: Über die Lage des Centrum der Macula lutea im menschl. Gehirn. Virchow's Arch. 158. k. — Lario-noff N.: Sur l'aphasie transcorticale sensorielle et motrice. Oroszból, ref. Revue neur. 1900. 415. 1. — Linde M.: Hemianopsie auf einem Auge mit Geruchshallucinationen. Monatschr. f. Psych. u. Neur. VII. k. 1. f. — Mendel F.: Ein Fall von Worttaubheit. Arch. f. Anat. u. Physiol. 1899. Phys. Abth. — Murri: Policlone e coree. Il policlino. 1899. VI. k.; ref. Neur. Centralbl. 1900. 130. 1. — Personalí Stefano: Nuovo contributo alle localizzazioni cerebrali. Riforma medica. 21—23. Giugno. 1899., ref. Revue neurol. 1899. 686. 1. — Pick: Zur Lehre von der sog. transcorticalen motorischen Aphasie. Arch. f. Psychiatr. 1899. XXXII. k. — Piltz I.: Ueber ein Hirnrindencentrum für einseitige, contralaterale Pupillenverengerung beim Kaninchen. Neur. Centralbl. 1899. 875. 1. — Probst: Ueber die Localisation des Tonvermögens. Arch. f. Psychiatr. 32. k. — Raymond: Tumeur de la base de l'encéphale. Semaine médicale. 1899. 9. sz. — Rennie George E.: A case of Friedrich's hereditary ataxia with necropsy. British med. Journ. 1899. julius 15. — Richon L.: Étude sur la paralysie diphthérique. Thèse de doctorat Nancy; ref. Revue neurologique. 1900. 419. 1. — Roux Johann: Double centre d'innervation corticale oculo-motrice. Arch. de neurol. 1899. szept. — Schupfer Ferruccio: Sul tumori del corpo calloso e del corno d'Ammone. Riv. sperim. di Freniatria. 1899. 1. 2. f. — Sellier et Vergier: Les anesthésies capsulaires expérimentales. Journ. d. physiol. et pathol. générales. 4. sz.; ref. Revue neurol. 1900. 27. 1. — Siebert W.: Ein Fall von Hirntumor mit Geruchstäuschungen. Monatschr. f. Psychiatr. u. Neurol. 1899. junius 2. — Thomson H. Campbell: A contribution to the localisation of muscles in the spinal cord. Brain. 1899. part. 85., 136. 1. — Tomini S.: I fenomeni residuali e la loro natura psichica nelle relative localizzazioni dirette e comparate, in rapporto con le diverse mutilazioni corticali nel cane. Riv. sperim. di Freniatria. XXIV. 3—4. és XXV. 1. — Touche: Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'aphasie sensorielle. Arch. gén. de médecine. Dec. 1899.; ref. Revue neurol. 1900. 414. 1. — Trénel: Aphasie amnésique, aphasie de conductibilité. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 1899. 6. sz. — Ventrà D.: Sulla fisiopatologia dei lobi frontali. Il manicomio moderno. 1899. 3. füzet; ref. Revue neurol. 1900. 413. 1. — Wolff: Das Verhalten des Rückenmarks bei reflectorischer Pupillenstarre. Arch. f. Psychiatrie. 1899. 32. k.

A londoni neurológiai társulat 1898. január 30-diki ülésén referált Beever „az intracranialis tumorok localisatiójáról, kivéve a központi teker-vényeket, pyramis pályákat, pont és medulla oblongatát“. Különösen fontos volt Byrom Bramwell hozzászólása, mely önállóan is megjelent.

Byrom Bramwell 27 ide vágó agydaganatot észlelt; ezek közül 1 kizárólag, vagy legalább főképen a homloklebenyenben székelt. A hom-loklebenydaganatokat jellegzik ő szerinte: kifejezett pszichikai tünetek, különösen az intelligencia, emlékező tehetőség és figyelem csökkenése, ingerlékenység, hallgatagság, némelykor üldöztetési téveszmék, azonban 4 esetben minden pszichikai tünet hiányzott. Gyakran az ellenoldali test-félen paresist és Jackson-féle görcsöket lehet észlelni. Baloldali homlok-lebenyeknél gyakori a motoros aphasia.<sup>1</sup> A sohasem hiányzó fejfájás helye változik és a diagnosis számára nem értékesíthető. Egy esetben a fej a daganattal ellenkező oldalra hanyatlott, két tisztán homloklebenyi daga-nat esetében a járás bizonytalan volt. Egy esetben, a hol a 3. baloldali gyrus frontalis hátsó része elroncsolva volt, nem aphasia, hanem dys-arthria volt jelen, mely kiejtési zavarokat Bruns szerint az aphasia kezdetének lehet tekinteni. Egy másik esetben is, a hol egy glioma a központi tekervények alsó felét és a 3. homloktekervény hátsó részeit elroncsolta, csak muló kiejtési zavar, valamint a jobb felvégtag paresise volt jelen. A homloklebenyi daganat helybeli diagnosisát mindenesetre nehéznek tartja.

Egy jobbkezü egyénnél a jobb insulába történt vérzés követke-ztében motoros aphasia mutatkozott, melyről Bramwell azt hiszi, hogy csak muló lett volna, ha a beteg életben marad. Azon kevés esetben, hol occipitalis daganat volt jelen, szerző mindig legalább is muló hemi-anopiát észlelt.

Egy jobb thalamus opticusbeli sarcoma tipikus Jackson-féle roha-mokat váltott ki, melyek mindig a baloldali nagy hüvelykujjban kez-dődtek; egyszersmind a jobboldali mot. centrumok fokozott ingerlékeny-séget mutattak. Trepanáltak is a jobb lábecentrum felett, de természetesen hiába. A corpus lentiforme és nucleus caudatus daganatai nem mutatnak határozott helybeli tüneteket, többnyire csak ellenoldali hemiplegiát.

Agyacsdaganat egy esetben hiányoztak az összes cerebellaris tünetek, de a talált négy tuberculum mindnyája a vermist szabadon hagyta.

Meg voltak azonban az általános tünetek: nagyfokú pangásos papilla és erős hányás, azonkívül a jobb kéz is gyenge volt. Azon

<sup>1</sup> Én 1898-ban Budapest közpórházainak évkönyvében egy 23 éves irodagyakornok esetét közöltem, ki 10 éves kora óta súlyos görcs-rohamokban szenvedett, melyek a classikus epilepsia képét mutatták; időnként izomgörcsök eszméletzavar nélkül. Két ízben gyorsan muló jobboldali hemiplegia ugyanazonoldali facialis részvétele mellett. Szaglász, ízlel és hallás baloldalt gyengébb. Iskolában nehezen tanult volt, de üzleti teendőit jól teljesítette, sőt újságok számára költeményeket is írt. Az exitus status epilepticusban következett be. Az autopsiánál a bal homloklebenyen 3-8 cm. hosszú és 3 cm. átmérőjű tojásdad osteoma találtatott. Ezen esetben tehát szintén a localis, és jelesen a pszichikai tünetek hiányoztak és csak általános (opticus atrophia) vagy nyomás okozta szomszédsági tünetek (izomgörcsök, ellenoldali hemiparesis, ugyan-azonoldali szaglász, hallás és ízlel csökkenése) voltak jelen. Ataxia is hiányzott. A localis tünetek ezen hiányát én részben a daganatnak a gyermekkortól kezdődő lassú fejlődésének voltam hajlandó betudni. Homloklebenyi daganatoknál tehát minden localis tünet hiányozhatik.



esetekben, a hol a vermis bántalmazva volt, ott a klasszikus symptomákból mindig lehetett a localis diagnosit megállapítani. Két esetben minden jel agyacsdagánatra utalt, de az autopsia csak chronikus hydrocephalust derített ki. Ily összetévesztések ismeretesek az irodalomból, és azon operált esetek, hol tumor nem találtatott és mégis javulás állott be, részben ide tartoznak, valamint azon állítólagos dagاناتok is, melyek maguktól gyógyultak.

A kórisme biztosságát tekintve, *Byrom Bramwell* első sorba helyezi az agyalapi dagاناتokat, melyek egyes agyidegeken kezdődnek; második sorba a pons és medulla oblongata-t; harmadikba a centrum semiovale-t a capsula interna és corona radiata direct bántalmazottságánál; negyedszer jönnek az occipitalis dagاناتok; ötödször a központi tekervények dagاناتai, különösen, ha helybeli göresöket váltanak ki; hatodszor az agyacs; hetedszer a homloklebeny; nyolczadszor a felső occipitalis lebenyek. A jobboldali temporalis lebeny nem enged meg helybelitést. *Byrom Bramwell* sok nem bujakóros dagاناتnál is erőlyes jodkúráról móló, de igen jelentékeny javulást látott.

*Mendel F.* egy 44 éves jobbkezü betegénél ellágyulási göczok léptek fel és pedig előbb a bal halántéklebenyben, mi aphasiás és paraphasiás zavarokat okozott, valamint szósüketséget, mely utóbbi ismét visszafejlődött. Csak miután a jobb lebenyben is ily göcz létrejött, mutatkozott a teljes és maradandó szósüketség és azonkívül baloldali hemiparesis. *Mendel F.* szerint tehát az állandó szósüketséghez nem elegendő a baloldali felső halántéktekervény egy részének bántalmazottsága, mint eddig felvették, hanem szükséges ahhoz mindkétoldali laesio. Érdekes az is, hogy a beteg, ki a szavakat összetévesztette, „bitter“-t „stüttig“-nek olvasta, a „bitter“ szót azonnal eltalálta, ha chinint izeltettek vele.

*Tomini* 19 kutyánál az agykéreg különböző részletein egy és kétoldali kiirtásokat végzett. *Tomini* megismerteti ezen állatoknál, melyek az operatiót hosszabb vagy rövidebb ideig túlélték, az úgynevezett residualis tüneteket. Ezek alatt pedig azon kiesési tüneteket érti, melyek a távolítási tünetek elenyészte és más agyrészletek vicariáló működése után még fennállanak. Klinikai szempontból kiemelendők különösen következő eredményei: 1. A regio sigmoidea kiirtása nem okoz szükségképen hemiparesist. 2. A gyrus sigmoides részleges kiirtása nem hoz létre monoparesiseket. A gyrus sigmoides nem képviseli az egész motoros zónát, hanem az a parietalis és talán a frontalis táj felé is kiterjed. 3. Az agykéreg motoros centrumai nem csak excitáló, hanem gátló működésekkel is bírnak. 4. Az izomérzék zavarai úgy embernél, mint állatnál biztosan az agykéreg és különösen az associatio pályák pusztulására mutatnak. 5. A homloklebeny laesioi intenzívebb és hevesebben fellépő psychikus zavarokat okoznak, mint egyéb agyrészletekéi, ámbár lényegben egymástól nem különböznek. Az agykéreg megsértése kutyáknál mindig a magasabb psychikus functio, t. i. a perceptio és associatio zavarait okozza.

*Bechterew* emberi agyon is kísérletezett. Egy epilepsiánál, kinél a motoros regionak kérge operatio útján eltávolított, a bőr- és izomérzést vizsgálta és azt találta, hogy ezeknek centruma az akaratlagos mozgások centrumaival összeesik.

Ugyane szerző 3 corticalis epilepsiában szenvedő egyénnél az operatio helyén faradikus árammal izgatta a kérget és azt találta, hogy a mozgató centrumok ugyanazon elrendeződést mutatnak, mint a majomnál, ugyanis: az alvétagok központjai a gyrus centralis posterior felső, a felső vétagokéi a két gyrus centralis középső részében vannak; alább vannak a kézüjjak és az arcizomzat központjai. A fejforgatás és a szemmozgatás centrumai a 2. gyrus frontalis hátsó részében, valamint a szomszédos gyrusokban vannak, a törzsé a gyrus centralis anteriorban, a kéz hüvelykujja, valamint többi ujjai számára az embernél épúgy külön centrumok vannak, mint *Bechterew* kísérletei szerint a majomnál. Az egyes centrumok mérsékelt áramok által nem izgatható zónák által vannak elkülönítve.

*Bechterew* iskolájából még kiváló állatkísérleti dolgozatok is kerültek ki. Az ő vezetése alatt *Larinoff* kísérletileg újra tanulmányozta a hallás localisatioját. Madaraknál az egyik agyfélteke kiirtása ellenoldali teljes vaktságot és süketiséget okoz, a miből következik, hogy ezeknél a látó és halló idegek teljesen kereszteződnek. De nemsokára az ellenoldali hallás és látás ezen állatoknál ismét helyreáll. Az egyik halántéklebeny kérgének kiirtása kutyáknál és macskáknál mindig erős halláscsökkenést eredményez az ellenoldalon és gyengülést ugyanazon oldalon (acusticus-rostok részleges kereszteződése). A halántékkéreg egy kis részének kiirtása mindkét oldalt halláscsökkenést okoz (erősebbet a túloldalon), mely azonban pár nap múlva kiegyenlítődött és csak bizonyos hangok iránt erős csökkenést vagy teljes megsemmisülést hagyott hátra. Így pl. a 4. tekervény kiirtásával a hangvillák hangjai c2-től kezdve estek ki és a 3. tekervény hátsó temporalis részének elroncsolása után a hangok perceptioja e-től c2-ig (tehát középső octavok) megsemmisült. E szerint tehát a csiga teljesen projiciálva van a temporalis lebenyre, úgy hogy az illető agykéregnek minden egyes részlete csak bizonyos magasságú hangoknak szolgál.

(Folytatása következik.)

### Könyvismertetés.

**Feles Adolf:** Válasz az országos központi védhímlőoltóanyag kezelő-ség terve ellen elhangzott kifogásokra.

Szerző tollából néhány hónap előtt „A himlőhalandóság Magyarországon” czimen egy annak idején lapunk által is ismertett szak-tanulmány jelent meg, mely hazánk himlőhalandósága szomorú viszonyai-

nak azon okaival foglalkozott, melyeknél fogva jó oltási törvényünk dacára nálunk még most is 48-szor nagyobb a himlőhalálozás, mint Németországban. Az okok között a sikertelen védhímlőoltást is felemlítette volt szerző és ennek elhárítása céljából annak szükségét hangoztatta, hogy az oltóanyag szolgáltatásának rendszere szabályoztassék olyképen, hogy az államnak teljes megnyugvást adó biztosítékai legyenek az oltóanyag minden tekintetben megbízhatóságát illetőleg. Ezen igen fontos kívánalomra nézve munkája végén egy tervezetet is közölt, melynek lényege az, hogy szerveztessék a fővárosban egy kormányhatósági felügyelet alá helyezendő „országos központi védhímlőoltóanyag kezelőség”, mely az összes hazai termelők által eleve megszabott arányban és időközben készített és hozzá beszolgáltatandó oltóanyagot kezelje, azaz megbízhatósága szempontjából kellő ellenőrzésnek vesse alá és a kifogástalannak használt oltóanyagot közfogyasztásra bocsássa; a jövőben csakis a központi kezelőség által ellenőrzött anyag volna köz-forgalomba bocsátható.

A hazai védhímlőoltóanyag-termelők folyó évi szeptember havában tartott értekezletén az egyik termelő-intézet kifogásokat emelt a központi kezelőség terve ellen. Ezen kifogásokat czáfolja az előttünk fekvő füzet, tárgyalva egyúttal azon rendszabályokat, melyeket a termelők palliatív remediumként sürgősen kérnek a belügyministertől és bizonyítgatva az ajánlatba hozott, de immár elvetett karter lehetetlen és czélszerűtlen voltát. Fejtegetései alapján szerző azon következtetésre jut, hogy a védhímlőoltóanyag magánintézetek által való szolgáltatásának rendszere csak akkor felelhet meg a közegészségügy követelményeinek, ha az anomaliák előfordulására nézve minden lehetőség ki van zárva és ha az állam az intézetek belétele, belső működésére nézve teljes megnyugvást adó ellenőrzést gyakorolhat. Ez pedig egyedül a központi kezelőség keretében lehetséges, melyet vagy a termelők alkotnak állami felügyelet alá helyezett szövetkezet alakjában, vagy pedig maga az állam létesítene akként, hogy a termelők által megrendelésre beszolgáltatott oltóanyagot az ő tulajdonát képező központi kezeléséből a kellő ellenőrző vizsgálatok megejtése után árusítaná a védhímlőoltást végrehajtó közegeknek.

### Lapszemle.

#### Általános kór- és gyógytan.

**Az icterus keletkezéséről.** *Browicz* kutyákba subcutan toluilendiamint fecskendezve be, acut icterust idézett elő náluk. Ezeknél és sárgaságban elhalt egyéneknek végzett göresővi vizsgálatai alapján a következő eredményekhez jutott. A mechanikai momentumnak csak közvetett szerepe van az icterus keletkezésénél, a mennyiben annak következtében a vérhajszaledényekben intraacinosus keringési zavarok lépnek fel. Az icterus voltaképeni oka az, hogy *normalis* májsejtek bizonyos behatások következtében fokozottan működve, több anyagot vesznek fel és több epét, illetőleg több epefestéket produkálnak. Csak a *normalis* sejt képes a főlösen képzett epét teljesen kiválasztani az epeutakba, a honnan az epefesték a vércapillarisok falát képező sejteken át jut a vérkörbe. A nyirokedények közül csakis a nagyobb epeutak szomszédságában levők és azok is csak igen kis mértékben juttatják az epét, illetőleg az epefestéket az általános keringésbe. (Wiener klin. Wochenschrift 1900. 35. szám.)

*Marikovszky György* dr.

**A moskito-malaria theoria kísérleti bebizonyítása.** *Patrick Manson* kétséget kizáró bizonyítékát akarván szolgáltatni annak, hogy a malarikus infectio egyedül a moskitok közvetítik, a következő két kísérleti eljárást választotta:

**I. kísérlet.** Rómából több küldemény, tiszta, benignus tertianával inficiált moskitókat hozatott különösen e célra szűnyoghálókból készített kalitkákban. A küldemény a római angol követség útján harmadnapra érkezett randeltetési helyére: Londonba. Az első küldeményből alig egy moskito maradt életben, azonban a másodikból már 12, a harmadikból már 50—60. Ezek a szállítmány elküldése előtt való napon teleszták magukat egy harmadnapos váltólázban szenvedő beteg vérével. A beoltási kísérlet szeptember 10- és 12-dikén történt, még pedig oly módon, hogy a kísérleti egyén, ki orvos lévén, természetesen önként vetette magát a kísérletnek alá, mezitelen karjára helyezte a kalitkát, melynek finom likacsain keresztül a moskitók erősen összemarták. Már a következő napon, tehát 13-dikán, gyenge, de kifejezett rosszullet jelentkezett; 14-dikén kifejezett lázas rohama volt és 17-dikén vérében számos tertian parasita ki volt mutatható, úgyszintén a lépnek megnagyobbodása. Chinin vételére negyednapon a rohamok elmaradtak.

**II. kísérlet.** Az olasz campagnának egy legkifejezettebben malarikus, moecaras vidékén, a hol a benszültöttek csaknem valamennyien malariciában vagy malaria cachexiában szenvednek és az idegenek rövid idő alatt menthetetlenül váltólázt kapnak, egy szűnyoghálóval a moskitók számára átjárhatatlanná tett kunyhót építettek, melyben az öt kísérleti egyén a lázas évszakban két hónapot töltött; nappal kijártak és lehetőleg óvakodtak a szűnyogok csipésétől, de naplemente előtt visszavonultak a kunyhóba, melyet napkelte előtt nem hagytak el. És míg szomszédjaik valamennyien malarikus infection estek át, ők bár semmi chinint nem szedtek, teljesen egészségesek maradtak.

E két kísérlet alapján szerző immár az olasz buvárokkal és Koch-hal egyetértőleg jogosultnak érzi magát annak kijelentésére, hogy a malarikus infectio egyedül a moskitók csipése által közvetítetik. (The Lancet, 1900. szept. 29.)

*Surányi Miklós.*



### Belgyógyászat.

**Az encephelopathia saturninának** egy heveny alakját írja le *Ransom*, melyet Nottinghamban olyan asszonyoknál látott, kik művi abortus bevezetése céljából diachylont (ólomoleat-ot) belsőleg vettek. A tünetek néhány nap alatt érik el a tetőpontjukat és meglehetősen sokáig tartanak. A rendkívül kínzó fejfájások mellett hányás, deliriumok, szemizomhüdések, látási zavarok uralják a kórképet, mely utóbbiak neuritis optica és retinalis vérzések által okoztatnak. A tumor cerebrivel való összetévesztés annál közelebb fekszik, mivel az anamnesis a dolog természeténél fogva mindig megbízhatatlan; az epileptiform rohamok hiánya azonban, az ólommérgezés pozitív jeleivel együtt (ólomszegély, kólikák) képesek a diagnózist a helyes útra téríteni. A mérgezés azonban néha az ólom intoxicatio más alakjait is ölti és ólombénulás, idült cachexiák vagy kólikák képe alatt folyik le, daczára annak, hogy a megbetegedés mindig csak egyszeri nagy adag bevételéből indul ki. *Ransom* egy esetében egy 22 éves leány  $\frac{1}{2}$  penny ára diachylonban 23 gramm tisztá ólmot vett be! Megjegyzendő, hogy a diachylon abortív hatása igen bizonytalan. (*British Medical Journal*, 1900. jun. 30.)

Benedict dr.

### Bőr- és bujakórtan.

**A reflektorikus pupillamerevségnek a syphilishez való viszonyát** tárgyalták *Babinski* és *Charpentier*. Miután a tabes a syphilissel hozzák kapcsolatba, azon megfigyeléseikről referálnak, melyeket oly syphilitikus betegeken végeztek, a kiknél a pupillamerevségnek kívül a tabesnek vagy meningo-encephalitisnek semmiféle jele sem volt jelen. A betegeket három csoportra osztották, ú. m.: 1. olyanokra, a kik bizonyosan vagy minden valószínűség szerint hereditær syphilisben szenvedtek, 2. olyanokra, a kik kétségtelenül maguk szerezték a lues-t, 3. olyanokra, a kiknél a lues jelenléte nem volt absolute bizonyos. Szerzőknek 18 esetben sikerült a pupillamerevség tünetét constataálni. Megjegyzik, hogy a pupilla-reflex gyöngülése semmi jelentőséggel nem bír, mert az alkoholizmusnál is előfordul. (*Soc. franc. de dermat. et syph. Séance du 15. juillet, 1899.*)

Pódr F. dr.

### Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

**A xeroformot** nagyon jó eredménnyel használja *Petrucchi* acut catarrhalis enteritisnél. A hatás biztos, a szer teljesen ártalmatlan, a betegek jól tűrik, még akkor is, ha valami okból (betegség, aggkor) nagyon elgyengültek. Az adag felnőtteknél 35–50 centigramm osztásban, gyermekeknél pedig 10–25 centigramm gummi-emulsióban. A napi adag felnőttek részére 2–3 gramm, gyermekek részére pedig 1–2 gramm. (*Rendiconti dell'Associazione Medico-Chirurgica di Parma*, 1900. 8. sz.)

**Fersannal** 15 felnőttél és 12 gyermeknél tett kísérletet *Stein*. Különösen három esetet emel ki, mint a melyek egész határozottan bizonyítják a fersan értékes voltát. Az első eset egy 23 éves nőre vonatkozik, a ki súlyos chlorosisban szenvedett; fersan hét heti használata után (30–40 gramm pro die) az összes subjectív tünetek elmúltak, a haemoglobintartalom pedig 30%-ról 95%-ra emelkedett. A második esetben az egy esztendő gyermek  $\frac{3}{4}$  év alatt a normalis súlyszaporodás kétszeresét mutatta; naponként 15 gramm fersant kapott. Végül a harmadik esetben a  $2\frac{1}{2}$  hónapos, étvágytalan, rendkívül lesoványodott csecsemő 20 gramm fersan naponkénti használata mellett két hónap alatt súlyában megkétszereződött. Különösen érdemes dicséri szerző a fersan iztelen voltát és könnyen oldhatóságát. (*Fortschritte der Medicin*, 1900. 40. sz.)

**A morphium hatását a gyomornedvelválasztásra** vizsgálta kutyákon *Riegel* tanár. Különböző módon végzett kísérleteinél azt találta, hogy morphium fokozza a gyomornedvelválasztást. Embereken végzett vizsgálatok ugyanezt eredményezték. E tapasztalatok arra utalnak, hogy fokozott gyomornedvelválasztásban szenvedők fájdalmait ne morphiummal, hanem belladonna-készítményekkel csökkentsük. (*Die Therapie der Gegenwart*, 1900. 8. sz.)

### Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statisztikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 45-dik hetében (1900. november 4-dikétől november 10-ig) következő volt: **I. Népesedési mozgalmak.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Elveszületett 422 gyermek, elhalt 237 egyén, a születések tehát 185-el múlták felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 32.0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 18.0, az egy éven felüli lakosságnál: 14.0, az öt éven felüli lakosságnál: 12.3. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 2, pertussis 1, morbilli 3, scarlatina 8, variola —, cholera asiaticus, typhus abdominalis 2, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 4, meningitis 14, apoplexia 7, eclampsia 4, szervi szívbetegség 14, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 35, tuberculosis pulmonum et phthisis 36, diarrhoea et enteritis 23, gastro-enteritis 14, rák és egyéb újkeletűek 15, ezek közül méhrák 3, morbus Brightii et nephritis 6, rachitis 0, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkat-hiba 11, atrophia et inanitio 2, marasmus senilis 6, erőszakos halálos eset 8 ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 4, baleset 4, kétséges 0 (—). **II. Betegedések.** A) Betegforgalom a városi kórházakban. A múlt hét végén volt 2607 beteg, szaporodás e héten 852, csökkenés 757, maradt e hét végén 2702 beteg. B) Hevenyrágályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi novembe 5-dikétől

november 11.-éig terjedő 44. héten a tisztí főorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 65 (52), diphtheria, croup 21 (19), hagymáz (typhus) 15 (15), kanyaró (morbili) 132 (91), trachoma 10 (10), vérhas (dysenteria) 1 (—), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 16 (11), orbáncz (erysipelas) 23 (18), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1 (1), ezenfelül varicella 75 (59).

□ **Szünidei orvosi cursus.** A szünidei orvosi cursus előadó i 1900. november 20-dikán tartották az orvosegyesület helyiségében közgyűlést. Jelen voltak: Bókay János, Goldzieher Vilmos, Schaffer Károly, Jendrassik Ernő, Sarbó Arthur, Telljesiczky Kálmán, Ónodi Adolf, Liebmann Mór, Schächter Miksa, Havas Adolf, Böke Gyula, Irsay Arthur, Haberer Pál, Imrédy Béla, Bäcker József, Róna Sámuel, Elischer Gyula, Grósz Emil. Elmaradásukat kimentették Dollinger Gyula és Erőss Gyula.

A közgyűlésen, melyen Bókay János elnökölt, Schaffer Károly titkár jelent, hogy a VI. szünidei orvosi cursuson 11 előadó 94 órát adott elő, a hallgatók száma 44 volt, közöttük két fővárosi. A végrehajtó bizottság a szabályzat harmadik pontja értelmében ezúttal szakított az utolsó évek rendszerével s a tárgyakat előre megválasztva, kevés előadót szólított fel. E rendszer teljesen bevált s úgy az elnök, mint a titkár köszönetüket fejezték ki Müller Kálmánnak, ki ez eljárást javasolta. A közgyűlésen ezután megbeszélés tárgyát képezték a cursuson szerzett tapasztalatok. Egyik előadó újból hangsúlyozta, hogy a főszekmák számára minimum 12 órát kell juttatni s ezért, ha úgy mint ez évben, jövőre is két-két előadót szólítanak fel, ezek előadásaitak lehetőleg azonos órában tartsák s állapítsák meg a maximalis hallgató-számot. Ezután megejtették a választást. Elnök Jendrassik Ernő, alelnök Schaffer Károly, titkár Bäcker József, a végrehajtó bizottság tagjai: Dollinger Gyula, Böke Gyula, Elischer Gyula, Csapodi István, Erőss Gyula. A közgyűlés Jendrassik Ernő indítványára Bókay János elnöknek és Schaffer Károly titkárnak köszönetet szavazott.

\* **A Nobel-féle pályadíj** odaitélése végett ajánlatok tételére a a budapesti egyetem orvosi tanártestületének tagjai közül a mult héten közölttekben kívül felhívták még: *Fodor József, Klug Nándor, Bókay Árpád, Réczey Imre, Dollinger Gyula, Schulek Vilmos, Tauffer Vilmos* stb. tanárokat is. Így bizonyára alaptalan volt ez ügyben a budapesti egyetem lenézett volta felől kellő utánjárás nélkül híreket szárnyra bocsájtani.

⊕ **Fodor József** tanárt az Académie royale de Médecine de Belgique, melynek azelőtt külföldi levelező tagja volt, mostan tiszteletbeli kültagjává választotta.

× **Megjelent.** *Purjesz Ignác dr.: Orvosok zsebnaptára* az 1901. közönséges évre. 29-dik évfolyam. Kiadja az Eggenberger-féle könyvkereskedés (Hoffmann Alfréd). Ára 3 korona. Ez évfolyam is a megszokott pontossággal van szerkesztve, gazdag tartalmánál fogva a gyakorló orvosoknak jó útmutatóul szolgál az orvosi ügyekben.

△ **Duotal-tabletták.** A duotalt újabban adni szokták tüdőgümőkórban, tüdőgyulladásban, hörghurutban stb. szenvedőknek. Eddig poralakban rendelték. Most tabletták alakjában hozzák a kereskedésbe, a minek az az előnye van, hogy adagolása kényelmesebb és olcsóbb, minél fogva gyakorlati alkalmazásuk ajánlható.

\* \* \*

Hirdetési rovatunk vezetője tisztelettel felhívja olvasóink figyelmét a lapunkhoz csatolt, a „**Farbenfabriken, vorm. Fr. Bayer & Co. Elberfeld**“ cég **HEDONAL** szerére vonatkozó mellékletre.

„**Fasor** (Dr. Herczel-féle) sanatorium.“ (Ujonnan épült magán-gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére.) Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kíváncsiak prospektus.



### Szt.-Lukácsfürdő

gyógyfürdő  
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedencéiben az ásványvíz napokint négyszer megújul, **lokalis iszapborogatások**. Minden nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kitűnő szálló-lak. Vendéglő saját üzemből. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.



Magyarországi főraktár: Budapest, V., Zoltán-utca 10.



## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Magyar Tudományos Akadémia. (III. osztály ülése 1900. november 19-dikén.) 748. l. — Budapesti kir. Orvosegyesület. (XXVII. rendes ülés 1900. november 10-dikén.) 748. lap. — A párisi nemzetközi orvosi congressus urológiai szakosztályának ülései. 749. l.

## Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1900. november 19-dikén.)

Elnök: Than Károly, titkár: König Gyula.

Orvosi érdekű előadás volt:

**Laufenauer Károly** lev. tagé, a ki bemutatta **Ranschburg Pál** dr. „Mnemometer” készülékének rajzát az emlékező erő psychophysikai vizsgálatára, valamint az apperceptio és a számolási műveletek időtartamának átlagos mérésére.

**Ranschburg Pál** dr. az elme- és idegkórtani klinika psychophysikai laboratóriumában végzett tanulmányai alapján módszert állított össze az emlékező erőnek normális és elmebeteg egyénekben való vizsgálatára, mely módszer kiterjed a fogalom, arc-, szín-, tájleközódási, név- és számémlékezet vizsgálatára. A módszer segítségével 70 egyénen végzett vizsgálatból kiderült, hogy a fogalom vagy szóémlékezet az emlékezet gyengülésével legelső sorban és legnagyobb mértékben megfogyást mutat. A szóémlékezet vizsgálatára a szerző a képzetársításokat használta fel, különböző elvek szerint társított szokat állítván be hallás vagy látás útján a vizsgált egyén öntudatába. Bizonyos idő múlva e szópárokra csak első szavát ismételve meg, a véle az imént társított második szót a vizsgált egyének kellett reprodukálnia emlékezetéből.

Már e vizsgálatoknál feltűnt, hogy az emlékező erő függ az emlékezet útján rögzítendő ingerek minőségétől, számától, az inger behatásának időtartamától, sorozatos ingereknél az ingerek közé ékelt szünetek időtartamától, az ingerek ismétlődésének számától s a megtörtént rögzítés és a reproductio között lefolyt idő nagyságától. Eltekintve tehát az egyénben önmagában rejlő belső állapotoktól (melyek kísérletileg sokféleképpen variálhatók), az emlékező erő viselkedése számos külső fizikai körülménytől függ. Az emlékező erő exact tanulmányozására tehát psychophysikai készülékre van szükség, mely mindezt említett külső körülmények exact megszabását és könnyű variálását megengedi. Ilyen készülékekkel eddig nem rendelkezünk.

**Ranschburg „mnemometer”-je**, melyet nevezettnek tervei után **Zimmermann**, a lipcsei Wundt-laboratórium műszerésze készített, egyszerű módon igyekszik mindezen feltételeknek megfelelni.

a) **Ranschburg** a rögzítendő ingereket (szókat, számjegyeket stb.) az eddigi optikai apparátusoktól eltérően kartonból készült körlapokon alkalmazza. A körlapot 60 fokra osztja s a lap periferiáján a fokozatokba írja vagy nyomtatja be sugárirányban az ingerszókat, úgy hogy egy lapon 60 sugárt alkalmazhat. Ha ez a körlap úgy mozog tengelye körül, hogy nem állandó lassú forgást végez, hanem minden  $n$  másodperczenben periferiájának  $1/60$  részével szökik tovább hirtelen mozgással, akkor minden egyes fokozatba irt szöveg, vagy minden üresen hagyott fokozat  $n$  másodpercig lesz a körlap elé állított diaphragma résén át látható s azután hirtelen eltűnik, hogy újabb fokozatnak engedjen helyet. Az üresen hagyott fokozatok szüneteknek felelnek meg. Ha minden fokozat után, melyben szöveg foglaltatik, 1—1 üres fokozatot hagyunk, akkor  $n$  másodpercnyi sebesség mellett a lap egy teljes körülfordulata 30 inger fog egyenként  $n$  másodpercnyi tartammal a szemlélő szeme előtt elvonulni s minden szöveges fokozatot ugyancsak  $n$  másodpercig látható szünet fog követni. Ha pedig pl. minden szöveges fokozat után 2 üres fokozatot hagyunk, akkor minden  $n$  másodpercig exponált inger 2  $n$  másodpercig tartó szünet vált fel, és így tovább. Ily módon az ingerek egyszerű sorozatos kiválthatóságán kívül meg van oldva a közbeékelte szünetek mérésének és tág variálhatóságának problémája is. A reproductio vizsgálatánál a fokozatokba az előbb ingerek gyanánt alkalmazott szópároknak csak első szava lesz beírva s jelenik meg újból az egyén előtt, kinek a második szót emlékezetéből kell visszaideéznie.

b) Az ily módon tetszés szerint megszerkeszthető kartonkörlapot azután a „mnemometer” mozgató készülékének külső rézkörlapjára erősítjük, melynek forgását tehát már most a kartonlap is követni fogja.

E külső rézkörlap összefügg a készülék belsejében elhelyezett 60 fogú sárgaréz csapókerékkel s annak mozgásaival együtt mozog. E csapókerék mozgását pedig egy, a kerék fogazatába játszó erős, szabályozható feszültségű vashorog eszközli, mely valahányszor felfelé mozog, a kereket egy foggal tovább lódtítja. A kerék tovább-lódulásának pontosságát egy **Zimmermann** által szerkesztett kapcsoló szerkezet biztosítja.

Az említett vashorgot pedig, mely egy vízszintes tengellyel függ össze, e tengely útján egy electromagnet mozgattja felfelé. A készülékben u. i. sodronytekercspár foglal helyet, melynek vas magva delejé válik, a mint a villanyáram, melyet a készülékbe vezetünk, záródik. Az áram minden zárásakor tehát egy electromagnetes a vastengelyt s vele a horgot fölfelé rántja s ezzel a fogaskereket egy foggal tovább lódtítja. Ezzel együtt mozog a külső ingertábla is, mely tehát minden áramzáráskor egy fokozattal szökik tovább.

Már most csak contact-órát kell a készülék áramkörébe illeszteni, mely az áramot szabályos és tetszés szerint variálható időközök-

ben nyitja-zárja. Az óra egyszerű igazításával elérjük azt, hogy az ingerek a rés mögött  $1/2$ —60 másodpercnyi időtartamig hatnak az egyénre. A szünetek időtartama ugyanez eljárással mérhető s a már említett módon variálható.

Ha a villanyáram útjába chronoscopot s hangkulcsot csatolunk be, az ingerszó fellépése pillanatában a chronoskop mutatója az áramzárás folytán megindul s abban a pillanatban, melyben a vizsgált egyén az ingerszóhoz tartozó szót emlékezetéből reprodukálta s kimondja, a szó első magánhangzójával beálló rezgés a hangkulcsban az áramot megszakítja s a mutató megáll. A reproductio szükséges időt a chronosconon leolvashatjuk s ilyképen a készülék „mnemoscoppá” vált.

Ha pedig — a mi egyszerűbb s kevésbé költséges — íróhang-villával ellátott villamos jelzőt (u. n. signalt) teszünk a chronoscop helyébe, ez a berendezés a kymograph lapjára 50-ed, 100-ad vagy még kisebb törtrésnyi másodpercekben felírja a képzetek reproductiojának tartamát. Ilyképen az eszköz „mnemograph”-fá válik.

Csak megfelelő ingerlapokat kell készítenünk s a készülék alkalmas az apperceptio és a képzetársítás (főleg a számolási műveletek) időtartamának vizsgálatára is. A fokozatokba egy vagy többtagu szokat alkalmazván ingerül, megállapítjuk, bizonyos sebességű váltakozás mellett hány inger tud felfogni, hány szót tud helyesen elolvasni az egyén; vagy keressük azt a küszöbértéket, mely mellett az egyén még egyáltalán apperceptiálni képes, avagy azt a sebességet, mely mellett az egyén az összes ingereket apperceptiálja. Számolási feladványokat (összeadást, szorzást) írván egy ingerlap fokozataiba, az ezek elvégzésére szükséges minimális és maximalis értékeket ugyanígy megállapíthatjuk. Ilyen megközelítő vizsgálatokra sem chronoscop, sem egyéb időjelző becsatolása nem szükséges s így az eljárás felette egyszerű.

## Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XXVII. rendes ülés 1900. november 10-dikén.)

Elnök: Bókay János; jegyző: Dieballa Géza.

A hasfalak egy érdekesebb bántalma nőknél.

**Singer Hugó**: Egy saját szerű kórképre volnék bátor a t. Orvosegyesület figyelmét felhívni, melyet első leírói és megfigyelői, **Josephson** és **Videstrum** svéd orvosok a hasfalak panniculitise (panniculusból) és cellulitise név alatt jelölték meg 1891-ben és melynek symptomait mutatja a bemutatandó beteg is.

Lényege abban áll, hogy a hasfalak a rendesnél merevebbek lesznek és bár pusztán érintésnél nem fájnak, rendkívül érzékenyeknek mutatkoznak, ha a bőrön és bőr alatti zsírszöveten egy redőt emelünk, valamint mindazon mozgásoknál, midőn a bőr vagy a zsírszövet közvetlen nyomást szenved, pl. a ruha megkötésénél, vagy előrehajlásnál stb.

Boncztanilag a bántalmat első ismertetői egy chronicus oedemának és pangásnak tartják a hasfal bőr alatti és zsírszöveteket összefűző kötőszövetében és ennek kifejezőjeül tekintik ama kása-kölesszem nagyságú göböségeket, a melyeket legtöbbször ezen bántalomnál találunk és melyek a tapintó ujj alatt elesusznak. Ez utóbbiak okozzák a leg-erősebb fájdalmat.

E kórkép az esetek túlnyomó részében asszonyoknál, ritkán férfiaknál fordul elő. Praedisponáló ok a nőknél a genitalis megbetegedés, alhasi plethora és a climax első éve.

A bántalom diagnosisa nem épen könnyű. Összetéveszthető volna 1. a hasfalizmok rheumájával, 2. és főleg neurosisokkal, a melyon a hysteriások foltos hyperaesthesiája. Az izmok bántalmazottságát kizárjuk amaz észleletből, hogy nem fájdalmas a betegnek semmiféle mozgás, mely ezen izmokat fokozott actioaba helyezi (pl. a hasprés működése nehéz székelésnél, fekvő helyzetből való felülés támaszkodás nélkül). A hysteriától pedig abban különbözik, hogy a hysteria egyéb fontos stigmái (a fájdalom szabályszerű kiterjedése, a sensitivo-sensorialis hemianaesthesia) hiányzanak; főleg pedig abban, hogy a bántalom a megfelelő kezelésre prompt javul, de csak lassan, fokozatosan és nem egy csapásra, mint ez sokszor a hysteriánál történik. Legtöbbször pedig érezzük tapintó ujjunkkal, hogy a hasfal merevebb, nehezebben redőzhető és az említett göböségeket is tapinthatjuk.

A tartama a bántalomnak — ha a helyes kezelés nem applicál-tatik — évekre terjed és a nő munkaképtelenné, idegessé teszi.

A megfelelő therapia **Josephson** szerint (Hygieia 1891. Bd. 53. II. Nr. 7, pag. 15—115) a hasfalak gyúrásában és relaxációjában áll 5—10 perczig naponként, 3—4 hétig, mikor is már az első ülések után feltűnő a javulás. A betegek könnyebben járnak, a ruha, fűző nem nyomja őket; az orvos pedig objective napról napra eltűnni látja az első napokban a hasfalak redőzésénél jelentkező vehemens fájdalmakat és ha göböséské jelen vannak, eltűnnek ezek is.

Főcélja a bemutatásomnak az volna, hogy felhívjam szives figyelmüket arra, miszerint ezen kevésbé méltott kórkép mennyire alkalmas más alhasi fájdalmas bántalmakkal való összetévesztésre.

Legtöbbször a nőorvos tévesztheti össze chronikus para- és peri-



# GYERMEKGYÓGYÁSZAT.

Szerkeszti BÓKAY JÁNOS tanár.

**TARTALOM.** *Dirner Gusztáv dr.*: A vulva heges atresiája 3½ éves leánykánál. — *Preisich Kornél dr. és Berend Miklós dr.*: Közlemény a budapesti „Stefánia”-gyermekkorházról. Diagnostikus tuberculin-kísérletek a gyermekkorban. — *Heim Pál dr.*: A lausanne-i egyetemi gyermekgyógyászati klinikáról. Igazgató Combe egyetemi tanár. Anaemia pseudoleukaemica infantilis esete. — *Deutsch Ernő dr. és Faludi Géza dr.*: Közlemények a budapesti „Stefánia”-gyermekkorház Röntgenlaboratóriumából — **Irodalomszemle:** I. Congressusok. — II. Könyvismeret. — III. Lapszemle. — *Vegyesek.*

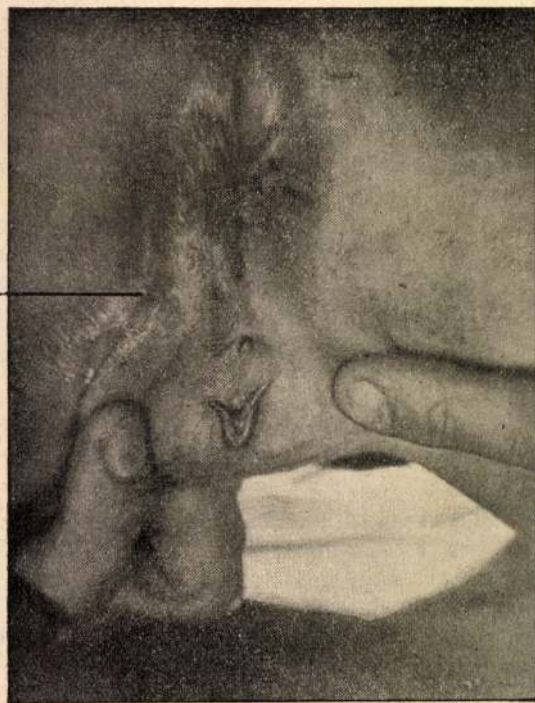
## A vulva heges atresiája 3½ éves leánykánál.<sup>1</sup>

*Dirner Gusztáv dr. egyet. m. tanár.*

A vulva ú. n. sejtes atresiája, nem ritka dolog. *Bókay* sen. maga talán 40 esetet közölt. Ez a gyakori atresia többnyire a két kis szeméremajak nem épen erős összetapadásában és csak ritkán azok heges összenövésében áll. A vizelet kiürítése rendszeren nincs is akadályozva s vagy a clitoris alatt, vagy lent a végbél felé megvan a lefolyása.

Közlendő esetem aetiologice eltér ezektől, mert traumától eredt, a melynek mibenvoltáról azonban a gyermek atyja sem tud biztosat mondani; azt hiszi lórúgás érte a gyermeket ½ évvel ezelőtt. E trauma következménye a bőr nagy részletének elhalása volt, a melynek nyoma a sulcus labio-femo-

Húgy-sípoly.



ralisban egy 7 cm.-nyi hosszú forradás képében most is látható. Ez a zúzódás az atya kimondása szerint az egész szeméremrés környékére terjedt ki, hosszasan és lassan gyógyult, miközben kifejlődött az a kóros állapot, hogy a leányka, a ki azelőtt rendszeren tudott vizelni, most vizeletsurgásban szenved, különösen ha fenjár; fekvé kevésbé; e mellett néha nehezen vizelet s fájdalmak vannak.

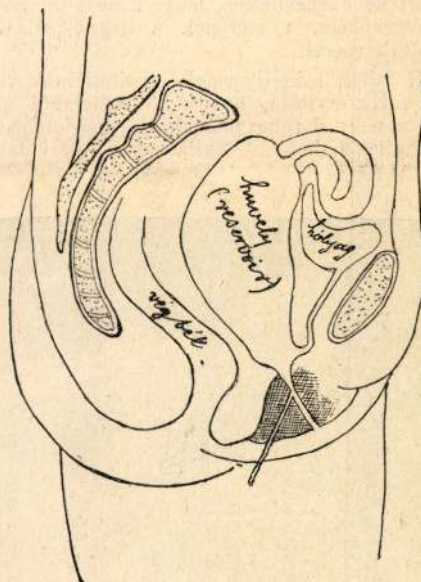
Az orvosi vizsgálatnál kiderült, hogy vulvája teljesen össze van nőve, s hogy csak egy tűszúrásnyi helyén szorul ki csöppenként a vizelet; ugyanilyen kis nyílás azonban az említett forradásban — a sulcus labio-femoralisban — is felfedezhető, úgy hogy az elzárt vulva felől ezen nyílásig a bőr alatt mintegy 3 cm.-nyi hosszú fistulás menetnek kellett a szenvedett trauma gyógyulása közben képződnie.

<sup>1</sup> Bemutatta a budapesti kir. orvosegyesület 1900. évi május hó 31-dikén tartott rendes ülésén.

A kis 3½ éves beteget, *B. Borbálát*, *Bókay* tanár volt szíves klinikámra küldeni, miután ő már narkosisban meggyőződött, hogy a vulvát záró heges rétegen keresztül a húgycsőbe és a vaginába jutni sokkal nehezebb, mint rendszeren és annak forcírozásától elállott.

Én is narkosisban végeztem a vizsgálatot és a műtétet. A végbélben át vizsgálva a medenczebeli viszonyokat, ott a végbél előtt mintegy a medencze tengelye irányában, felfelé terjedő, gyermekkarvastagságú, feszes, elastikus, folyadékkal telt hurkaszerű képletet találtam. Ezt a telt, tágult és megnyúlt hólyagnak tartottam; de feltűnő volt, hogy mellette sehol a méh és függelékeinek megfelelő részeket nem tapinthatam. Kivülről a hasfalán át a telt hólyagnak tünetei nem voltak meg; tenesmus a leánykának akkor nem volt.

Elvégezve a vizsgálatot, hozzáfogtam a műtételhez és óvatos metszéssel igyekeztem a vulva forradásán áthatolni és



a húgycső és hüvely nyílásához férközni. A dolog nem akart sikerülni; nagyon merészen előrehatolni a késsel nem tudtam, mert elég erősen vérzett és a vizelet kicsöppenése a kis nyíláson át is abban maradt és ha mutatkozott is újra, sondával a hajszálfinom nyílásba behatolni nem sikerült, úgy hogy az irány sehogy sem volt megadva. De végre egy finom ezüst-drótfonalat, ketté hajtott végével sikerült bevezetni s ekkor feltűnő volt, hogy mily magasan és könnyen tölthető be ez a drótszál abba az ürbe, a mely a vizeletet tartalmazza; a vizelet a kettős drót rugalmasan szétterő két szála közt most bővebben ömlött és sikerült a nyílást annyira tágítani, hogy vajt kutatóval behatolhattam.

Úgy vélekedtem, hogy a húgycsőbe jutottam, a mely erősen kitágult s tágongva bevisz a hólyagba. A megtalált nyílástól le- és hátrafelé kerestem a hüvelybemenetet is, óvatosan bevágva a septum vagino-rectale felé, illetőleg a gátba, de hiába. Azzal a gondolattal, hogy itt talán ab ovo már fejlődési rendellenesség — atresia vaginae — is volt, abban hagytam a keresést és a talált nyílás biztosításához fogtam, a mit úgy akartam elérni, hogy annak mucosáját a kisajkak ép muco-



sájához kivarrom. Ezt 4 öltéssel jobbra, balra, elül és hátul meg is tettem, de elkészülve az eredménnyel nem voltam megelégedve, mert a nyílást szűknek találtam és féltem, hogy gyógyulás közben még szűkebbé lesz a forradás által. Ujra sondáltam a megnyitott csatornát és el kellett fogadnom azt a feltevést is, hogy ez a hüvely, nem pedig a tágult húgycső. Kerestem tehát a húgycsővet és tényleg meg is találtam a kivarrott nyílástól befelé a csatornában, a symphysis alsó szélén túl, eredeti helyétől tehát el- és hátra húzva. A bevezetett kutató és vékony catheter bizonyosságot tett erről.

Ezek után nyilvánvaló lett, hogy a végbélen keresztül tapintott vastag hurkaszerű képlet a hüvely csatornája volt, a mely a hólyagból kiürített vizeletet reservoirként felfogta s a vizelet önkéntelenül csak akkor folyt ki, a mikor a hüvely-reservoir annyira megtelt, hogy annak erős feszülése folytán a vizelet a két hajszálfinom nyíláson keresztül csöppenként kiszorult.

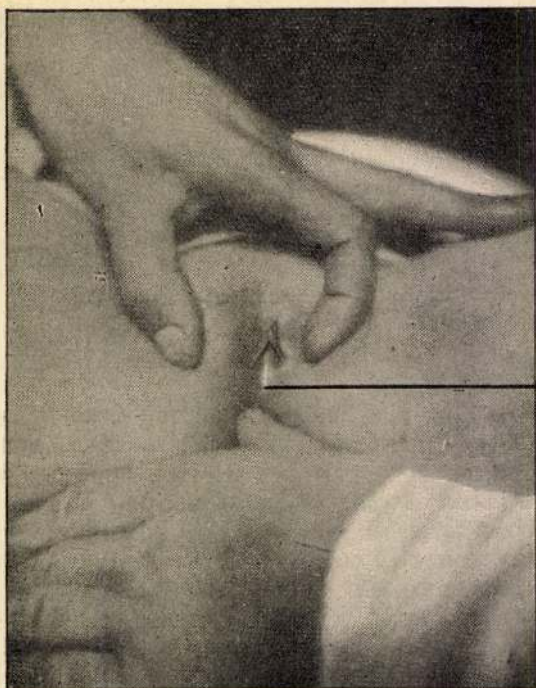
Most már bátran tághattam a nyílást metszéssel a gát felé és felszabadítva a hüvely mucosáját a bemenet táján, terjedelmesebben varrtam azt a kisajkak ép részéhez, hogy így biztosítsam nyitva maradását, sőt a lehetőségig helyreállítsam a vulva normalis viszonyait.

A kívánt eredményt el is értük; a varratokat a 8-dik napon eltávolítottuk és a 10-dik napon a most már boldogan játszadozó gyermeket apja hazavihette távol falujába.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> A közelmúltban egy hasonló eset került észlelés alá a „Stefánia“-gyermekkorházban, melynek leírását Bauer L. dr. tanársegéd tollából a következőkben adjuk:

N. E. 8 éves leánygyermek f. é. október hó 10-dikén azon panasszal hozott be kórházunkba, hogy 2 év előtt padlásról leesvén, szeméremrészét megsebezte, a melynek a begyógyulása után vizeleti nehézségek maradtak vissza.

Az elég jól fejlett leánygyermek genitáliáinak vizsgálatánál azt találtuk, hogy a vulva nyílása, heges kötőszövetből álló diaphragma által van elzárva, a mely diaphragmának alsó szegletében egy gombostű-fejnyi, kerekded nyílás látható. A nyílásnak a kutaszolása elég könnyű,



Heges diaphragma.

a sonda mintegy 3 cm.-nyire tolható fel a diaphragma mögé. A vizelet csak cseppekben ürül a nyíláson keresztül, a vizeletcsepegés azonban egy-egy vizezés alkalmával 1/2–1 óráig tart. A mintegy 3 mm. vastag hegeszövetet körülbelül 4 cm. hosszan hasítottuk fel a középvonalban vajt kutaszon, a sebszéleket csomós varratokkal egyesítettük (Verebély) s prophylactice állandó hólyagcathetert alkalmaztunk. A műtét után a vizezés teljesen szabad. A sebszéleknek az egyesülése után, — a mi 5 napot vett igénybe — a varratokat, valamint a cathetert is eltávolítottuk s a leányka november hó 1-jén teljesen gyógyultan hagyta el kórházunkat.

## Közlemény a budapesti „Stefánia“-gyermekkorházból.

### Diagnostikus tuberculin-kísérletek a gyermekkorban.<sup>1</sup>

Preisich Kornél dr. kórházi segédorvos és Berend Miklós dr. v. egyet. tanársegéd.

#### I. rész. Scrophulosis és tuberculosis.

A legújabb időkig nincs eldöntve azon kérdés, hogy a scrophulosis különálló kóralaknak tekintessék-e, vagy nem? Egyesek tökéletesen elválasztják a tuberculosistól, mások bizonyos relatióba helyezik azzal, a határ azonban teljesen elmosódik. Monti pl. legújabbán is azt veszi fel, hogy „a scrophulosisnak két félesége van, melyek egyike a tuberculosis-hoz tartozik, de a másik nem“. Felvesz három stadiumot; az elsőnél a szövetek tökéletlen fejlődése és rendetlen, hiányos anyagcsere van jelen; a második stadiumot a szövetek abnorm viselkedése külső befolyásokkal szemben jellemzi. (Ez az a mit mi felületes scrophulosisnak nevezünk; ide számítja Monti a csontthartyalobokat is.) E két kórformának Monti szerint a tuberculosishoz semmi köze nincs. Ellent mond azonban Monti ezen fejtegetéseinek, hogy az ezen kóralakoknál esetleg beálló halál majdnem mindig a belső szervek tuberculosisának következménye. Ha a scrophulosis tanának történeti fejlődését látjuk, akkor is a legnagyobb bizonytalanságot tapasztaljuk nemcsak a scrophulosis aetiologiájára, hanem klinikai megjelenésére vonatkozó leírásokban is. Mig eleinte scrophulosis név alatt a nyirkrendszer mirigyeinek hyperplasiáját értették, addig a XIX. század orvosirói már igen számos affectiót egyesítenek ezen név alatt; belevonták a bántalom keretébe a csontok és ízületek bizonyos megbetegedéseit, a köztakarón észlelhető renyhe lobos folyamatokat, sőt tüdőaffectiókat is. Azok, a kik a scrophulosis külön megbetegedésnek fogják fel, nem adják meg pontosan azon határt, meddig lehet szó scrophulosisról és hol kezdődik a tuberculosis? Az a meghatározás, hogy azon folyamatok, melyekben a histologikus vizsgálat tuberculosis bacillust derít ki, tuberculosis — a többi scrophulosis, ma azért nem állhat meg, mert újabb kísérletsorozatok bebizonyították, hogy negatív szövettani vizsgálat mellett akárhányszor ad pozitív eredményt az állatkísérlet. Csak az ezen téren uralkodó confusio illusztrálására említünk egy adatot: Volland 1897-ben 2506 beteg közül 7–9 év közt 96%, 10–12 év közt 91%, 13–15 év közt 68% scrophulosis megbetegedést vesz fel, de magyarázatul szolgál ezen óriási számaránynak, hogy a körisme felállításához duzzadt nyaki mirigyeket is elégségesnek tart!

Scrophulásnak mondják ma sokan a gyermeket phlyctenás kötő- vagy szaruhártyalob mellett; ide számítják a chronikus rhinitisek nagy részét, valamint nagy részét a chronikus eczemáknak; a köztakarón vagy az alatt fejlődő hideg tályogok, a nyaki mirigyduzzanatok, a csontok és ízületekben fejlődő chronikus, többnyire fájdalommentes lobos folyamatok (spina ventosa, arthritis fungosa) ugyancsak görvélyes jelenségeknek neveztetnek (néhány autorok szerint még akkor is, ha a köztakaró kifekélyesedéséhez vagy sipolyjáratokhoz vezetnek); végre mint említettük, bizonyos tüdőbeli folyamatokat is úgy fognak fel (Biedert), hogy azok csak tüdőbeli scrophulosisnak felelnek meg. De nemcsak a klinikusok nincsenek egészen tisztában a kórkép határaival, a kórboncznokok felfogása sem egészen egységes, bár kevés kivétellel tuberculosisnak qualificálják azt a folyamatot, melyet a klinikus görvélyesnek nevezett el (pl. Ziegler egy helyen ezt mondja: „a nyirkmirigy ezen tuberculosis megbetegedését a klinikusok scrophulásnak nevezik, mert leginkább gyermekknél fordul elő).

Hogy a kérdést valóban tisztázhassuk, szükséges ismerünk a tuberculosis bacillus által létrehozott megbetegedések különböző árnyalatait, mert a tudomány mai álláspontja szerint tuberculosis minden oly folyamat, mely a Koch-féle bacillus által okozatik s tuberculosis tehát minden olyan folyamat, melyben

<sup>1</sup> Előadva a budapesti kir. orvosegyesület május 20-diki gyűlésén.



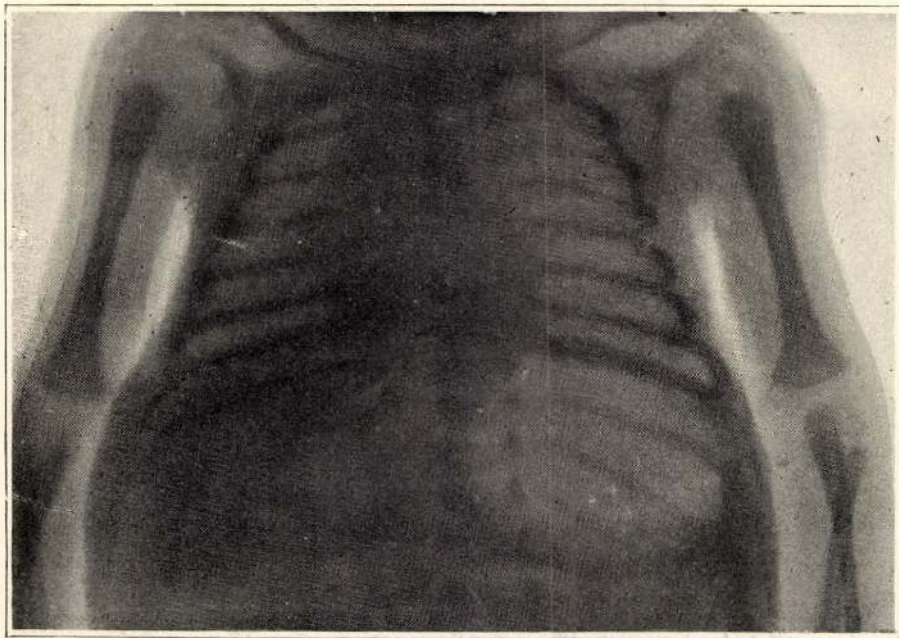




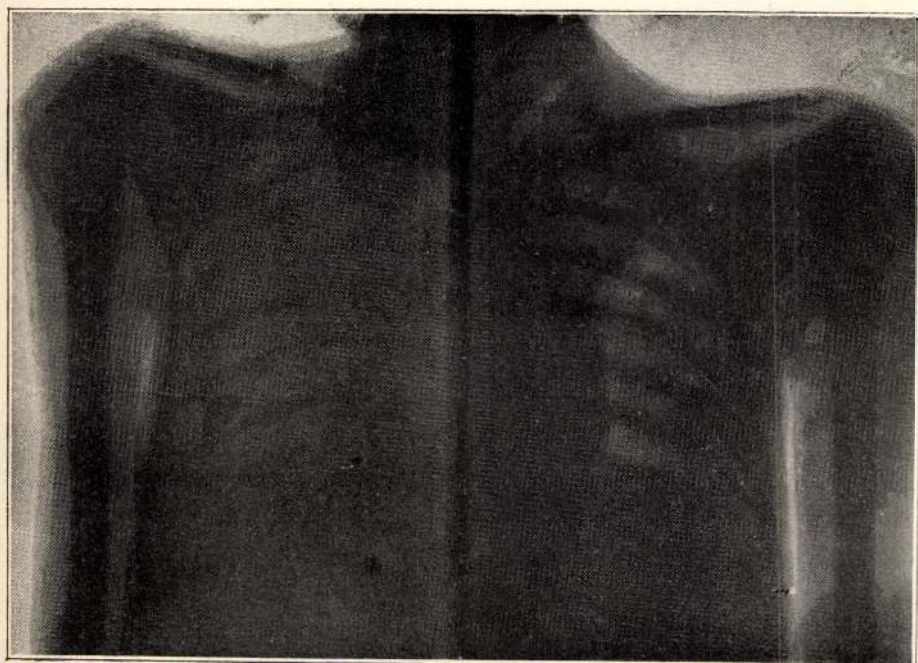
# Közlemények a budapesti „Stefánia“ gr.

*Deutsch Ernő dr.*

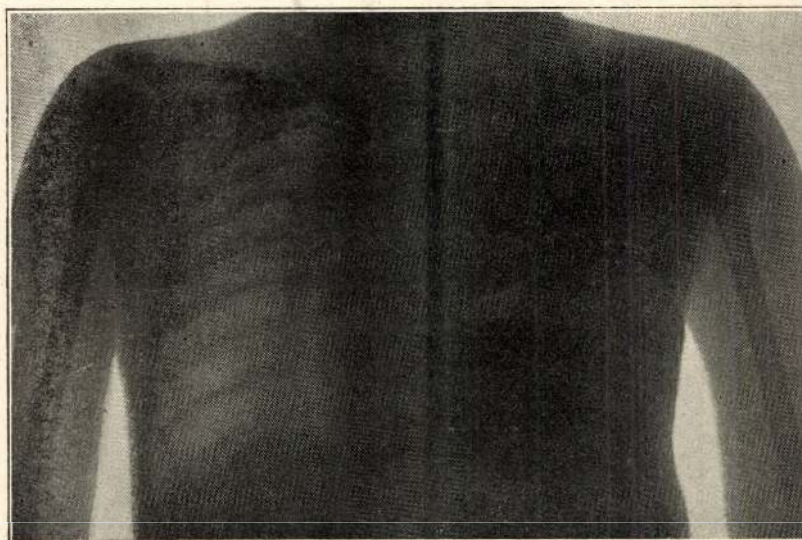
III. 5



1. ábra.



4. ábra.



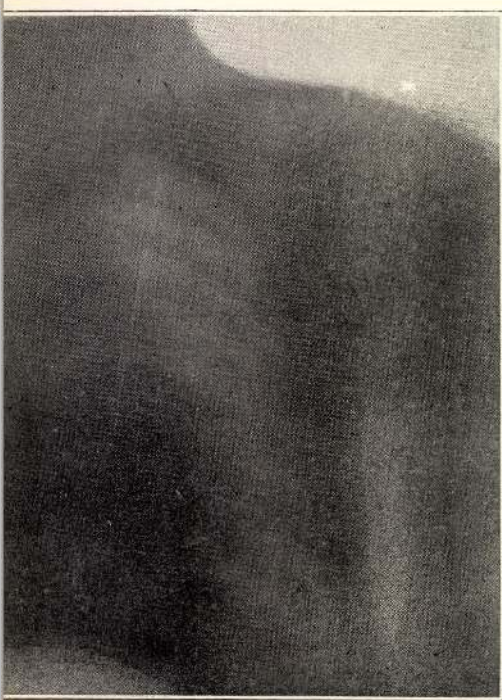
5. ábra.



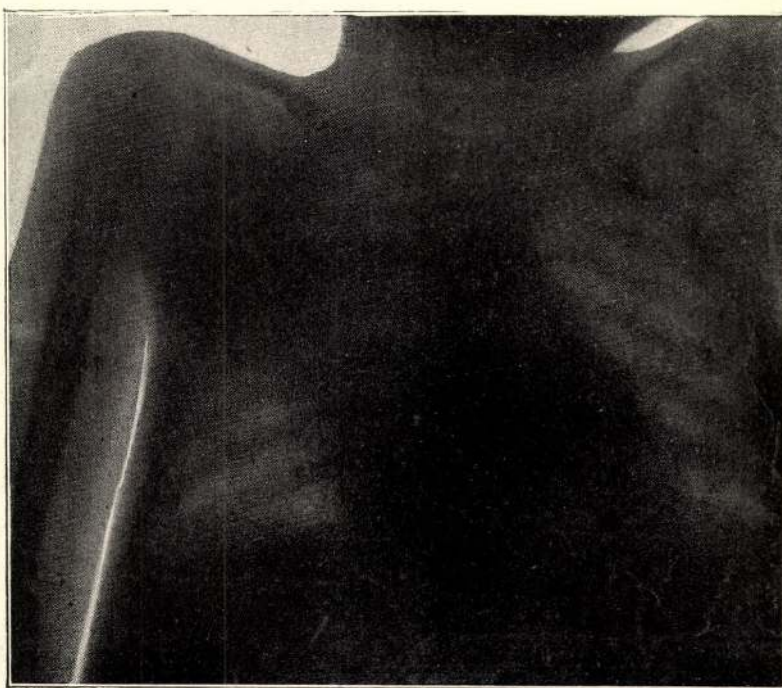
rmek-kórház Röntgen-laboratóriumából.

Paludi Géza dr.-tól.

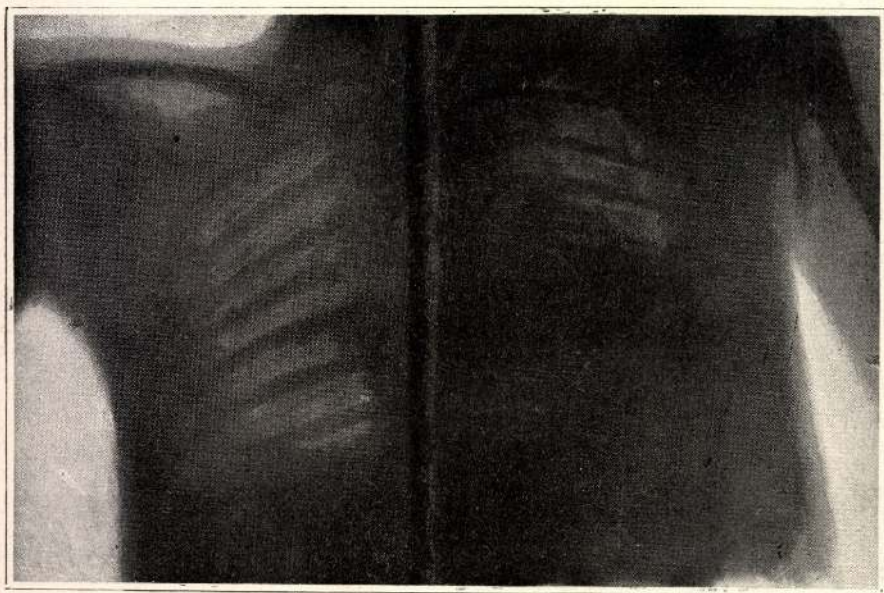
BLA.



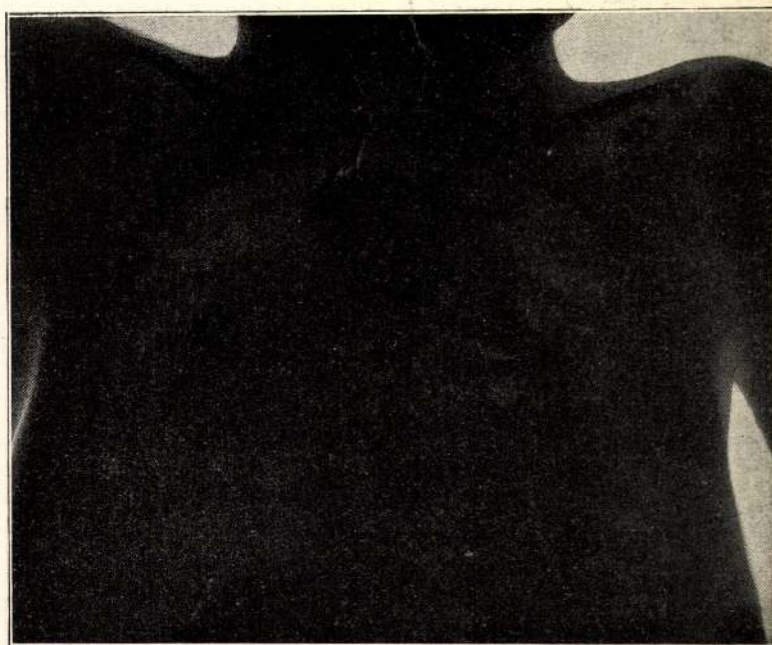
2. ábra.



3. ábra.



6. ábra.



7. ábra.



THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS



a Koch-féle bacillus kimutatható, ha a bacillus nem accidentalisan jutott oda. A bacillus secundaer odajutása valamely helyre pedig könnyen dönthető el, mert Orth, Baumgarten, Cohnheim, Schlenker, Krückmann és mások vizsgálataiból kiderül, hogy a tuberculosis bacillus a felületről a mélybe, a felületnek laesiója nélkül nem juthat, a hol tehát a felszínen, köztakarón vagy nyálkahártyán tuberculosus folyamat vagy ilyennek nyoma nincs, ott a bacillus accidentalis bejutását kívülről fel nem vehetjük. Hangsúlyozzuk ezt azért, mert Monti és mások is scrophulosisnál a bacillusnak utólagos odajutását veszik fel. Saját megfigyeléseink alapján azt mondhatjuk, hogy elsődleges tuberculosis, nyálkahártyán vagy bőrön (lupustól eltekintve) a gyermekkorban nagyon ritka. Újabb időben azonban különösen fent nevezett szerzők is nyaki nyírkirigytuberculosis mellett, ha ez nem ascendáló folyamat következménye, a tonsillákban csaknem kivétel nélkül ki tudták mutatni a tuberculosist, még akkor is, ha szabad szemmel fekélyződés nem volt észlelhető. Ilyenkor az előbb még egészséges nyaki nyírkirigy a descendáló tuberculosis bacillus következtében lett beteg. Kísérletileg állatokon a tuberculosisnak ugyanezen menetét tapasztalták. Tuberculosis bacillussal szennyezett tápszer előbb a nyálkahártyán okozott mindig elváltozást akár a szájban már, akár a tápcsatorna más helyén és csak azután jött létre a mélyebb fertőzés.

Ha tehát egy mélyben székelő beteges folyamatban tuberculosis bacillust találunk, akkor tuberculosisról kell szólnunk. Áll ez még akkor is, ha a bacillusok száma oly csekély, hogy fellelésükhöz górcsői és culturalis vizsgálat mellett állatkísérletet kell segítségül venni. Monti, Biedert és mások éppen azért akarják különválasztani a scrophulás folyamatokat a tuberculosusoktól, mert amazoknál a tuberculosus bacillust sokszor nem, vagy csak igen csekély számmal találták, utóbbit különösen a mély scrophulás folyamatokra vonatkoztatják. Erre teszi Baumgarten, számos vizsgálatára támaszkodva azon megjegyzést, hogy úgynevezett scrophulás nyírkirigyekben, csont- és tüdőbántalmakban a tuberculosis bacillust mindig megtalálta kezdettől fogva, a folyamat kórbonecztanilag is tuberculosisnak bizonyul. Hübbenet pl. már 1891-ben 14 esetben vizsgált frissen, exstirpált scrophulás-nyírkirigyeket és a tuberculosis bacillust mindig kimutatta, kulturát és állatoltást véve segítségül. A mély folyamatoknál Biedert is csak kezdetben nélkülözi a tuberculosis bacillust, később megtalálja, de csekély számát nem tartja elégségesnek a betegség létrehozatalához. Figyelmen kívül hagyja azon tényt, melyet Baumgarten erre megjegyyez, hogy chronikus tuberculosus folyamatokban rendszeren nincs arány a bacillusok száma és a megbetegedés foka és kiterjedése között. Ezen tényt mindenki tapasztalja, ki chronikus tuberculosus folyamatokat bacillusok jelenlétére többszörösen vizsgál.

Virchow-ra való hivatkozással történt több ízben a scrophulosis és tuberculis elkülönítése. Virchow ugyanis azon időben, mikor a tuberculosis bacillust nem ismertük, különválasztani igyekezett scrophulosist és tuberculosist, scrophulosishoz sorolva azon folyamatokat mirigyben, tüdőben stb., melyek hyperplasiát majd elajtosodást mutattak kórszövettanilag, tuberculum képződés nélkül. Virchow legújabbban is helytelennek tartja a tuberculosis elnevezést a pneumonia caseosára, de nem azért, mintha nem a tuberculosis bacillust okozná, hanem azért, mert nem jár tuberculum képződéssel, helytelennek tartja egyáltalán a bacillusnak elnevezését, mert a kórfolyamatra, melyet okoz, nem jellemző mindig a tuberculum.

Hogy a tuberculosis bacillus által okozott kórszövettani elváltozások nem mindig tipikusak és hogy az elváltozások minősége sokban a bacillus virulentiájától függ, arról Krompecher barátunknak a Pasteur-intézetben (Párisban) a tuberculosis bacillus virulentiájára vonatkozó vizsgálatai közben győződünk meg. Egyikünknek volt alkalma e vizsgálatokat figyelemmel kísérni. Krompecher oly gyenge virulentiájú tuberculosis bacillust talált, mely állatkísérletben tipikus tuberculumot előidézni nem volt képes, de okozott mérsékelt sejtproliferációt, óriás sejteket; az állat nem lett beteg, az injectio daczára gyarapodott, tuberculinra csak az első hét végével és

igen mérsékeltén reagált, később a tuberculin reactio már létre sem jött, a mit kétségkívül a jó erőben levő állatnál gyógyulási jelenségnek lehet tekinteni. Láttuk tehát, hogy a tuberculosis bacillus virulentiájától függ nem csak az, hogy a szervezet, melybe jutott megbetegszik-e vagy nem, hanem a virulentiától függ az is, hogy milyen kórszövettani elváltozást okoz. Tuberculum hiánya szóval nem képez bizonyítékot tuberculosis ellen.

Azt többen észlelték, hogy scrophulásoknak mondott egyénekből kitenyészett vagy egyéb gyenge virulentiájú tuberculosis bacillus kísérleti állatba oltva, nem viselkedik egészen úgy mint egy virulens tuberculosis bacillus. Elégséges, ha Courmont és Denis-nek, Cacliot, Gilbert és Roger-nek, végre Perez-nek idevágó vizsgálatait említjük. Kimutatták, hogy a visceralis tuberculosis rendszeren virulensebb, az izületek scrophulás lobja gyenge virulentiájú bacillus által van feltételezve. Gyenge virulentiájú tuberculosis bacillus, milyen a madár-tuberculosis a tengerimalaczokra, ezen állatoknál pl. általános tuberculosis nem is, hanem  $\frac{1}{2}$  év múlva vagy még később izületmegbetegedést okozhat, mely az embernél jól ismert tumor albus jellegével bír. Többek által megejtett vizsgálatok megegyeznek abban, hogy scrophulásoknak mondott egyénekből kitenyészett tuberculosis bacillus gyenge virulentiájú. A klinikus által pedig elismert tény az, hogy a scrophulosis gyógyul; gyógyul pedig akkor is, igen sok esetben, mikor Monti, Biedert, Norden és mások felfogása szerint tuberculosis bacillus megletelepedését — mire a scrophulás egyént kiválóan hajlamosnak mondják — ki lehet mutatni; elismerik azt, hogy a tuberculosisnak éppen ezen esetei azok, melyek leginkább gyógyulnak. Mindenekelőtt Baumgarten-nel együtt tévesnek kell tekintenünk azon felvételt, hogy ily egyéneknél specifikus hajlamosság tuberculosis iránt léteznék, mert ha ez így volna, akkor gyakran kellene látnunk nyálkahártyán vagy köztakarón tuberculosus folyamatokat, ilyenek pedig a scrophulás egyéneknél épp oly ritkák mint másoknál. Azon tény, hogy a scrophulás tuberculosis sokszor gyógyul, míg mondjuk így: a primaer tuberculosis rendszeren halálos, némileg ellentmondásban áll azzal, a mit a bakteriumok biológiájáról általánosságban elvállalva. Ezek szerint ugyanis, ha egy pathogen bakterium kedvező táptalajra talál, akkor pathogeneitásban inkább fokozódik, mintsem hogy virulentiájában gyengüljön.

Összegezve az eddigieket, azt látjuk, hogy a mélyben székelő úgynevezett scrophulás folyamatoknál a tuberculosis bacillus csaknem kivétel nélkül kimutatható, a nemtipikus kórszövettani elváltozás is, tuberculosis bacillus által lehet feltételezve, miután tudjuk, hogy gyenge virulentiájú tuberculosis bacillus bir azon sajátossággal, hogy tuberculum nélküli kórszövettani elváltozást idéznek elő. Scrophulás szöveteiből kitenyészett tuberculosis bacillus pedig rendszeren gyenge virulentiájú. Gyengült tuberculosis bacillussal állatoknál létrehozott elváltozások spontán gyógyulásba mehetnek át, az állatok az infectio daczára gyarapodhatnak.

Nézzük ezek után, hogy miként áll a dolog a felületes scrophulás folyamatokkal, melyek alatt a köztakaró, kötő- és nyálkahártyák renyhe lobos folyamatait értjük, a mint azokat némely ide tartozó otitisen kívül már volt alkalmunk felsorolni. Ezen folyamatoknál a tuberculosis bacillus csakugyan ritkán mutatható ki, illetve helyesebben mondhatjuk, legtöbbször hiányzik. A phlyktenás vagy exanthematikus kötő- és szárhártyalobot nem a tuberculosis bac. idézi elő, hanem mai felfogás szerint egy genytermelő coccus, mely rendszeren másodlagosan arczczemákról szokott a szembe jutni. Az eczemát sem okozza a tuberculosis bac. s bár sikerült 1—2 esetben ezen bacillust fellelni, ennek még sem tulajdoníthatunk jelentőséget, miután ily esetekben csakugyan accidentalisan juthatott oda. A rhinitis chronica és némely otitis is, mely scrophulásnak vétetik, Schuchardt vizsgálatai szerint gyakrabban tuberculosus eredetű, mint azt ennek előtte hitték, de nagy számmal vannak kétségen kívül olyan esetek, melyek nem tuberculosusak. Mindezen folyamatokat scrophulásoknak csak akkor mondják tulajdonképpen, ha renyhe lefolyásnak és gyógyulásra kevés hajlamot mutatnak; mert nem kételkedik



abban senki, hogy kerato-conjunctivitis exanthematica, eczema, rhinitis, otitis éppen a nevezett specifikus jelenségek nélkül, bárkinél is előállhat.

Scrophulásoknak mondott egyének legjellegzőbb sajátása a nyaki nyirkmirigyek duzzanatában áll és ha a fentebb említett renyhe lefolyású felületes lobos folyamatokkal felruházott egyéneket vizsgáljuk, akkor náluk a nyaki, sokszor garatbeli és egyéb nyirkmirigyek duzzanatát csakugyan megtaláljuk. Ritkák azon esetek, mikor a regionaer nyirkmirigy megnagyobbodások latensek. A nyirkmirigyeknek említett elváltozása magában véve már elegendő ahhoz, hogy a felületes lobos folyamatoknak renyhe lefolyását, hajlamosságát kiűjlásra megértsük.

Hiszen ezek következtében a nyirkedényekben többé-kevésbé kifejezett pangás áll be és ebből magyarázhatók a scrophulosisra kórboncztanilag jellegzetesnek mondott nyirkedénytágulatok is. Mindez magával hozza, hogy a szövetnedvek keringése lassú s így a megfelelő szövetek és szervek kellő táplálkozásban, mint a gyógyulás főkövetelményében nem részesülnek. Ezen viszonyok nagyon könnyen érthetővé teszik azt is, hogy ily gyermekek, külső behatásoknak, fertőzéseknek jóval kisebb mértékben képesek ellentállani, mint egészségesek. A felületes lobos folyamatok tehát nem tekinthetők specifikusoknak, közönséges lobok ezek, melyeknek renyheségét és hajlamosságát recidivákra localis okokra kell legtöbbször visszavezetni.

A „Stefánia“-gyermekkórház beteganyagán végzett megfigyelések alapján mi a tuberculinreactióval kísértettük meg azon kérdés tanulmányozását, hogy az úgynevezett mély scrophulás folyamatok így is tuberculosusoknak bizonyulnak-e, másodszor, hogy azon egyének, kiknél a közönséges felületes lobos folyamatok a scrophulosisnak nevezett jellegét veszik fel, mily arányban adják a tuberculinreactiót, vagyis a lobot módosító nyirkmirigyduzzanatok tuberculosus eredetűeknek vehetők-e és milyen számarányban. Midőn magunkat a tuberculinreactio keresésére határoztuk, ezt első sorban azért tettük, mert az addigi közlemények alapján és főleg a „Stefánia“-gyermekkórházban már eddig nagyobb számmal végzett diagnostikus injectiók által meg voltunk róla győződve, hogy a régi tuberculin igen mérsékelt adagjának egyszeri injectiója káros következményekkel nem jár. Eseteinkben nem is észleltünk ilyet, sőt alig egy-két esetben észleltük az *Escherich* által leírt szűrési reactiót, mely nem egyéb, mint pár órával az injectio után föllépő halványvörös duzzanata a bőrnek a szűrési canalis mentén. Kísérleteinket a *Höchst*-i gyárból beszerzett „*Tuberculin zu diagnost. Injection*“ segélyével végeztük, melyből 5% carbol-oldattal 1%-es higitást készítettünk, e higitott tuberculin fél, illetve 1 cm<sup>3</sup>-ét használva egy-egy diagnostikus kísérletre, a mi 1 centigramm, illetve 5 milligramm tuberculinak felel meg, miután meggyőződünk arról, hogy az általunk használt készítmény 3 milligrammja még nyilvánvaló tuberculosus esetén sem képes többször reactiót előidézni; 2 milligrammál végzett oltások pedig gyakran eredménytelenek maradnak. Az általunk használt tuberculin gyöngesége adja a magyarázatát annak, hogy az adag magasabb, mint *Koch* előírása (1 milligramm). Hogy ez valóban így áll, azt leginkább azt bizonyítja, hogy *Heubner*, *Ganghofner*, *Hagenbach*, *Jacobi*, *Kohts*, *Bayer*, *Escherich*, *Henoch*, *Epstein* annak idején, az első *Koch*-aerában, 1/2 milligrammtól is láttak többször reactiót — mi 1 milligrammtól soha, 2 milligrammtól is aránylag ritkán. Az összes fent nevezett szerzők hangsúlyozzák, legjobban pedig *Schreiber* újszülötteken végzett kísérletei bizonyítják gyermekek nagyfokú tuberculin eltűrését. Hogy a használt adag nem volt túl magas, azt azzal bizonyíthatjuk, hogy 24 óra alatt a reactio majdnem mindig lefolyt. Alig 21 esetünk volt olyan, melynél a láz a második 24 órában is eltartott.

Diagnosticus reactióhoz különben is magasabb adagokra van szükség, mint curativ eljárásához; mert az egyszer alkalmazott magas adag kevesebbet érthet, mint a kis adag sokszori megismétlése. Görvélyesek gyógyítása és a kórfolyamat felismerésére különösen *Epstein* és *Escherich* fektettek 1893

—94-ben súlyt, valamint *Bayer* is — majdnem minden esetben találtak reactiót, de ők kísérleteiket majdnem kizárólagosan manifest súlyos csont- és izületi localis gümös folyamatoknál végezték.

Eseteinket, melyekben a tuberculin-reactiót végeztük, a már elmondottak alapján következőképpen osztályozzuk. Vanak 1. olyanok, kiknél a mély scrophulosisnak megfelelő elváltozások egyike vagy másika van jelen, még pedig sokszor meglehetősen előrehaladott fokban. A reactiót mindenkor láztalan állapot mellett végeztük, csak 37° aluli végbélhőmérséketet véve láztalannak.

Ezen betegek, szám szerint mind a 15 a némelyek által scrophulosisnak nevezett folyamatnak azon alakjaival bírtak, mely a tüdőben, csontokban vagy a mély nyirkmirigyekben hozza létre az elváltozásokat; van közöttük a fejlődés kezdetén álló és van előrehaladott megbetegedés. A tuberculinreactio valamennyinél felvételünket, hogy tuberculosissal állunk szemben megerősítette. Eltekintve tehát a bakteriologiai vizsgálatról, tenyészet és állatkísérletről is, eltekintve a kórboncz-tani és kórszövettani képtől, a mély szerveknek úgynevezett scrophulás megbetegedése a tuberculinreactio alapján nem egyéb mint *tuberculosis*, nemcsak a megbetegedés előrehaladott stadiumában, de a kezdetén is; utóbbit a további adatok még inkább fogják bizonyítani.

2. Vizsgálatainkat oly betegek végeztük, kik a felületes scrophulás jelenségekkel bírtak, még pedig vagy párosulva a nyirkmirigyek úgynevezett scrophulás duzzanatával vagy a nélkül is.

Valamennyi betegünkénél éppen a szemnek úgynevezett scrophulás megbetegedése szerepel, nem azért, mintha készakarva ilyen betegeket választottunk volna vizsgálatainkhoz, hanem, mert ezen vizsgálatainkat a „Stefánia“-kórház szemészeti osztályán végeztük, egyedül itt lévén meg az alkalom arra, hogy egyébként egészségeseknek tekintett gyermekek kórházi ápolásban legyenek.

Ha figyelemmel végignézzük eseteinket, a következőkről győződünk meg: az első 11 beteg a scrophulás küllem tipikus képét adja, borsónyi, mogorónyi, egész tojásmagyságú, fájdalmatlan, tömött, mozgékony nyirkmirigyekkel a nyakon, állandóan keratitis papulosával sokszor rhinitissel. Ezen esetek közül a tuberculinreactio 10-nél positiv, egynél negativ. A 12—21. számú betegekénél a kórkép kevésbé kifejezett, legfeljebb a keratitisnek vagy conjunctivitisnek renyhe gyógyul-konysága emlékeztet scrophulosisra, a nyakon csak figyelmes áttapintásra állapíthatók meg nyirkmirigyek, ezen esetek közül a tuberculinreactio nyolcnál positiv, kettőnél negativ. Végre az utolsó négy betegnél nyirkmirigyek egyáltalán nem tapintathatók, a renyhe lefolyású keratitis-papulosán kívül a scrophulosisra semmi sem emlékeztet. A tuberculin-reactio mind a négy gyermeknél positiv. Összesen tehát ezen 25 scrophulásnak mondott és scrophulosisra gyanus gyermek közül 22-nél positiv tuberculinreactiót kaptunk, háromnál reactio nem jelentkezett. A nélkül, hogy e helyen a tuberculinreactio értékét méltatnók, egybevetve azokat, miket a nyirkmirigyek scrophulosisára, illetve tuberculosisára vonatkozólag e fejezet elején mondtunk, azzal, hogy a tuberculinreactio is positiv volt, a 22 esetben a tuberculosus kétségtelenné válik. De az utolsó négy esetben kitapintható mirigyeket nem találtunk, a tuberculinreactio mégis beállott, tekintve ezt és a renyhe lefolyású keratitist, talán nem tévedünk, ha a mellkasban székelő latens nyirkmirigyduzzanatok veszünk fel: a bonczasztalon elég gyakran állapíthatók meg oly peribronchialis nyirkmirigyduzzanatok, melyek életben nem is sejtettek. Végül azt sem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy a négy eset közül kettő biztosan tuberculosus családból való. Hátra van ezek után, hogy azon három esettel foglalkozzunk kissé behatóbban, melyekben a tuberculinreactio negativ volt. A reactio kimaradását tuberculosus egyénekénél mi csak nagyfokú elgyengülés, atrophia esetén észleltük, ezen állapot három esetünk egyikére sem vonatkozhatik; de mint látható, a tuberculosus azon előrehaladott stadiumaival sem lehetett dolgunk, melyekben némely szerzők a tuberculinreactio kimaradását szintén észlelték. Bár



megengedjük azt, mindezek dacára, hogy a tuberculinreactio-nak csak positiv volta bizonyító, a mi minden egyéb reactióra is áll, még sincs semmi okunk arra, hogy ezen esetekben tuberculosist vegyünk fel. Azon esetekkel van itt mindenek szerint dolgunk, melyekben a nyaki nyirkmirigyek duzzanatát nem tuberculosus, hanem más, talán nem is egyforma behatások okozták, az egyik leánykánál valószínűleg (91. sz. eset) sok cariosus foga mentén terjedt valamilyen vírus képezte a mirigy hyperplasiájához vezető ingert. De mind ezen következtetések ez idő szerint csak theoretikusak lehetnek, ezért most beelégszünk azzal, hogy azon eseteket, miután semmi sem utal tuberculosusra és a tuberculin sem keltett reactiót, nem vesszük tuberculosusnak. Olyan esetek ezek, melyek *Sachannek* felfogásának adnak igazat, miszerint különben egészséges egyénknél is a nyirkmirigyeknek bármily okból előállott duzzanata a regionaer területeken a renyhe lefolyású lobokat magyarázza.

Ha összes eseteinkből egy kis statistikát állítunk össze, akkor azt látjuk, hogy ezen 41 esetünk közül 38-nál, vagyis 92·7%-ban a tuberculinreactio beállott, három esetben, vagyis 7·3%-nál reactio nem jelentkezett. De, ha csak a 25 esetet vesszük is számításba, kiknél nyilvánvaló tuberculosus egyáltalán nem volt, akkor is scrophulásaink 88%-a biztosan tuberculosus, kétségtelen tehát, hogy a tulajdonképeni scrophulosis aetiologice sem egyéb mint tuberculosus, természetesen nem szabad szem elől téveszteni azonényt, hogy a gyenge virulentiájú bacillus okozta kórszöveti elváltozás nem mindig tuberculum. A legjobb esetben is nem tuberculosus, 12%, pedig bizonyára nem egy egységes ok miatt imitálja a scrophulosis képét; hogy ezek között bizonyára jelentékeny számmal lesz hereditaer luetikus egyén, az több mint valószínű, hiszen ezeknél rendszeren meglévő nyirkmirigyduzzanatok most már érthetővé teszik némely lobos folyamatok renyhe lefolyását.

Külön akartuk megemlíteni az utolsó 11 megfigyelést, melyeknél főleg arra voltunk tekintettel, hogy adenoid vegetatiók és hypertrophikus mandulák milyen viszonyban állanak tekintendők a scrophulosissal tuberculinreactio alapján. A 11 eset közül hatszor volt manifest, félre nem érthető reactio. Egy olyan számarány, a mely megdöbbentőnek látszik. Igaz, hogy a reagáló gyermekeknek minden esetben jelen voltak a jellegző nyaki mirigyduzzanatok, míg egy eset kivételével hiányoztak ezek a nem reagáló eseteknél. Mégis azt hisszük, hogy ezen adatokat nem igen tekinthetjük véletlennek, hanem kétségkívülnek kell tartanunk, hogy az adenoid vegetatiók és mandulahypertrophia ugyancsak nem egyéb az esetek nagy számában, mint larvált tuberculosus jelenség. Általában ezen esetekből, mint az előbbiekből is, csak azt a következtetést kell levonnunk, hogy: nem helyes a scrophulosis elkülönítése a tuberculosistól; mindkettő egy kórokra, a tuberculosus bacillusra vezetendő vissza s határ a két kóralak közt fel nem állítható. *A scrophulosis név alatt a tuberculosist a gyermekkorban jelentkező, localizált és gyógyulási hajlammal bíró alakját kell tekintenünk.*

A renyhe lefolyású lobok, a sérülékenység, a nagyobb fogékonyság fertőző betegségek iránt minden esetre jellegző, de accessorius sajátságok, melyek egyéb nyirkrendszerbeli zavarok mellett is meglehetnek. Úgy a prophylaxis, mint a therapia szempontjából igen fontos tudnunk azt, hogy a scrophulosis csak egy enyhébb alakja a tuberculosisnak. Nem szabad szem elől tévesztenünk a tuberculosus elleni védekezés tanulmányozására kiküldött svájci bizottság (*Gosse, Vincent és Gilbert*) figyelmeztetését, hogy a tuberculosus valóban kezdetétől fogva gyógyítandó. „Sohasem fogjuk tudni, hogy az, a mit legtöbbször „*Rhume négligé*“-nek neveznek kezdetben, hány ember halálát okozta.”

## II. A tuberculin mint diagnostikai segédeszköz.

A nélkül, hogy e kérdés felett támadt gazdag irodalommal, mely a „*Stefánia*“-kórház igazgató főorvosát *Bókay* tanárt is ezen szernek kipróbálására birta, részletesen foglalkoznánk, röviden azon eredményről akarunk beszámolni, melyeknek a

„*Stefánia*“-gyermekkórházban végzett diagnostikus tuberculinoltások vezettek. *Bókay* tanárnak szives megbízásából ezen vizsgálatokról is mi számolunk be, miért e helyen is legjobb köszönetünket fejezzük ki.

Azon kedvezőtlen benyomások után, melyeket a tuberculinak therapeutikus értékesítése mellett általánosságban nyertek, hosszú ideig féltünk ezen szernek még diagnostikus czélokra való használatától is. Mig nem *Kotsel, Grasset és Vedel, Florentini, Hauptman*-nak és még sokaknak közleményei félelmünket oszlatták, *Koch*-nak pedig sok ezer kísérlete alapján kimondott szavai: „*Das thörichte Urtheil von mobil gemachten Tuberkelbacillen sollte man fallen lassen*“. *Nocard* és *Baug* is határozott állást foglaltak a berni congressuson, midőn azt mondják, hogy a „*tuberculin egy sokra becsülendő diagnosticum és a tuberculosus elleni küzdelemben a legnagyobb szolgálatokat teheti. Nincs ok arra, hogy óvást emeljenek általános használatá ellen, mert a meglévő betegség rosszabbodását nem félik*“, bátorságot adtak óvatos kísérletezéshez. Úgy mint már az előbb beszámolt vizsgálatoknál itt is a hűhsti gyárból beszerzett régi tuberculinak 1%-os oldatát használtuk. Eleinte  $\frac{1}{3}$  köbcentimeter, vagyis 0·003 gm. tuberculin subcutan injectiójával próbálkoztunk, majd 0·5—1·0 köbcentimeter oldatot, vagyis 0·005—0·01 gm. tuberculint alkalmaztunk. 1897 elején kezdtük a vizsgálatokat és azóta a tuberculint diagnostikus czélból számszerint 46 betegnél értékesítettük.

Esetünkben a tuberculinreactio értékét 21 esetben bonczasztalon vagy a műtőasztalon ellenőrizhettük és két eset kivételével, tuberculosist találtunk ott, hol a reactio tuberculinra beállott; nem találtunk tuberculosist akkor, ha reactio sem jelentkezett. Két esetben a reactio elmaradása dacára bonczatanilag tuberculosus volt diagnostizálható. Mindkét gyermek atrophias volt és ez leletünket tökéletesen indokolni képes. Mások tapasztalataiból tudtuk már, hogy atrophias, elgyengült, a tuberculosus igen előrehaladott stadiumában levő betegeknél a tuberculin, reactiót sokszor nem idéz elő. (*Baug, Schneider*.) Hogy az egyik esetben ne okoljuk-e a tuberculinadagnak túlkicsiny voltát, arra gondolnunk kell; miután tapasztalataink azt mutatták, hogy 0·003 gm. tuberculinval néha kifejezetten tuberculosus gyermekek sem reagálnak, ezek után vizsgálatainkhoz mindig 0·005—0·01 gm. tuberculint használtunk, mely adag bennünket, tudunkkal, sohasem tévesztett. Az említett két eset tehát a tuberculin diagnostikus értékét szemünkben nem csökkenthette.

Ha a többi betegeket vesszük ezek után szemügyre, kiknél ily kézzelfogható bizonyítékaink nem voltak, akkor is különösen hat betegünkél (7., 9., 14., 15., 22., 25.), azt látjuk, hogy a betegségnek klinikai lefolyása a tuberculinoltás eredményével mindig összhangzásban volt. A 14. számú esetünk azért is érdekes, mert serosus pleura izzadmánnyal volt dolgunk, melyben tuberculosus-bacillust vagy egyéb microorganismust kimutatni nem tudtunk. A 30. és 31. számú esetünket a klinikai kép alapján, miután az anamnesis is teljesen hiányos volt, készek voltunk caries tuberculosának tekinteni, a tuberculinreactio ezen felvétel ellen szólott és a gyógyulás is inkább a mellett bizonyított, hogy osteomyelitis infectiosa chronica elhanyagolt esetével állottunk szemben. A fekélyek és sipolyjáratok genyéből tuberculosus-bacillust kimutatni nem tudtunk. Egyáltalán a kórházban tett tapasztalatok alapján el kell ismernünk, hogy a tuberculinban egy teljesen megbízható igen értékes diagnostikai segédeszköz föltt rendelkezünk. A táblázatra kell csak rámutatnunk és láthatjuk, hogy hány kétes és más úton el nem dönthető kórképnél szolgált felvilágosítással és engedte ily módon a betegség prognosizának, therapiájának helyes felállítását.

Mint minden klinikai diagnostikus segédeszköz jóságának, hasznavehetőségének azonban, úgy a tuberculinak is két kriteriuma van: először, hogy megbízható-e, másodsor, hogy nem-e jár veszéllyel vagy káros befolyással a betegre nézve. Az utóbbi az, mely tulajdonképpen első helyen mérlegelendő, nem is hagytuk figyelmen kívül, a mint láttuk, a mikor kipróbálására mi is elhatároztuk magunkat. Hátra van, hogy ismertessük azon tapasztalatokat, melyeket ezen irányban mi



szereztünk. Tapasztalatainkkal megerősíthetjük azok állítását, a kik a tuberculin *diagnostikus használatától soha káros mellék- vagy utóhatást nem láttak*. Nem észleltünk rosszabbodást, melyet a tuberculinnak tudhattunk volna be, nem volt a tuberculin okozta halálesetünk (*Ewald, Hutinel, Hess és Guillebeau*). Az oltás helyén sohasem kaptunk infiltrációt vagy abscessust (*Monton, Senator*). Egyedüli mellékhatásként, az oltás helyét környező pirt, vagy az egész testre kiterjedt pontozott, egy esetben kissé papulosus kanyarószerű exanthemát észleltünk a lázas reactio alatt; ezen esetek is kivételesek voltak. A kúteg mindig rövidtartamú volt és a közérzetet nem befolyásolta. A hőemelkedést, mint rendszeren egyéb lázt is, a gyermekek jól tűrték, csak elvétve 40°-ot is túlhaladó hőmérséknél észleltünk delíriumot, vagy nagyobb fokú bágyadtságot, mely a láz megszűnésével a reactio előtti jólétérzetnek adott helyet.

Lázas betegeknek diagnózis tuberculin-injectiók nem adnak megbízható eredményt és ezért vizsgálatainkban láztalan állapotra mindig súlyt fektettünk. Különböző szerzők nincsenek egységes véleményen a fölött, hogy milyen fokú hőemelkedést tekintsenek biztos tuberculosus reactio gyanánt. Állatoltásoknál *Nocard* legalább 1·4°-os hőemelkedést kíván meg ahhoz, hogy a szarvasmarhát biztosan tuberculosusnak tekintse; 1°-os hőemelkedés az állatot csak suspectussá teszi és fokozott tuberculinadaggal ismételt vizsgálatot igényel. *Koch* embernél legalább 1·0°-os hőemelkedést kíván meg; *Ostertag* kellő mennyiségű tuberculin után 0·5°-os hőemelkedéssel is beelégszik. Mi csak egy fokon felüli hőemelkedést vettünk reactio gyanánt.

A láz tetőfokát átlag a 11—12. órában érte el és 24 óra alatt a normalis hőmérsék ismét helyreállott. Némely esetünkben a hőmérsék már az oltást követő 3-ik órában érte el 40 fokkal a tetőfokát, máskor ez csak a 18—24-ik órában történt, egy esetben sem később. A láz tartamában is meglehetősen nagyok voltak az ingadozások, így némely esetünkben a reactio már a 15-ik órában az oltás után teljesen lefolyt, néha csak 36 óra múlva állott vissza a láztalan állapot és volt némely esetünk közel 48 óráig tartó reactióval, miközben a hőmérsék ingadozást mutatott. Végre két esetünkben az első 24 órában vagy még rövidebb idő alatt beállott láztalanságot egy újabb, az előbbihez teljesen hasonló lázmenet követte.

A reactio csak a betegség tuberculosus voltára enged következtetni, de nem ennek fokára vagy kiterjedésére (*Siedamgrotzky*). Nem találunk semmi összefüggést a megbetegedés súlyossága és a reactio beállásának gyorsasága, foka vagy tartama között. Észlelték (*Hutinel*), hogy physiologikus konyhasóoldatnak subcutan injectiója is lázas reactióra bírja a tuberculosus egyéneket, de ezen szer kevésbé megbízható (*Colenille*). Észlelték másrészt a tuberculintól reactiót nem tuberculosus, hanem leprás és actinomyosisban szenvedő betegeknek is (*Strauss és Tessier, Billroth*); ezt figyelmen kívül hagyni nem szabad, és ismét csak azt bizonyítja, hogy a mi tudományunk nem algebra; de ha a betegre vonatkozó minden egyéb körülményt is tekintetbe veszünk, akkor ez a tuberculin értékét nem csökkenti.

Összefoglalva az eddigieket, a tuberculinreactiót bizalommal és aggodalom nélkül merhetjük ajánlani diagnostikus segédeszköz gyanánt, de azért a magánygyakorlatban való használatát csak oly esetben tarthatnók megengedhetőnek, a mikor a reactio positiv vagy negativ volta a gyógykezelés menetére, esetleges műtét keresztülvitele vagy elmaradására döntő befolyást gyakorolhat. *Első sorban fogja a diagnostikus tuberculinreactiót indicálhatni a peritonitis chronica*, melynek serosus stadiumában annak gümös vagy nem gümös volta alig állapítható meg. Másodszorban chronikus pneumoniák, továbbá oly esontaffectiók, melyeknek hereditaer luessel való összetévesztése lehető, végre mediastinalis vagy retroperitonealis tumorok fogják képezni az indicatiót.<sup>1</sup>

#### Irodalom:

*Baug*: Baumgarten's Jahresbericht 1892. (Ref.) — *Baug*: 1895. berni congressus jelentése. — *Baumgarten*: Jahresbericht 1897/98. —

<sup>1</sup> A táblázatokat nagy terjedelmük miatt fogva, sajnálatunkra nem iktathattuk be. Szerkesztő.

*Biedert*: Pentzoldt-Stinzing: Handbuch der spec. Therapie. II. k. — *Cadiot, Gilbert és Roger*: Bull. de la société de méd. vétérin. 1891. — *Courmont és Denis*: Revue de la tuberc. 1897. 287. l. — *Coleville*: Revue de la tuberc. 1898. 253. l. — *Florentini*: Giornale della R. soc. d'igiene 1895. — *Grasset és Vedel*: Bullet. d'acad. de méd. 1895/96. — *Hauptmann*: Thierärztl. Centrbl. XXI. k. — *Hutinel*: Mercredi méd. 1895. 12. sz. — *Hubbenet*: Baumgarten Jahresber. 1891. (Ref.) — *Kasperek*: Wien. klin. Wochenschr. 1897. 921. l. — *Kotsel*: Archiv. f. Hygiene XXI. k. — *Krückenmann*: Virchow's Archiv. 138. k. — *Monton*: Münch. med. Wochenschr. 1897. — *Monti*: Realencyclopädie. — *Nocard*: Revue de la tub. 1896. — *Nocard*: Baumgarten's Bericht 1894. és 1895. (Ref.) — *Norden*: Münch. med. Wochenschr. 1900. 115. l. — *Orth*: Virchow's Archiv 76. k. — *Perez*: Baumgarten's Jahresber. 1898. (Ref.) — *Senator*: A moszkvai congressus jelentése. — *Schencker*: Virchow's Archiv 134. k. — *Schuchardt*: Virchow's 134. k. (Ref.) — *Suchanek*: Baumgarten's Jahresber. 1898. — *Unterberger*: Peterburger med. Wochenschr. 96. (Ref.) — *Volland*: Zeitschr. f. klin. Med. 1893. — *Ziegler*: Path. Anatomie. — *Hensoh*: Berl. klin. Wochenschr. 1891. 1169. l. — *Schreiber*: D. med. Wochenschr. 1891. Nr. 8. — *Escherich*: Jahrbuch f. Kinderheilk. 1891. — *Epstein*: Prag. med. Wochenschr. 1891. Nr. 1. — *Ganghofner és Bayer*: U. ott. — *Jacobi*: Archives of Pediatrics. 91. — *Kohls*: Therap. Monatshefte 1891.

## A lausanne-i egyetemi gyermekklinikáról. Igazgató Combe egyetemi tanár.

### Anaemia pseudoleukaemica infantilis esete.

Heim Pál dr.-tól.

A valódi anaemia pseudoleukaemica infantilis a csecsemőkor azon sajátos megbetegedése, a melyet a subacut vagy chronikus lefolyás, a súlyos anaemia, a lép és a máj megnagyobbodása, és a vérnek bizonyos elváltozása jellemez. *Jaksch* írta le először 1889-ben. Ezen idő óta számos kutatásnak képezte tárgyát. A szerzők egy része elismeri az anaemia pseudoleukaemicát önálló kórkép gyanánt, míg másik része nem osztja ezen nézetet.

*Andéoud*<sup>1)</sup> szerint az anaemia pseudoleukaemica infantilis az egyszerű lépmegnagyobbodással járó anaemia és a valódi lenkaemia között álló kórkép, a mely a csecsemőkor sajátja, és mivel önállóan is léphet fel, és jellegzetes klinikus lefolyással bír, különálló kórképnek tekintendő. *Luzet*<sup>2)</sup> az ide tartozó eseteket a valódi leukaemia előstadiumának tartja. *Fischl*,<sup>3)</sup> *Raudnitz*, *Epstein* nem fogadják el az anaemia pseudoleukaemica infantilis mint különálló kórképet, szerintök átmeneti alakok ezek az egyszerű anaemia és a leukaemia között, a melyek, a szerint, hogy mennyire haladott elő a megbetegedés, majd az előbbi, majd az utóbbi kórképhez hasonlítanak, illetve tartoznak.

Ha figyelmesen átnézzük az irodalomban közölt eseteket, érthető lesz előttünk a nézetek ezen ellentétes volta. Mert ugyanis nem minden eset, a melyet ezen név alatt írtak le, valódi anaemia infantilis pseudoleukaemica, vagy ha igen, úgy egyes szerzők nem támogatták elég érveléssel diagnózisukat. Így p. o. *Somma és Fede* 10 esetei vérvizsgálat nélkül egyáltalán nem fogadhatók el, anaemia pseudoleukaemica gyanánt. Az anaemia pseudoleukaemica oly megbetegedés, a melynek diagnosisa vérvizsgálat nélkül lehetetlen. A klinikus kórképben az objektív tünetek sok esetben annyira hasonlítanak az egyszerű, lépmegnagyobbodással járó anaemiához, hogy vérvizsgálat nélkül a differentialis diagnosis majdnem lehetetlen.

Ily körülmények között önkénytelenül is felmerül a kérdés, hogy jogos-e ezen kórkép különválasztása a többi anaemiáktól? Avagy tekintsük-e az anaemia pseudoleukaemicát, mint *Marfan*,<sup>4)</sup> a csecsemőkor egyszerű anaemia egy előhaladott stádiumának, a melyet az objektív és subjectív tünetek súlyossága jellemez. Nézetem szerint a válasz az előbbi értelemben döntendő el. Az egyszerű lépmegnagyobbodással járó anaemia aetiologiájában a syphilis hereditaria, a rachitis és a malaria szerepel, és jöllehet gyakoribb a gyermekkorban, azonban felnőtteknél is előfordulhat, az anaemia pseudoleu-

<sup>1)</sup> *Andéoud*. Maladies du sang. Traité des maladies de l'enfance. Grancher-Comby-Marfan.

<sup>2)</sup> *Luzet*. Anaemie de la première enfance. Thèse de Paris 1891.

<sup>3)</sup> *Fischl*. Wiener klin. Wochenschrift, 1894.

<sup>4)</sup> *Marfan*. Archives de médecine des enfants 1898.



kaemica aetiologiában, a mint azt épen *Marfan* esetei bizonyítják, egyrészt a gyomor-bélzavarok, másrészt a csecsemőkor szerepel. Nagy a különbség a két megbetegedés prognosisában is. Az egyszerű, lépmegnagyobbodással járó anaemia prognosisa, ha komoly is, azonban tekintve a nagy számmal ismeretes gyógyult eseteket, nem hasonlítható össze az anaemia pseudo-leukaemica mindig igen komoly prognosisával. Hogy az egyszerű, lépmegnagyobbodással járó anaemiából, pseudoleukaemiás anaemia fejlődhet, és ez valódi leukaemiába mehet át, semmit sem változtathat nézetünkön, mert ezen tulajdonságot osztja a vér valamennyi megbetegedése. Az egyszerű anaemiából perniciosus anaemia fejlődhet, de azért senkisé fogja ezen két megbetegedést azonosítani. Valószínűleg itt kell keresnünk annak az okát, hogy az anaemia pseudoleukaemica néhány esetében, (*Epstein*) az aetiologiában syphilis, malaria, tuberculositis stb. szerepel, melyek valószínűleg egyszerű, lépmegnagyobbodással járó anaemiák voltak és csak később fejlődtek anaemia pseudoleukaemicává.

A mint már fentebb említettem, az anaemia pseudoleukaemicát a vér egy bizonyos elváltozása jellemzi. A vér ezen elváltozása *Weiss*<sup>1</sup> szerint a következő: A vörös vérszámának tetemes csökkenése, mérsékelt leukocytosis, a mely azonban mindig polymorphe, sok megaló, micro és mesocytes, maggal bíró vörös vérszám, a melyek közül többen karyokiensist mutatnak, végre a poikilocytosis. Az eosinophilia nem tartozik okvetlen az anaemia pseudoleukaemica körképébe, mivel a vér más megbetegedéseiben is található, és a pseudoleukaemiás anaemiánál pedig sok esetben hiányzik.

A lausannei gyermekklinika volt alkalmam egy idevágó esetet észlelni. *Combe* tanár megengedte a közlését, a miért is hálás köszönetet mondok neki.

Mayor Ferencz, 1½ éves. 1900. január 16-dikán vétetik fel a klinikára. A családi megbetegedések, a terheltég, az előző betegségek, valamint a jelen bajnak körelőzménye, sajnos, ismeretlen.

*Status praesens.* Rendkívül halvány s sápadt nyálkahártyájú fiúgyermek, csontrendszere mérsékelt rachitikus elváltozást mutat. A tüdők felett, eltekintve néhány elszórtan hallható nagyhólyagú szörtyözörejűtől, semmi kóros nem mutatható ki. Szívhatárok normálisak, szívhangok tiszták. A nyak jobb oldalán a nagy edények felett erős fuvó zörög hallható, a bal oldalon azonban nem. A has teriméje megnagyobbodott (haskörfogat 50 cm., mellkaskörfogat 62 cm.), a bal oldalon szabálytalan alakú elődomborodás látható. Tapintásnál a bal hypochondriumban, kemény, éles határú, a légzési mozgásokat követő képlet érezhető, a mely lépnek bizonyul. A lép határai, felül az axillaris vonalban a 8-dik borda felső széle, alsó határa, haránt ujjal meghaladja a köldök magasságát. Hossza 20½ cm., mely befelé majdnem eléri a bal parasternalis vonalat, szélessége 10½ cm. A máj felső határai a parasternalis vonalban az 5-dik borda alsó széle, a mamillaris vonalban a 6-dik borda felső széle, az axillaris vonalban a 7-dik borda felső széle, alsó határa haránt ujjal haladja meg a bordaívét az axillaris vonalban, 2 harántujjal a mamillaris vonalban, és eltűnik a bordaív alatt a parasternalis vonalban. Székletét nyálkás, híg, bűzös. Étvágy csekély.

Vérvizsgálat. Haemoglobin 28%,  
Fehér vérszám 15,700,  
Vörös vérszám 1,330,000.

*Microscopikus vizsgálat.* Fehér vérszám: Polynuclearis neutrophil 24-20%, nagy lymphocyt 50%, kis lymphocyt 32-10%, Ehrlich myeloplake 22-50%, eosinophil 16-20%.

*Vörös vérszám:* A vörös vérszám általában halványak, különböző átmérőjűek, sok megaló, meso és microcyt. Sok tojásdad, körte és biscuit alakú vörös vérszám. Maggal bíró vörös vérszám, a melyek közül néhányan egy, nagy kerek maggal bírnak, míg mások szintén egy maggal bírnak, de ezen mag kicsi, és igen intensive festődik. Láthatók azonfelül vörös vérszám két maggal, és végre karyinetikus magoszlást mutató vörös vérszám.

*Therapia:* Csontvelő. *Combe* tanár először alkalmazta a csontvelőt az anaemia pseudoleukaemica terapiájában. Hat beteg, kit a rendes, szokásos szerekkel kezelt meghalt, míg kettő csontvelővel kezelve meggyógyult. Az utóbbi években négy csontvelővel kezelt beteg közül kettő gyógyult meg.

*Lefolyás:* Január 24-dikéig a beteg állapota lassan, de fokozatosan javult. A székletek normálisak lettek, a lép kisebbedett. Január 25-dikén lázas lett, újabb gyomorbélzavarok léptek fel. Fehér vérszám száma 20,760. A microscopiai kép megegyezett teljesen a január 15-dikéivel.

*Február 1.* Láztalan, naponta egy normális székletét. A máj határai ugyanazok, a lép kisebbedik.

<sup>1</sup> Weiss. Jahrbuch für Kinderheilkunde. Bd. XXXV.

*Február 7.* Újra nyálkás székletek.

*Február 14.* A székletek, minden kezelés dacára nem javulnak a lép újra nagyobodik.

*Március 18.* A székletek sok nyálkát tartalmaznak. Vérvizsgálat, Haemoglobin 30-32%,  
Fehér vérszám 15,640,  
Vörös vérszám 1,780,000.

*Microscopikus vizsgálat.* Fehér vérszám: Polynuclearis neutrophil 22-60%, nagy lymphocyt 4-5, kis lymphocyt 38-5, Ehrlich-myeloplake 19-60%, eosinophil 15%.

A vörös vérszám ugyanazon képet mutatják, mint az első vizsgálatnál.

*Március 30.* A nyálkás székletek minden kezeléssel dacolnak. Natrium cacodylatum boraláfeszkendések rendeltetnek.

*Április 8.* Fehér vérszám 16,420,  
Vörös vérszám 2,790,000.

A mint láthatjuk, ezen esetben is a gyomorbélmegbetegedés az előidézője minden valószínűség szerint az anaemia pseudoleukaemicának. Az ezen gyermeknél előforduló rachitis oly kisfokú, hogy egyedül nem okolható az anaemia előidézőjéül, hanem mint predisponáló, mint segítő momentum szerepelhet. Sem tuberkulosisnak, sem syphilisnek ezen gyermeknél nyoma sincs.

Érdekes még ezen esetben a natriumcacodylatumnak a vörös vérszámot szaporító hatása. Itéletet mondani felette természetesen, épen egy esetben való alkalmazása után, nem lehet. Ezen esetben egy hét alatt egy millióval emelte a vörös vérszámot. Sajnos, április 8-dikán, a szülők elvitték gyermeküket a klinikáról, és így a betegség további lefolyása előttem ismeretlen.

## Közlemény a budapesti „Stefánia”-gyermekkórház Röntgen-laboratóriumából.

*Deutsch Ernő dr. és Faludi Géza dr.-tól.*

1. Normális tüdő-, szív- és máj-viszonyok. (2 hónapos fiú.)
2. Normális tüdő-, szív- és máj-viszonyok. (3 éves fiú.)
3. Pneumonia crouposa lobi sup. dextri. Alamekkorosságú árnyék jelzi a Röntgen képen a kóros tüdőlebenyt. (5 éves fiú.)
4. Pleuritis serosa lat. dextri. A röntgenogrammon a két thorax-felet összehasonlítva, a jobb sötétebb mint a bal. (14 éves fiú.)
5. Bronchopneumonia aktinomykotika et aktinomykosis cutis. Képünkön a bal mellkasfalat kitöltő árnyék felel meg a beteg tüdő-résznek. (10 éves fiú.)
6. Insufficiencia valv. bicuspidalis et insufficiencia relativa valv. tricuspidalis. A Röntgen-kép egy mindkét irányban erősen megnagyobbodott szívárnyékot mutat, mely árnyék teljesen megfelel az *Ebstein*-féle palpatorikus percussio által szolgáltatott szívresistentiák. (13 éves leány.)
7. Pericarditis exsudativa. (5 éves fiú.)

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Congressusok.

**Jelentés a XIII. nemzetközi orvosi congressus gyermekgyógyászati szakosztályának üléséről.**

A mesterséges táplálásról *Jacobi*, *Heubner*, *Monti*, *Johannessen*, *Variot* értekeztek. Valamennyien egyetértettek abban, hogy az állati tej akár tisztán, akár diltálva, legyen felforraltva, sterilizálva, vagy pasteurizálva, az anyatejet teljesen pótolni nem képes. Meggyeznek azon pontban, hogy az erőiesen keresztültvit sterilizatio a kórokozó csirokat tönkretesz bár, de megváltoztatja a tej azon vegyi összetételét, melyhez mint gyermektápszernak szüksége van; legelfogadhatóbb *Johannessen* ajánlata, mely szerint a tejet 70%-nál pasteurizáljuk. Összes előadók véleménye, hogy az első életheletheben a tej hígítása elengedhetetlen követelmény. Megszívlelésre méltó *Johannessen* azon ajánlata, hogy a tejproductio s feldolgozás állami felügyelet alatt álljanak. *Variot* igen fontosnak tartja a tejnek a termelés helyén való sterilizációját. Hígításra *Jacobi* cerealiák főzetét, *Monti* tejsavót használ. Eredeti *Heubner* azon felfogása, hogy valamint az egészséges felnőtt ember gyomra disznó- s marhahúst egyenlően jól bír el, ép oly jól képes emésztetni az ép csecsemő az állati tejet mint az emberit, csak fokozott emésztési munkára van szükség. Valamennyi referens székrekedést, máskor hasmenéseket, angolkórt, néha scorbutot láttak, mint a mesterséges táplálás következményét. — *Barbellion* (Páris) kecsketejjel kísérletezett örvendetes eredménnyel. A kecskének alig betegednek meg gümőkórban



úgy hogy e tej forralása szükségtelen. E tejfajnak sókban való gazdagsága ajánlatossá teszi mint angolkórosok tápszerét. — *Flachs* a *drezdai csecsemőkórház* működéséről számol be; szép eredményeit nagyrészt annak köszönheti, hogy *Leopold* tanár kóródajjáról kap dajkákat, kik a beteg csecsemőket addig táplálják, míg mesterségesen képesek táplálkozni. — *Bézy* (Toulouse) strumás dajkák alkalmazását igen veszélyesnek tartja.

*Gastrointestinalis infectiók s intoxicációk az első gyermekkorban.* *Escherich* pontos tenyésztési s festési eljárásokkal bizonyítja, hogy a normalis gyomor-bélrendszernek is van egy állandó bakteriumflorája; bizonyos specíesek bevándorlása kórokozó. — *Baginsky* a gyomor-bélbántalmaknak — kezdve az egyszerű duzzanat s vérbőséggel járó dyspepsiáktól, egészen a súlyos elváltozásokat mutató dysenteriáig — pontos kórboneztani s kórszövettani képét vázolja. Végül áttér a gyomor-bélbántalmakat okozó bakteriumok s toxinjaik megbeszélésére. — *Fede* (Nápoly) a csecsemő gyomor-bélrendszerének tökéletlen voltában keresi a nagy hajlamosságot az emésztőrendszer megbetegedéseire. Első curatív feladat helyes diéta megállapítása, azután következik a gyomor-béltractus kiürítése és desinfectiója; nagyfokú hasmenéseknél adstringentiákat adagol, excitansokat nagy elesettségnél. — *Marfan* (Páris) a gyomor-bélbántalmakat aetiologikus momentumok szerint következőképp csoportosítja: 1. Túltáplálás, korai vagy oktalan ablactatio által okozott gastroenteritis dyspeptica; 2. gastroenteritis infectiosa, mely a szájon át a gyomorba jutott pathogen microbáknak köszönheti létrejöttét; 3. olyanok, melyek a szájon át bekeblezett vegyi mérgek által hoztának létre; 4. végre más betegségeket követő másodlagos gastroenteritisekről emlékezik meg. — Ugyane themát fejtegette *Jemma* (Génes). — *Tissier* kimutatja, hogy a csecsemők intestinalis bakteriumflorája különböző a szerint, hogy a csecsemő emberi, vagy állati tejjel táplálkozik. — *Fede* fiatal kutyákon tett kísérletek alapján kimutatja, hogy *Parrot* athrepsiájánál a bél csatorna fala vékonyodik s hurutos, de mélybe terjedő elváltozások kivételesek. — *Pfaundler* (Grác), *Czerny* és *Keller* gyomor-bélbeteg csecsemőknél végzett anyagcsere vizsgálatait bírálja. — *Terrieu* (Páris) az alimentaris glykosuria gyakori voltát constatalja a csecsemők gastroenteritisénél. — *Fede* és *Gallo-Tommasi* (Nápoly) salol, tinctura jodi s calomellel kísérleteztek szép eredménnyel, beldesinfectio céljából.

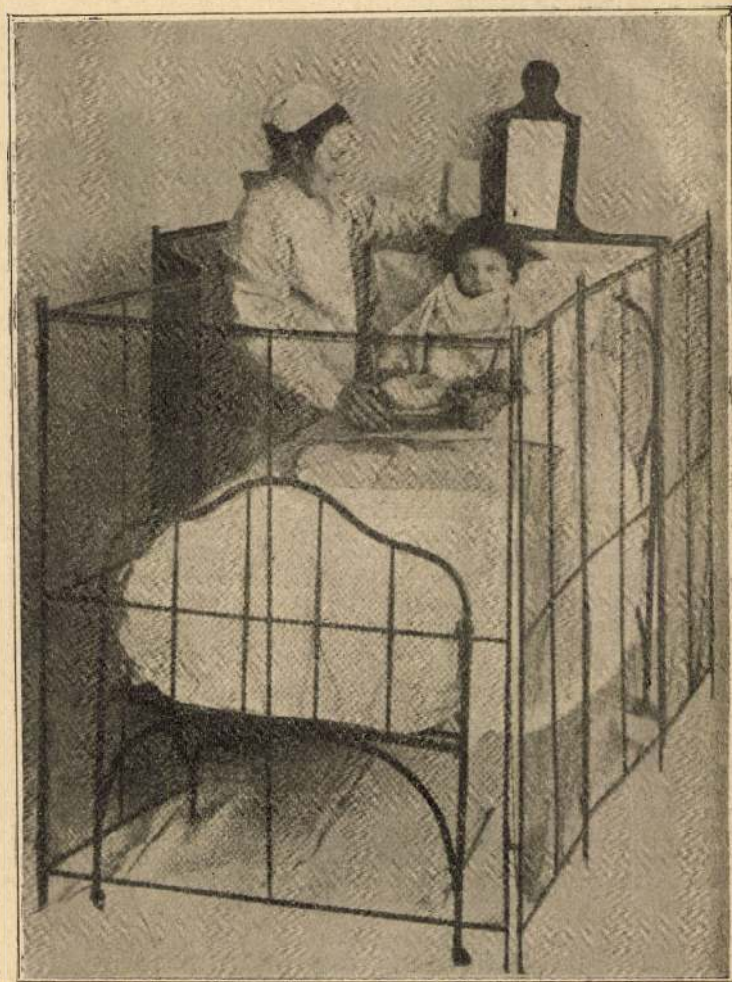
*Gyermekkori gümőkór.* *D'Espine* (Genf) előadásában kiemeli, hogy a congenitalis gümőkór kivételes s a gümőkört rendesen contagium hozza létre. A fertőzés forrásai felnőttek köpete (ügyelet hygienikus köpöcsészékre), nyers tej (tuberculin reactio teheneknél; tej pontos forralása), a gümőkóros egyének csókjá s a gyermekek rossz szokása, hogy mindent szájukba vesznek. A szünidei gyermektelepek s sanatoriumok fontos voltát emeli ki. — *Hutinel* (Páris) a tuberculosis mint hereditár bántalom három alakban jelentkezik: 1. a pete révén, direct congenitalis gümőkór; 2. veleszületett praedispositio alapján; 3. dystrophiás zavarok alakjában. — *André Moussous* (Bordeaux) a gyermekkori gümőkór két alakját — a localist s általánost — ismerteti, az általánosnak ismert két alakját — az acutot s chronikust — különbözteti meg. Kiemeli a „micropolyadenopathie généralisée”, mint néha a gümőkór egyetlen jelenségének nagy fontosságát. Nagy jövőt jósol a „sero-reaction tuberculeuse”-nek. — *Richardière* (Páris) előadásának legérdekesebb része, a mely a gümőkór felismerésére vonatkozik; egymásután foglalkozik a sputum vizsgálatával, azután értekezik a „micro-polyadénie”-ről, majd rátér a mesterséges savó s a tuberculinall elérhető reactiora; nagy súlyt fektet a sero diagnosticára s végül a radioscopikus vizsgálatokról emlékezik meg.

*Nem gümőkóros agyhártyalobok.* *Mya* (Florenz) kórokozókként a meningococcus intracelluláris meningitidist, a diplococcus lanceolatus capsulatust, a streptococcus pyogenest s a bakterium colit említi fel. A fertőzés haematogen, vagy az orr, illetőleg fül részéről történik. — *Netter* (Páris) három fajtát különbözteti meg a gümőkóros agyhártyalobnak: 1. olyanokat, melyek otitisek; 2. melyek typhus vagy pneumoniakkal kapcsolatosan fejlődnek, s végre 3. olyanokat, melyek epidemikusan lépnek fel elsődlegesen. Utal a Kernig-tünet s a lumbal punctio diagnostikus fontosságára. — *Concetti* (Róma) 450 lumbal punctio eredményéről számol be; kiemeli e beavatkozás nagy diagnostikus, prognostikus s therapeutikus fontosságát. Érdekes kísérleteket tett, antipneumococcus serum s meningitis cerebrospinalisból kigyógyult gyermekek liquor cerebro-spinalisa lumbal punctio révén való befeccskendésével. *Hagapoff* (Konstantinápoly) typhus kitörése előtt 10 nappal egy meningitist észlelt, melyet eleinte gümőkórosnak vélt, de az utóbb jelentkező hasi hagymáz folytán typhosus eredetűnek diagnosztizált.

*Petrone* (Nápoly) állat-kísérletei alapján kimutatja, hogy fiatal egyének mája, kiváló szerepet játszik az organismusnak az alkaloidák elleni védekezésében. Ugyancsak *Petrone* beható tanulmányt közöl a coli bacillus által termelt toxinokról. *Saint-Philippe* (Bordeaux) renyhén gyógyuló sebeket s fekélyeket ferrum sub-carbonicummal kezeli fényes eredménnyel.

*Richardière* 1778 diphteria-esetről számol be, halálozási % 15.7 (11.5, ha az egy napon belül elhaltakat nem számítjuk); a serummal kezelt nem operáltak mortalitása 5.5%, 27% az operáltaké. Exanthemákat, arthralgiákat, hasmenéseket említi, mint a gyógsavó befeccskendésének szövödményeit. *Geffrier* (Orléans) egy új műszert ajánl álhárták mobilizálására; ez instrumentum főalkotó része egy szőrpamat, melynek szála egy rugó által egymástól eltávolítottván, a hártya fel lesz lazítva s expectorálva. Bronchopneumoniával complicált croup-esetknél *Martinez*

*Vargas* az expectatio szempontjából a tracheotomiának ad előnyt. *Robert* (Madrid) a serum antidiphthericum lelkes híve, eredményei igen biztatók, *Ramon Gomez Ferrez* (Valencia) a központi idegrendszerben mutatott ki *Löffler*-bacillusokat paralysis postdiphtheritica eseteinél. *Tsakiris* (Páris) tubusa alumíniumból készült, hossza megfelel az O'Dwyer műszernek, feje alacsonyabb s hátsó részén egy kis gömb van alkalmazva, mely az aryporcok közé jó s az extubatiót könnyíti. *Chatinière* (Páris) a morbilli phototherapija mellett foglal állást. *Saint-Philippe* s *Guinon* nem értek el eredményt alkalmazásával. *Saint-Philippe* 100 morbilli-eset közül 15-nél észlelt 2—10 nappal a kúteg jelentkezése előtt, izolált fehér pettyek által jellegzett anginát, néhány esetben a *Löffler*-bacillus kimutatható volt. *Netter* s *Nattau-Larrier* prophylaktikus diphtheriaserum befeccskendéseket végeztek kanyarós betegeknél, az eredmény alig volt kielégítő. *Escherich* egy az arczon kezdődő, néha a hát s végtagokra is áttérő, piros, néha összefolyó kútegről értekezik; az exanthema 1—2 hétig tart s minden melléktünettől ment; Grácban rubcola localisatá néven ismerik az orvosok. *Escherich* erythema infectiosumnak keresztelte. *Kober* Washingtonban tett tapasztalatai alapján, melyek szerint typhus, scarlatina s diphtheria evidensen tej által terjesztettek, a tejelárusítók szigorú közrendészeti felügyeletét követeli. *Gillet* (Páris) tinctura bella-

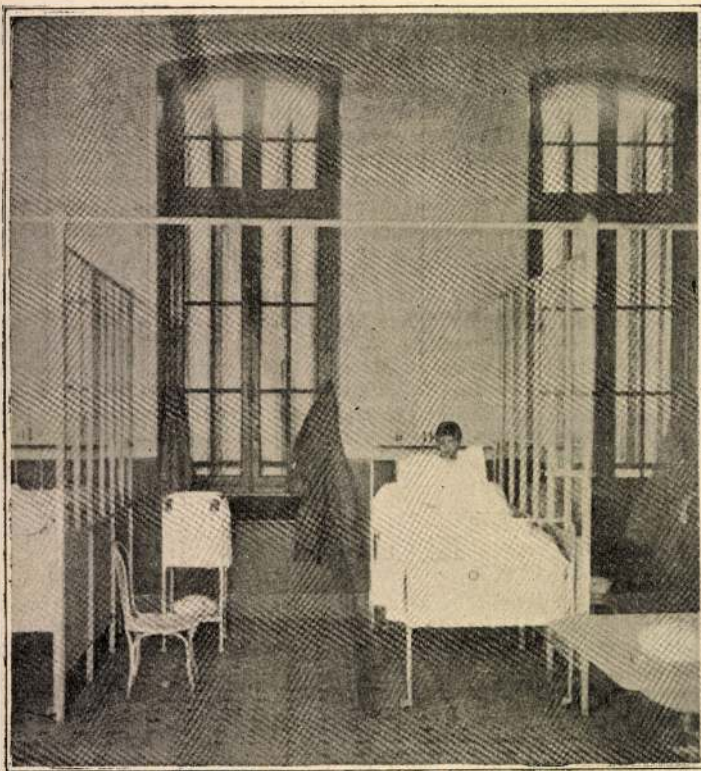


Paravent box.

donae-val, *Rocar* és *Delmar* (Bordeaux) comprimált légfürdővel kezelik állítólag szép sikerrel a pertussist. *Barbier* (Páris) szerint a gyermekek endo- s pericardja ép úgy viselkednek, mint az ízületek, a polyarthritiss rheumaticával szemben. Az exitus letalis oka igen gyakran a pericarditis adhaesiva. *Grancher* nagy érdekű előadásának quintessentiája, ennek záró mondata: „Je termine donc par ce vœu: Que tous les services de tous les hôpitaux d'enfants deviennent promptement des services antiseptiques”. E feladat elérésére szükséges a könnyen kivihető izolációval egybekötött antisepsise mindazon egyéneknek s tárgyaknak, melyek a beteggel érintkezésbe lépnek. Az izolációra alkalmas a „paravent box”, mely olcsósága s transportabilitása által, előnyösebb mint a „chambre box”. Mindkét módszert, melyek tudtommal nálunk még alig ismertek, reprodukcióban állítjuk az olvasó szeme elé. *Brunon* (Rouen) az alkoholismusnak sajnálatos terjedéséről értekezik hazájában (Normandia). Míg a gazdag gyermekek erősítés céljából gyógyborokat élveznek, a szegény ember pálinkával adja gyermekének a kávé. *Jonkowsky* (Szent-Pétervár) a rachitis gyakorisága s aetiologiájáról tart előadást, Oroszország minden vidékéről beszerzett adatok alapján. Rachitis congenita radiogramját demonstrálja *Escherich*. „Le rachitisme est spécifique il vient du rachitisme et produit du rachitisme” e szavakban foglalja össze *Edmond Chaumier* (Tours) nézetét az angolkórról. *Baumel* egy fél éves gyermek alkaliak által teljesen kigyógyult, diabetes mellitus esetét tár-



gyalja. *Sancher U. H.* az *albuminuria cyclikának* két fajtát különbözteti meg, az egyik diathetikus, a másik fertőző eredetű. *Gillet H.* (Páris) a bántalomnak teljes analysisét kíséri meg, szerinte: „*Les albuminuries intermittentes pourraient être considérées comme des urobilinuries avec albuminurie*”. Javarészüket orthotikus. A gyermekkorú *uricaemiáról* értekeznek *Comby*; e körképet az acidum uricum normalisnál nagyobb mennyisége hozza létre, rendszeren hereditaer alapon fejlődik; symptomái cephalalgia, hányás, arthralgiák, ostealgiák, cerebriális excitatio, eczemák, spasmus vesicae urinariae, asthmaticus rohamok. *Baumel* és *Scheydt* egy esetben megcáfolják *Parrot* azon nézetét, hogy az athrepsiákat követő *encephalopathiák* nem volnának gyógyíthatók. *Cullerre* (La Roche sur Yon), *Ziehen* (Jena), *Marro* (Turin) a pubertás idején jelentkező *psychosisokról* értekeznek; megegyeznek, hogy a hebefrenia secundum *Hecker*, mely az agyhártyák s kéreg elváltozásával jár a leggyakoribb elmebaj e korban, azonkívül észleltek hysteriás s epilepsiás alapon fejlődő *psychosisokat*, melancholiát, maniát, dementia paralytica progressivát (e juvenilis alaknál a „*grandeur*” ideák hiányzanak). *Veillon* az anaerob microbák eddig alig méltatott szerepét emeli ki gangraenás s putrid folyamatoknál. Ily irányban működő serotherapiát helyez kilátásba. *Johanessen* kimutatása alapján az összes európai államok közt Norvégiában a legcsekélyebb az első életévben aluliak mortalitása; ez örvendetes tünetéennek az a főoka, hogy az anyák önmaguk táplálják gyermekeiket. *Leroux* (Páris) a „*crèches*”-eket pontos orvosi felügyelet alá kívánja helyezni. Igen ajánlja a „*box*” systemának bevezetését. *Violi* a konstantinápolyi gyermekkorház utolsó éveinek ténykedéséről számol be. *Gillet* (Páris) a „*Cure de Quinquaud*”-ot



Chambre box.

(*emplâtre au calomel à demeure*) ajánlja gyermekek luése kezelésénél. *Leroux* (Páris) pontos adatok alapján a tengerparti sanatoriumok fontos szerepét emeli ki a csont- s izülettuberculosis kezelésénél.

*Luxatio coxae congenita* kezelése: *Hoffa* (Würzburg) a nem véres repositio sikertelen kísérlete után a 3—8-dik évben a *Hoffa-Lorenz*-féle véres műtétet ajánlja. Az egyoldali ficamok prognosisa jobb, mint a két oldaliaké. Négy hó átlag a gyógyulás tartama. 8—10-dik életévben az osteotomia subtrochanterica transversalis (*Kirmisson*) vagy az osteotomia obliqua (*Hoffa*) végzendő. *Lorenz* (Bécs) a véres műtétek halálozási százalékát (2—10%) vévén tekintetben, saját módszerét ajánlja első sorban. *Kirmisson* (Páris) 18—24 hónapos korban alkalmaz extenziót s később immobilizáló gépet. Néhány év múltán teljes a kívánt gyógy-siker. *Broca* és *Mouchet*, *Lorenz* módszerével dolgoznak; *Lorenz* csavarát s a subcutan tenotomiát nem alkalmazza. (Utóbbi helyett az adductorok erőyes massagae végzendő.)

A luxatio coxae congenita anatómiájának radiographiájával foglalkozik *Froelich* (Nancy) előadása.

*Spondylitis* kezelése: *Bradford* (New-York) három pontban egyesíti a teendőket: 1. gibbus létrejöttének megakadályozása, 2. a meglévő púp továbbfejlődésének megakasztása s 3. a fennálló gibbus javítása. *Broca* s *Mouchet* (Páris) dorsal spondylitisnél alkalmazzák *Calot* módszerét, kombinálva a *Sayre* által alkalmazott gypskötéssel. Nyaki s felső háti gibbusnál gypskötés a fej befoglalásával. *Calot* saját módszerét igen subjective bírálja s nagyon is melegen ajánlja. *Menciére* (Reims) a scoliosisk „*redressement forcé successif*”-je mellett kardoskodik.

*Appendicitis* kezelése: *Roux* (Lausanne) purgansok kerülendők, beöntések, szigorú étrend, opiátok ajánlatosak. Lehetőleg az acut stadium lezajlása után történjék műtét. *Yalaguer* (Páris) előadása hasonló irányú. *Michailowsky* (Zsófia) 28 hólyagkövet operált sectio altával: 20 esetben *Halsted*, 8-ban *Lemberg* szerint varrta a hólyagot. Műtét előtt s után hólyagmosásokat végez. *Amerigo Benevento da Rotello* (Campobasso) két vertebralis eredetű hideg tátyóról referál, melyek beható sebész beavatkozásra gyógyultak. *Menière* (Páris) a mastoiditis-ekről tárgyal aetiologikus s therapeutikus szempontból. *Bézy* s *Baudy* (Toulouse) három eset kapcsán értekeznek pleuralis genyedekekről. *Saint-Philippe* (Bordeaux) az újszülöttek phimosisának megszüntetésére lassú dilatatiót ajánl. *Deutsch* Ernő dr.

A német természetvizsgálók és orvosok 72-dik vándorgyűlése. (Aachen, 1900. szept. 16—22.)

A gyermekgyógyászati szakosztályban a következő előadásokat tartották.

*Fischbein* (Dortmund) a hangrészgörcs kezeléséről. 14 eset megfigyelése alapján oda concludál, hogy mesterségesen táplált gyermekeknél a tehéntejnek gyermeklisztekkel való helyettesítése által a hangrészgörcsöt megszüntethetjük. Antirachitikus kezeléstől ő sohasem látott jó eredményt. A hozzászólók előadóval szemben mindannyian a phosphorthera-  
piára értékét emelik ki, csak azt hangsúlyozzák, hogy a készítmények csakugyan szabad, nem pedig vegyileg kötött P-t tartalmazzanak.

*Falkenheim* (Königsberg) „*Idiotia amaurotica familiaris*” két esetéről referált.

*Heubner* (Berlin) előadásának a paedatrophia okairól volt a czíme. Paedatrophia alatt a csecsemők azon betegségét érti, midőn azok, a jó és elegendő táplálék dacára egyre fogynak s hetek vagy hónapok múlva elhalnak, vagy csak lassan javulnak. A legtöbb klinikus elfogadta *Baginsky* azon nézetét, hogy ily esetekben a belek atrophijával van dolgunk, de *H.* ezt nem ismeri el és praeparatumokkal s fényképekkel igyekszik kimutatni, hogy ily bélsorvadás nem existál. *Camerer* vizsgálataira hivatkozva, *H.* inkább azt hiszi, hogy ily csecsemők több caloriát fogyasztanak el (nevezetesen a nehezített emésztés, fokozott lehülés folytán), mint a mennyit táplálékukban felvesznek, s hogy ezen caloria-vesztesség a paedatrophia oka.

*Hochsinger* (Bécs) 4 hónapos gyermeknél a phalangitis luetica fejlődését és lefolyását észlelte Röntgennel, s azon következtetésre jut, hogy kétes esetekben ezen eljárást igen jól lehet felhasználni a phalang. luet. nak a spina ventos-tól való megkülönböztetésére. Míg t. i. utóbbinál a Röntgen-képen élesen határolt, világosabb göczok láthatók szét-szórta s csontszövetben, addig az öröklött bujakóros phalangitisre az egyenletesen diffus rarefactio a jellegzetes, mert ezen phalangitisek az epiphysisekből s a csonthártából indulnak ki s a decalcináló lobos folyamat innen terjed tova a csontban. Clinice jellegző az ujjak palaczkalakja vagy meghosszabbodása; a lágyrészek ellenben mindig mentek maradnak, s még csak a bőr elszíneződése sem észlelhető. A phalangitist csaknem mindig osteochondritis pseudoparal. kíséri; specifikus kezeléssel néhány hét alatt gyógyulást érhetünk el.

A belgyógyászati sectióval együttesen tartott ülésben *Ponfick* (Boroszló) referált a scrophulosis és tuberculosis közti viszonyról. A referens azon conclusióhoz jut, hogy a ser. mint klinikus fogalom számos oly folyamatot foglal össze, a melyek úgy kóroktanilag, mint kórboncz-és szövettanilag, valamint bakteriologice is teljesen különbözök. Az ide sorolt kóros folyamatok háromféle infectio által jöhetnek létre s ezen alapon megkülönböztethetünk pyogen, tbc. és vegyes fertőzős ser.-t. Ide tartozik még az ú. n. scrophulotikus alkat, mely a szöveteknek nagyobb vulnerabilitásában s infectiosus anyagok iránt tanusított nagyobb fogékonyságban nyilvánul. S így *P.* azt ajánlja, hogy ejtsük el a ser.-t, mint önálló betegséget, mert az csak egy bizonyos szervezeti anomalia, csökkent ellentállási képesség jelenségével bír.

*Feer* (Basel) „a tuberculosis prophylaxisa a gyermekkorban” czímű correferatumaiban tagadja a tuberculosis öröklékenységet, s bár a dispositio, mint tényező teljesen ki nem zárható, az infectio határozottan sokkal nagyobb szerepet játszik amannál. A tuberculosis prophylaxisa hygienikus rendszabályokban áll. Minthogy a tuberculosis lakásbetegség, lehetőleg kerülendő tuberculosisus egyénekkel zárt helyiségekben való érintkezés, s az államnak lakástörvényekről kellene gondoskodnia. A gyermekekre nézve a tuberculosis anyja vagy dajka a legnagyobb veszélyt rejtj magában. Addig is, míg a tehének beoltása kötelezővé tétetik, legalább pasteurizált tej élvezete volna keresztülviendő. Kíváncos volna külön menhelyek felállítása gyenge vagy lábadozó gyermekek számára.

Másnap *Heubner gerinczevelői daganat* egy esetének készítményét mutatta be. A gerinczevelő hat helyén egymástól élesen elhatárolt tumor található, melyek burjánzó gliaszövetből állanak; a tumorok közti részek épek. A hátsó kötegeket hasonló, kötegszerű gliosis helyettesíti, vagyis azok nem másodlagosan fajultak el.

*Ranke* (München) a noma sebész kezeléséhez szól hozzá három eset kapcsán, s azt hiszi, hogy mielőbbi műtéti beavatkozással kedvező esetekben jobb eredményeket érhetünk el, mint savakkal, stb. való edzéssel.

*Ungar* (Bonn) a peritonitis chron. és tuberculosis peritonei czímű előadásában nem tagadja ugyan teljesen az egyszerű peritonitis chron. serosa előfordulását, de minden esetre szerfelett ritka betegségnek tartja, míg viszont az idült tuberculosis hashártyalob sokkal gyakoribb, mint azt általánosan felveszik. Könnyebb alakjai igen könnyen kikerülhetik a figyelmet: ezek nem annyira kiterjedten, mint inkább körülírtan jelent-



keznek s azért inkább a tuberculosis peritonei név illeti őket. Kopogtatással is gyakrabban lehetne hasüri izzadmányt kimutatni, ha annak több időt engedünk, hogy a has legmélyebb pontján összegyűljön; ajánlatos csak gyengén kopogtatni. Az izzadmány mennyisége, tekintve a hashártya felszívó és exsudáló képességét, gyakran változó. A tuberculin-injectio csak elővigyázattal alkalmazandó. A prognózis szerinte nem kedvezőtlen, de a laparotomiát csak oly esetekben tartja indikálnak, a hol egyéb kezeléssel (nyugalom, jódvás, zöldszippanbedörzsölésekkel) célt nem értünk. A discussióban Heubner is azon álláspontra helyezkedik, hogy a nem tuberculosus peritonitis a gyermekkorban rendkívül ritka, míg Hochsinger és Siegert az idiopathikus hashártyalob mellett emelnek szót.

Camerer jun.-nak (Stuttgart) újabban ismét alkalma volt egy újszülött hulláját *analysis*-nek alávetni. Az eddigi elemzések (összesen 4) alapján vegyi és kövér csecsemőket különböztet meg, 10,5, ill. 14-90% zsírtartalommal.

Rey (Aachen) a cystitis mucosa-ról beszélt, mint a phimotomiának eddig figyelemre nem méltott ellenjavallatáról. R. sajnálja, hogy id. Bókai-nak már a 60-as években közölt megkülönböztetése a pathologiai és physiologikus phimosi (= adhaesio cellul.) között még mindig nem ismeretes általánosan. Ezen hiányos praecisióknak tudja be, hogy az orvosok mindinkább hajlandók minden újszülött phimosist megoperálni. De a jogosult phimotomiát is contraindikálja egy, a csecsemőknél igen gyakori betegség, a cystitis mucosa, a melynek legfeltűnőbb symptomája a pelenkák erős ammoniakalis szaga, különösen reggel; jellegző továbbá az alsó testfél eczemája, mely úgy localisatióra, mint klinikus megjelenésre és lefolyásra a közönséges intertrigótól könnyen megkülönböztethető. Ha ily eczema a fityma vagy a húgycső külső nyílására is áttérjed, könnyen húgyretentiót okozhat, melyet phimotomia nemcsak hogy nem szüntet meg, de ezen műtétet az eczema folytán kellemetlen, sőt veszélyes tünetek követhetik (cyst. purul., pyelonephr., stb.). Ezért Rey kívánja, hogy csecsemőknél mindig gondoljunk ezen cystitis mucosa lehetőségére, mert ennek meggyógyításával többnyire a phimotomia is feleslegessé válik.

Az utolsó ülésben a csecsemők táplálását illető kérdéseket tárgyaltak. Schmidt (Bonn) az eddigi, szerinte czélszerűtlen szopókák helyett a maga tervezetét ajánlja, melynek oldalvást a levegő bebocsátására szabályozható csavarszelepe van. Backhaus (Königsberg) a tejtermeléssel foglalkozott előadásában és számos példával bebizonyítja az istálló-higiene, tehéntakarmány, stb. befolyását a tej minőségére. Oppenheimer (München) kísérletei alapján a csecsemők táplálására a tiszta, higitatlan tehéntejet ajánlja (48 csecsemő közül csak egy nem tudta azt megemészteni). Hátránya csak az, hogy tovább időzik a gyomorban s így legalább 3 órai pauzákkal történjek a táplálás. 48 esetének súlygörcsét összehasonlítva azokéival, melyeket Biedert és Camerer észleltek s a higitatlan tej fölényét látja bebizonyítottának. Conrads (Essen) a szoptatásnak minél szélesebb körökben való elterjedése végett különféle intézkedéseket vél szükségeseknek. Így: a leánygyermek már korán készíttessenek elő anyai hivatásukra; a fűző eltávolítása; tornázás, játékok, hygienikus ismeretek terjesztése, stb. Kíváncsok volna, ha az anyakönyvvezetők és bábák a szoptatás előnyeire figyelmeztetnének; oly anyák, kik több gyermeket maguk szoptattak, praemiumokban volnának részesítendők, stb.

A közös discussióban leginkább Oppenheimer előadására reflektáltak s a legtöbben a tiszta tehéntejjel való táplálást elleneztek.

Siegert (Strassburg) a myxoedema, vagy mint ő elnevezni óhajtja, a myxidiotia tüneteit ismertette s figyelmeztetett az ezen kóralakkal járó törpe testalkatra, melyet a szerzők eddig angolkóros eredetűnek tartottak. S. vizsgálatai szerint a rhachitis-szel éppen ellentétben a chondralis növekedés elmaradása az oka a myxidiotiánál észlelhető kicsiny testalkatnak.

Seiffert (Lipsee) előadása a *serumkútegekről* volt az utolsó. Előadó kimutatta, hogy a serumexanthemák capillaris thrombosisokra vezethetők vissza, a melyek sajátságos apró, Weigert szerint festődő testecskéik (valószínűleg mikroorganizmusok) által okozottnak. Ugyanezeket serumkúteges gyermekek vérében is sikerült kimutatnia. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde 52. k.)

Linsbauer dr.

## II. Könyvismertetés.

„Festschrift“ in honor of Abraham Jacobi. New-York. 1900. 496 oldal.

A vénülő Európától vette át az ifjú Amerika a „Festschrift“ eszméjét; a megbeszélés tárgyát képező kötet mutatja, hogy nemcsak eszmék átvételére, hanem azok sikeres továbbművelésére is képes az új világ-rész aránylag még ifjú tudós gárdája. Jacobi 70-ik születésnapjának méltó tudományos ünneplésére, az egész világ gyermekgyógyászainak színe-java egyesült. A 496 oldalos gazdagon illusztrált kötetben, tarka egyvelegben szerepelnek casuistikus közlemények, monographie feldolgozott klinikai s theoretikus témák s therapeutikus beavatkozásokról megemlékező munkálatok. Helyszűke folytán csak a legkimagaslóbb dolgozatokról akarok referálni. Henoch a generalizált vaccina keletkezésében, az eczemának tulajdonit fontos szerepet. Baginsky a leukaemia myelogenes egy esetének pontos kórtörténetét közli. A konstantinápolyi „szl. György“-gyermekkorház keletkezésének s működésének történetét ismerteti Viola. Igen érdekes Steffen-nek közleménye a scarlatináról; azon tétele állítja fel, hogy idegenek könnyebben fertőzik egymást,

mint rokonok (különböző szövetelemek szerepe?!); említést tesz egy egyénről, ki 11-szer szenvedett vörhenyben. Pachymeningitis cervicalis hypertrophica és gliosarcoma intramedullare közti különbséti kórismeről ír egy esete kapcsán Soltmann. Unicum az irodalomban Bókay János, Baccelli eljárásával kezelt, echinococcus pleurae esete. Monti az angolkór aetiologiájáról értekezik, különös tekintettel a tápvíznyokra. Nagy irodalmi apparatus alapján dolgozta fel a gyermekszív klinikai topographiáját Troitzky. Igen érdekes Comby „uricémie des enfants“ című tanulmánya, melyben különösen az arthritikus diathesis hereditására fektett fősúlyt. Ranke cikkében Marfan nézetét, — hogy a számarfej áll legközelebb a nőéhez — teljesen magáévá teszi. A poliomyelitis ant. acuta epidemikus karakterét teszi beható tanulmány tárgyává Johanessen. A „fin de siècle décadence“-t jobb emberanyaggal véli javítani Heubner, diaetikus előírásaival. Northrup, Escherich, Holt, Adams, Welch, Hun eseteik kapcsán foglalkoznak a gyermekek szívbántalmaival. Gerster (házánkfia!) a scapula excisiójának indicióiról irt tartalmas tanulmányt. Csecsemők amygdalitis lacunaris acuta-járól Koplik, tonsillitis chronica leptothricia eseteiről értekezik Epstein. Az orrgaratúr betegségeivel foglalkozik behatóan Francis Huber, Gerhardt s Starr a choreáról irtak. E kötet bizonyítéka annak, hogy valamennyien, kik Jacobi-t s munkáit ismerik, osztják W. H. Welch, Jacobi felőli nézetét: „I consider Dr. Jacobi one of the greatest ornaments of the medical profession . . .“

Deutsch Ernő dr.

Nobiling-Jankau. Handbuch der Prophylaxe. Abtheilung III. Die Prophylaxe der Krankheiten des Kindesalters. Von Dr. Rudolf Fischl. München. 1900. Seitz & Schauer Mk. 2.—

Szerző ezen munkájában 15 éves gyakorlatának tapasztalatait tette le. Újat vagy a felfogás eredetiségére való az olvasó ezen könyvben alig fog találni, mindezek dacára a gyakorló orvos sok hasznos tudnivalót fog e munkában lelni. A tárgy feldolgozásának egymásutánja helyenként teljesen el van hibázva, miáltal a mű átnézhetősége nagy mértékben szenved (pl stomatitis s coryza közt tárgyalja a beöntés technikáját). Az újszülöttek szemlobájának prophylaxisánál a Créde-féle eljárást melegen ajánlja, a szájmosságok heves ellenzője. Kórházi csecsemő infectióknál Grancher „boxes“ systemáját tartja a legczélyszerűbbnek. Tuberculotikus szülők gyermekei elkülönítendők a Heubner tanár által ajánlott módon. Az angolkórt öröklött bántalomnak tartja. Böven foglalkozik a természetes s mesterséges csecsemőtáplálás kérdésével. A fertőző bántalmak tárgyalásánál kiemeli a Koplik-tünet diagnostikus értékét; a hőkurutot illetőleg elfogadja Bókay álláspontját, melyet a II-ik gyermekvédő congressuson hangoztatott. A többi fertőző bántalmak fejtegetése után, néhány hygienikus útmutatást ad a kora gyermekkorra vonatkozólag. Az iskolabetegségekkel foglalkozik a következő fejezet. A kuratív prophylaxis című részben a gyermekeknek egyes gyógyszerek elleni idiosyncrasiáját s toleranciáját esetenként; túlzott skepsissel nyilatkozik a lumbalpunctio értékéről s a kórházon kívül végezett intubációkról.

Deutsch Ernő dr.

## III. Lapszemle.

Mettetal a párisi „Crèche des Enfants Malades“-ban 13 napos egész 6 éves gyermekekkel 74 esetben végzett diagnostikus czélból tuberculin-injectiókat, 36 esetben positiv eredményvel, kik közül 12-nél a bonczolat is megerősítette a tbc. diagnositát. A tuberculin adagja (szerző a Pasteur-intézet készítményével dolgozott) csak ritkán volt 0.2—0.3 milligm.; az esetek túlnyomó többségében csak 1/10 mgm.-ot fecskendezett be s azt állítja, hogy sohasem kapott positiv reactiót nagyobb adaggal sem oly esetekben, hol ezen minimális dosis nem járt reactióval. A reactio leprapragmansabb tünete a láz és az injectiót követő 24 órán belül jelentkező 1—2 foknyi hőemelkedés alapján felállíthatjuk a tbc. kórismerjét. A lázzal együtt jár a fehér versejtek jelentékeny megsaporodása (a rendes szám 2—3-szorosáig); a pulsus 80—120 p.-ként, lágy, esetleg dikrot lehet. Mellékes tünet gyanánt említi szerző a két izben észlelt erythemát, hasonlót az egyéb serum befecskendezését követő erythemához. A lázgörcsre jellegzőnek mondja M. a folytonos és egyenletes emelkedést (átlag 0.2—0.3° óránként) a 39—40 foknyi maximumig; ezen magaslaton csak igen rövid ideig marad, a görbe leszálló szára pedig kevésbé szabályos; a defervescencia lehet lytikus vagy kritikus, sőt néha néhány órával később egy második, csekélyebb emelkedés észlelhető. A láz okát illetőleg szerző Depage-zsal együtt azt veszi fel, hogy a tuberculin és a tuberculosis „ptomain“-jai együttesen idézik elő azt; „a tuberculin lázat okoz, ha egy másik oly toxinnal találkozik, melyet nemcsak a Koch-féle bacillusok, hanem a szervezet élő, tuberculotikus sejtjei termelnek“. Szerző végül kimutatja, hogy a tuberculin-reactio a fenti adagban nem ártalmas s csak oly esetekben tartja azt fölöslegesnek vagy károsnak, midőn a gyermek hőmérséke 36.5°-on alul vagy 38°-on felül van. A gyermek kora szerinte nincs befolyással a reactio intenzitására. (Arch. de Médecine d. enf. 1900. 10. sz.)

Linsbauer dr. 4

P. Roglet. A Kernig-féle tünet meningitiseknél. Szerző a Kernig-tünetet mint differential diagnostikus momentumot meningitis cerebrospinalis s tetanus, meningismus, paralysis infantilis, typhus, influenza közt igen megbízhatónak tartja. Gümőkóros s cerebrospinalis meningitisek közt mint különbözeti kórismerző jelet nem használhatta. Bull esetében Kernig-tünet ki volt váltható a nélkül, hogy a pia mater meg lett volna támadva; hasonlóképen nyilatkozik Herrick, tapasztalatai alapján. Szerző határozottan állítja, hogy Kernig-tünet jelenléte, ha nem



is szól mindig meningitis mellett, de meningialis irritatio nélkül sohasem jelentkezik. (Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1900. No. 56.)

Deutsch Ernő dr.

**Zuber, Basedow-kór a gyermekkorban.** A 13 éves leánybetegnél, kinek atyja és nagyanyja iszákos, ellenben családjában sem idegbeteg, sem struma nem fordult elő, 1897. augusztusban tűnt fel előbb a pajzsmirigy megnagyobbodása, mi ellen jodkalit rendeltek; novemberben ehhez nagyfokú és hirtelen soványodás járult, de a B.-kór egyéb tünete akkor még nem volt kimutatható. Arsenkezelés dacára a soványodás egyre fokozódott, majd szívdobogásról s reszketésről kezdett panaszkodni. Ekkor, 1898. elején az „Hôpital des Enfants malades“-ba vették fel, a honnan 6 hó múlva csaknem teljesen gyógyulva távozik. Jelenleg is, 2 évvel elbocsátása után, mérsékelt tachycardián és a pajzsmirigy jobb lebenyének csekély túltengésén kívül nem mutat semmi kóros tünetet.

Körképe a Basedow-kór típusának felel meg, annak három sarkalatos tünetével, melyhez mint negyedik, a Charcot-Marie-féle „tremblement vibratoire“ járult; ez utóbbi tünetet gyermekeknél még csak négy-szer észlelték. Ellenben hiányzott a Graefe- s a Moebius-tünet, noha az exophthalmus lagophthalmus-szal eléggé kifejezett volt. A tachycardia ez esetben percenkénti 120—140 pulzusban nyilvánult. A betegség folyamán később polyarthritist, pericarditist és chorea minorral lépett fel; ez utóbbi complicatioja a B.-kórnak gyermekeknél aránylag gyakori (körülbelül 18%). Mind e complicáló betegségek egyébként néhány hét alatt teljesen gyógyultak. Szerző esetével az irodalomban közölt gyermek-kori B.-kór-esetek száma 48-ra emelkedett. (Arch. de Méd. d. Enf. 1900. 10. sz.)

Linsbauer dr.

**F. Ransom. Paralysis diphtheritica és antitoxin.** Ransom kísérletei Behring laboratóriumában végezte tengerimalacokon, következő eredménnyel: 1. A toxin halálos minimál adagjainak 1/4-ével mindig, 1/8-ával sohasem észlelt hűdéseket; a közben eső adagokkal tett kísérletek eredménye változó. 2. Toxin és antitoxin neutralizált keveréke nem okoztak bénulásokat. 3. Ha a letális dosis befecskendése után 15—22 órával lett antitoxin erős adagban alkalmazva, a bénulások enyhék voltak. (Journal of pathology. 1900. VII.)

Deutsch Ernő dr.

**Hahn: Encephalopathia saturnina 13 hónapos gyermeknél Hebra-kenőcs által előidézve.**

Szerző cikke elején figyelmeztet arra, hogy minden gyógyszer hosszabb adagolásánál esetleges mérgezés tüneteire is tekintettel kell lennünk. Sikertült is többször ily intoxiciót, nevezetesen Hebra-kenőcs használatát után ólommérgezést kimutatnia. Így egy négy hónapos csecsemőnek kiterjedt eczema capitis miatt Hebra-kenőcs rendeltetett; három hét múlva hirtelen láznélküli görcsökből elhalt. Obductio nem történt. Hat éves fiúnál ugyanily kezelés után hirtelen afebrilis eclampsia s heveny veselob lépett fel, a mit szerző szintén ólommérgezésnek tulajdonít. Feltűnt neki továbbá a Hebra-kenőcs huzamos használatát után a csecsemők sajátságos, fakó bőrszíne, úgy hogy ezentűl azt csak oly esetekben rendelték (a prágai ambulatóriumban), a hol azt okvetlenül szükségesnek tartották, az anyákat pedig szigorúan utasították, hogy kólikára, constipatióra, fakó arcszínre különösen ügyeljenek és hogy hetenként mutassák be gyermeküket. Ugyanily utasítást kapta egy kilenc hónapos csecsemő anyja is, kinek idült fejecsemájára szintén Hebra-kenőcsöt rendeltek. Az anya azonban többé nem hozta be gyermekét, miglen négy hónappal később szerzőt a beteghez hívták. A beteget ekkor általános görcsökből találta, pulsusa kemény, peczelő, láza ellenben nem volt. Az eczemát az anya az egész időn át ungu. Hebrae-vel kezelte. H. sulfurkenőcsöt rendelt a még fel nem szívódott ólom megkötésére. Két nap múlva újból eclampsia: a gyermek comatosus, láztalan; erősen feszülő kutacs, 80 feszes pulsus; a foghúson a metszőfogak körül feketés szegély; kezek reszketnek, reflexek fokozottak. Lumbal punctióra némi javulás, de másnap a gyermek meghalt. Bonczlelet: hydroceph. lev. gradus, enterocatarh. chr. Az agyállomány vegyi vizsgálata abban 0.005% ólmot mutat ki, a mi sok, ha tudjuk, hogy más észlelők csak 0.002—0.003%-ot tudtak kimutatni.

H. szerint ez az első eset, melyben gyermeknél vegyi úton az encephalopathia sat.-t kimutatták. Ezen eset kapcsán összegyűjtötte az irodalomban csak szórványosan található gyermekkori ólommérgezéseket. 85 esetet talált; a betegek kora 8 nap és 15 év közt variál. Aetiologiájuk igen érdekes: az ólomvizet borogatás, melyet a dajka exoriált bimbójára rak, ép úgy szerepel abban, mint az ólomchromáttal festett sütemény; gyakori az ólmos festékekkel frissen festett szoba, ólomtartalmú játékok stb.; egy ízben pedig a vízvezeték ólomcsövei okozták 42 gyermek akut mérgezését. Ha ezektől eltekintünk, 33% a többi esetek mortalitása. (Arch. für Kinderheilkunde. 1900. 28. köt.)

Linsbauer dr.

**R. Abrahams. Halálos kimeneteli carbolmérgezés.** Egy bába gyermekágyas számára carbol-oldatot készítve, a tömény carbollal érintkezésbe jött kezével a hatnapos csecsemő jobb inguinális tájával. Egy negyedórán belül általános görcsök jelentkeztek. Két óra múlva látta szerző a beteget; erős convulsiók mellett, nagyfokú dyspnoé, pulsus celer et parvus, myosis, hideg verejték, 150° F. temperatura, állás közben megfeketedő vizelet, jobb inguinális tájon a carbolétetésnek megfelelő két fekély volt észlelhető. 10 óra lefolyása után halálos kimenetel. A gyors lefolyás teszi érdekessé az esetet. (Pediatrics. 1900. III. 15.)

Deutsch Ernő dr.

**H. W. Jacob: Parotitis epidemicának pancreatitis acutával kombinált esete.** Három nappal parotitis fellépése után a has felső részének érzékenysége és hányás jelentkezett. A máj alsó széle palpálható, a máj alatt egy sáv, mely felett a kopogtatási hang dobos, e részlet után egy az epigastriumból a bal hypochondriumba húzódo, könnyen mozgatható, légzési mozgásokat nem követő, hurkaszerű tumor található, mely nyomásra érzékeny s mely felett a kopogtatási hang tompult. A localisatióból szerző a pancreas metastaticus megbetegedésére következtetett. Egy hét múlva teljes gyógyulás. (Brit. med. Journ. 1900. jun. 23.)

Deutsch Ernő dr.

**Goulkewitch: Csecsemők veselobja.** A vizsgált csecsemők kora 2—9 hó volt. A talált kőbőnczi képek nem jellemzőek a csecsemőkre; teljesen megegyeznek a felnőtteknél talált leletekkel. 220 bonczolt esetre 22 nephritis esett. A Cassel és Simmonds által észlelt nephritis s otitis coincidentiaját szerző nem találta eseteinél (Revue mens. des malad. de l'enfance. 1900. VII.)

Deutsch Ernő dr.

**J. Hinshelwood: Congenitalis szóvaktság.** Szerző két esete (10 s 11 éves fiúk) orvosi s paedagogiai szempontból érdekesek. Ezen gyermekeknél a gyrus angularis s supramarginalis sinisterben fekvő betű-szó-képi központ volt valószínűleg megtámadva, úgy hogy az abc el-sajátítása nem sikerült, az egyébként művelt gyermekeknél. (Lancet. 1900. V.)

Deutsch Ernő dr.

**Berghinz: Arterio-sclerosis myocardii lues hereditariánál.** Teljes jólét közepette hirtelen nagyfokú dyspnoé és cyanosis jelentkezett, szerző két eseténél (a gyermekek 7 és 18 hónaposak voltak); e rohamok néhányszor ismétlődtek, a kimenet halálos volt. Bonczolatnál a szívizom kis edényeinek endo- és periarteriitise, miliaris gummigöbösök szív s májban, a szívganglionok kötőszövetének proliferatioja, kezdődő hepatitis interstitialis, periphlebitis és arterio-sclerosis lett constatatva. (Gazz. degli ospedali. 1900. Nr. 75.)

Deutsch Ernő dr.

**Capel: Gümös hashártyalob gyógyult esetei.** Hét operált gyermek közül 2 elgyengülésben, egy tuberculosis miliaris acutában pusztult el, három meggyógyult. Két esetről spontán gyógyulást észlelt. Hosszantartó lázak, a has fokozódó nagyobodása s lesoványodás adják az indicatiót a beavatkozásra. (Deutsch. med. Wochenschrift. 1900. Nr. 37.)

Deutsch Ernő dr.

**Sehrwald: Alkoholborítások hashártyalobnál.** A hasra alkalmazott alkoholborítások, a peritoneum vérbőségére, a vér gyuladással stasisára elvonóan hatnak s előnyösen befolyásolják a kóros produktumok resorptióját. Az antiphlogistikus hatástól eltekintve, az alkoholorbitások kitűnő excitansoknak bizonyultak. Gümös peritonitisnél s kezdődő typhlitisnél szép eredményeket látott a szerző. (Therapeut. Monatshefte. 1900. Nr. 5.)

Deutsch Ernő dr.

**N. R. Norton. Hökhurut kezelése belső gyógyszerek nélkül.**

Szerző a hökhurut oly kezelési módját szándékozik ismertetni, melyek nincsenek általános használatban. Az első, szénsavgázalakú bevitele a végbélbe, mely eljárást Bergeon 1887-ben s Rose 1897-ben ajánlottak. A szénsavat palackban frissen készíti natrium carbonicum s acidum tartaricum oldatainak keverése által s a fejlődő gázt a végbélbe vezetett kancsukészővön át legfeljebb 10 percig engedi áramlani. Ezen eljárást napjában 2—3-szor két-három órával az étkezés után ismétli. Az ily módon kezelt 150 gyermek közül 143-nál határozottan kedvező befolyást vált tapasztalni, bár a szer a betegség tartamát nem rövidítette meg. A hányás ugyanis a legsúlyosabb esetekben is a kezelés második vagy harmadik napján megszűnt, a rohamok száma csökkent, súlyosságuk engedett. Kellemetlen mellékület gyanánt néhány esetben enyhébb fokú diarrhoeát észlelt, mely azonban a kezelésnek 1—2 napi felfüggesztése, majd gyérből alkalmazása mellett elmaradt. A gáz alkalmazása után a köztakarónak bőre, de különösen az arcon, nagyobb fokban pöffed, e tünet azonban legfeljebb egy negyedórát tart.

Long dr., a ki nem in statu nascendi alkalmazta a szénsavat, hanem a kereskedésben kapható szénsavgázt vitte be a végbélbe, 20 esettel tett kísérletet, azonban mindennemű eredmény nélkül. Szerző Ephraim nyomán az elért hatást úgy magyarázza, hogy a végbélben át a vérbe jutott szénsav miatt nagyobb élelenszükséglet áll be s ennek megfelelőleg több élel is jut a légzőszervekbe.

A második methodus, melyet hökhurutnál alkalmazott, melyet O'Dwyer élete utolsó éveiben hozott javaslatba, az intubatio volt. Hökhurut súlyos eseteiben, melyek gyakori s súlyos hányással, soványodással s nagyfokú erőfogyással járnak, O'Dwyer ebonittubusok alkalmazását tartja jogosultnak. O'Dwyer, miként az egy visszamaradt kéziratából kitűnik, saját magán 40 éves korában tapasztalhatta azt, hogy mennyire kínzó tünete a gégegörcs a hökhurutnak, oly annyira, hogy a beteg sokszor utolsó percét véli elérkezettnek. Ezen, sokszor az életet is veszélyeztető tünet biztosan elkerülhető tubus bevezetése által.

Norton a newyorki lelencz-kórházban 1897-ben három esetet látott, melyben a hökhurutban szenvedő gyermekek egyidejűleg gégecroupban betegedtek meg. Az intubatio után a rohamok sajátságosan változtak meg. A rohamot megelőző izgatottság után rendes tartamú görcsös köhögés következett, a mennyiben a kilégzés gátolva volt s néha cyanosis is állott be. Mihelyt azonban az inspirium következett, hangrészgöres folytán gátolt belégzés nem léphetvén fel, a mennyiben a levegő a tubuson át akadálytalanul juthatott a tüdőbe, a paroxysmus hirtelen véget ért s hányás sem állott be. Tubus eltávolítása után a rohamok szokásos lefolyásukat vették. Szerző O'Dwyer-rel együtt ez alapon hökhurut súlyos eseteiben az ebonittubusok alkalmazását jogosultnak véli,



mely tubusokkal a decubitus képződésének veszélye is minimumára reducálódik.

Megjegyezhetjük, hogy hazánkban az intubatio hökhurut súlyos eseteiben már 1892-ben került alkalmazásba, a midőn *Taub dr.* a Stefánia-kórház volt segédorvosa két betegét sikeresen kezelte a leirt módon. (Arch. of Pediatrics. 1900. No. 4.) *Loránd (Loewy) Leó dr.*

## VEGYESEK.

— A „Gesellschaft für Kinderheilkunde“ idej, Aachen-ben tartott összejövetelén elhatározta, hogy a jövő évben, szeptember havában Hamburgban tartja meg évi gyűlését.

— A „Medicina de los niños“ f. évi 2. számában *M. Vargas* (Barcelona), utalva a gyermekvédelem fontosságára, egészségi és erkölcsi tekintetben, ismerteti *Tolosa Latour dr.*-nak a gyermekvédelemről szóló törvényjavaslatát. A javaslat tartalma következő: Minden 7 évnél fiatalabb gyermek, a ki fizetés, jutalomdíj, segély stb. fejében dajkának, bölesődnének vagy mint tanuló vagy tanonc idegen egyénnek gondjaira van bízva, életének és jólétének megóvása érdekében a kormány különös örkődésének tárgya. A belügyminiszterium részéről külön „Gyermekevédő Tanács“ alakítatik az országos közegészségügyi felügyelőjének elnöklété alatt. Minden tartományi székhelyen külön helyi bizottság létesítetik, melynek tagjai erre önként vállalkozó független és jótékony egyének lehetnek. Az orvosi és jótékony felügyelet kiterjed a dajkaságban, lelenczházakban, atyjuknál levő gyermekekre. A dajkaságra vállalkozó nők könyvecskét kapnak, melyben dajkaságra alkalmas voltak fel van tüntetve. A helyi bizottság feladata a dajkák fizetésének fedezéséről gondoskodni; hasonlóképpen kötelességük a felett örködni, hogy a lelenczházak, iskolák stb. túl ne zsúfoltassanak és hogy ezek a higiénie követelményeinek megfeleljenek. A tapasztalt visszaélésekről azok megszüntetése végett jelentést tesznek a hatóságnak. Időnkint a törvény alapján elért eredményeket s a törvény esetleges hiányait feltüntető részletes jelentést kell a hatóságnak küldeniük. A javaslat ezután a gyermekek élete és testi épsége ellen vétő gondviselőkre kiszabott büntetésekről szól. A hatóságok kötelessége a gyermekevédő felügyelőket támogatásában részesíteni, a visszaéléseket megszüntetni és a feljelentéseket az illetékes felettes hatósághoz eljuttatni.

— A gyermekgyógyászat amerikai megalapítója *Abraham Jacobi* május hó 5-én nagyszámú tisztelői körében ülte meg születése 70-dik évfordulóját. A newyorki *Delmonico* fogadó dísztermében 425 tagból álló fényes társaság gyűlt egybe ez alkalommal a tiszteletére rendezett diszeben, köztük az amerikai egyetemek képviselői, a politikai élet s a pénzügyi élet számos kiváló tagja. *Bryant dr.* elnöki megnyitó beszéde után *Sondern dr.* a 7 tagú rendezőség ügybuzgó titkára a két világrészről érkezett üdvözlő táviratokat s leveleket olvasta fel, majd *Weir-Mitchell dr.* philadelphiai professor lendületes költeménye: „*Abraham Jacobihoz, Medicus, Magister, Amicus*“ került felolvasásra, míg az ezután elmondott felköszöntők *Jacobi*-t élete folyásának különböző szakaszai szerint magasztalták. Így *William H. Thomson* orvosi minőségében, mint kitünő képzettségű, pontosan észlelő s a tudomány haladásával folyvást lépést tartó orvost dicsérte, míg *William Osler* mint tudóst köszöntette fel, felsorolva irodalmi működését, mely körülbelül négy kötetre s vagy 60 nagyobb monographiára s essayre terjedt ki. Első publicatiója, thésise 1851-ből a bonni egyetemről: „*Cogitationes de vita rerum naturalium*“ volt. Nagyobb művei közül különösen a „*Diphtheria*“ monographiája s a „*Treatise on the Therapeutics of Infancy and Childhood*“ a legkiválóbbak s világszerte nyertek elterjedést. Néhány alkalmi ezikke „*Non nocere*“ czimmel került a római nemzetközi orvosi congressus elé. Legnagyobb jelentőségűek voltak azon vizsgálatai s munkássága, melyet a csecsemők táplálása kérdésében fejtett ki; melyben az angolszászoknál általában elhagyott természetes táplálási mód érdekében harszott. Majd a columbiai egyetem elnöke *Seth Low* az egyetem nevében mondott *Jacobi*-nak köszönetet s különösen az orvosnevelés terén szerzett érdemeit méltányolta. Különösen magasztalta *Jacobi* azon elhatározását, hogy 1894-ben, midőn a berlini egyetem őt *Henoch* lelépése után e tanszék elfoglalására felhívta, visszautasította a felajánlott megtisztelő megbízatást azon indoklással, hogy második hazáját Amerikát nem akarja ismét régi hazájával felcserélni. Majd *Mr. Schurz* polgári érdemeit emelte ki, ki visszaemlékezett azon időre, midőn 50 év előtt mindketten Németországban együtt küzdöttek a szabadságharcban a jogért, igazsáért, szabadságért s népképviselőtért s miután *Jacobi* a Schleswig-Holsteini háború után leüle a reá kimért két évi börtönbüntetés, mindketten Amerika szabad államaiban találkoztak ismét. Ezután új hazájának lett hasznos s kiváló polgára s nagy szolgálatokat tett a közügynek s egészségügynek.

Az előkészítő bizottság elnöke *Gerster Árpád* azután a *Jacobi* tiszteletére kiadott „*Festschrift*“-et nyújtotta át, melynek szerkesztéséhez két világrészben lakó s 11 nemzethez tartozó tisztelői járultak dolgozataikkal.

Végül a newyorki német kórház nevében *Francis Förster* és a Mount Sinai Hospital nevében *Emil Gruening* nyújtottak át üdvözlő feliratot, mire az ünnepeit hosszas érdekes beszédben mondott köszönetet.

*Loewy dr.*

— *L'Hôpital Pasteur.* Követésre méltó példáról veszünk hírt Párisból. Egy úri hölgy, ki ismeretlen kiván maradni, névtelen bőkezű adományával létesítette a *Pasteur*-intézet kórházát, melyet ez évi július

hó 15-én adtak át a jótékonyaságnak s a tudománynak szentelt nemes hivatásának. A kórház, mely a *Dutot*-utcában az élettani intézet tőszomszédságában épült, 100 ágy felett rendelkezik. Orvosai *Martin dr.* és a bennlakó segédorvosok. Az alapítvány értelmében az új kórház a *Pasteur*-intézet kiegészítő része s kezdetben kizárólag a diphtheria-ellenes kezelés tökéletesítésére van szánva.

— *Lewis Albert Sayre.* Az orthopaedikus sebész atyja, miként amerikai tisztelői nevezték, szeptember hó 21-én New-Yorkban elhalt. 80 éves kort ért el. 22 éves korában avatták doctorrá s eleinte kórbonczattannal, majd sebészettel foglalkozott. 1861-ben a *Bellevue Hospital* orvosi tanfolyamán a testgyógyászati sebészeti tanszékét nyerte el s e téren kiváló szakmunkás-ágot fejtett ki. Kiterjedt irodalmi működése közül következő művei a legjelentékenyebbek: „*A spinalis betegségek s elgömbölyések illusztrált tankönyve*“, „*A lábélégzőbűlések kézikönyve*“ és „*Előadások az orthopaedikus sebészből s az izületek megbetegedéseiről*“. *Sayre* nagyban hozzájárult több tudományos társulat alapításához, így a new-yorki pathologusok társasága, a new-yorki orvosakadémia s az amerikai orvostársulat részben neki köszöni létét. Utóbbi 1866-ban alelnökké, 1880-ban elnökévé választotta meg. Több sebészi kötés és orthopaediai készülék, melyeket ő talált fel, róla neveztettek el.

— A párisi *Hôpital des Enfants-Malades*-ből. 1900. évi szeptember havától kezdve három évre szóló megbízatást kaptak kiegészítő klinikai cursus tartására, *Comby* általános kör- és gyógytanból és *Saevestre* a diphtheriáról. Ugyancsak az *Hôpital des Enfants-Malades*-nál lett megbízva *Marfan* gyermekgyógyászati előadások tartásával *Grancher* tanár távolléte esetén.

— *Turini orvos-paedagogiai intézet.* A napokban kell megnyitnia Turinban egy orvos-paedagogiai intézetnek szellemileg elmaradt gyermekek számára. Internatus és externatusból fog állani. Az internatusba mindkét nembeli gyermeket vesznek fel 5-től 10 évig, kivéve azokat, kiket az egészségügyi bizottság visszautasít. Az externatusba 7-től 15 évig járhatnak be a gyermekek s az iskoláztatásban vesznek részt. Az intézmény jótékony célú magánalapítványból létesül. Az orvosi bizottság élén állanak a következő orvos-professorok: *A. Marro, L. Pagliani* és *B. Pelizzi*.

— *Új könyvek.* *L. Freyberger.* Pocket formulary f. the treatment of diseases in children. London. 1900. — *J. P. Griffith.* The care of the baby. London. 1899. 2. ed. — *W. W. Ireland.* Mental affections of children. 2. ed. London. — *A. Marfan.* L. gastroentérites d. nourrissons. Paris. 1900. — *P. Bézy & V. Bibent.* L'hystérie inf. et juvenile. Paris. 1900. — *E. Lebreton.* Sclérose en plaques ch. l. enfants. Paris. 1900. — *Friedmann.* Die Pflege und Ernährung der Säuglinge. Wiesbaden. — *E. Graetzer.* Vademecum f. d. Kinderheilkunde. Leipzig. 1900. — *E. Lobedank.* Gesundheitspflege der Jugend. Strassburg. 1900. — *L. Fürst.* Die künstliche Ernährung d. Kindes im ersten Lebensjahre. 2. Aufl. Berlin. — *C. Hochsinger.* Die Myotonie d. Säuglinge u. d. Beziehungen z. Tetanie. Wien. — *F. Theodor.* Prakt. Winke zur Ernährung und Pflege des Kindes. Berlin. — *P. Zweifel.* Aetiologie, Prophylaxis u. Therapie der Rhachitis. Leipzig.

— *Új „Dissertatio“-k s új „Thèse“-k:* *J. Lebkuchner.* Zwei Fälle von weit fortgeschr. Tbc. im früh. Kindesalter stb. Tübingen. 1901. — *E. Pfaff.* Spontane Darmruptur bei Neugeborenen. Giessen. 1900. — *F. Müller.* Über Gangrän von Extremitäten bei Neugeborenen. Strassburg. 1900. — *B. Richter.* Beitrag zur Wirkung der subcutanen Kochsalzinfusionen bei Kindern mit Magendarmkatarrh. Kiel. 1899. — *E. Daust.* Über Erbllichkeit der angeborenen Katarakte. Kiel. 1899. — *J. Hermanns.* Über Bruchheinklemmung von Adnexen im früh. Kindesalter. Kiel. 1899. — *Friedmann.* Untersuch. ii. d. Bedeutung d. Gaumensillens v. jungen Kindern. Freiburg. 1900. — *H. Blankemeyer.* Statistisches zur Beschaffenheit d. weibl. Brust u. z. Stillgeschäft. Freiburg. 1899. — *F. Garthmann.* Beitrag z. Lehre d. Chorea. Freiburg. 1899. — *J. Runkel.* Über d. Verwerthung d. Heroins i. d. Kinderpraxis. Bonn. 1900. — *C. Schütze.* Die Verhütung v. Tuberkulose u. d. Kindern. Halle. — *G. Spohn.* Über Sarkome a. d. kindl. weibl. Genitalien. Leipzig. 1900. — *H. W. Caussmütz.* Über haemorrh. Meningitis b. Scharlach. Leipzig. 1900. — *C. Semlinger.* Beitrag z. Kenntniss d. Genese d. Tuberkulose im Säuglingsalter. München. 1900. — *H. Finck.* Über chr. tuberc. Peritonitis b. Kindern. München. 1900. — *F. Blumenfeld.* 30 Fälle v. ac. Osteomyelitis im Kindesalter. Marburg. 1900. — *A. Beyrand.* Les terreurs nocturnes de l'enfant. Paris. 1900. — *A. Bloche.* Du céphal-hématome. Paris. 1900. — *J. Gagey.* Du réchauffement d. nouveau-nés débiles. Paris. 1900. — *G. Lefort.* Alimentation d. nourrissons et gastroentérites. Paris. 1900. — *Mlle L. Séraud.* L'hypertrophie du thymus d. l. lymphadénie leucem. ch. l'enfant. Paris. 1900. — *L. Terral.* L'étiologie et la pathogénie d. rachitisme. Paris. 1900. — *L. Navarre.* La scarlatine à l'hôpital d. Enf. Mal. en 1899. Paris. 1900. — *L. Bertherand.* Le diagnostic d. l. tbc. pulmonaire d. jeunes enfants. Paris. 1900. — *A. Lepage.* Contrib. à l'étude de la rétention d'urine ch. l. foetus. Paris. 1900. — *F. Rouxel.* De l'emploi du lait d. l'alimentation du nouveau-né. Paris. 1900. — *V. Aubin.* L'hérédosyphilis du larynx. Paris. 1900. — *J. Vincet.* Étude s. l'anatomie pathol. d. l. mal. de Friedreich. Paris. 1900. — *E. Lecog.* De l'examen radioscop. d. l. pneumonie chez l. enfants. Paris. 1900. — *Kaler.* Contrib. d. l'hystérie chez les enfants. Nancy. 1899. — *L. Lévy.* Du traitement d. l. Chorée p. l'arsenic associé aux corps gras. Lyon. 1899. — *C. Karoleff.* Réflexions s. l. paralysie d. l'enfance. Montpellier. 1900.