Negyvennegyedik évfolyam. 18. szám. *Budapest, 1900. május 6.*

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 magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kézmárszky 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.

Doktor Sándor: Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem I. sz. női klinikájából. (Kézmárszky Tivadar tanár.) Az angiothrypsiáról. 272. l.

Sugár K. Márton: A fül bántalmai influenzánál, főkép influenza cerebralisnál. 273. l.

Schiff Ernő: Közlemény Konrád Márk dr. kir. tanácsos, a nagyváradi m. kir. bábaképezde igazgató tanárának szülészeti kórodájáról. Ujabb adatok az újszülöttek haematologiájához. 275. l.

Rottenbiller Ödön: Adatok a gaultheria-olaj hatásához 112 eset kapcsán. 277. l.

Tárcza. *Filep Gyula.* 1755—56-diki erdélyi pestis története. 278. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Scholtz János*: A tabes és paralysis kóroktana. 279. l. — *Könyvismertetés. Martin Friedlaender:* Die Krankheiten der männlichen Harnorgane. 280. l. — *Lapszemle. Belgyógyászat. Mann:* A villamos ingerlékenységi viszonyok. (—tz.) — *Winternitz:* Egyes morphiumszármazékok gyógyászati javalatairól. (—tz.) — *Darey:* A gyomor hátsó falán elhelyezett kerek fekély áttörésének műtéttel gyógyult esete. (Surányi Miklós.) — *Brunner:* Malta-láz. (Lengyel Loránd.) — *Grober:* A spinalpunctio gyógyító értéke idült hydrocephalusnál. (Hönig Izsó.) — *Sebészet.* A hydrogensuperoxyd. (Picker Rezső.) — *Bőr- és bujakórtan. Klingmüller:* A jodipin. (M. T.) — *Danlos:* Szerzett syphilis két éves gyermeknél. (M. T.) — *Jacquet:* Igen makacs, inveterált psoriasis- és eczema-plaqueok. (Szabóky.) — *M. Wolters:* Scabies ellen endermol (salicylsavas nicotin). (Poór.) — *Kopytowsky:* A thioform. (Nékám.) — *Orr-, torok- és gégebajok. Gerber:* Egy kettős diaphanoskop a homloküregek átvilágításához. (Tóvölgyi.) — *Pluder:* A nyelv rendkivüli mozgékonysága. (Tóvölgyi.) — *Eulenburg:* Egy új rezgő massagekészülék. (Tóvölgyi.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Gerbsmann:* Égetési sebek gyógyitása. — *Bachmann:* A superaciditas kezelése. 280—282. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — Délafrikai sebesültek magyar fürdőben. — Erzsébet királynő szobra Pöstyénben. — Mármaros vármegye közkórháza. — Az aranyosmaróthi vármegyei közkórház. — Kelen István. — Lakásváltoztatás. — Megjelent füzetek. — Helyreigazítás. — Az „Anker" élet- és járadék-biztosító társaság. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Kuthy dr. 282. lap.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem I. sz. női klinikájából. (Kézmárszky Tivadar tanár.)

Az angiothrypsiáról.

Közli: *Doktor Sándor* dr. egyetemi tanársegéd.

A gynaekologiát minden év annyi fölfedezéssel gyarapítja, annyi új ajánlat merül fel az orvoslásban, annyi új módosítás az operatiokban, hogy nem csoda, ha a józan skepsis már eleve némi bizalmatlansággal fogadja az újdonságokat, gyakorlatilag kipróbálni pedig nem siet. Legtöbb részük úgyis olyan, hogy nem állja meg a theoretikus mérlegelés próbáját sem, s csakugyan rövid időn feledésbe merül.

Kivételes ez újdonságok között az angiothrypsia, melyet a franczia *Doyen* fedezett fel, operatiok közben okozott vérzés csillapítására, az eddigi érlekötések, főleg az úgynevezett „Massenligatur", vagy a sebben maradó szorító csipők (Dauerklemme) helyett.

Szorítsd le az átmetszendő ereket *csak rövid ideig, de óriási erővel*, a zúzott érfalak összetapadnak s nem véreznek a szerszám levétele után sem, ép oly kevéssé, mint akár fonállal, akár pince-ekkel eszközölt *tartós leszorítás* után, ez a Doyen felfedezése. A lekötő fonál, vagy a szorító csipő csak kisebb erővel szorítja az átmetszett ér csonkját, ugyanazért két-három 24 óra szükséges arra, hogy az érfalak összetapadjanak s olyan szilárd thrombusfonál képződjék, mely a vérzést véglegesen megakadályozza. Óriási erővel tett leszorítás eléri ezt pár perez alatt.

Az ötlet eredeti, kipróbálásra veszedelem nélkül kinálkozó s ha beválik, messze kiható gyakorlati jelentőségű. Ugyanazért az egyetemi I. sz. női klinikán méltónak találtuk a gyakorlati kipróbálásra. Eddig 12 vaginalis totalexstirpationál volt erre alkalmunk; ezekből nyert tapasztalatainkról kivánok most beszámolni. Minthogy azonban csak a mult év folyamán kezdett elterjedni Németországban is; nem lesz felesleges, ha bevezetőnek röviden ismertetem a róla eddig megjelent irodalmi közléseket.

Doyen[1] 1897-ben a moszkvai nemzetközi congressuson demonstrálta először felfedezését, hozzá való hatalmas szerszámaival együtt; de még honfitársai között sem talált mindjárt követőkre. Mint megirja, éveken át üzött mechanikai kisérletek és górcsövi gondos tanulmányok után jött csak reá, mialatt „nem egyszer még a ráspolyhoz is maga nyúlt". A szükségelt óriási erőnek megfelelő hatalmas szerszámot kellett t. i. szerkesztenie. Vaginalis exstirpationál ezzel alulról szorítja le a széles szalagok alsó kétharmadát; ezeket átmetszve, lehúzza az így mobilizált méhet, megnyitja a hashártyát s most felülről szorítja le a megmaradt részletet az ovarium mögött. De az így nyert csonkokat már előre átszúrt fonállal körül is köti a leszorítás barázdájában, nem épen a netaláni vérzés miatt, hanem inkább abból a czélból, hogy a fonalak segítségével rögzítse a csonkokat a sebcsatornában, melyet gyakran el is zár felülről úgy, hogy a peritoneumot dohányzacskóvarrattal összehúzza. Ezt a vérzéscsillapítást gyakorolja általában, *mindenféle sebészeti műtéveseinél.* Konstruált tudniillik közönséges formájú, de igen erős, rövid fejü pince-eket is s ezekkel szorítja le a fecskendő ereket a legnagyobb erővel. Igy mint irja, 1897 óta nem volt rá eset, hogy az art. facialishoz hasonló kaliberü ereket le kellett volna kötnie, ha egészségesek voltak. Szép rajzokban mutatja be a leszorítás eredményét egyes ereken és csonkokon; valamint ügyesen demonstrálta egyes operatioinak egész menetét kinematograf segítségével több congressuson.

Bemutatta az angiothrypsiát Berlinben is az 1898-diki sebészcongressuson s a Landau klinikáján maga hajtott végre egy vaginalis totalexstirpatiot. Itt azonban komplikáltnak találták a Doyen-féle szerszám zárószerkezetét s ezért nem nagyon kaptak rajta. Landau segédje *Thumim* azonban módosította azt s ezzel a

[1] Doyen. Sur l'angiotripsie. Revue de Gynécologie. 1898. 5.

módosított szerszámmal operáltak tovább. Először 1898 végén,[1] majd bővebben a mult év elején[2] közölte *Thumim* 26 exstirpatio első sorozatát, melyben mind az új eljárás, mind az új szerszám nagyon jól bevált. Ez a publicatio azután sok hívet szerzett az új eljárásnak, mint az utána egymást követő közlésekből látjuk. Thumim maga pedig május végén, a német gynaekologusok berlini gyülésén már 96, valamivel utóbb[3] 99 esetről referál. Az exstirpatio technikáját illetőleg lkiemeli, hogy először ki kell szabadítani és kigördíteni a méhet s csak azután szorítani le a széles szalagokat (consecutiv vérzéscsillapítás); praeventiv vérzéscsillapítás csak kivételesen, kényszerűségből van helyén olyankor, mikor a méh mozgathatósága nem elegendő s kigördítése nem, vagy nem jól sikerül. A 99 exstirpált esetből 5 halt meg; utóvérzés vagy szomszéd szervek sértése azonban egyszer sem fordult elő. Kipróbálták az új eljárást más operatioknal is, számos ovariotomiánál, 7 abdominalis exstirpationál (myoma miatt). Szerinte a vérzéscsillapításnak ez a módja még biztosabb, mint a ligatura, melyből a csonk részletei olykor kicsúsznak. Másfelől a compressio nyomán maradt papirvékony száraz lemez a gyógyulásra sokkal kedvezőbb, mint a fonállal lekötött vastag, húsos csonk. Arra azonban ügyelni kell, hogy a leszorított csonkot ne rángassuk a szerszámmal, sőt engedjünk a megnyúlt széles szalag spontan visszahúzódásának.

Landau[4] maga ugyanott pótló közleményben irja meg, hogy 103 exstirpatios eset között 4 találkozott olyan, melyekben az angiothrypsiát meg se kiserélték; a többi 99 között 5 volt olyan, melyekben operatio közben hagytak fel véle s a régi módira tértek át. E kivételes eseteket magyarázza. Néha a parametran kötőszövetet gyuladásos vagy carcinomás beszűrődés szakadékonynyá teszi s a szerszám átvágja. Sclerotikus, vagy különálló, quasi kipraeparált erek a Thumim-féle szerszámmal leszorításra szintén nem alkalmasak, hanem csupán olyan kocsány, melynek némi resistentiája van. Itt pedig vigyázni kell, hogy a szerszám zárásakor ki ne toluljon abból a kocsány széle, valamint exstirpationál arra is, hogy a méh kigördítése közben be ne szakadjon a széles szalag, mert az ilyen szakadás vérzik leszorítás után is. Landaunál a leszorítás 3 perczig tart. A sebcsatorna exstirpatio után nyitva marad, kitömve lazán jodoformgaze-zel.

A követők között első *Orlow*,[5] a ki 4 esetről referál; kettőben a Thumim-féle szerszám jól működött; a másik kettőben fecskendő vérzés támadt utána az uterinából; Meddig tartott a leszorítás, nem közli. De ajánlja a módszert, melyet egy laparotomiánál is jó sikerrel kisértettek meg.

Nálunk *Bársony*[6] hivta fel a figyelmet az új eljárásra, melyet igen jónak talált; kipróbálását nagyon ajánlja.

Döderlein[7] 12 vaginalis totalexstirpatiot s 14 különféle laparotomiát végzett a Thumim-féle szerszámmal s elragadtatással szól az angiothrypsiáról, mely az exstirpatiot rendkivül megkönnyíti, utána a hasüreg zárását lehetségessé teszi és a betegnek operatio után sokkal kevesebb fájdalmat okoz. Az utólagos vérzést (t. i. órák mulva az operatio után) kizártnak tartja. De óvatosságra int, mert „nem kevés esetben" nehány perczczel a levétel után a komprimált lemez megereszkedett s csekély, de egyre erősbödő vérzés indult meg, mely egy-két körülöltést tett szükségessé. Hány perczig tart a leszorítás, nem közli.

Még lelkesebb híve az angiothrypsiának *Amann* jr.,[8] a ki 30 vaginalis és 9 abdominalis exstirpationál, valamint 7 ovariotomiánál próbálta ki. Ritkán sikerült az egész széles szalagot egyszerre leszorítani; többnyire 2—3 részletben kellett. Összesen 6—7 izben kapott utána vérzést, melyet külön lekötésekkel csillapított. Utóbb minden alkalommal körülkötötte ő is a csonkot a leszorítás barázdájában catgut-fonállal. Szintén jobbnak tartja a széles szalagot egészben és pedig felülről leszorítani, hogy így a vaskosabb parametrium a szerszám csúcsa felé essék; csak kényszerűségből alkalmazza azt alulról. 3—5 perczig szorítja le s azután Paquelinnel metszi át a csonkot. Utólagos vérzése nem volt; betege nem halt meg. Feltünő előny, hogy a betegnek nincs fájdalma operatio után. Ha a szerszám jól volt applikálva, a vérzéscsillapítás igy még tökéletesebb, mint bármely más módszerrel. A szerszámok azonban még nem tökéletesek.

Végül a Centralblatt für Gynäkologie egyik 1899. szeptemberi számában (37.) hárman irnak az angiothrypsiáról. *Zweifel* 3 percznyi leszorítás után szintén látott még vérzést; a Thuminféle szerszámot használja, de megesett vele, hogy a szerszám rugása zárás vagy nyitás közben beszakitotta a lefogott részletet. Maga a módszer azonban elvben jó, már csak az asepsis szempontjából is, a mennyiben nélkülözhetővé teszi az oly nehezen sterilizálható lekötő fonalakat. A betegnek feltünő kevés fájdalma van angiothrypsiás operatio után; az idegek ugyanis teljesen elhalnak, nem oly lassú elhalásnak vannak alávetve, mint ligaturában. A Thumim-féle emeltyűs szerszám helyett szerkesztett másfélét, olyat, mely a kéz nyomó erejét három izülettel, kétszeres áttétellel sokszorozza, melynek zárásához azonban szintén két ember kell. Ő is ajánlja a leszorított csonk megpörkölését Paquelinnel.

Kossmann[1] csavarral szerkesztett angiothryptorját ismerteti s az emeltyűs szerkezetet nem is tartja jónak, mert szorítása mindig ugyanazon fokig van sokszorozva, tekintet nélkül a befogott szövettömegre, melynek pedig a vastagsága nem mindig egyenlő. Csavaros szerkezettel a szorítás tetszés szerint fokozható s némi gyakorlat után ki lehet tanulni a mindenkor szükséges kézerő mértékét.

Van Rossem[2] (Leydenből a *Veit* klinikájáról) kétségbe vonja a módszer kikiáltott érdemeit, melyek egyelőre csak theoriában igazak. Igaz, hogy nem kell idegen anyagot hagyni a sebben, de azután a vérzéscsillapítás nem is olyan biztos. Thumim maga beismeri, hogy az esetek 5%-ában elégtelen volt a szerszámja, s jó, ha ez még kiderül mindjárt; de baj, ha azután laparotomiát tesz szükségessé. S ha nem hagyunk is a sebben idegen anyagot, a leszorítás folytán elhalt csonk, hiányos asepsis esetén, ép oly kedvező talaja a bakteriumoknak. Hogy az operatio megrövidül, ez egyelőre nem áll. A leszorításra kell legalább 5 percz, egy exstirpatio folyamán tehát 10—25 percz. Ennél pedig nem kell több idő ligaturákra sem. Ha meg épen Paquelinnel, meg ligaturával kell biztosítani az eredményt, a módszernek főelőnye elesik. Ő nyulak aortáján és femoralisán tett kisérleteket saját tolózáras szerkezetű eszközével 2—5 perczig tartó leszorítással. A vérzéscsillapítás nem mindig sikerült, bár 3 percz elég volt az aortának is. Az érfal rétegeinek szakadását nem észlelte; csak össze voltak sajtolva a rétegek s összetapadva a lumen. Minél tovább tart a leszorítás, annál biztosabb a vérzéscsillapító hatása.

Az általános vélemény, mint ezekből látható, az angiothrypsiáról kedvező, a mi annál figyelemre méltóbb, mert e mellett nem hallgatják el a közlők kedvezőtlen tapasztalataikat sem.

Ezek után áttérek saját tapasztalataink ismertetésére, melyek csak megerősítik a fentebbi jó véleményt.

Első nehézségeink helyesebb megértéséhez azonban előre kell bocsátanom, hogy eddigelé mi a méh teljes kiirtását első eredeti formájában gyakoroltuk, mint typikus operatiot. Egyes elszórt kivételeket leszámítva, nem vettük át annak újabb modificatioit, melyeket pedig az angiothrypsia csaknem megkövetel, mint a méh darabolását vagy ketté szelését, a szorító csipők alkalmazását, a consecutiv vérzéscsillapítást stb. Nem pedig azért, mert a carcinomás méh kiirtásánál nem látjuk azokat czélszerüeknek, egyéb bajoknál pedig, mint fibromáknál, vagy gyuladásos bántalmaknál, magát az operatiot nem tartjuk vagy igen ritkán tartjuk indikáltnak. A carcinomás méh kiirtásánál legtisztább volt az eredeti módszer: a széles szalagok successiv lekötésével és átmetszésével, a méhnek in toto kigördítésével s a helyén maradt sebcsatorna szűkítésével vagy teljes elzárásával. Lekötésre régebben hosszú sorozatban catgutot, utóbbi időben selymet használtunk s az eset nehézségeihez képest 3—5, néha 6—7 lekötést tettünk egy-egy oldalon. S épen ezt éreztük e módszer hátrányául, hogy a lekötő

[1] Thumim. Berliner klin. Wochenschrift. 1898. 51.
[2] Thumim. Centralblatt für Gynaekologie. 1899. 5.
[3] Thumim. Centralblatt für Gynäkologie 1899. 26.
[4] Landau. Centralblatt für Gynäkologie 1899. 26.
[5] Orlow. Centralblatt für Gynäkologie 1899.
[6] Bársony. Orv. Hetilap 1899. 18.
[7] Döderlein. Beiträge zur Geburtsh. und Gynäkol. 1899. 2. k.
[8] Amann jr. Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1899. julius.

[1] Kossmann. Centralbl. f. Gynäk. 1899. 37.
[2] Van Rossem. Ugyanott.

és a sebcsatornát elzáró fonalakkal együtt igen sok varró anyagot kellett a sebben hagyni s a metszésnél elég tömeges csonkot kellett hagyni, hogy a ligaturák le ne csúszszanak. A sebnek így nyitva is kellett maradni a hüvely felé, hogy a lelöködéssel járó váladéknak szabad lefolyása legyen. A csonkok a harmadik héten váltak le a fonalakkal együtt s azután gyógyult a seb sarjadzás útján.

Az angiothrypsiához szükséges hatalmas szerszám a fent vázolt technikának olyan lényeges változtatását követelte, melyet most az új szerszámmal egyszerre kellett begyakorolnunk.

Elhanyagolt óriási prolapsust választottunk ki első esetnek, abban a reményben, hogy itt egyfelől tisztább terrenumon dolgozunk, mint carcinománál, másfelől a megnyúlt széles szalagokra könnyebb lesz az angiothryptort alkalmazni. A betegnek igen vastag, kövér hasa miatt azonban csak operatio előtt narkosisban derült ki, hogy egy-egy ökölnyi adnextumor is komplikálja a bajt s az előesett méh exstirpatioját a nélkül is megnehezíti a megnyúlt méhnyaknak nehezebb felszabadítása s a hashártyaredőnek elül is, hátul is nehezebb megnyitása. E nehézségeket nem ellensúlyozhatták a fentebbi előnyök. Körmetszés és a méhnyak felszabadítása után a jobb parametriumot szorítjuk le először s két perczig tartó compressio *után* metszszük át, mire fecskendő vérzés támad, melyet körülöltéssel csillapítunk. Leszorítjuk a bal parametriumot és mindjárt átmetszve ismét két percz multán veszszük le a szerszámot; vérzés nincs. De ettől már a bizonytalanság érzete fogott el, azért az úgyis nehezebbnek igérkező operatiot ligaturákkal fejeztük be. Ennek részletesebb leirása alább következik. Itt csak annyit érdemes külön kiemelni, hogy a bal csonkból nem támadt vérzés a későbbi hosszadalmas manipulatiok közben sem, holott azt insultusoktól teljesen megkimélni bizonyára nem lehetett.

II. esetünkben a portio carcinomájánál az volt a terv, hogy a hasüreget elül is, hátul is előbb megnyitva, kigördítjük a méhet s felülről fogjuk be az egész széles szalagot. Operatio közben itt ismét két nehézségre bukkantunk. Nehéz volt a méh kigördítése, mint kiderült azért, mert két szarvú, (uterus bicornis) volt, melyet lehető épségben óhajtottunk kihozni. Ez úgy sikerült, hogy a jobb tuba tövét ragadva meg, élére fordítottuk a méhet s jobb, majd bal szarvát egymás után húztuk elő. A jobb széles szalagot leszorítjuk és átmetszszük. A másik oldalon akadunk az újabb nehézségre. Itt t. i. a carcinomás göb oly szorosan össze van kapaszkodva a hólyaggal, hogy élesen, késsel kell előbb arról lepraeparálni s így lehetett a bal széles szalagot szabaddá tenni s ugyancsak felülről leszorítani. A compressio ezen közben jobboldalt 22, baloldalt 6 perczig tartott. Utána semmi vérzés nem támadt.

Hasonló tervet követtünk a következő három esetben, de egyiknél (IV.) el kellett térni tőle, mert a jobb széles szalag az idős nőnél (55 éves IX. P.), úgy látszik, régi gyuladások folytán, annyira zsugorodott és kemény volt, hogy a méhet kigördíteni nem lehetett; azért itt két részletben alulról alkalmaztuk az angiothryptort, mindig 3½—4 perczig és semmi vérzést nem kaptunk. Ellenben a más kettőnél (III. V.), hol az operatio terv szerint ment, vérzés támadt a szerszám levétele után azért, mert a parametriumnak kis részlete zárás közben kitolult a szerszámból. Körülöltéssel mind a két esetben könnyen csillapíthattuk a vérzést.

E baleset kikerülésére a következő hatodik esetünkben azt vettük tervbe, hogy két részletben szorítjuk le a széles szalagokat, még pedig úgy, hogy a parametriumokat alulról ideiglenes pince-be fogva, mindjárt átmetszszük; azután a méhet kigördítvén, felülről szorítjuk le a széles szalag felső felét, majd a méh eltávolítása után utólagosan a parametriumokat, melyekre a pince mögött alkalmazzuk az angiothryptort (Tuffier). Igy is történt. Baloldalt azonban vérzés támadt a szerszám levétele után, melyet körülöltéssel kellett csillapítanunk. A vérzés nem fecskendő vérzés volt s olyan benyomást nyertünk, hogy a széles szalag beszakadásából támadt, melyet a méh kigördítésekor okozhattunk.

A következő két esetben (VII. sarcoma uteri; VIII. carcinoma portionis) visszatértünk az első tervhez; felülről in toto szorítottuk le mindkét széles szalagot. Mindakettő nagyon könnyü, exstirpatiora nagyon alkalmas eset volt. A portio egyikben teljesen ép, a másikban is csak alig elváltozva elég vékony, karcsú volt; a méh elég mobilis, a széles szalagok eléggé nyújthatók voltak s így több terünk volt az angiothryptor alkalmazására még a méh kigördítése után is. A hashártyaredő megnyitása mind elül, mint hátul, a méh kigörgítése előre, a széles szalagok befogása s a méh eltávolítása: simán és gyorsan ment. Egyszer kellett az első szerszámot alulról alkalmazni, s a széles szalagot, hogy ki ne toluljon a felső széle, kampóval belehúzni. Ez esetekben a Thumim-féle szerszám nagyon jól functionált: 5 percznyi leszorítás után semmi vérzés nem támadt a csonkokból.

Eddigi eseteinkben azonban azt tapasztaltuk, hogy in toto szorítva le a széles szalagokat, ez csak közvetetlenül a méh mellett, a méh és petefészek között lehetséges; a függelékeket is előhúzni s a petefészek mögé alkalmazni a vaskos szerszámot egy esetben sem sikerült. Ez nem is baj. Portiocarcinománál a régebbi ligaturás operálással sem törekedtünk minden áron a petefészkek eltávolítására, minthogy ennek különös szükségét nem láttuk. Mások erre nagyobb súlyt vetnek s az ovariumokat is mindig eltávolítják. Igy *Doyen* is a méhet mindig függelékeivel együtt és pedig összefüggésükben távolítja el. Az ő példáját akartuk IX. esetünkben követni s ismét két részletben szorítottuk le a széles szalagokat. Egyszersmind megkisértettük ugyancsak az ő tanácsára vékonyabb catgut-fonállal körül is kötni a csonkokat a leszorítás barázdájában. Ez a próbálkozás a végeredményben rosszul ütött ki. Először is fonállal igazán *körülkötni* a leszorított csonkot nem lehet, mert az összesajtolt lemez meggyűrődve kicsúszik a kötésből. Csak arról lehet szó, hogy valamennyire rögzítsük ilyen módon a csonkot, a mi, legalább a parametriumcsonkoknál, melyek nem húzódnak annyira vissza, nem is szükséges. Pince-ekkel eddig is sikerült, a hol vérzés támadt, a vérző csonkot a második-harmadik fogásra előhúzni és körülöltésbe foglalni. De tovább a petefészek mögé applikálni az angiothryptort most is csak nehezen sikerült a lig. infundibulo-pelvicum rövid volta miatt. Az egész operatio így nem ment olyan simán s hosszadalmasabb lett, végül vérzés is támadt az egyik oldali csonkból, melyet körülöltéssel (catgut) csillapítottunk. Sőt ezen körülöltés (úgy látszik, a catgut miatt) nem volt elég pontos s a vérzés utóbb is megújult és súlyos anaemiát okozott a betegnél, kit újból asztalra kellett tenni, hogy a sebet feltárjuk. Ekkor az derült ki, hogy a jobb széles szalagban ujjnyi tasak mélyed be csaknem a medenczefalig; ebben kisebb arteria szabadon, szinte kipraeparálva látszik és fecskend; de vérző az egész csonk is. Azért most pincekkel előhúzva, selyemmel kötöttük azt le két részletben s még egy-két kiszegő öltést téve, teljesen csillapítottuk a vérzést a pulsusnélküli betegnél, a ki azután lázas is lett, de felgyógyult.

(Folytatása következik.)

A fül bántalmai influenzánál, főkép influenza cerebralisnál.[1]

(Az „Archiv für Ohrenheilkunde"-ben megjelenő dolgozata nyomán.)

Sugár K. Márton dr.-tól Budapesten.

Az influenza proteusszerüleg változó képét csakhamar két typusra vezették vissza, a catarrhalis és gastro-intestinalis formára, melyhez később a nervosus vagy cerebralis influenza csatlakozott.

A hallásszervben fellépő catarrhalis bántalom influenzánál a következőképen nyilvánul.

A dobhártyán borsónagyságú sötétvörös vagy kékvörös vérhólyagok találhatók, melyek itt-ott a külső fülre is átterjednek. Gyakran a külső fül is belevonatik, úgy hogy oedemás daganaton kivül, különösen a fülkagyló insertioján a proc. mastoideus tájékán, a külső hangjárat nagyfokú lobos infiltratioja későbbi tömeges epidermis lehámlással mutatkozik.[1] Tapasztalatom szerint gyakori a herpesképződés a fülkagylón. A dobhártya szövetében előforduló vérzésekre már a legrégibb közlemények utalnak, így Pasquier (1411. évben) és Bockelius (1580. évben).

Az első pandemia alkalmával az 1889/90. évi téli időszak alatt[2], [3] Schwabach, Dreyfuss[4] és Patrzek[5] irják le ezeket.

Pollak[6] és Politzer[7] ezen ecchymotikus hólyagok előfordulását szintén megerősítik és minden objectiv szemlélőnek el kell fogadni azok létezését.

Schwabach szerint a német pandemia alkalmával 1889/90. évben az esetek 21·6%-ában, a későbbi epidemiánál 1891/92-ben

[1] Előadatott a magyar fül- és gégeorvosok egyesületének 1900. évi márczius hó 22-dikén tartott rendes ülésén.

az otitis-esetek 34·6%-ában észlelték ezen haemorrhagiákat a dobhártyán, míg a genuin otitisek csak 3—9%-ában találták.

Haug szerint e vérhólyagok többnyire a dobhártya hátsó negyedében fordulnak elő[8] és Politzer a perforatiot többnyire ezen a dobhártya hátsó részén levő csecsalakú kidomborodásnak hegyén találta.[9]

A dobhártya perforatioja különben gyakran az elülső alsó negyedben megy végbe és a genyedés leghosszabb ideig ama esetekben tart, a hol a perforatio esetleg a dobhártya hátsó negyedében keletkezett, a mikor is Schwabach szerint a dobhártya müleges perforatioja a hátulsó alsó negyedben válik szükségessé. A fájdalmak, melyek a genuin otitisnél a perforatio beálltával mintegy csapásra megszünnek, az influenza-otitisnél még napokon át a dobhártya áttörése után is persistálnak, az intensiv zörejek Pollak szerint még a gyuladás lefolyásán túl is tartanak.

Schwabach és Politzer is leirják e heves subjectiv zörejeket és az intensiv fájdalmakat, melyek a lob lefolyása után is, mint a plexus tympanicus tiszta neuralgiájánál, kisugározhatnak.

Az influenza következtében fellépő középfülgyuladások továbbá igen gyakran a csecsnyújtvány empyemájához vezetnek, de a lázt üneteken kivül sokszor ezen csecsnyújtvány tályogának egyedüli tünete a nyomasztó, tompa, állandóan tartó fájdalom a csecsnyújtvány belsejében vagy ennek felületén. Gyakori a csecsnyújtványban elzárt, az antrummal és a dobüreggel nem közlekedő tályog hosszadalmas lefolyással, a mely csak a legritkább esetben kerül resorptiora, és nem operálva, a csecsnyújtvány falainak kiterjedt cariesére vagy necrosisára vezet.[9]

A dobürnyákhártyának váladéka gyakran haemorrhagikus. Labyrinthbántalmak állitólag ritkák. Jókor végzett tágas paracentesis meggátolhatja a csecsnyújtvány megbetegedését.

Tapasztalatom szerint a légdouche-sal és a catheterrel óvatosan kell bánni, mert a kezdetben lokalizált bántalom nagyon könnyen sodortatik a csecsnyújtványba. Másrészt Walb tanár is megjegyzi, hogy a dobüregben elzárt aërob mikroorganismusok gyorsabban halnak el, ha az egyúttal többnyire elzárt tuba Eustachi-t a ballon segélyével fel nem nyitjuk és igy élenyt a dobüregbe be nem hozunk.[10]

Epiduralis tályog is támadhat. Vulpius három esetet ir le, melyeket a csecsnyújtvány felnyitása alkalmával talált, a midőn ugyanis innen sipolyjáratok a középső és hátsó koponyaüregben levő subduralis tályogokhoz vezettek, azonkivül egy paraphlebitikus tályoghoz a sinus transversus körül.[11]

Jansen[12], Lucae tanár klinikájáról, és Ludewig, Schwarze tanár klinikájáról,[13] tehát két nagyon megbizható szerző, tagadják, hogy az influenza-otitis számára pathognostikus charakteristicum léteznék, de az utóbbi búvár megengedi, hogy a lobosodás gyakran a csontra átterjed és acut cariest okoz.

Úgy tetszik nekem, hogy az influenza-otitis rendellenesen is lezajlik, mert nem szenved kétséget, hogy typikus esetek vannak a határozottan gyakoribb fent ecsetelt lefolyással és atypikus, fragmentaer formák.

1889/90 telén bő alkalmam volt Urbantschitsch bécsi egyetemi tanár osztályán mint assistens többnyire typikus influenza-otitist látnom, ép úgy a következő évek hosszú során át a bécsi általános munkásegyesület és az osztr. cs. kir. államvasutak betegsegélyző pénztárának rengeteg anyagán.

Budapesten is túlnyomóak a typikus esetek, a melyekből egynehány iskolaesetet két télen át észleltem.

Hogy az influenza-otitis kórokozója a Pfeiffer-Canon-féle pathogen bacillus, ezt először Scheibe Arno[14] bizonyította be, a midőn a dobür váladékában világosan kimutatta a bacillust, a melyről különben mindenki e bacillus könnyü kimutathatási módjánál fogva meggyőződhetik.

Az alig lefolyt téli időszak alatt ez évben a székesfővárosi Rókus-fiókkórházban alkalmam volt meggyőződnöm egy a fülinfluenza eddigelé nem eléggé méltatott formájáról is, mely nem vezet látható vastag kóros lobos elváltozásokhoz a külső hangvezetékben vagy a dobüregben, hanem tömkelegaffectiot okoz, melynek ismertető jelei heves szédülés, nagyfokú nehézhallás, erős zörejek és főkép a csontvezetés határozott csökkenése, sőt teljes megszünése. Ezen kórképet magángyakorlatomban is találtam az influenza ama válfajánál, mely a kitünő kölni klinikus, Leichtenstern tanár kezdeményezésére, influenza cerebralisnak neveztetik.

Minthogy ezen kórkép nem eléggé ismeretes, sőt többnyire meningitis cerebro-spinalis epidemicával tévesztetik össze, mint ezt Ángyán főorvos úrnak a közkórházi orvosi társulat gyülésén folyó évi február végén való bemutatása is bizonyítja, röviden utalni akarok ezen esetekre.

Influenza-epidemiánál ugyanis oly kóresetek fordulnak elő, melyek a klinikusnak a meningitis kórképét juttatják eszébe és mégis rövid 1—2 heti tartama után teljes gyógyulással végződnek. Ilyen tünetek a heves fejfájás, coma, egyes meningitikus tünetek, mint pupilla-differentia, tarkómerevség, sőt múló bénulások is.

Bozzolo tanár Turinban, ki legújabban ezen esetekről a „Klinisch-therapeutische Wochenschrift"-ben referál,[15] mert ezek Turinban tömegesen fordultak elő, ily kórképekben poliencephalitis superior haemorrhagicá-t vesz fel, melynek kórboncztani alapja nagyon kis vérzésekben keresendő; ez utóbbiak főkép a harmadik agygyomrocs falainak szürke állományában feküsznek és itt-ott az aquaeductus Sylvii-re vagy a negyedik agygyomrocsra átterjednek.

Ezen betegség tehát az encephalitis haemorrhagica kórkép csoportjához tartozik, melyet Wernicke, Oppenheim, Strümpell, Freyhann és mások dolgozatai az utolsó években behatóan tárgyaltak. Bizonyos, hogy az influenza az idegsystema kis haemorrhagikus laesioinak okozója lehet, mi mellett a Foà által egy influenza-beteg gerinczvelőjében az 1891-diki évben előforduló heves epidemia alkalmával talált vérzések világosan tanuskodnak.

Feltünő előttem mindezen esetekben a hallás csökkenése, mely nem a soporral áll összeköttetésben, mert túlhaladja ennek fellépési idejét; a kimenetel azonban mindig gyógyulás, ha nem lépnek fel a központi idegrendszer súlyosabb zavarai.

Az idetartozó irodalomnak gondos tanulmányozása a következőre oktatott engem. Már az 1836—37-diki influenza-epidemiában Canstadt[16] influenza cerebralisról vagy encephalitica-ról beszél. Fürbringer szerint a Nagy-Britanniában előfordult influenza-epidemiákról kimerítően szóló Thomson-féle kimutatásokban (1852. évből) strict adatok találhatók, hogy az 1836/37 telén fellépett epidemiának tartama alatt apoplexiás esetek aphasiával, továbbá myelitis-esetek észleltettek.

Modern búvárok alaposabb kutatásai határozottan az influenza cerebralisnak könnyü és nehéz eseteit engedik megkülönböztetni.

A könnyü eseteket Krannhals tanár Rigában[17] találóan „pseudomeningitis"-nek nevezi. Ide tartozik Mehrer gácsországi orvos esete[18] epileptiform-görcsökkel, myosissal és trismussal, a végén teljes gyógyulással. Továbbá Leichtenstern és Leyden tanárok egy esete, több napi tarkómerevséggel, minden más meningitikus tünet nélkül.[19]

Még a láz is hiányozhatik ezen esetekben, de feltünik a hőmérsék nagy különbözete a hónaljalatti és végbélbeni temperatura között, mit hazánkfia Buxbaum, Winternitz tanár assistense, helyesen kiemel.[20]

Ezen látszólagosan súlyos kórképnek a tünetek súlyosságához arányban nem álló, inaequat kimenetele többnyire a teljes restitutio ad integrum.

Hogy azonban ezen „pseudomeningitis" nagyobb mérveket is ölthet, ezt mutatják az irodalomban közölt többi esetek.

Már Leichtenstern beszámol az influenza apoplectica nyolcz esetéről, melyek agyemboliára engedtek következtetni.[21]

Hasonlót ir le Bilhaut, továbbá Erlenmeyer,[22] mint a bal kar monospasmusát a Jackson-féle epilepsia alakjában, valószinüleg a bal karnak kéreg-centrumában történt vérzés következtében, különösen, mert a beteg egyidejüleg a szem kötőhártyáján és a nyelv területén vérzéseket mutatott. Épen igy Fürbringer két esetben,[23] Eichhorst monoparesist, később aphasiát, Revilliod a jobb kisagylebenyben lágyulási góczot, Arzél, Huysmann, Maillard genyes meningitist a genyedés továbbterjedése által a sinus maxillaetől és frontalistól a dura mater alá, Pflüger, Uhthoff, Guttmann nuclearis ophthalmoplegiát irnak le. Senator féloldali agybénulást észlelt, melynek kórboncztani alapjául maga Virchow egy a bal hemisphaera kérgének területén lévő apoplectikus góczot talált; a véralvadék körül kis tályogokat és egy széles oedematosus, capillaris apoplexiákkal telt övet látott.[24] (Folytatása következik.)

Közlemény Konrád Márk dr. kir. tanácsos, a nagyváradi m. kir. bábaképezde igazgató tanárának szülészeti kórodájáról.

Ujabb adatok az újszülöttek haematologiájához.

II. közlemény.

Közli: *Schiff Ernő* dr. gyermekorvos Nagyváradon.

(Folytatás.)

Az újszülöttek vérének megszületés utáni magas fajsúlyát — mely *Lloyd Jones*-nak már említett néhány vizsgálata alapján lett általánosságban megállapítva — egyesek hajlandók ama tetemes folyadékveszteségnek tulajdonítani, mely a megszületés pillanatában egyrészt a perspiratio, másrészt a respiratio megindúlta által beáll, kapcsolatban azon folyadékveszteséggel, mely az excretorius utakon át történik, szembe állítva a tápfelvételnek ezen időben fennálló teljes hiányával. Kétségtelen, hogy a megszületés utáni magas vérfajsúly előidézésében ezen tényezők is játszhatnak bizonyos szerepet, de hogy ez a szerep nagyon is alárendelt lehet, az a körülmények s megfigyelések pontos mérlegeléséből azonnal ki fog tünni. Már theoretice is azt kell elvárnunk, hogy miután a perés respirationalis, valamint az excretorius utakon történő folyadékveszteség csak azon időpontig hathat közre a vér concentratiójának emelésében, míg eme folyadékveszteség megfelelő tápfelvétel által pótolva nem lesz, így a megszületés utáni vérfajsúlynak mindaddig emelkednie kellene, a míg a tápfelvétel meg nem indul. Vagyis, ha az említett hatány elsőrendü szereppel birna a vér fajsúlyának megszületés utáni magas voltánál, úgy a vér fajsúlyának az első tápfelvételig fokozatosan emelkednie, ettől kezdve pedig csökkennie kellene. Hogy meggyőződést szerezzek magamnak arról, mennyiben felelnek meg a tényleges viszonyok eme felvételnek, minden egyes általam vizsgált esetben pontos feljegyzéseket tettem arra nézve, hogy a megszületés után hány órával történt meg az első tápfelvétel. Térszüke miatt nem kivánok itt ide vonatkozó feljegyzéseimről tabellát közölni, csupán megemlítem, hogy a vizsgált 33 újszülöttnél az első tápfelvétel időpontja a megszületés után 6 és 80 óra között ingadozott, hogy átlagban az első tápfelvétel 24 óra 50 percz mulva történt meg. Ezek alapján tehát azt kellene látnunk, hogy már átlagban is a vér fajsúlya a 2. napon magasabb, mint az elsőn, vagy hogy legalább magasabb az első nap végén, mint a megszületéskor; annál kifejezettebben kellene látnom ezen befolyás nyilvánulását azon egyes esetekben, a hol az első tápfelvétel csak későn — 2-dik vagy 3-dik napon — indult meg. Ezzel szemben a vérnek napszakok szerinti fajsúlyingadozásait mutató táblázatomból az átlagos menetet illetőleg az tünik ki, hogy a vér fajsúlya az 1. életnap reggelén 1·0757; az első életnap estéjén 1·0722, tehát a tápfelvétel hiánya daczára csökkent. Ha pedig az egyes eseteket külön-külön veszem ezen szempontból birálat alá, úgy azt találom, hogy a vér fajsúlya az esetek egy csekély számában a tápfelvétel után nagyon csökkenni látszik, az esetek egy nagy részében azonban a tápfelvétel sem positiv, sem negativ irányban nem gyakorol a vér fajsúlyára befolyást, viszont az esetek tetemes számában a vér fajsúlyának csökkenése bekövetkezik jóval előbb, semmint az első tápfelvétel megtörtént. Igaz, hogy csak néhány példával illustráljam ezen viszonyokat, egy esetben (Löwy) az éjfélkor világra jött újszülött a reggel 6 órakor végzett vizsgálatnál 1·0752 vérfajsúlyt mutat, de ámbár délután 3 órakor megkezdi a szopást, mégis az este 6 órakor végzett meghatározás jóval magasabb, t. i. 1·084 fajsúlyt eredményezett.

Egy másik esetben (Klein) a délelőtt 10 óra 20 perczkor született újszülött vére az esteli vizsgálatnál 1·0780 fajsúlyt mutat. Ugyanaznap este megkezdi a szopást, daczára ennek a másnap reggeli vérfajsúly 1·0878, és bár egész napon át jól szopik, az esteli vérfajsúly még mindig 1·0859, sőt még a 3-dik nap reggelén is 1·0861, vagyis a folytonos tápfelvétel daczára emelkedő.

Egy 3-dik esetben (Szédel) a vér fajsúlya két nap alatt 1·0838-ról fokozatosan 1·0766-ra száll alá, s bár ekkor megkezdi a rendes tápfelvételt, mégis a vér fajsúlya a következő 36 órán át is állandóan ugyanaz marad.

Egy 4-dik esetben (Szücs) az újszülött csak 51 órai élettartam után kezd szopni; már a tápfelvétel megkezdése előtt a vér fajsúlya a megszületés utáni 1·0733-ról fokozatosan 1·0653-ra száll alá, s bár a szopást most már rendesen folytatja, mégis apróbb ingadozásoktól eltekintve, nem látunk a vér fajsúlyában további csökkenést.

Mindent összefoglalva tehát azt kell mondanunk, hogy az újszülött vérfajsúlyának megszületés utáni magas volta első sorban a szülés alatt fellépő vérkeringési zavar által — lényegileg visszeres pangás — van fetételezve, melyhez hozzájárul némi részben a test gyors lehülése, némi részben a per- és respirationalis folyadékveszteség által előidézett concentratioja a vérnek. A vér fajsúlyának ezt követő fokozatos csökkenése pedig folyománya egyrészt azon körülménynek, hogy a szülés alatt fellépett visszeres pangás az extrauterinalis légzés és vérkeringés beállta folytán csakhamar kiegyenlítődik, hogy az újszülött testének a megszületés utáni rövid ideig tartó lehülése egy aránylag gyorsan bekövetkező fokozatos hőemelkedésnek ad helyet, s végre némi része lehet a kezdetbeli magas vérfajsúly fokozatos csökkenésében azon körülménynek is, hogy a megszületés után különböző irányban elszenvedett folyadékveszteség a tápfelvétel megindulta folytán lassanként helyre lesz pótolva.

Ámde még mindig előtérbe nyomul az a kérdés, miért magasabb általában az újszülött vérének fajsúlya szemben a későbbi korban mutatkozó vérfajsúlylyal?

Igen egyszerűnek látszanék a kérdés megválaszolása azon a czímen, hogy a magasabb vérfajsúly az újszülöttek vérében foglalt alakelemek magasabb száma s haemoglobintartalma által van feltételezve. Ámde, ha ezt tenném, olyan érvet használnék bizonyíték gyanánt, a mely még maga is bizonyításra szorul, sőt mint majd alantabb részletezni fogom, saját ide vonatkozó vizsgálataim eredményével is ellenkezik, a mennyiben rendszeres, úgy a vérfajsúlynak, mint a vérben foglalt alakelemek számának és haemoglobintartalomnak egyidejüleg történt meghatározásából az tünik ki, hogy ezen három tényező között egyáltalában nem áll fenn olyan szoros összefüggés, hogy egyiknek emelkedése vagy csökkenése a másiknak ugyanolyan irányú, annál kevésbbé ugyanolyan mérvű elváltozását idézné elő. Tény csak az, hogy a vérben foglalt alakelemek első 2—3 napi magasabb számának és haemoglobinértékeknek általánosságban magasabb fajsúlyértékek, az alakelemeknek a későbbi napok folyamán mutatkozó alacsonyabb számának és haemoglobinértékeknek pedig általánosságban alcsonyabb fajsúlyértékek felelnek meg; de ha az egyes napok vizsgálati adatait egyenként veszszük szemügyre, úgy akárhányszor láthatunk az alakelemek számbeli emelkedése daczára fajsúlycsökkenést s fordítva. Ugy hogy bár kétségtelen, hogy miután a vérnek vörös vértestecskéi s az azokban foglalt haemoglobin egyrészt tömegüknél, s másrészt magasabb fajsúlyuknál fogva első sorban szabályozzák a vér fajsúlyát, de semmi esetre sem lehetnek kizárólagos szabályozói. Ezen nézetemet igazolni látszanak előttem azon ma még folyamatban levő, de már eddig is nagyobb számú, és itt csak anticipando megemlítendő vizsgálataim, a melyeknél a vér fajsúlya annak szilárd anyag-tartalmával és hamumennyiségével egyidejüleg lesz meghatározva, a melyekből eddig legalább az tünik ki, hogy míg a vér szilárd anyag-tartalma az első életnaptól kezdve fokozatosan s tetemesen fogy, addig a hamumennyiség igen szűk határok közöttingadozik, és nagyjában a felnőttekre vonatkozó értékekhez közel álló marad, a miből az látszik következni, hogy a vér fajsúlyára nem annyira az abban foglalt inorganikus, mint inkább az organikus anyagok — tehát fehérnyék — quantitativ magatartása szabályozza, s így bizonyára nemcsak a vérsejtek alapanyagát képező, hanem a plasmában oldva levő fehérnyék menynyisége is, ez utóbbiról pedig a vér alakelemeinek számlálása és a haemoglobinmeghatározás semmi esetre sem ad felvilágosítást. Hogy tehát az újszülötteknél általában található magasabb vérfajsúly mennyiben idéztetik elő kizárólag az alakelemek magasabb száma és a haemoglobintartalom által, avagy mennyiben hatnak e tekintetben közre a vérnek másnemű alkatrészei is, azt egyelőre absolut biztossággal eldönteni nem lehet. Egészben véve csak annyit mondhatunk, hogy az újszülöttek vérének magasabb fajsúlya első sorban valószinüleg az alakelemek magasabb száma és haemoglobintartalma által idéztetik elő, de közrehatnak e tekintet-

ben bizonyára a vérnek másnemű alkatrészei is, a melyeknek magatartása azonban eddigelé még nem ismeretes.

A vér fajsúlya az első életnapok folyamán — mint már jeleztem — fokozatosan alászáll. Ez a csökkenés azonban, — különösen, ha az egyes eseteket veszszük szemügyre — nem szabályos, söt sok estben nem is folytonos. Már a vérfajsúly első tíz napi menetét feltüntető görbe is mutatja, hogy a vérfajsúly alászállásában a 3., 4. és 5. életnapon, valamint a 7. és 8. napon bizonyos megállapodás mutatkozik. (Lásd az értekezés végén az I. sz. rajztabella *A)* görbéjét. Hogy mi okozza az említett napokon mutatkozó eme stagnálását a vérfajsúly csökkenésének, arra positiv választ nem adhatok. Az ingadozások az egymás után következő életnapok vérfajsúlyában bizonyára számtalan olyan körülmény által idéztetnek elő, melyeket külön-külön mérlegelni alig lehet. Közrehatnak itt a physiologikus viszonyokon kivül néha kisebb pathologikus zavarok is, így pl. már kisfokú dyspepsiák következtében fellépő néhány higabb székürülés — a mi az első életnap folyamán az intézeti anyagnál is gyakori — elégséges arra, hogy a vér fajsúlyát többé-kevésbbé emelje. Hogy csak egy példát idézzek: egy esetben (Tóth) a 4 napi átlagos vérfajsúly 1·0701 volt. Éjjeli három híg székletét után a másnap reggeli vérfajsúly már 1·0786, s miután nappal is három híg szék jelentkezik, az esteli vérfajsúly 1·0804-re száll fel, vagyis 24 óra alatt fellépett 6 vizes székürülésre a napi átlagos vérfajsúly 1·0701-ről 1·0795-re száll fel, s miután ettől kezdve rendesebb székek üríttetnek, a vérfajsúly már a következő nap reggelén ismét 1·0677-re száll alá. Hasonló példákat nagyobb számban is idézhetnék vizsgálati naplómból.

Eme az első életnapok egymásutánjában jelentkező értékingadozásokon kivül, határozott ingadozást látunk a vér fajsúlyában az egyes napszakok szerint, a mennyiben más az újszülött vérének fajsúlya nappal, mint éjjel. Vizsgálataimat a kora reggeli s késő esti órákban végezvén, bőséges alkalmam volt e tekintetben meggyőződést szerezni. Összesen 231 olyan páros vizsgálatom van, a hol az újszülött vérének fajsúlya reggel és este különkülön lett meghatározva. Ezek közül 149-szer az éjjeli és 47-szer a nappali vérfajsúly volt magasabb, míg 35 páros vizsgálatnál egyenlő volt, az esetek ²/₃ részében tehát az éjjeli vérfajsúly magasabb. E mellett meg kell jegyeznem, hogy ott is, a hol az esteli vizsgálat mutatott magasabb vérfajsúlyt, a hol tehát a nappali vérfajsúly mutatkozott magasabbnak, ott is a reggeli értékhez képest sokkal csekélyebb volt a különbözet positiv irányban, mint az esetek legnagyobb részében észlelt nappali negativ különbözet.

Az összes esetekből levont átlagos értékek szerint általánosságban minden egyes napon a reggeli vérfajsúly mutatkozik magasabbnak, a mint azt a következő számok mutatják.

Vérfajsúly	Reggel	Este	Különbözet	Esetek száma
1. életnapon	1·0757	1·0722	0·0035	16
2. „	1·0762	1·0731	0·0031	28
3. „	1·0750	1·0722	0·0028	27
4. „	1·0726	1·0709	0·0017	29
5. „	1·0732	1·0710	0·0022	27
6. „	1·0724	1·0699	0·0025	27
7. „	1·0692	1·0674	0·0018	21
8. „	1·0699	1·0683	0·0016	23
9. „	1·0678	1·0661	0·0017	23
10. „	1·0664	1·0652	0·0012	19

A mint e számadatokból látható, a különbözeti értékek a reggeli vérfajsúly javára különösen az első 3 napon nagyok, de fokozatosan kisebbednek a 10. napig, a mint hogy az újszülöttek vére az egyes életnapok előhaladtával mindinkább közeledik ama állandó viszonyhoz, a mely a csecsemők és nagyobb gyermekek vérösszetételében megnyilatkozik.

Hogy a reggeli és esteli vérfajsúly között ilyen állandó különbözet mutatkozik, annak oka kétségen kivül mindenekfelett a folyadékfelvétel és folyadékveszteség napszaki ingadozásában rejlik, a mint ezt annak idején[1] a vér alakelemeinek hasonnemű viszonyait illetőleg is felvettem. Az újszülött ugyanis aránytalanul többet szopik nappal, midőn az anyja ébren lévén, a gyermek legcsekélyebb nyüglődésére azonnal emlőjét nyújtja neki, mint éjjel, a midőn az anya csak akkor nyújtja oda emlőjét, midőn az újszülött az éhség által gyötörve erősen sírni kezd. Ezzel szemben az éjjeli folyadékveszteség semmi esetre sem lehet a nappalinál kevesebb, sőt valószinüleg inkább több. Igaz ugyan, hogy a vizeletkiürítés tekintetében — a mint azt ide vonatkozó vizgálataimban kimutattam[1] — éjjel, az első tizenkét napi értékeket véve fel alapul, átlag mintegy 16 cm³-rel kevesebb vizelet üríttetik ki, ez a különbözet azonban az első 3 életnap alatt, a midőn, mint a fent közölt számsorozatból látható, a vér fajsúlyában mutatkozó különbözetek a legnagyobbak, átlagban csak 4·5 cm³-t tesz ki. S ha ezen, bár csekély különbözet, mégis ellenmondásban látszik lenni azon fentebb kijelentett állításommal, hogy a folyadékveszteség valószinüleg nagyobb, úgy más irányban valószinűnek kell tartanom, hogy a perspirationalis folyadékveszteség tényleg nagyobb éjjel mint nappal. Éjjel t. i. az újszülött mélyebben és huzamosabban alszik, mert a világosság, környezet stb. nem zavarja annyira, mint nappal. Már pedig *Czerny*[2] vizsgálataiból — a melyekben az újszülöttek és csecsemők alvásának mélységét kutatta — az tünik ki, hogy az alvás mélységével fokozatosan nő a perspirationalis vízveszteség. Tekintetbe véve tehát, hogy éjjel a tápfelvétel korlátozott volta miatt, szemben a változatlan vagy talán még valamivel növekedett folyadékveszteséggel, a vér concentratiojának megnagyobbodását kell feltételeznem, úgy érthető, hogy az éjjeli fajsúly a nappalival szemben emelkedést mutat. Annál valószinübb ez a felvétel, mert *Lloyd Jones*[3] felnötteknél az alvás után hasonló viszonyokat talált. („During sleep the specific gravity of the blood rose. In all my observations upon this point i have found sleep to be accompanied by a rise in the specific gravity of the blood.") *Schmaltz*,[4] *Hammerschlag*[5] ugyanesak a reggeli vérfajsúlyt találták magasabbnak és *Roy*[6] ki is fejezi azon véleményét, hogy a vérnek nappali fajsúlycsökkenése a nagyobb mennyiségü folyadékfelvétel által magyarázható.

Másnemű viszonyok közül, melyek normalis körülmények között az újszülöttek vérfajsúlyára befolyással birhatnak, tekintettel voltam még az újszülöttek nemére, hogy először vagy többször szülőktől származnak-e, továbbá a fejlettségre, s végre a köldökzsinór lekötésének módjára.

A mi első sorban a nemet illeti, a viszonyok a következő átlagos összehasonlító számsorozatból láthatók:

A vér fajsúlya	Fiuknál (10 eset)	Leányoknál (23 eset)
1. életnapon	1·0770	1·0775
2. „	1·0748	1·0737
3. „	1·0729	1·0726
4. „	1·0714	1·0724
5. „	1·0726	1·0723
6. „	1·0712	1·0707
7. „	1·0664	1·0692
8. „	1·0687	1·0689
9. „	1·0667	1·0668
10. „	1·0665	1·0650
Átlag:	1·0708	1·0707

Vagyis a két nembeli újszülöttek vérfajsúlya közötti különbségről alig lehet szólani, miután ezen különbözet ily nagyszámú vizsgálatok mellett is, a tíz napi átlagos értéket véve fel alapul, csak 0·0001-et tesz ki. Ha az egyes napi értékeket egyenként hasonlítjuk össze, úgy az első 3 életnapon mutatkozik ugyan a fiuk előnyére némi értéktöbblet, de ez is oly csekély, és a későbbi napok folyamán annyira ingadozók a viszonyok, hogy általában azt kell mondanunk, miszerint az újszülöttek vérfajsúlyára a nemnek semmi észrevehető befolyása nincsen. *Lloyd Jones*[7] az első 14 életnapon belül végzett 8 vizsgálata alapján is oda nyilatkozik, miszerint az első életnapok folyamán a két nembeli újszülöttek vérfajsúlya között nincs különbség, s hogy ilyen csak egy későbbi korban mutatkozik. Tudvalevőleg a felnőttekre nézve ilyen

[1] Mathematikai és természettudom. értesitő. VIII. 112. lap.

[1] Adatok az első életnapok folyamán elválasztott vizelet quantitativchemiai összetételéhez Akad. értek. XXII. 6. szám 32. lap.

[2] *A. Czerny.* Beobachtungen über den Schlaf im Kindesalter etc. Jahrb. f. Kinderhk. Bd. XXXIII. 23. lap.

[3] L. c. 9. l.

[4] L. c. 151. l.

[5] L. c. 1018. l.

[6] Idézet Lyonnet művében. 77. l.

[7] L. c. 5. l.

különbség a férfiak előnyére tényleg fennáll (*Naasse*,[1] *Davy*,[2] *Becquerel* és *Rodier*,[3] *Schmidt*,[4] *Lloyd Jones*,[5] *Schmaltz*,[6] *Peiper*,[7] *Siegl*,[8] *Hammerschlag*,[9] *Menicanti*[10]).

A mi az újszülött vérfajsúlya tekintetében azon körülményt illeti, hogy vajjon primi- vagy multiparától származik-e, arra nézve eseteim megfelelő csoportosításából a következő átlagos értékeket nyerni.

A vér fajsúlya	Pparak gyermekeinél (13 eset)	Mparak gyermekeinél (20 eset)
1. napon	1·0757	1·0761
2. „	1·0740	1·0741
3. „	1·0724	1·0729
4. „	1·0721	1·0721
5. „	1·0734	1·0719
6. „	1·0718	1·0703
7. „	1·0683	1·0683
8. „	1·0685	1·0690
9. „	1·0678	1·0661
10. „	1·0647	1·0655
Átlag:	1·0709	1·0706

Vagyis a vér fajsúlyát illetőleg e tekintetben sem mutatkozik különbség; maga a 10 napi átlagos értékekből levont középérték is csak 0·0003-al differál a multiparák szülötteinek hátrányára, különbözet tehát sokkal csekélyebb, semhogy azzal érdemileg foglalkoznunk kellene.

Az újszülött testsúlyának a vér fajsúlyával való összefüggését két irányban kerestem. Először van-e némi párhuzam a fajsúlyértékek első tíz napi menete és az átlagos testsúly menete között, mint a minő párhuzamot vélt láthatni az újszülött testsúlyának menete és véralakelemeinek száma között *Hayem*[11] és *Lépine*?[12] Másodsorban azt igyekeztem nagyszámú vizsgálataim alapján kideríteni, van-e valamilyen összefüggés a vér fajsúlya és az újszülött fejlettsége között?

(Folytatása következik.)

Adatok a gaultheria-olaj hatásához 112 eset kapcsán.

Közli: *Rottenbiller Ödön* dr. operateur, trencsén-tepliczi uradalmi fürdőorvos.

(Vége.)

Idült sokizületi gyuladásban szenvedő 97 betegemnél mindössze 5 esetben volt a kórfolyamat előrement heveny fertőző izületi gyuladásnak következménye. A többi esetben mindenkor subacut, illetve chronikus alakban lépett fel. Kóroktani mozzanatok közül különösen megemlítendőnek vélem, hogy eseteimnek 60%-ában influenza előzte volt meg az izületi gyuladást. Öröklékenységet 20%-ban találtam. Alkalmi okul rendszerint az „átfázás", meghülés más szóval, és elvétve a trauma is szolgált. Összes betegeim közül csak egy származott tüdővészes családból. Endo-, illetve pericarditist csakis 5 esetben találtam, aránylag elég kisfokú izületi bántalom kiséretében. Bőr alatti csomóképződéssel egy esetben találkoztam. Csupán a felső végtagokon voltak, mindkét alkar hajlító oldalán és a kézháton. Utóbbiak lencsényi, egész mandolanagyságúak voltak s csupán 24 óráig állottak fenn, míg az alkaron levők majd eltüntek, majd újból előjöttek, ovalisak, majdnem fillérnyi nagyságot érve el. A beteg 28 éves fiatal ember volt, szívszövődménye nem volt. Szükségesnek tartom ezt különösen kiemelni, miután Kétly Károly tanár hangsúlyozza a szívszövődmények aránylagos gyakoriságát ilyen csomóképződéssel járó izületi megbetegedéseknél![13] 30 fürdő után gyógyultan távozott, recidivája máig sem volt. Gaultheriát egész idő alatt szedett, fájdalmai gaultheria-adagolás után elmaradtak. Még érdekesnek tartom felemlíteni, hogy egyik 15 éves leánybetegemnél, kit kezelő orvosa pontos anamnestikus adatokkal küldött, a polyarthritis chronica kifejlődését chorea st. Viti előzte meg. A rendkivül vérszegény kis leányon kifejezett anaemiás zörejek voltak a szív felett, s főleg a térdizületekre szorítkozott baja, melyek rendkivül duzzadtak, fájdalmasak (térdek kerülete 37, illetve 39 cm.). Fájdalmasság gaultheria után másnapra megszünt s beteg 20 fürdő után 7 heti kezelés után gyógyulva távozott. Betegről vannak azóta is hireim, recidiva nincs, anaemiája arsenvas adagolása után — mint házi orvosa irja — lényegesen javult.

Szabadjon még egy 78 éves öreg egyénről is referálnom, kinek mindkét boka- és térdizülete volt afficiálva. Beteg nagy bajjal, mankókkal jött rendelésemre; 2 év óta beteg. Mindig láztalan. Hereditas és előrement influenza. Szívtünet nincs. 6 hét alatt 21 fürdő. Naponta 6¼ gramm gaultheria. Teljes gyógyulás. Beteg azóta hóban, fagyban teljesíti kötelességét. Esperes-plébános. Még *egy purpura rheumatica* esetről is kell említést tennem, mely a fürdőbe való érkezés utáni napon szemeim előtt folyt le. Alapbántalom megelőző influenza, influenza-pneumonia után sokizületi gyuladás mindkét alsó végtagon. Jobboldalt a bokaizület és a térd, baloldalt csupán a bokaizület beteg. Kifejezett, bő izzadmány. Purpura 1 hét alatt lefolyt, ezalatt a beteg csupán gaultheriát kapott, nem fürdött; azután 19 fürdő. Beteg gyógyultan távozott, ma teljesen jó állapotban végzi gazdatiszti teendőit. Fájdalmai 6 gm. gaultheria bevétele után megszüntek.

10 esetben *kankós izületi lobnál*[1] is megkisérlettem a gaultheria adagolását, igen jó eredménynyel. Eseteink valamennyiében csupán egy izületre szorítkozott a bántalom, egy esetnek különösen ama körülmény ad nagyobb érdekességet, hogy már harmadizben állott be e specifikus fertőzés a térdizületben. A beteg 24 éves, s körülbelül 3 hét előtt, gonorrhoeájának 10 napi fennállása után bal térde hirtelen megdagadt. 39—40°-os lázak mellett hetekig igen kinzó, heves fájdalmai voltak. Beteg tisztán lobellenes kezelést kapott vidéken, mely localis jégborogatásokból állott. Jelentkezésekor a térd körvonalai elsimultak, a térd erősen duzzadt, fájdalmas, kerülete 35·6 cm. Nyomásra kis fokban fájdalmas. Goniometer szerint térd 101°-nyi szögállásban van, azontúl passiv mozgást még megenged. Beteg 5 hét után teljesen mozgatja és használja térdét, kerülete 34 cm. Beteg 21 fürdőt használt. Gaultheriát egész idő alatt szedett.

Egy másik esetemben idült hólyaghurut is szövődött az alapbántalomhoz, s a hólyaghurut is minden egyéb beavatkozás nélkül meggyógyult.[2]

3 torzító izületlob esetében csupán a fájdalmak csökkenését, illetve azoknak teljes kimaradását észlelhettem a gaultheria-adagolás után. A bántalom mind a 3 esetben már évekig fennállott s a kéztő- és lábtőcsontok, az ujj- és lábperczek oly szembetünő alaki elváltozásával járt, hogy itt restitutiót várni már amúgy is hiábavaló lett volna. Mind a 3 betegem feltünően dicsérte a gaultheria jótékony hatását; máskor, más években a fürdés tartama alatt fokozott fájdalmasságot éreztek, a mi ezúttal teljesen elmaradt. Egyikük a bő izzadást panaszolta, mint egyetlen kellemetlen melléktünetet. Mindhárom férfibeteg volt, mit azért tartok szükségesnek kiemelni, mert a statistika szerint e megbetegedésre a nők hajlamosabbak. Mindhárom 50 éven túl volt. 1 esetben hereditas volt kimutatható.

A gaultheria-olajat betegeimnek gelatin-capsulába burkolva adagoltam. Napi átlagos mennyiség 6 gm. volt, 8 gm.-nál többet sohasem adagoltam. Minden capsulában 1¼ gm. olaj van. 2—2 capsulát egyszerre szoktam betegeimmel vétetni, és pedig az első adagot a lefekvési idő előtt, utána egy órával megint kettőt s az utolsót, esetleges utolsó kettőt pedig az éj folyamán.

A droguenek eme adagolását *még magamon* volt alkalmam kipróbálni, s ilyen adagolási mód mellett mindenkor sikerült 12 órai fájdalommentes időszakot biztosítani magamnak is, betegeimnek is.

Említettem, hogy betegeim kivétel nélkül jól tűrték a szert s adagolásuk alkalmával sem magamon, sem betegeimnél a salicylsavas készítmények egyetlen egy kellemetlen mellékhatásával nem

[1] H. Nasse. R. Wagner's Hb. d. Physiologie Bd. 1. 1842. [2] Ibidem. [3] Becquerel & Rodier. Untersuchungen über die Zusammensetzung des Blutes im gesunden und kranken Zustande. Erlangen 1845 és 1847. [4] Idézet Lyonnet művében. [5] L. c. 4. és 5. l. [6] L. c. 155. l. [7] L. c. 221. l. [8] L. c. 608. l. [9] L. c. 1018. l. [10] Menicanti. Ueber d. specif. Gew. d. menschlichen Blutes etc. Deutsches Arch. f. klin. Med. 50. k. 414 l.

[11] Hayem. Du Sang et de ses alterations anatomiques. Paris, 1889. 180. lap.

[12] Lépine. Sur la numeration des globules rouges chez l'enfant nouveau-né. Comptes rendus de la Societé de biologie 1876.

[13] V. ö. Belgyógyászat kézikönyve. I. k. 568. l.

[1] V. ö. *M. B. W. Taylor*, Rev. sc. méd. 1888 t. XXXII. p. 574 és tovább.

[2] *Perier* a tinctura Quillaja sapon.-val vizes gaultheria-olajat elszappanosított s ezzel directe meggyógyított egy súlyos cystitist.

találkoztam, jóllehet nem- és korkülönbség nélkül rendeltem. Legfiatalabb betegem 6 éves, legidősebb 78.

Az olaj részint a vese útján, részint pedig a belek útján távolíttatik el a szervezetből. Már ½ órával a bevétele után rendszerint kimutatható a vizeletben a salicylsav jelenléte, sőt egy esetben a bevétel után 20 perczczel már a salicylsav jelenléte ki volt mutatható. E czélra 20%-os ferrum sesquichloratumot használtam.[1] A vizeletben tehát látszólag elbomlik, de pontos chemiai magatartása, főleg pedig az a körülmény, hogy milyen átalakulást szenved, még nincsen kellőleg tanulmányozva. Ezen irányban kisérleteimet annak idején bátor leszek közzétenni. A vizelet napi mennyisége nem változik, de színe áteső fénynél sötétsárga, ráesőnél pedig zöldes színű, esetleg sötétzöld. A ferrum sesquichloratum próba igen érzékeny, de ha a vizelet *erősen* savi, illetve ammoniakalis erjedésű, kimaradhat. Ezért megelőzőleg az erősen *savi* vizeletet közömbösíteni kell, mire a reactio azonnal és prompte beáll. Az ammoniakalis erjedés itt alig jöhet számba, miután a gaultheria épen a vizeleterjedést erélyesen megakadályozza. Kis része a bélen keresztül úgy látszik tisztán távolodik el; minden esetre fokozza azonban a peristaltikát, mi épen az izületi bántalmakban szenvedőknél tapasztalatilag jótékony hatású.

10—12 gm. olaj, mint a vizeletben kimutatható salicylmennyiség igazolja, 8 gramm natrium salicylicumnak felelne meg.

Még meg kell említenünk, hogy illó olaj lévén, impermeabilis kötések alakjában alkalmazva a bőrön keresztül is elég gyorsan és jól felszívódik s állítólag igen jól csillapítja a fájdalmakat. E részben tapasztalatok nem állanak rendelkezésünkre, összes betegeinknél belsőleg alkalmaztuk.

Összefoglalás.

1. A heveny fertőző és idült sokizületi megbetegedések két teljesen különböző betegséget képeznek.

2. Az öröklékenység nagy szerepet játszik az úgynevezett idült sokizületi csúz aetiologiájában, s ha a direct öröklékenységet kimutatni sokszor nehéz is: tagadhatatlan egy sajátos diathesis létezése, mely a betegségre különösen hajlamosít.

3. A gaultheria procumbens olajának fájdalomcsillapító hatása elvitázhatatlan s ezért további kisérletezésre biztat!

4. A gaultheria gyors kiküszöbölése a szervezetből egyrészt, másrészt meg hatalmas bactericid hatása a mellett látszanak szólani, hogy a gaultheria az izületi gyuladások microorganismusára, illetve ezeknek toxin termelő képességére nem közömbös.

5. A gaultheria a salicylsavas natriumnál megbizhatóbb s annak kellemetlen mellékhatásaival nem bir.

6. A gaultheria az úgynevezett idült alakokra, sőt a torzító izületi gyuladásokra is jótékonyan hat.

7. A gaultheria a kankós izületi loboknál is sikerrel adagolható, jóllehet a többi salicylkészítmények itt többé-kevésbbé mind hatástalanok.

8. A gaultheriának úgy látszik a vizeleti szervek, nevezetesen a hólyagbántalmak fertőzésen alapuló alakjainál is van jövője.

9. A vesebajok contraindikálják adagolását, csakúgy mint a salicylsavét és salicylsavas natriumét is: a vesék révén küszöböltetvén ki a szervezetből.

10. Hatásának módja és magyarázata még a jövőnek egyik nyilt kérdése.

11. Adagolásának módja külső és belső egyaránt lehet; toxikus hatásai nem lévén, direct bőr alá is fecskendezhető.

12. Belső adagolása után a hatás gyorsabb, mint külső alkalmazása esetében. Korkülönbség nélkül adagolható.

13. Fürdők alkalmazása nem contraindikálja a gaultheria adagolását, sőt a fürdők használata után kezdetben mutatkozó és a vérnyomás megnagyobbodásából magyarázható fájdalmakat szintén coupirozza.

14. Az izzadási mirigyeket izgatja tekintet nélkül azoknak megelőző működési túlterheltetésére.

15. Ambulanter adagolva az izzadás elkerülhető.

16. A synthetikus és természetesen nyert gaultheria-olaj a chemiai technologia haladása óta egyenlő hatású.

[1] V. ö. *Flückiger-Rottenbiller:* Fontosabb szerves vegyületek stb. 1894. 130., 131., 132. o. és *Than K.* Analysis. (Chemiai Folyóirat mell.)

TÁRCZA.

Az 1755—56-diki erdélyi pestis története.

Egykorú források után.

(Folytatás.)

A véletlen azonban úgy hozta magával, hogy az előbb említett bukaresti kereskedővel a sinai-i kórházban összetalálkozott két juhász: *Sztán Fuga* és *Sztán Inaschul*, após és vő. Ezek visszatérőben voltak Brassóba, a hol az egyik elővárosban laktak; ezt, mert lakói főleg oláhok voltak: Wallachische Vorstadt-nak, oláh külvárosnak nevezték. A két juhász együtt volt a haldoklóval, sőt annak temetésén is részt vett. Attól félvén, hogy a tömösi veszteglő intézetben őket feltartóztatják, gyalogutakon lopództak haza Brassóba. Nemsokára mindkettő hirtelen meghalt; az előbbi november 3-dikán, az utóbbi november 8-dikán. Az elsőt csakhamar követte két gyermeke is. De a halálozás ezzel még nem szünt meg. Kitünik ez Chenot azon nyilatkozatából, hogy ő a következő év április elején megkapta az oláh külváros elöljárójától az addig elhaltak jegyzékét, mely szerint 30-an pusztultak el pestisben, kik közül a legtöbb gyerek és serdülő, azonkivül 11 felnőtt és két agg.[1]

A hirtelen és tömeges halálozások hire eljutott az erdélyi *Sanitatis Commissiohoz* is, a mely ez ügyben kérdést intézett a brassói tanácshoz. A város főorvosa azonban, miért, miért nem, semmi olyat nem jelentett, a mi a pestisnek legkisebb gyanuját is kelthette volna.

Miután 1756 február elsején a pestis már két hónap óta nem mutatkozott Tömösön, a kiállított őrök visszaküldettek, a közlekedés helyreállíttatott.

Brassó nagy örömben volt. A közhiedelem az vala, hogy nem is volt pestis az a betegség, a mit Tömösön annak tartottak: „a pestis — mondák — nem olyan jámbor betegség, hogy ilyen könnyen el lehessen nyomni. Igaz, hogy 11 ember meghalt; de ugyanannyi meg is gyógyult, sőt az utóbbiak némelyike nem is volt beteg, csak rosszul érezte magát, úgy hogy alig ültek otthon. A mirigyek megdagadása a hónaljban, a lágyékban, a nyakon, máskor is gyakran előfordul az oláhoknál. A felfakadó hólyagok nem pestis carbunculusok voltak, hanem csak vérkelések".

E közben a pestis Brassóban csak terjedt. Midőn a magistratus látta, hogy elharapódzását sem titkolózás, sem csufolódás meg nem akasztja, február végén egy seborvost rendelt ki, hogy a külvárosban levő betegeket gondozza. Ez a sebész, a mint később Chenotnak bevallá, hét ilyen beteget talált; ezeken pestis-bubók is voltak, sőt némelyiknél még carbunculus is. Ő azonban nem mert okosabb lenni, mint a városi főorvos.

Április elején hire futott, hogy két férfi és két gyermek bubókkal megbetegedett, de ismét meggyógyult; megkérdeztetvén a városi tanács, azt adta feleletül, hogy a hir való ugyan, de ezen esetek még februárban voltak s a bubók csak rendes daganatok, nem pedig pestis-bubók valának.

Április végén a baj már annyira elharapódzott a városban, hogy azt titkolni tovább nem lehetett. Egyszerre hét, csaknem egymás mellett álló házban fordult elő betegedés s ezt a tanács rögtön jelentette, mint gyanus új betegséget. A Sanitatis Commissionak tett jelentésben azonban kiemeli, hogy ez a betegség a közelmultban észleltekkel semmiben sem egyezik. Eredetét csupán az oláhok szegénységében, az elmult télen kiállott nyomorúságban és a rossz táplálkozásban keresi. Chenot azonban azt állitja, hogy sem drágaság, sem valami különös nagy szegénység ez időben nem volt. A tanács mégis ebbe kapaszkodott, sőt az inség okozójának a tömösi kordon által megszakitott közlekedést hozta fel — hallgatag vádképen a Sanitatis Commissio ellen. A jelentéshez orvosi vélemény is volt csatolva, a melyben a városi főorvos, egy másik orvos és egy városi seborvos leirták az általuk megvizsgált betegek állapotát. Bevallották, hogy a betegség lázzal, hidegrázással kezdődik. Felemlítik a szomjúságot, a bubókat, a petecseket. Ezeknek összefüggését, valamint a többi tüneteket és a bántalom lefolyását elhallgatták s a betegségnek nem adtak semmi megnevezést.

Hogy pedig a tanács valamit tenni láttassék: a fertőzött házakat három láb (!) magas sövénynyel elzáratta a szomszédoktól, néhány őrt állíttatott fel s egy seborvost és két ápolót rendelt ki, kik a betegeket ellássák.

A Sanitatis Commissio azonban rossz néven vette, hogy az orvosok a betegséget homályosan és határozatlanul irták le s nem adtak neki nevet. Parancsot küldött tehát, hogy ezt a hiányt pótolják és egy harmadik orvost rendelt ki, hogy a betegségnek természete, tulajdonsága, lefolyása és elnevezése megállapíttassék.

Kivánsága azonban igy sem teljesült. Ez a három orvos sem adott okosabb munkát, mint az előbbiek, abban azonban megegyeztek, hogy a betegség rosszindulatú, ragályos és hogy a rosszindulatú kiütésekkel láz jár. A pontosabb és közelebbi meghatározást ők is függőben hagyták. De azt határozottan állitották, hogy a baj az elzárt házak egyikében keletkezett és azelőtt nem észleltetett a külvárosban.

A Sanitatis Commissionak egyik orvos tagja már ekkor azon a véleményen volt, hogy Brassóban pestis van, de ezzel nem mert határozottan előállni, mert a brassói orvosok háta mögött, velök solidaritásban állott az egész tanács és mindenféle világi és egyházi tekintély.

Végre is a Sanitatis Commissio elnöke — egy táborszernagy —

[1] A brassói járvány története Chenot idézett munkája nyomán van előadva; l. p. 4—34.

megunta a sok czivódást és kiküldötte Chenot Ádámot az ügy megvizsgálására.

Ezzel a járvány történetének új szakasza következik, melynek bevezetéséül álljon itt néhány sorban Chenot életrajza Schraud nyomán.[1]

Chenot Ádám 1721-ben Luxemburgban (Belgium) egyszerű szülőktől született. Apja molnár volt. Otthon a philosophia doktorává lett és azután Bécsbe ment, hogy nagy honfitársának, Swietennek, tanitványa legyen. Itt szerezte meg az orvosi tudományból a doktori méltóságot. 1755-ben Mária Terézia király Swieten ajánlatára Erdélybe küldötte, hogy a tömösi járvány leküzdésében — ha a szükség úgy hozza magával — segédkezzék.

1756-ban, mint láttuk, Brassóba küldetett, a honnan csak 1757 első hónapjaiban tért vissza Szebenbe, a midőn Erdély járványorvosává — physicus contagionis — és a Commissio Sanitatis ülnökévé neveztetett ki. A brassói járvány alatt szerzett tapasztalatait 1766-ban könyvben összefoglalva adta ki, melynek teljes czíme: „Adami Chenot, Philosophiae et Medicinae Doctoris, rei Sanitatis Transilvanae Physici Regii Tractatus de Peste. Vindobonae, typis Joannis Thomae Nob. de Trattnern 1766.

Ez a munka nemcsak a bécsi iskolán, hanem külföldön is nagy feltünést keltett, úgyannyira, hogy ugyanazon évben németre is lefordította Schweigart József Vilmos (Megjelent Gröllnél, Drezdában 1767-ban).[2] Mária Terézia király a neki dedikált könyvet kegyesen fogadta és szerzőjének 400 frt jutalmat adományozott.

Midőn 1770-ben a pestis újból kitört a székely és szászföldön, a járványt Chenot igen gyorsan elfojtotta. Jutalmul Mária Terézia aranyéremmel tüntette ki (donatur numismate aureo primae classis) és három év mulva, midőn az állás megüresedett: Erdély főorvosává (protomedicus Transilvaniae) nevezte ki.

II. József 1781-ben Bécsbe hivta és egészségügyi tanácsossá nevezte ki. 1786-ban, midőn a pestis ismét meglátogatta Erdélyt, az ő tanácsai nyomán rendelték el a járványellenes intézkedéseket,[3] a melyek alapján a pestist gyorsan el is nyomták.

Chenot ezen az újabb királyi kitüntetésen fellelkesedve, a pestisről szerzett tapasztalatait nagyobb munkában irta meg, a mely azonban csak halála után jelent meg nyomtatásban (Adam Chenot's, der Medicin und Philosophiae Doktors, gewesenen Königl. Sanitäts Physicus in Siebenbürgen, hinterlassene Schriften über die ärztlichen und politischen Anstalten bei der Pestseuche. Wien bei J. Sh. Edlen von Trattnern 1798.)

Munkás életének 68-ik évében 1789. május havában halt meg. Anyagi viszonyai igen szerények valának, mert gyakorlatot nem folytatott. Családi életéről annyit tudok, hogy nős volt; felesége Stocker császári tábori orvosnak a leánya.[4]

Filep Gyula dr.
közegészségtani tanársegéd a kolozsvári egyetemen.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A tabes és paralysis kóroktana.

Közli: **Scholtz János** klin. gyakornok.

(Vége.)

Leghatározottabb védelmezői a luesnek a paralysis létrejöttében *Speyr*, *Seeligmann* és *Buchholz*. *Speyr* kijelenti, hogy minden paralysis lueses eredésű és szükségtelen a syphilist minden esetben a kórelőzményben kimutatni. *Seeligmann* is határozott hive *Möbiusnak*. 130 eset közül 84%-ban volt kimutatható a lues. A mások által felsorolt aetiologiai momentumokra nézve az a véleménye, hogy ezek káros hatással lehetnek a szervezetre, de ezen hatás elenyészőleg csekély a lues hatásához viszonyítva. Különösen az oly gyakran hangoztatott szellemi túlerőltetést szükséges pontosan megbirálni, mert az esetek többségében ez csak közepes szellemi munkának felel meg. *Buchholz* Cassel vidékéről szerzett anyagból vonja le következtetéseit. Tapasztalata szerint az utolsó két évtizedben a paralysis növekedett és pedig a nőknél erősebb mértékben, mint a férfiaknál. Továbbá a paralysis nagyobb kiterjedést is nyert, mert oly vidékeken, a hol 1886-ban még egy eset sem volt, most már kisebb számban fordultak elő paralysis-esetek; nagy volt a növekedés a kereskedelem és ipar nagyobb központjaiban és itt is a női paralysis elég gyakori volt. Elenyészőleg csekély volt a paralysis-esetek száma oly vidékeken, melyek a nagy forgalomtól távol estek; de ha az ily vidék férfiai más ipari helyekre mennek időnként, akkor hazájukban felszaporodik a paralysis-esetek száma. A hol csak háziipart üznek, ott aránylag kevés a paralysises. Véleménye az, hogy a prostitutio terjeszti nagy mértékben a luest és igy közvetett okozója és terjesztője a paralysisnek. Egyéb okoknak nem sok fontosságot tulajdonít a paralysis létrejöttében.

Az elszórtan közölt egyes esetek is sok tekintetben alkalmasak azon nézet támogatására, hogy a lues a paralysis szülő oka. Ezen eseteknek többsége infantilis paralysis, melyekben a heredo-syphilisnek igen nagy tér jut. Igy *Gianelli* esetében egy gyermek kifejezett paralysisben szenvedett és több jel heredosyphilis felvételére jogosított. Ezen gyermek anyja dementiás volt és előzőleg már több éven át volt tabese. *Etienne* esetében az anya paralysisben halt meg és a paralysisben szenvedő fiának születése előtt 18 hónappal luest szerzett. *Nonne* is egy hasonló esetet közöl; az anya házassága előtt egy évvel luest kapott és házasságából előbb éretlen, majd korai és lueses kiütéssel ellepett magzatok látnak napvilágot; majd egy teljesen kihordott magzat következik, a ki 12 éves korában paralysist kap. *Purves*, *Hoch*, *Müller*, *Saporito*, *Thomson* és *Welsh* is közölnek hasonló eseteket; 10—17 éves gyermekeken állapitják meg a paralysis progressiva kétségtelen jeleit és valamennyi esetben a legnagyobb valószinűséggel a hereditásos lues felvehető volt. Érdekes még *Mingazzini* esete, hol a szoptatós dajkától kap luest egy gyermek; 16 éves korában paralysis tünetei jelentkeznek, majd fokozódnak ezen betegség tünetei és 21 éves korában bekövetkezik a halál. Ezen csoportban említendő még *Crété*-nek a házastársaknál jelentkező paralysist illető négy esete; ezek közül egy esetben a férfi biztosan lueses volt, egy másik esetben pedig a nő volt syphilisre gyanus.

Már tágabbra szabják a paralysis aetiologiájának kapuját *Wickel*, *Mendel*, *Greidenberg* és *Sprengeler*, úgy hogy a luesen kívül már egyéb szereplő okok is helyet nyernek a belépésre. Igy *Wickel* szerint a lues foglalja el az első helyet a paralysis progr. aetiologiai momentumai között, de nem *conditio sine qua non* ezen betegségre nézve. Figyelmeztet egyszersmind a lues cerebri diffusa és dementia paralytica kórképeknek klinikai hasonlóságára és szükségesnek tartja a pontos differential diagnosist. *Mendel* a paralysis-esetek növekedését egyrészt a lues nagyobb kiterjedéséből magyarázza, másrészt azon ártalmas psychikai behatásokból, melyeket a súlyosabb megélhetési viszonyokból kifolyólag a létért való fokozott küzdelem von maga után. Különösen a női nemre vonatkoztatja nagyobb mértékben az utóbbi kórokot, mióta ugyanis ezen nem is nagyobb számban vesz részt a létért való küzdelemben. *Sprengeler* részletes statistikája alapján azon következtetésre jut, hogy a lues akár közvetlenül, akár közvetve határozottan a legfontosabb, de korántsem egyedüli kóroka a paralysisnek. *Greidenberg* a symferopoli elmebajosok intézetében 12 év alatt összegyüjtött anyagból arra következtet, hogy a paralysis kóroka nem egységes, rendesen több ok szerepel együttesen és pedig a nőknél ugyanazon okok szerepelnek, mint a férfiaknál. Első sorban a lues képezi az okot és a hol ennek nincsen szerepe, ott az alkohol jut előtérbe. Érdekesek a paralysis kiterjedésére vonatkozó megfigyelései. Abban megegyezik *Mendel*-lel, hogy a paralysis-esetek száma az utolsó időben gyarapodott és ezen növekedés a női nemnél sokkal lényegesebb, mint a férfiaknál. Oroszországban *Schdanoff* állapitotta meg először a viszonyt a férfiak és nők közti esetekre vonatkozólag és azt találta, hogy 13·8% férfira jut, 4·38% nőre; ellenben *Greidenberg* statistikája szerint 100 férfira jut 58 paralysises nő. Megemlitendő, hogy a paralysis kiterjedése a különböző osztályok között az egyes nemre nézve különböző, mert míg a férfiaknál a paralysis a magasabb körökben kezdődött és csak lassan terjedt tovább a közép és alsóbb néposztályok közé, addig a női nemnél a paralysis a legutóbbi időkig is csupán a legalsó néposztályokban hódított tért.

Müller a Felső-Bajorországban fekvő Gabersee elmebajos intézeteknek 14 évi anyagát dolgozta fel és 122 paralysisben szenvedő beteg részletes statistikáját közli. A legkülönbözőbb kórokok szerepeltek az anamnesisben; egyesek önállóan, mások többekkel egyetemben hozták létre a paralysist. Hasonló statistikai adatokat közölnek *Steinach* (114 eset), *Näcke* (100 eset), *Binswanger*, *Deventer* (100 eset), *Klippel*, *Hladik* és *Croqu*. Ezek kisebb-nagyobb mértékben a luest, alkoholt, tuberculosis toxint, hereditást, testi és szellemi túlerőltetést, nagyvárosi társadalmi viszonyokat, nyomort, inséget, gondot, traumát, napszúrást, apoplexiát és nemi kicsapongást szerepeltetik mint a paralysis progressiva előidéző okát. Említésre méltó, hogy *Steinach* eseteiben feltünő sok lokomotivvezető volt paralysises, és nagyobb mértékben szerepelnek az alkohol és a nemi excessusok. *Hladik* a csehországi Dobranból szedte össze az anyagot és ezen adatok szerint a paralysis-esetek száma a nőknél nem változott jelentékenyen. Adatai alapján 1 nőre 3 férfi paralysis esik. *Näcke* szerint a lues és a hereditás csak előkészítő momentumok és utóbb több alkalmi ok közrejátszása ülteti bele az alkalmas talajba és növeli nagygyá a paralysist.

Peeters statistikai adatai ellenben meggyőző erővel bizonyitják, hogy az alkohol a leggyakoribb és közvetlen kóroka a legtöbb elmebetegségnek és igy a paralysisnek is. A kórboncztani elváltozásokat is az alkohol direct és indirect hatásából magyarázza. *Ballet* hasonlóan a paralysisben elhaltakat vizsgálva, a talált szöveti elváltozásokat alkohol hatásból magyarázza. *Marandon de Montyel* hosszabb értekezésében arra a következtetésre jut, hogy a paralysis progr. és bizonyos idült alkohol kóralakok közt a pontos differential diagnosis még nem ejthető meg teljes biztonsággal. *Gerlach* több paralysis-esetet vizsgált szövettanilag és ezen esetekben különböző elváltozásokat talált. Pigment degeneratiot és elzsírosodást különösen oly esetekben talált, a hol syphilis kimutatható volt vagy erre határozott gyanu volt. Egyszerű atrophia ott jelentkezett, a hol az alkohollal való visszaélés vagy bizonyosan ki volt mutatható vagy ennek felvétele igen valószinű volt.

Mint egyedüli kórokozót paralysisnél felemlítik még a traumát, bár igen kevesen vannak, kik ezen álláspontra helyezkednek. *Deventer* és *Benders* közölnek két esetet; egy 9 és egy 16 éves egyén fejre beható trauma után paralysist kaptak. Mindkettő terhelt családból való

[1] Adami Chenot Historia pestis Transilvanicae. Opus posthumum iussu regio edidit et peaefatus est F. Schraud. Budae 1799. Praefatio.

[2] A kolozsvári közegészségtani intézet könyvtárában levő példányon 1776 áll, ellentétben Schraud fentidézett állításával, és nincs jelezve, hogy második kiadás volna.

[3] Ezek egész terjedelemben közölve vannak Linzbauer-nél, No. 914.

[4] Chenot, Abhandlung v. d. Pest. p. 53.

volt. *Goldbach* is közöl egy trauma után beálló paralysis-esetet. Végül *Nonne* közöl egy ritka esetet: kifejezett dementiát egy virgo intactanál.

Érdekesek még azon esetek, melyek ez idő szerint még csekély számban találhatók az irodalomban és házastársak paralysises és tabeses megbetegedésére vonatkoznak. Igen alkalmasaknak látszanak ezen esetek arra, hogy részben világosságot derítsenek a tabes és paralysis közti összefüggésre, valamint hogy egy lépéssel odébb vigyék az aetiologiai kérdést mind a két bántalomra vonatkozólag. Németországban *Mendel*, Franczaországban pedig *Cullere* figyelmeztettek ezen tényekre. Újabban *Lalou*, *Nonne*, *Gottschalk* és *Raecke* közölnek ily eseteket. *Lalou* több esetet közöl házastársak tabeses megbetegedéséről. A lues csaknem minden esetben ki volt mutatható. *Nonne* két esetben talált tabest házastársaknál, mindkét esetben az előrement lues a házastársak egyikénél orvos által állapíttatott meg. *Gottschalk* két megfigyelést közöl; az első esetben mindakét házasfél tabesben szenvedett, míg a második esetben csak a nő volt tabeses, míg a férj paralysist kapott. Luest nem lehetett kimutatni. *Raecke* 69 esetet gyüjtött össze az irodalomból, hol paralysis és tabes volt a házastársaknál, valamint a saját 7 megfigyelt esetét is közli, melyekben mindkét félnek paralysise volt. A lues felvehető volt több-kevesebb biztonsággal a legtöbb esetben. Összes adataiból a következő eredményekre jutott: bizonyos összefüggést fel kell venni a házastársak közt támadó tabes, és paralysis közt és ez nem lehet más, mint valamely infectio, ez pedig csak a syphilis lehet, mert suggestio vagy inductio utján való átterjedésre ezen bántalmak létrejöttét visszavezetni nem lehet. Sok esetben csak az egyik házasfél kap tabest vagy paralysist, a másik ellenben nem; de ez nem ellenérv a luesnek kórok gyanánt való felvételével szemben, mert tény, hogy nem minden lueses lesz paralysises vagy tabeses; söt tertiaer alakok sem fejlődnek ki mindenkor. Vajjon ezen két bántalomnak változó fellépése a virus változó erejében vagy qualitásában találja-e magyarázatát vagy pedig a szervezetnek különböző fokú dispositioja adhat erre nézve felvilágositást: mindezen kérdések ma még nincsenek megoldva.

Könyvismertetés.

Dr. Martin Friedlaender: Die Krankheiten der männlichen Harnorgane. Berlin. Louis Marcus. 1900.

A munka szerzője Lassar bőrgyógyászati poliklinikájáról hirdet urologiai kursusokat, első sorban ezek látogatóinak készült e könyv, 234 oldalon és 13 felolvasásban, melyből mi is megismerkedhetünk a klinika usançeaival.

A klinikai usançeok közé tartozik úgy látszik, hogy „a bulbus a húgycső falát befelé boltositja“, „mely befelé boltositást könnyen tarthatunk stricturának“. Home diagrammja óta Friedlaenderig úgy tudtuk, hogy a húgycső alsó fala nagyobb tágulékonyságánál fogva a bulbaris részben tasakszerű kiöblösödést mutat; a mire szerző gondolt, az Amussat collet fibreux-je lehetett.

A húgycső caliber vizsgálatát helyesen Guyon elastikus gombos kutatójával végzi, a kutató számát azonban indokolatlan *discretioval* elhallgatja.

A húgycsőváladék górcsövi vizsgálatánál, a melyet különösen gyakorlati szempontból nem tart feltétlenül szükségesnek, arra *az epochalis* nyilatkozatra emelkedik, hogy nem látja be, hogy miért nevezik a fehér vérsejteket fehéreknek, holott a geny sárga!

Az acut gonorrhoea therapiájánál elveti a schematizálást, mintha bárhol vagy bármikor megengedhető volna.

A lokális kezelést csak nyolcz-tíz nap mulva kezdi meg, addig megelégszik copaiva-balzsammal és extr. pichi-pichivel, ezután sol. zinc. sulf.-t vagy gyenge arg. nitr.-oldatot rendel; a protargol hatásáról nagyon ellentéteseknek tartja a véleményeket, a mi kétségtelenül igaz; a kal. hypermanganicumnak periurethralis tályogképző hatást tulajdonít, erős koaguláló képességénél fogva, a mit tudtunkkal sem az experimentum, sem a tapasztalat nem igazol.

A Janet-féle öblitéseket elveti, mivel a praxisban kevés beteg hajlamos mindennapi kezelésre, másrészt az eredmények sem kiválók. Ez az érvelés, így simpliceter kimondva, ép oly gyenge, a mily kevéssé őszinte az első rész optativus alakjában.

A subacut stadiumban a resorcint alkalmazza 2—3%-os oldatban, e szernek a bőrgyógyászatban bevált desquamativ hatása az urethrában is nyilvánul, 1—2 üveg után a beteget nem ritkán meggyógyítja; ajánlja továbbá a zincumot plumb. acet.-mal, bism. subnitr.-mal, szóval mindazt, a miről a jó öreg Zeissl oly becsületes meggyőződéssel czitálhatta Hollerus Stempanus szavait: „pudeat non experta in lucem proferre, in generis humani perniciem“, de a melyeket ma hirdetni, utolsó éveink therapeutikus törekvéseinek csődjével tartunk egyértékűnek.

A chronikus gonorrhoeánál a definitio nehézségeit említi és mint saját definitioját a következőket hangsúlyozza: „Die chronische Gonorrhoe ist diejenige Erkrankung der Harnröhre, bei welcher die Harnröhrenschleimhaut, ohne sich in einem entzündlichen Reizzustande zu befinden, als Folge früherer gonorrhoischen Infection, ein aus Schleim, Eiter und Epithelzellen zusammengesetztes Secret absondert; dieses hat seinen Ursprung in circumscripten Granulationen, Erosionen resp. Ulcerationen oder in Infiltrationen der Schleimhaut.“ (Sic!)

Az urethritis ant. és post. tanát természetesen elveti! Az egész kérdést, a melynek eldöntése szakmánk legjobbjait (hazánkban is) évekig foglalkoztatta, egy oldalon tárgyalja le, és a maga részéről, azon állitólagos tapasztalatával, hogy a gondos kutató mindig könnyen győzi le a sphincter externust, ellenben a sph. vesicaen csak nehezen hatol át, eldönti.

Az endoskopiát igen nagy vonásokban ismerteti, beszél eperszerű növedékekről és hegyes függölyökről a húgycsőben és nem említi a húgycső azon banalis laesioit, a melyekkel a kezdőt megismertetni mindenesetre sürgősebb feladat lett volna. Az endoskopiát a Casper-féle endoskoppal végzi, a melyet természetesen „javított“.

A Guyon és Ultzmann-féle hajszálfecskendőket összecombinálja az utóbbit gombbal látva el, mi által az előbbi pontos localisatiojával az utóbbi biztos vezethetését egyesíti; különben pedig az ichtyolt ajánlja 15%-os oldatban.

A gon. strictural keletkezésének okául, híven az idült gonorrh. fentebb idézett determinatiojához, az általa létrehozott sarjadzásokat és fekélyesedéseket szerepelteti, a mi homlokegyenest ellenkezik mindazzal, a mi az idült gon. path. terén Oberländer-Neelsen, Finger és Wassermann vizsgálatai nyomán, mai tudásunknak azon alapjait képezik, a melyekre egész therapiánk felépül. Nem baj, hogy a belső húgycsőmetszét a gyakorló orvosoknak nem ajánlja, ha ennek indokolása nem is mondható valami erősnek. Igen józan és helyes, a mit a fokozatos tágitásról, a ruganyos műszerek tisztán tartásáról és desinficiálásáról mond. A dilatatorokkal való kezelést a makacs stricturáknál ajánlja, tehát épen ott, a hol Oberländer, Kollmann a belső húgycsőmetszést végzik.

Kissé zavaros az, a mit a cystitisről és vele összetéveszthető bántalmak differential diagnosisáról mond. Meglehetős szűkre vonja a cystoskop használatának javalatait. A heveny cystitis csak belső és diaetetikus kezelését tartja megengedhetőnek. Az idült hólyaghurut therapiájával első helyet biztosít az arg. nitr.-nak, melyet magas százalékú oldatokban, 6—8 csepptől 50 cseppig felhaladva Guyon csepegtetővel alkalmaz: „sie erweist sich bei schmerzhafter Blase, wie sie besonders bei Tuberculose vorkommt, oft als wirksam“, a valóságban pedig ez az igazán megbizható jó szerünk ép a hólyag tuberculotikus megbetegedéseinél mondható teljesen hatástalannak.

Az acut prostatis aetiologiájában a fennálló gonorrhoea mellett a meghülésnek is juttat szerepet. (?) Therapia nyugalom, borogatás, pióczák a gáttájra, elgenyedésnél a gátról való megnyitás. Az idült prostatitisről joggal mondja, hogy daczára a praegnans tüneteknek, alig van megbetegedés, mely az orvosi közönség előtt kevésbé ismert volna, mint épen ez. A therapia forró ülő fürdők, massage. (*A therapia ezen egyszerűségét és czélszerűségét nem lehet eléggé hangoztatni.*) A prostata hypertrophiánál a pajzsmirigy túltengésénél alkalmazott jodothyrin állitólagos jó hatásából felépített zavaros elméleti analogizálás alapján, a hercállomány tablettákat (Didymin tabloid) ajánlja.

Az epididymitis tuberculosánál az operatiot sohasem ajánlja, ellenben a creosotot mindig. A nemi functiok zavarairól szóló rész képezi e munka utolsó részét, melytől nem tagadható el bizonyos eleven subjectivitás, ha ezen subjectivitás az ügynek nincs is valami nagy hasznára és a hol a valódi és pseudotapasztalatoknak okoskodó hangon és anecdotizáló formában való előtérbe helyezése kevéssé mondható szerencsésnek. A milyen hatalmas eszköze a megértetésnek, a milyen végig lebilencselő formája az óriási tudás és rengeteg tapasztalat közlésének a használt tárgyalási mód, az egyéniséget mintegy megelevenitő közvetlenség, mely az előadásokban való irásformában fekszik, a tudomány azon fejedelmeinél, kik a stylusnak is tökéletes művészei, egy Charcotnál, Guyonnál, Henochnál vagy Albertnél oly siralmasan komikus tetszelgő hiúság benyomását kelti, nem arra hivatottaknál. *Reách Dezső* dr.

Lapszemle.

Belgyógyászat.

A villamos ingerlékenységi viszonyokat tanulmányozta *Mann* egészséges és tetaniában szenvedő gyermekeknél. Egészséges csecsemőknél az első hetekben csökkentebb az ingerlékenység, egészen a hetedik hétig. Ezentúl növekedik az ingerlékenység és a 8. héttől a 30. hónapig a középérték kathodzáráskor a n. medianusra vonatkoztatva 0·7—2·0 M. A. között ingadozik.

A tetaniára vonatkozólag a következő diagnostikailag értékesithető eredményre jutott: 1. Tetaniában az ingerlékenység növekedésének megállapítására elegendő a n. medianusnak a vizsgálata. 2. A kathod nyitási rángásból biztosan megállapítható az ingerlékenységnek növekedése; ez a tetaniában 5·0 M. A. alatt lévő értékeknek felel meg. Normalis viszonyok között sokkal erősebb áramra van szükségünk. 3. Végül normalis viszonyok között az An. Z. R. túlsúlyban van az An. Ny. R. felett; ellenben tetaniában gyakori, hogy az An. Ny. R. nagyobb vagy egyenlő az An. Z. R.-sal. (Monatschr. f. Psych. u. Nervenheilk. VIII. évf. 1. füzet.) —*tz.*

Egyes morphiumszármazékok gyógyászati javalatairól számol be *Winternitz* élettani kisérletek és klinikai tapasztalatok alapján. A peroninnak nem jósol nagy jövőt, mert a dionin ki fogja szoritani, mely utóbbi szer legalább is egyenlő értékű azzal és megvan az az előnye, hogy könnyen oldódik vízben és kellemesebb izű. Az adagolás mindkettőnél megegyező a codeinnal. A heorin asthmás állapotokban igen jó hatású, másrészt azonban mérgezőbb, mint a morphin. Az esetek többségében a codeinban és dioninban megtaláljuk mindazt, a mit kivánunk, t. i. a légutak ingerlékenységét leszállitják a nélkül, hogy a légzési tevékenységet befolyásolnák, elősegitik az expectoratiot és általános megnyugtató és hypnotikus hatást hoznak létre. Oly esetekben, a hol a chininnel és a codeinnel nem érünk el eredményt, a hol tehát erősebben ható narcotikumokat kell adnunk, ott most is csak a morphiumhoz nyúlunk. Szerző tapasztalatai és kisérletei alapján kétségbe vonja, hogy a morphium helyettesítése heroinnal ajánlatos volna. (Monatschrift f. Psych. u. Nervenh. VII. évfolyam 1. füz.) —*tz.*

A gyomor hátsó falán elhelyezett kerek fekély áttörésének műtéttel gyógyult esetét közli *Davey*. Szerzőt egy kifejezett collapsus jeleit mutató beteghez hitták, kinél már volt alkalma előzőleg a gyomorfekély kórisméjét felállithatni. A beteg végtagjai hidegek voltak, ütérlökés kicsi, szapora és az epigastriumban székelő igen heves fájdalmakról panaszkodott, melyek a hashoz való nyúlást is lehetetlenné tették. Többször jelentkezett hányás. *Meleg borogatások és egy morphium-injectio hatása alatt mindezen tünetek teljesen visszafejlődtek*, beteg objective fájdalmakat nem érzett és a hasban tapintással sem lehetett fájdalmasságot kimutatni. Daczára ennek, az explorativ laparotomiát végrehajtották és hosszas keresés után a gyomor hátsó falán közel a kis hajláshoz megtalálták az áttört fekélyt, melyből vékony sugárban ömlött a gyomortartalom. A nyilást Lembert-varratokkal egyesitették és a peritonealis űr főtt vízzel való szorgos kitisztitása után a hassebet összevarrták, csak egy draincsövet hagyva benne, melyet 4-ed napra eltávolitottak. Egy hónap mulva tökéletes gyógyulás. (Lancet, 1900. január 20.)

Surányi Miklós dr.

Malta-láz egy esetét közli *Brunner* és megjegyzi, hogy ez az első eset, hogy a betegséget Ausztriában acquirálták. Az eddig Ausztriában észlelt két esetnél a bajt délről magukkal hozták a betegek. Az igen részletes kórtörténet előrebocsátása után a diagnosis indokolására felhozza, hogy typhus a láz hosszú tartama, a székletét magatartása, továbbá a diazoreactio hiánya miatt kizárható volt, úgyszintén malaria és recurrens is a vérlelet alapján. Nem maradt más hátra, mint a malta-láz diagnosis, melyet a Wright-féle serumreactioval biztosan meg lehet állapitani és tényleg ezen esetben a micrococcus melitensis kulturáival végzett serumreactiok még 1 : 300 higitásban is positivak voltak. Szerzőnek ezenkivül sikerült a beteg lépéből punctio útján typikus micrococcus melitensis coloniákat nevelni, melyek serummal az agglutinatios reactiot jól adták. Szerző ezután a betegség ismertetésére tér reá és a betegség történeti ismertetésével kezdi. Az első, ki a betegséget pontosan leirta, *Marston* angol katonaorvos volt. Később az irodalmi adatok nagyon kibővültek és különösen mióta *Bruce* 1887-ben a malta-láz mikroorganismusát felfedezte, óriási terjedelmet nyertek. *Wright* 1897-ben a malta-láz serumreactioját fedezte fel. A malta-láz a déli égalji vidékeken otthonos és Maltán endemikus. Általában a malta-lázat atypikus typhussal vagy malariával lehet összetéveszteni. A betegség kezdeti szakában gyakran rázóhideg, magas láz, fejfájás, száraz, bevont nyelv, a has nyomási fájdalamassága van jelen. Sajátságos a láz hosszú tartama, mely a legtöbb esetben 40—70 nap között ingadozik, habár vannak esetek leirva 18 hónapos, sőt 2 éves láztartammal. A mortalitás mindössze 2%. A láz láztalan időszakokkal szokott megszakitva lenni. A kórboncztani leletek semmi jellegzetest nem mutatnak. A mi a therapiát illeti, ez nem sok: a betegséggel meglehetős tehetetlenül állunk szemben; csakis symptomatologikus therapiáról lehet szó. (Wiener klin. Wochenschrift 1900. 7. sz.)

Lengyel Loránd dr.

A spinalpunctio gyógyitó értékét idült hydrocephalusnál két eset kapcsán képes volt beigazolni *Grober*, Stintzing tanár klinikáján. Eddig csak *Riecken* és *Heubner* végeztek lumbalpunctiot ismételten ugyanazon gyermeknél, de nem voltak képesek tartós eredményt elérni, *Grober* szerint azért, mert nem elegendő számban ismételték a punctiot (*Riecken* 4-szer, *Heubner* 3-szor). Abból kiindulva, hogy egy hydrocephalusos gyermek koponyája elég puha, hogy tartósan megfogyott tartalomhoz alkalmazkodjék, a rendszeresen egymást követő punctiok egész sorát végezte két gyermeknél, a kik az emlitett bajban szenvedtek, és az egyik esetnél 25-szörös punctio után gyógyulást, a másiknál pedig 12 izben történt punctioval tartós javulást ért el. (Münch. med. Woch. 1900. 8. sz.)

Hönig Izsó dr.

Sebészet.

A hydrogensuperoxyd (H_2O_2) szörpsűrűségű, víztiszta, átlátszó folyadék; fajsúlya 1·452, vegyhatása savi, íze fanyar, keserű, a nyelven habzik, miközben oxygen szabadul fel. Szobahőmérsékelnél még higitott állapotban is bomlik vízre és oxygenre; legjobb 3%-os oldatban jól záró edényben tartani sötét, hűvös helyen. Vízben, alkoholban és aetherben jól oldódik. Erős szintelenitő hatása miatt az iparban kiterjedten alkalmazzák; bőrfehérítésre és hajfestésre régóta használják. Az oxygen felszabadulása a hydrogensuperoxydból különös gyorsasággal történik, ha protoplasmával, főleg nuclein-anyagokkal érintkezik s ezért genynyel, vérrel, sebváladékkal, rothadó szerves anyagokkal érintkezve, nagyon erélyes rothadást gátló és fertőtlenitő hatást fejt ki; 1 : 8000 higitásban már megakadályozza a bakteriumok fejlődését, 10%-os oldatban pedig 15 percz alatt megöli a bakteriumokat. A mi alkalmazását illeti, 15%-os oldata edzésre használtatik, 2—5%-os oldata pedig sebmosásra, toroköblitésre; 1 : 100 higitásban szájvíz fogfehérítésre. 2%-os oldat spray alakjában inhaláltatik tonsillitis abscedens, laryngitis tuberculosa, phthisis pulmonum eseteiben. Nagyon gyenge oldatoknak rákokba fecskendését is megkisérelték. A hydrogensuperoxyd belső adagolását általában czélszerűtlennek, bőr alá fecskendését pedig veszélyesnek tartják (oxygen-emboliák a tüdőben, vérdecompositio). Legutóbb a párisi „Société de chirurgie" egyik ülésén értekeztek a hydrogensuperoxyd értékéről. *Lucas Championnière* már két év óta használja 10%-os oldatban mint desinficienst és nagyon dicséri; különösen septikus abortusoknál vette jó hasznát, ilyenkor a sublimat fölé helyezi, mert nem szivódik fel, némi vérzéscsillapító hatása is van és alig izgat. *Terrier* diffus phlegmoneknél kielégitő eredménynyel használta; *Albarran* húgyinfiltratiot követő gangraenánál, *Jalagnier* appendicitisnél, *Quénu* perirectalis tályogoknál használták és nagyon meg vannak elégedve az eredménynyel. Ugyanakkor *Mendel* az „Académie de médecine"-ben értekezett a H_2O_2 használatáról intralaryngealis instillatiok alakjában gége- és tüdőgümőkórnál, chronikus bronchitisnél; ha nem is tartja absolut hatású szernek, de minden esetre jó roborans, mert az étvágyat emeli és a légzést a felszabaduló nagymennyiségű oxygen által tetemesen megkönnyíti.

Picker Rezső dr.

Bőr- és bujakórtan.

A jodipint (a jodnak sesam-olajjal való szerves összeköttetése), melyet újabban több oldalról ajánlanak syphilisnél, *Klingmüller* Neisser boroszlói klinikáján próbálta ki tertiaer syphilisnél. Ő 10%-os oldatot fecskendezett hosszú tűvel a natesek zsírpárnájába és azt tapasztalta, hogy akkor sem mérgező, ha pro dosi 20 kcm.-t (2·0 jod) injiciált; e mellett nem is fájdalmas és a jod hatása prompt érvényesül, a jod pedig tényleg egészen kihasználtatik; e mellett az injectiok teljesen fájdalmatlanak, jodismus sohasem áll elő. Természetesen csak a syphilis késői szakában van specifikus hatása. *Klingmüller* melegen ajánlja ennélfogva a jodipint még azért is, mert hatása sokkal tartósabb, mint a többi jodkészitményeké. (Berl. klin. Wochensch. 1899. 25. sz.) *M. T.*

Szerzett syphilis két éves gyermeknél. *Danlos* a franczia dermatologiai társulat 1899. deczemberi ülésén egy két éves leánykát mutatott be, ki szerzett syphilisben szenved, a nélkül, hogy az elsődleges bántalomnak nyomait lehetne látni. Miután több ily esetet is észlelt gyermekeknél, felveti a kérdést, vajjon ezek csak kivételek-e, vagy pedig rendes dolog az, hogy a korai gyermekkorban szerzett syphilisnél az elsődleges bántalom oly könnyű természetű, hogy nem is vétetik észre? A discussio alkalmával *Fournier* megjegyzi, hogy gyermekkori szerzett syphilisnél ez gyakran fordul elő. *Morell-Lavallée* egy hasonló esetet észlelt, a melynél (syphilises dajka által fertőzött csecsemő) az elsődleges bántalom alig 18 óráig állott fenn. *Besnier* szerint felnőtteknél is átlag 3—5%-ánál a syphilis-eseteknek nem tudjuk a sanker nyomát megtalálni. Gyermekeknél talán még többször hiányzik az elsődleges bántalom, avagy lehetséges, hogy a sanker azoknál rendesen csak mulékony, ephemer természetű. Kéri *Fourniert*, hogy e tárgyban adja elő személyes tapasztalatait. *Fournier* ezt egy legközelebbi ülésen fogja megtenni. (Annales de Dermatol. 10. kötet, 12. sz.) *M. T.*

Igen makacs, inveterált psoriasis- és eczema-plaqueoket *Jacquet* a pikkelyek és pörkök leválasztása után *scarifikál* 3—4 naponként; 12—14-szeri kezelés (forró vizes borogatások, fedő kenőcsök) után gyógyulást ért el. (La médecine moderne 1898. 17. sz.)

Szabóky dr.

Scabies ellen az endermolt (salicylsavas nicotin) *M. Wolters* 67 esetben mint 0·1%-os kenőcsöt sikerrel alkalmazta. Intoxicatios jelenség egyszer sem lépett fel. Kétszer való bedörzsölés már elég a betegség megszüntetésére s csak nagyobb biztozság okából alkalmazott 4-szeri bedörzsölést. Az endermolnak *Wolters* előnyt ád minden eddig a scabies ellen alkalmazásba került szer fölött, mert egyrészt nem okoz albuminuriát, mint a kátrányos készitmények és a naphthalin, másrészt szaga sem oly átható, mint a perubalzsamé, s végre nem rongálja a fehérneműt, a mi különösen indikálja bevitelét a magángyakorlatba. (Therapeutische Monatshefte 1898. aug.)

Poór dr.

A thioform egy 72% bismuthot tartalmazó, vízben oldhatlan por, melyet *Kopytowski* próbált ki újabban. Genitaliák fekélyemél, ha azokat 1%-os carbollal jól megmosta, 5—10%-os argentum nitricummal vagy 10—12%-os zinkchloriddal kauterizálta 2—3 naponként, elég kedvező eredményeket kapott a thioform-hintőporral. Chronikus kankónál 1%-os emulsioban, különösen adstringensek kiséretében hatott kedvezőn. Gyors, jó és tiszta granulatios gyógyulást létesitett a thioform alszárfekélyeknél, ha azokat jól megmosva, thioform-porral behintette, vagy 1 : 8 arányban vaselines kenőcsesel kente, a kötést 2—4 naponként változtatva. A kezelés előnye itt a terület szárazsága, tiszta, szagtalan volta, mely miatt megérdemli a thioform, hogy vele további kisérletek történjenek. (Derm. Centralblatt, 1900. január, 104. lap.)

Nékám.

Orr-, torok- és gégebajok.

Egy kettős diaphanoskop a homloküregek átvilágításához. A homloküreg empyemák kórisméje nagy nehézségekbe ütközik. Egyrészt, miután oly pont, a honnan mindkét homloküreget egyidőben átvilágithatnánk, nem adatott, másrészt az átvilágitásra alkalmas hely, a kiálló szemgolyó miatt, igen megszűkitett. E mellett, miután a két oldal átvilágitása egymásután történik, csupán az emlékezetünkben megmaradt utóképekből itélhetünk. Az is fontos és igen nehezen keresztülvihető, hogy a Vohsen-lámpát úgy jobb-, mint baloldalt az orbitalis szegletnek mindig ugyanazon pontjára és ugyanolyan mélységbe helyezzük, mert másküllönben a nyert képek egy és ugyanazon oldalon is mindig változni fognak.

Ezeken a nehézségeken igyekezett segiteni *Gerber* az által, hogy két Vohsen-lámpát alkalmaz egyszerre, egyet a jobb és egyet a bal oldalon. A lámpákat tartó készülék úgy van elkészitve, hogy az illető vizsgálandó egyén arczához alakithatók, a szerint például, a mint vastagabb avagy vékonyabb orrgyökkel birnak stb. Gerber ez eszközzel elért eredményekkel igen meg van elégedve. Az apparatust a Reiniger, Gebbert és Schall czég készíti. (Deutsch. med. Wochenschrift. 1900. 11. sz.)

Tövölgyi dr.

A nyelv rendkivüli mozgékonyságának egy esetét mutatta be *Pluder* a hamburgi orvosegyesület egyik utóbbi ülésen. Az illető egyén oly hosszú frenulum linguae-vel birt, hogy képes volt a nyelv hegyével egész az orr-garatűr tetejéig felhatolni. (Ez esetet csak azért emlitem meg, miután jelenleg egy gymnasiumi tanár áll a kezelésem alatt, ki e

műveletet szintén a legnagyobb könnyedséggel képes keresztülvinni. Önodi egy medikusnál észlelt hasonló esetet. A ref.) (Deutsch. med. Wochenschrift, 1900. 14. sz.) *Tóvölgyi* dr.

Egy új rezgő massagekészüléket ismertet *Eulenburg*. A Hirschmann által konstruált eszköznek az az előnye van az eddigiek felett, hogy hangtalanul működik, nagyon csekély kopásnak van alávetve, az electromotorral összekötő hajlékony tengely és az eszköz szilárdságát biztosító részek a hónapokon át való használat alatt sem romlanak semmit. (Deutsch. med. Wochenschrift, 1900. 10. sz.) *Tóvölgyi* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Égetési sebek gyógyítására *Gerbsmann* a thiolum liquidumot ajánlja, a melylyel az égett helyeket 2%-os bórsav-oldattal való előzetes fertőztelenítés után bekeni. A thiol csakhamar beszárad és védő lepelként födi az égett helyeket. Az esetleg képződő repedéseket újból bekenjük thiollal. (Jeshenedelnik. 1899. 41. sz. Ref. Therapie d. Gegenwart 1900. február.)

A superaciditas (hyperchlorhydria, hypersecretio) étrendi kezelését illetőleg *Bachmann* a helsingforsi belklinikán végzett vizsgálatai alapján azt ajánlja, hogy a túlnyomóan állati tápszerekből (hús, tojás) álló diaeta kerülendő, mert erősebb sósavelválasztást okoz; inkább a növényi ételek használandók; zsírok, vaj és tejfel tetemesen csökkentik a sósavelválasztást. A növényi tápszerek közül a burgonya kevésbbé ajánlható, mert erős tejsavas illetve gázerjedést okoz. (Archiv f. Verdauungskrankheiten, V. kötet. 3. füzet.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. május 4.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év tizenhatodik hetében (1900. április 15-dikétől április 21.-ig.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 487 gyermek, elhalt 342 egyén, a születések tehát 145-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 37·0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 25·9, az egy éven felüli lakosságnál: 21·1, az öt éven felüli lakosságnál: 17·7. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 3, pertussis 4, morbili 2, scarlatina 7, variola —, cholera asiat —, typhus abdominalis —, febris puerperalis 1, influenza 6, egyéb ragályos betegségek 3, meningitis 14, apoplexia 7, eclampsia 8, szervi szívbaj 10, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 67, tuberculosis pulmonum et phthisis 80, diarrhoea et enteritis 7, gastro-enteritis 6, rák és egyéb újképletek 9, ezek közül méhrák 1, morbus Brightii et nephritis 6, rachitis 3, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 19, atrophia et inanitio 1, marasmus senilis 15, erőszakos halálest 12, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 6, baleset 5, kétséges — (—). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hó végén volt 2814 beteg, szaporodás e héten 884, csökkenés 868, maradt e hét végén 2830 beteg. *B)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi április 16-dikától április 22.-éig terjedő 16 héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 41 (46), diphtheria, croup 19 (17), hagymáz (typhus) 2 (1), kanyaró (morbili) 82 (77), trachoma 7 (9), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 28 (12), orbáncz (erysipelas) 19 (12), gyermekágyi láz (febr. puerp.) — (1), ezenfelül varicella 14 (30).

□ **Délafrikai sebesültek magyar fürdőben.** A pöstyéni fürdőigazgatóság ajánlatot tett az angol kormánynak, hogy a délafrikai háborúban sebesült tiszteknek 10 ingyenes helyet bocsát rendelkezésre. Ezt az ajánlatot az angol kormány köszönettel fogadta el és utasította a beteg és sebesült katonatisztek segélyzésére alakult alapot a terv megvalósítására.

○ **Erzsébet királynő szobra Pöstyénben.** Pöstyénben a régi kápolna helyére Erzsébet-fákat ültettek és Erzsébet-teret létesítettek és ennek közepére szándékoznak elhelyezni az itteni mérvadó körök boldogult királynénk márvány mellszobrát. A mozgalom élén gróf Erdődy Imréné és dr. Fodor Kálmánné Berchthold grófnő állanak. Jankovich Gyula fővárosi szobrász mintázatát fogadták el és a művész legközelebb megbizatást nyer a mű kivitelére.

— **Máramaros vármegye közkórházának** segélyét az 1899. évben — mint azt *Szillággi István* dr. kórházigazgató főorvos és *Lengyel Soma* dr. osztályos főorvos jelentéséből veszszük — 1705 beteg vette igénybe. 183 műtétet végeztek.

⊕ **Az aranyosmaróthi vármegyei közkórházban** — *Lányi Benedek* dr. kórházigazgató jelentése szerint — az 1899. év folyamán 407 egyén nyert ápolást.

⊛ **Kelen István** dr., a poliklinika gyomor- és hasbetegségek osztályának assistense rendelő orvosi működését Karlsbadban (Stadt Athen, Kreuzgasse) megkezdette.

○ **Lakásváltoztatás.** Folyó május hó 1-jétől kezdve *Tihanyi Mór* dr. m. kir. rendőrorvos VI. ker., Lázár-utcza 12. szám, II. emelet lépcsőház, *Szerb Zsigmond* dr. IV. kerület, Deák Ferencz-utcza 19. szám alá tették át lakásukat. *Niestel Gyula* dr. körorvos Baglyasaljáról Almás-Kamarásra, *Donáth Gyula* dr. egyet. m. tanár V., Bálvány-utcza 4. sz. alá költözött.

// **Megjelent füzetek:** Dr. *C. Gager: Bad Gastein.* Zweite Auflage. 1900. Berlin, Hirschwald, 7 illustratioval és 2 térképpel. Gager dr. e munkája pontos útmutatóul szolgál minden irányban mindazoknak, a kik Gasteint felkeresik, annak figyelembe vételét tehát minden érdeklődőnek melegen ajánljuk. — *Indicationen zur stomatologischen Therapie* von Dr. *Josef Árkövy* in Budapest. I. Heft: Indicationen zur Wahl der Füllungsmateriale. Wien, 1900. — Dr. *Josef Szabó: Die Grössenverhältnisse des Cavum pulpae nach Altersstufen* (klny.); *Berichte der zahnärztlichen Klinik der kön. Universität in Budapest* 1898/99. (klny.). — Dr. *Carl Gobbi: Dolor post extractionem* (klny.). — Dr. *S. Sándor* Budapest: Zur Wende des Jahrhunderts (klny.).

☒ **Helyreigazítás.** Az elhunyt kartársak rovatába az Orvosi Hetilap ez évi 16-dik számában *Trebics Gyula* verseczi kartárs úr neve az ottani postahivatal téves tudósítása folytán csúszott be. Szívesen igazítjuk e tévedést helyre.

— **Az „Anker" élet- és járadék-biztosító társaság Bécsben** április 18-dikán tartotta XLI. rendes közgyülését gr. Prokesch-Osten Antal úr elnöklete alatt. Mint a számadási jelentésből kitünik, az 1899. évben 10,273 ajánlat nyujtatott be 55.464,661 K. 36 fil. tőkére és 55,934 K. 24 fil. járadékra és 8130 szerződés 44.180,377 K. 75 fil. tőkére és 44,704 K. 84 fil. járadékra létesíttetett. Az év végén érvényben volt 86,838 biztosítási szerződés 500.166,109 K. 76 fil. tőkére és 297,231 K. 56 fil. járadékra. Az 1899. évben halálesetekért, visszavásárlásokért, életeseti és járadékbiztosításokért 3.628,746·26 K., a nyereményrészesüléssel kötött haláleseti biztosítások osztalékalapjaiból és a minimalis eredménynyel garantirozott túlélési csoportok alapjaiból és az üzleti nyereségből a társaság által adott összeg hozzászámításával 5.610,041·32 K., a nem garantirozott túlélési csoportok alapjaiból 3.011,385·86 K., összesen 12.250,173·44 K., míg a tartalékok szabályszerű emelésére 13.139,822·48 K., fordíttatott. A biztosítottak előnye kitünik abból, hogy az *A)* osztalék-terv szerinti haláleseti és vegyes biztosítási módozat szerint biztosítottak az évi díjnak 25%-át, a *B)* osztalékterv szerint — vegyes és takarékpénztári biztosítások —, biztosítottak az összes az 1894—1899. években fizetett díjaknak 3%-át (vagyis egy évi díjnak 18%-át az 1894-ben, 15%-át az 1895-ben, 12%-át az 1896-ban és 9%-át az 1897-ben kötött biztosítások után) kapják nyereség-osztalék gyanánt, mely úgy a társaság magyarországi vezérképviselőségénél, valamint az összes ügynökségeknél a társaság utalványa ellen készpénzben felvehető. A biztosítéki vagyon a számadási jelentés szerint áll: 42.005,879·60 K., a tőke- és járadékbiztosítások díjtartalékaiból (biztosítási alapok) 74.807,500·92 K., a garantirozott túlélési csoportok alapjaiból 1.429,449·50 K., összesen 118.242,830·02 K., továbbá a részvénytőkéből 2.000,000 K. és a tőketartalék, különtartalék és az 1899. évi nyereségből átutalt 6.411,346·36 K., összesen 126.654,176·36 K. *A társaság összes vagyona 134.094,678 K. 56 fil., melyből magyar értékpapirokban, ingatlanokban és jelzálogkölcsönökben Magyarországban 24.000,000 korona van elhelyezve.* A társaság vagyonának elhelyezése teljesen megfelelt a törvényes követeményeknek és bécsi, budapesti és belgrádi ingatlanokból, pupillaris jelzálogkölcsönökből és pupillaris értékpapirokból áll és mint a felügyelő bizottság elismerőleg hangsúlyozza jelentésében, a társasági vagyon alapos megvizsgálása újból bizonyságot szolgáltatott arról, hogy a társaság alapjainak elhelyezésénél szigorú solidítással jár el és a biztosítási alapok és díjtartalékok gazdag díjazására különös figyelmet fordít. A részvényeseknek kamat és felülosztalék gyanánt *400,000* korona fizettetik ki, a *nyereményrészesüléssel halálesetre és vegyes biztosítások szerint biztosítottak osztalékalapjának gyarapítására 240,000 K.* utaltatik és a rendkivüli tartalékok emelésére *330,000 K.* fordíttatik. Az 1899. évben a nyeremény-részesüléssel biztosítottaknak és a felszámolás alá került garantirozott túlélési csoportbiztosítások tagjainak 785,481 K. 08 fil. fizettetett ki nyereményosztalék gyanánt. Az elhunyt *gr. Hoyos József úr ő excellenciája és Pontzen Tivadar úr* igazgató tanácsosok helyébe *báró Ludwigstorff Antal úr ő nagyméltósága és Mauthner Miksa úr*, az urakházának tagja és az alsó-ausztriai kereskedelmi és iparkamara elnöke, igazgatótanácsosi állásaikban megerősittetnek. Az 1899. évi részvényszelvény a társaság pénztárainál Bécsben és Budapesten f. é. április 19-től kezdve 200 koronával váltatik be.

Téli kúra
Szt. Lukács-fürdő
Budapest
Kénes iszapfürdők, természetes fürdőmedencze. Begöngyölések iszappal. Kőkád- és gőzfürdők. Massage. Kitünő szállodák. Meghülés kizárva. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. Gondos kezelés. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla kir. tanácsos. Prospektust ingyen küld az igazgatóság.
A „Kristály" Szt. Lukács-fürdő savanyúvíz, mint kellemes üdítő ital ajánltatik

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

Vízgyógyintézet bejáró és bennlakó betegek számára a **Herczel-sanatóriumban** (Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.) **Kuthy Dezső** dr., a hydrotherapia egyetemi magántanárának vezetése alatt. Igen mérsékelt árak. Rendelés új betegeknek (az év minden szakán) d. e. 8—10; hétköznapokon (kedd kivételével) d. u. is 5—6 között.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XVIII. rendes ülés 1900. április 28-dikán.) 283. l. — Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete. (V. rendes ülés 1899. május 25-dikén. (VI. ülés 1899. október 12-dikén.) 283. l.

Budapesti királyi orvosegyesület.

(XVIII. rendes ülés 1900. április 28-dikán.)

Elnök: **Moravcsik E. Emil**; jegyző: **Lévai József.**

Az ureter-katheterezésről a vesediagnostika egy pár újabb módszerének szolgálatában.

Illyés Géza dr. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Korányi Sándor: Az előadásban elmondottak lényegesen hozzá fognak járulni ahhoz, hogy a physikai-chemiai methodus jelentőségét a vese sebészeti betegségeinek kórjelzésénél mindenki előtt kétségtelenné tegyék. A legegyszerübb és sokszor legfontosabb felvilágositást a „másik vese" betegsége felől, a mint azt Kümmel is megerősíti, a vér fagypontsülyedése adja, a mely ha nagyobb 0·56°-nál, és ha az ismert egyszerű eljárások után bebizonyul, hogy ezen vérelváltozás okát nem képezi szénsavfelhalmozódás, acetonaemia vagy diabetes mellitus, továbbá ha a hasban nincs igen nagy daganat, a mely az ép vese keringésére hathat gátlólag és ha a vérvétel nem történt vesekólika idejében, a melynek reflexhatása szintén veseinsufficientiát okozhat daczára a másik vese épségének, biztosan bizonyítja, hogy a másik vese beteg. Az ureter-katheteren vett vizelet fagypontja, a mint azzal Casper, Bernard, Bousquel, Albarran, Kümmel és Illyés foglalkoztak, különösen azon irányban értékesithető, hogy segitségével megmérhető, hanyadrészét végzi az összes veseműködésnek a kiirtandó, hanyadrészét a benhagyandó vese; minél kisebb az a rész, a mely az összes molekularis diuresisből a kiirtandó vesére esik, annál kisebb jelentőségű a szervezetre a nephrektomia. A különböző fokú vizfelvételből eredhető hibák elkerülése végett ezentúl az ureter-katheteren vett vizeletek vizsgálatánál a következő, Róth és Kövesi vizsgálatain alapuló eljárást kell alkalmazni. A beteg utoljára este igyék. A vizsgálat reggel végzendő először. Azután a beteg igyék annyi vizet, a mennyit bir. Egy óra mulva a vizsgálat ismétlendő. Az első eredmény a vese concentráló, a második annak higitó erejét méri exact módon. Mindkettő annál nagyobb, minél épebb a vesehám, és ezek az eredmények a veseparenchyma állapotáról sokkal megbizhatóbb felvilágositást nyújtanak mint azok, a melyeket a vizelet megfagyasztásánál kapunk tekintet nélkül a vízfelvételre. A vesebetegségek kórjelzésében még egy nagy lépés tehető előre, ha a vese selectioképességét mérjük. Ennek mértékét képezi az a különbség, a mely a vérplasma és a vizelet összetétele között fennáll. Ha a selectioképesség csökken, a különbség is kisebbedik, ha megszünik, akkor a vizelet egyszerű transsudatummá válik, a vér pedig olyanná lesz, mintha vizeletet öntöttünk volna hozzá. A selectioképesség csökkenésénél a vizelet a következő módon változik: fagypontsülyedése csökken, benne fehérje jelenik meg, *fajsúlya* fagypontjához képest nő (Bouchard, Poehl), chlortartalma fagypontsülyedéséhez hasonlitva nő (Korányi, Bernard, Balharand), vezetőképessége *fagypontsülyedéséhez* képest nő (Róth), savtartalma kisebbedik, húgyanyagtartalma fagypontjához képest kisebbedik stb. A vér sajátságai az ellenkező irányban változnak. A selectioképességét elvesztett vese értéktelen és igy kiirtható veszteség nélkül akkor is, ha a másik vese beteg. A selectioképesség vizsgálatából kitünt, hogy pár hó alatt minden sipolyos vese tönkremegy és igy a sipolylyal gyógyuló nephrektomia nem conserváló eljárás.

Kosztka Emil: Szóló egy esetében 5 napig tartó ureter-katheterezés után több óráig fennállott vérzés lépett fel; vesetuberculosis esetén, ha a tuberculotikus vesét katheterezzük, az ép vesét nem szabad katheterezni, mert könnyen inficiálhatjuk.

Illyés Géza: Egy esetben 44 napig feküdt benn az ureter-katheter, melyen át a később végzett nephrotomia sebe kiöblittetett, káros utókövetkezmény nélkül.

Tuberculosis renalisnál is elegendő, ha az egyik uretert katheterezzük s a másik vese vizeletét felfogjuk, a mint a hólyagon át kiürül, vagy ha két oldali tbc. van jelen s a vesék insufficiensek, akkor a vér fagypontsülyedéséből is megcsinálhatjuk a diagnosist.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(V. rendes ülés 1899. május 25-dikén.)

Elnök: **Navratil Imre**; titkár: **Polyák Lajos.**

Thiersch-féle transplantatio a gégébe és a légcsőbe.

Lénárt Zoltán dr.: A gégében végzett Thiersch-féle transplantatio eddig nem gyakorolt műtéti eljárást képez — az irodalomban a bemutatandó eseten kivül csak Gersunynak egy esete lelhető fel —, a mely igen nagy gyakorlati jelentőséggel bir azon esetekben, a midőn a gégében és légcsőben circularisan ülő tumorok vagy hegek kiirtása után nagy nyálkahártyadefectusok származnak, a melyek, ha hámmal nem borittatnak, heges gyógyulással stricturaképződéshez vezetnek.

Érdekkel birhat tehát, ha bemutató az általa Navratil tanár osztályán operált esetről beszámol, a melyben a kisérletképpen alkalmazott transplantatio a legjobb eredménynyel járt s lehetővé tette a gyógyulást oly esetben, a melyben transplantatio nélkül valószinűleg sohasem lehetett volna a trachealis canulet eltávolitani s igy végleges gyógyulást elérni.

Mindenki előtt, a kinek alkalma volt a gége és légcső heges szűkületeinél a tágitás hosszadalmas, bizonytalan voltát és folytonos recidivákkal járó hátrányait tapasztalni, nyilvánvaló lett a bemutató által alkalmazott műtéti eljárás kiváló gyakorlati jelentősége.

A laryngologiai szempontból is igen érdekes eset röviden a következő:

Folyó évi márczius 7-dikén egy 24 éves földmives vétetett fel a Rókus-kórház gégészeti osztályára, a kinek panaszát kifejezett stenotikus légzés képezte, a mely koronkint — különösen hevesebb mozgás után — veszélyes jelleggel birt. A baja beteg előadása szerint három évvel ezelőtt rekedtséggel kezdődött, a melyhez most egy év előtt nehéz légzés társult, a mely miatt az időközben katonának besorozott beteget mint szolgálatra képtelent elbocsátották.

Az erőteljesen fejlett, jól táplált beteg mellkasi szervei épek, gyermekkori betegségekre nem emlékszik, luese sohasem volt. Orr és garat normalis. A gégetükri vizsgálatnál a hangszálagok alatt egy circularisan elhelyezett, halványvörös, szemcsésen egyenetlen felületű tumor látható, a mely a gége lumenét, a középen lévő körülbelül lúdtollszárvastagságú, rendetlen szélű rést kivéve, a melyen keresztül a a légzés történik, egészen elzárja. A résen bevilágitva látható, hogy mélyen leterjed, valószinűleg a légcső üregébe, alsó határai azonban nem állapithatók meg. Sondavizsgálatnál lágy tapintatúnak mutatkozik. A tumoron és a hangszálagok között lévő nyálkahártya síma, normalis, a hangszálagok catarrhalisan belöveltek, különben épek, teljesen szabadon mozognak, a bal álhangszálag kissé duzzadt s rajta két, körülbelül lencsenagyságú, egymástól különálló, halványvörös, egyenetlen felületű excrescentia látható. A hang fátyolozott, de erőteljes. A légzés hangos.

A diagnosis a jelen esetben nem volt könnyen megállapitható; fontos támpontul szolgált a tumor felülete és azon valószinű összefüggés, a melyet a tumor és a bal álhangszálagon ülő két excrescentia között fel kellett tételezni, valamint hogy tuberculosis, lues és scleroma felvételére semmi alap sem volt. Mindezek alapján a tumort papilloma multiplexnek vette fel, a mely localisatiojánál és az okozott tüneteknél fogva az igen ritka esetek közé tartozik. A diagnosis biztositása érdekében a histologikus vizsgálat megejtése végett a Krause-féle késsel két darabkát kivágott a tumorból; e részek a Pertik tanár vezetése alatt álló egyetemi kórboncztani intézetbe küldettek s a vizsgálat papillomát diagnostizált, megerősitve a klinikai diagnosist.

A legtöbb autor tapasztalatai szerint a papilloma az összes jóindulatú gégedaganatok között a leggyakrabban fordul elő s első sorban a valódi hangszálagokon fejlődik, ritkábban az epiglottison s még ritkábban a gége hátsó felében. A valódi hangszálagok és a mellső commissura lévén a papilloma kedvencz fejlődési helyei, legállandóbb tünetei közé a rekedtség tartozik; légzési zavarokat felnőttnél a legritkább esetekben okoz, gyakrabban észlelhető ez gyermekeknél, a kiknek amúgy is szűk gégéjük van. Az eset ezen átlagtól két tekintetben is eltér: első sorban a papilloma szabadon hagyva fejlődésének főpraedilectios helyeit, a subglottikus üregben lépett fel, másodsorban súlyos dyspnoët okozott.

A tumor kiterjedése, mélyen fekvő helyzete, de különösen azon tapasztalatok, hogy a gégepapillomák nagyfokú recidiválási hajlammal birnak, eleve kizártnak mutatták az endolaryngealis operatiot s az extralaryngealis beavatkozást indikálták. Ennek megfelelőleg az operatiot április 7-dikén a következő módon hajtotta végre: a betegnél először mély tracheotomia végeztetett, a mely után a légcső Trendelenburg-canulelel tamponálva lett s ezen keresztül történt a narkosis. Ezután kettéhasitotta a pajzsporczot, majd a gyűrűporczot is és mert akkor látható lett, hogy a tumor mélyen leterjed a tracheába s a kapott rés nem nyújt elegendő tért annak kimetszésére, a pajzsmirigyet annak előzetes lekötése után az isthmusában kettéhasitva, a tracheát is kettéhasitotta közel a tracheotomiás sebig, körülbelül a 7-dik légcsőgyűrüig; ily módon tisztán láthatóvá vált az egész elváltozás.

A gége nyákhártyája a hangszálagok alatt gyepágyszerűleg kiemelkedő, rendkivül sűrűn egymás mellé helyezett, bársonytapintatú, szürkés-vörös papillomatömegtől volt borítva, a mely spiralisan egy centimetertől három centimeterig változó szélességben, szabálytalan szélekkel, élesen elhatárolva emelkedett ki az ép nyálkahártya niveauja fölé s mélyen leterjedve a légcsőbe, annak körülbelül 7-dik gyűrűjénél végződött.

A dolgok ily állása mellett legczélszerübbnek mutatkozott az elváltozott nyálkahártyát kiirtani, a mi egyedül óvhatott meg a recidivától, azért késsel körülmetszette a beteg részt, és késsel és csipeszszel óvatosan lefejtette az egész papillomatömeget alapjával együtt. Igy egy nagy körkörös nyálkahártyadefectus keletkezett, a melyet magárahagyni a bekövetkező hegesedés és az ezzel járó stricturaképződés veszélye miatt nem lehetett, azért elhatározta, hogy megkisérli a sebfelület befedését Thiersch-féle lebenyekkel. Ennek értelmében a nyálkahártyafosztott sebfelületet, a vérzés alapos megszüntetése után, a bal karról vett Thiersch-féle bőrlebenyekkel befödte és steril gaze-hengerekkel

óvatosan leszorította. A gége nyitva hagyatott s csak a bőrön alkalmazott néhány egyesitő varratot.

A beteg ezentúl 5 napon keresztül gyomorcsövön át lett táplálva, a Trendelenburg-canule másnap rendes canulelel lett felcserélve, a kötés négy napig változatlanul maradt, hogy elkerültessék a veszély, a melynek a lebenyek ki lettek volna téve az által, hogy kötésváltoztatásnál eltolódhattak volna helyükről. A negyedik napon látható volt a nyitott seben keresztül, hogy az inplantált lebenyek megtapadtak és élnek. A gyógyulás ezután simán haladt előre, a beteg kisebbfokú bronchitisen kivül minden complicatio nélkül tűrte el az egész beavatkozást.

Április 25-dikén a granuláló nyaki seb még nyitva maradt része secundaer-varratokkal egyesítve lett, a nélkül azonban, hogy a porczokat is varrni kellett volna, mert ezek ekkor már teljesen összenőttek.

Május 12-dikén a canule be lett dugaszolva, a beteg teljesen szabadon, kitünően lélegzik, a mi miatt május 18-dikán a canule véglegesen eltávolíttatott s a trachealis sipoly sparadrap-csíkokkal zárva lett.

A beteg gégéje jelenleg kisebbfokú belöveltségen kivül egészen normalis, a hangszálagok egy niveauban vannak, a gége és légcső fala egészen sima, a tracheotomiás és nyaki seb teljesen begyógyult, a légzés absolute szabad, a hang még kissé fátyolozott, de erőteljes.

Polyák: Bemutató azt mondta, hogy a hangszálagok gyógyulás után egy niveauban maradtak; erre vonatkozólag óhajtaná tudni, hogy a pajzsporcz a műtétnél teljesen szét lett-e választva?

Lénárt: Igen.

Polyák: Akkor az eredmény nagyon kedvező, mert teljesen szétválasztott pajzsporczok nem mindig egyesülnek a régi niveauban; különben meg lehet akadályozni a hangszálagok niveaukülönbségének létrejöttét úgy, hogy ha a pajzsporcz felső részletét nem választjuk szét.

Baumgarten: A lebenyek megtapadását nem igen lehet ellenőrizni; volt egy esete, a hol az egész nyálkahártyát el kellett távolítani és utólag oly heges szűkület támadt, mely 3—5 havi intubatiot igényelt. Ohajtaná tudni, hogy a bemutatott esetben megtapadtak-e a transplantált lebenyek?

Lénárt: Ha a lebenyek meg nem tapadtak volna, akkor a gége most sarjadzó felülettel lenne kitöltve, már pedig itt a gége és a légcső lumene teljesen sima, jeléül annak, hogy ott hám képződött.

Boros: assistálta a műtétnél és hogy ott hám képződött, azt a nyitott trachea sebén át saját ujjával konstatálhatta. Az egész felület hámmal van fedve; csak egy-két apró csík maradt olyan, a mely granulatio útján gyógyult.

Baumgarten örömmel veszi tudomásul a felvilágositásokat.

Navratil: Az ilyen transplantatio azért jó, mert gyorsan vezet eredményre.

Boros: Az egész tumor a hangszálagok alatt foglalt helyet, azért volt alkalmas a visszamaradt sebfelület a transplantatiora; kevésbbé volt ilyen műtétre alkalmas a Baumgarten esete, a hol a felső részekben is volt elváltozás.

Lénárt: A *Polyák* felszólalására megjegyzi, hogy ő is igyekezett a pajzsporczok felső részének szétválasztását elkerülni, de oly nagy volt az elváltozás, hogy kénytelen volt a porczot teljesen szétválasztani.

Neoplasma sinus maxillaris dextri.

Stipanits Elek: N. N., 37 éves, közepes testalkatú, inkább gyenge fejlődésű, kissé vérszegény hivatalnok, körülbelül 12 év előtt állitólag lágyfekélyben szenvedett, mely azonban minden következmények nélkül gyógyult. Három évvel ezelőtt a jobb orrszárnya mellett — megnyitás után genyt ürítő — daganata képződött, melyről akkori orvosa azt állította, hogy luessel függ össze. A tüdőcsúcsok gyanusak; egyéb szervek épek. Mostani bajára nézve beteg előadja, hogy körülbelül 6—8 hónap óta észleli jobb arczfelének lassan fokozódó megdagadását, utóbbi időben a jobb alsó szemhéj is megdagadt; a jobb orrfélből időnként kevés barnás váladék ürül; fájdalma egyáltalán nincsen. Megvizsgálva a beteget, a következőket találjuk: a jobb arczfél a sinus maxillaris táján elődomborodó, a bőr e helyen oedemás, az ujjnyomásokat kissé megtartja; a csontos részek azonban mindenütt szilárdak, nyomásra nem horpadnak be. A jobb alsó szemhéj vizenyője folytán a jobb szemrés szűkült, a szemgolyó mozgása azonban, eltekintve csekély korlátozástól a lefelé nézéskor, szabad, a fényérzés rendes. Az orbita alsó szélére helyezett ujj a szemgödör fenekén, tehát a sinus maxillaris felé eső részen mintegy a csontból kiemelkedő dudorokat érez, a legnagyobbik közülök körülbelül $^1/_2$ cm.-re emelkedik a szemüregbe. A conjunctiva e dudorok fölött szabadon eltolható, miközben azokat porczkeményeknek érezni. A jobb orr ürege tágabb mint a bal, mivel az alsó kagyló mellső része nagy terjedelemben hiányzik s e helyen a kampósan meghajlitott sonda mélyen hatol az oldalt a sinus felé, miközben vérzés támad s néha érdes csontfelületet érintünk, de magába a sinus maxillarisba nem jutunk. Pungáló tűvel könnyen hatolunk a mélybe, csontot nem érezünk s bár a tű állása és a távolság kétséget kizáróan bizonyitja, hogy a sinusban van a tű vége, genyt felszivni nem sikerül. A rhinoskopia post. csak az alsó kagyló hátsó részének tetemes duzzadását mutatja.

Villamos fénynyel eszközölt átvilágitásnál a jobb arczfél a sinus maxillarisnak megfelelően sötét marad.

Mindezekből nyilvánvaló, hogy a jobb sinus maxillarist valami solid képlet tölti ki, annak falait az arcz és szemgödör felé kidomboritja, az orrüreg felé pedig a csont elpusztulásához vezetett. Eme körülmény, valamint a beteg korának, a folyamat lassú fejlődésének stb. tekintetbe vétele is csak valószinűséggel engedne következtetni a kórfolyamat természetére nézve s bizonyos, hogy csak a további megfigyelés, esetleg művi beavatkozás fog alkalmat nyujtani a helyes diagnosisra.

Végre még megjegyzi, hogy a kórelőzményektől indíttatva, hosszabb időn át szedetett a beteggel jodkaliumot, eme kisérlet azonban eredménytelen maradt.

Tuberculoma septi narium.

Baumgarten Egmont: A 42 éves asszony 7 hónap óta jobboldali orrvérzésben szenved, nemkülönben észreveszi, hogy ezen orrfele lassanként egészen eldugul. A jobb orrfél vizsgálatánál, mindjárt a bemenet felett, feltünik egy a sövényen ülő, az egész orrüreget kitöltő, szürkés, érintésnél puha, vérző újképlet, mely nagy mandolamekkoraságú és egyenlőtlen felületű. Az újképlet eltávolitása könnyen sikerül éles kanállal; az újképlettel a porczhártya akként húzódik le, hogy az eltávolitás után a porcz egy koronanagyságú helyen szabadon látszik. Bemutató az újképletet eleinte vérző orrsövény-polypnak tartotta, mignem a górcsövi vizsgálat tuberculomát derített ki.

Górcsövi vizsgálat (Vas Bernát dr.): „Sűrű infiltratuma több kerekded góczból tevődik össze, a melyen néhány helyen szegényebb kötőszöveti septumok által választatnak el egymástól, másutt pedig éles határ nélkül folynak egymással össze. Ezen infiltratumban számos kisebb-nagyobb óriás sejt foglal helyet. Az óriás sejtek szomszédságában nagyobb számmal hasas, zavaros protoplasmával biró, kissé hólyagszerű maggal ellátott (epitheloid) sejtek láthatók és ezek körül széles kerek egymagvú apróbb sejtekből álló udvar. A készitményben szétszórva tág edények láthatók. Koch-féle bacillusok nem találtattak.“ A betegnek tüdejét vizsgálva, hurutot nem találtak. Az infectio valószinűleg a körömmel való kaparás által jött létre. Ezen eset támogatja bemutató azon nézetét, hogy nem tanácsos ezen újképleteket mint *vérző orrpolypusokat* egy csoportba foglalni, hanem minden esetben a megejtett szövettani vizsgálat alapján kell azokat külön-külön a megfelelő csoportba osztani.

(VI. ülés. 1899. október 12-dikén.)

Elnök: **Navratil Imre**; titkár: **Polyák Lajos.**

Erythema iris esete a száj nyákhártyáján.

Lénárt Zoltán: Egy beteget mutat be, a kinél 7 év alatt kilencz izben recidiváló erythema iris lépett fel a kéz- és lábfejen s a bőrelváltozásokkal egyidejűleg mindannyiszor a szájpad és pofa nyálkahártyája is részt vett a bántalomban.

K. M. 37 éves czipész f. évi juliusban kifejezett stomatitis mercurialissal jelentkezett a nyilv. ambulatorium gégészeti rendelésén. A foghús livid, oedematosus, szélein a fogak mentén igen bűzös, sárgás-zöldes szinű, szalonnás lepedékkel fedett fekélyek, hasonló fekélyek az alsó ajkon és a pofa nyálkahártyáján, erős salivatio.

A beteg 14 évvel ezelőtt állitólag luest acquirált, a mely miatt bedörzsölő kenést végzett, erre teljesen meggyógyult. 7 év előtt kapott először a kezén és a lábán kiütést, a mely alkalommal a szája is fájt s bár ez f. évi májusig 8-szor ismétlődött, nem fordult orvoshoz, a baj 3—4 heti tartam után magától elmult mindig. Legutóbb f. évi májusban betegedett meg ismét s bajával most orvoshoz fordult, a ki higanyinjectiokat alkalmazott nála, a mire azonban rosszabbul lett.

A beteg ekkor került bemutató észlelése alá s nála az előbb leirt stomatitis mercurialis tünetein kivül, kivéve több pigmentfoltot a kéz- és lábhát bőrén, más elváltozás nem volt található.

A higany elhagyására s megfelelő lokális kezelésre a stomatitis majdnem teljesen meggyógyult, a midőn f. évi szeptemberben a beteg ismét fokozott szájfájdalmakról panaszkodott s a vizsgálatnál feltünt, hogy a kemény szájpadon, velumon s a pofa nyálkahártyáján több, 20 fillérnyi egész forintnagyságú élénk piros folt van jelen, a melyet nem lehetett az alapbántalommal összefüggésbe hozni. A kéz és lábhát bőrén szintén több kisebb-nagyobb élénk piros, éles határú folt.

Rövid idő alatt a szájban lévő foltok terjedtek s néhány nap mulva a pofa, ajkak és szájpad nyálkahártyája diffuse erősen megduzzadt, a foltok helyén a hám megvastagodott, fellazult, itt-ott vékony czafatok alakjában levált, úgyszintén a bőrön lévő foltok is megnagyobbodtak, széleik gátszerűleg felhánytak, egyesek közepükön zöldessárgásak, olyanok, mintha ott contusio érte volna a bőrt, más megnagyobbodott folt centrumában ellenben élénk piros színeződés vehető észre.

Mindezek alapján a diagnosis az erythema multiforme egy alakjára: az erythema irisre volt tehető, a mely azért bir laryngologiai szempontból érdekkel, mert mig egyrészt ritkábban vagyunk azon helyzetben, hogy a szájban ily természetű elváltozást constatálhassunk, másrészt praktikus értékkel bir ezen elváltozás felismerése és helyes értelmezése.

PÁLYÁZATOK.

Magyarország ezredéves fennállásának országos ünneplése alkalmából az orvoskari tanártestület által alapitott „**Balogh Kálmán-féle millenáris alapitvány**“ kamatai az alapitó-levél 3. §-a szerint a budapesti kir. magy. tud. egyetem orvosi karának adjunctusai, tanársegédei vagy gyakornokai által nyilvános ajánlkozás alapján vizsgálódás útján megoldandó tudományos kérdések jutalmazására fordítandók.

Ez okból felhivom azon adjunctus, tanársegéd és gyakornok urakat, a kik a 20,000 koronás alapitványi tőke kamataiból álló jutalomdíjra igényt tartanak, hogy a megoldani óhajtott tudományos kérdés munkatervének vázlatát **f. é. május hó 15-dikéig** az orvoskari dékáni hivatalhoz nyujtsák be.

A legjobb tervezet beadóját a tanártestület f. évi junius hóban fogja az önálló kidolgozással megbizni.

E kidolgozásra a megbizott az alapitó-levél rendelkezése szerint, a megbizó

levél keltétől számítandó **másfélévnyi** határidőt nyerend: irásba foglalandó dolgozatát 1902. évi márczius hó 31-dikéig leend köteles az orvoskari dékáni hivatalba benyújtani.

Ha a tanártestület a jelzett határidőig benyujtandó munkát 1901/902. tanévben a jutalomdijra érdemesnek itéli, a pályázat eredménye az 1901/902. tanévi egyetemi évzáró ünnepélyen fog kihirdettetni, a pályadij azonban a kari odaitélés után azonnal kiadható.

Budapest, 1900. április hó 26-dikán.

Dr. Klug Nándor, e. i. dékán.

A budapesti egyetem orvoskari tanártestülete a kezelése alatt álló özv. **Gárdos Jánosné-féle** orvostudományi vizsgálódásra ösztönző „alapitvány"-ból az 1900/901-dik tanévre egy (600) hatszáz frtos ösztöndij-állomásra nyilt pályázatot hirdet, oly a budapesti kir. tudomány-egyetemen oklevelezett fiatal orvosdoktor számára, a ki tudományos kérdés önálló búvárlatával kiván foglalkozni.

Felhivja azért a budapesti egyetemen oklevelezett fiatal orvosdoktorokat, hogy ebbeli szándékukat, a megfejtendő kérdés búvárlati programmját, az intézeti vagy klinikai vagy kórházi vagy magángyakorlati anyagot és eszközöket, a melyek segélyével a kérdést megfejteni kivánják, alulirott orvoskari dékánhoz legkésőbb **f. évi május hó 15-dikéig** irásban foglalva nyujtsák be. A benyujtott irásbeli tervezeteket a tanártestület átvizsgálja és a pályázók közül azt, a kinek tervezete legmegfelelőbb és eredményre nézve legtöbb kilátást nyújt, még az e hóban tartandó kari ülésből a kérdés tudományos búvárlatával megbizza. A pályázók közül egyenlő qualificatio mellett elsőbbséggel birnak azon orvosdoktorok, kik a hagyományozó özv. Gárdos Jánosné szül. Andrássy Juliának és férjének Gárdos Jánosnak családjával való rokonságukat kimutatni tudják.

A tudományos kérdés megoldásával megbizandó doktor az 1900/901. tanév elején ösztöndijának első felét az orvoskari dékántól azonnal kézhez kapja, mihelyt bejelenti és bizonyitja, hogy a kérdés megfejtéséhez hozzáfogott. Az ösztöndij második felét csak akkor, midőn vizsgálatainak eredményét irásban is közlésre kidolgozva a tanév folyamán az orvoskari dékánnak benyujtja és dolgozata biráló-bizottság jelentése alapján a tanártestület által absolut becsűnek és közlésre érdemesnek itéltetik.

Ha az első év búvárlati eredménye elég érdekes és kilátást nyújt arra, hogy egy második év folyamán teendő további vizsgálódás által a kérdés végleges megoldására vezethet: a tanártestület a pályázót a kérdés tovább vizsgálatával még egy évre újolag megbizhatja. E czélból az illetőnek azonban újra kell folyamodnia és a második évre megnyert ösztöndijat csak munkája befejeztével és az első évhez hasonló birálat alapján kaphatja kezéhez.

A tanártestület által közlésre érdemesnek itélt munka kiadás joga a szerzőé marad, közlése esetén azonban a czimlapon kitenni tartozik, hogy a dolgozat ezen alapitvány segélyezése mellett készült.

Budapest, 1900. április hó 26-dikán.

Dr. Klug Nándor, e. i. dékán.

2596/1900. kig. szám.

Pestvármegye alsó-dabasi járásába kebelezett **Ócsa** nagyközségben lemondás folytán üresedésbe jött **községi orvosi állásra** pályázatot nyitok és a választás 1900. évi junius hó 11-dik napján reggel 10 órakor fog megejtetni Ócsa községházánál.

A községi orvos javadalmazása:

1. Évi fizetés 800 korona.
2. Látogatási díj (úgy éjjel, mint nappal), ha az orvos megy a beteg lakására 1 korona, ellenesetben 60 fillér.
3. Halottkémlési díj minden esetben 60 fillér.
4. Vágóbiztosi díj:

a) szarvasmarhától darabonként 1 korona.
b) sertés és borjútól darabonként 40 fillér.
c) juhtól 8 darab után 1 korona.

Felhivom mindazon orvos urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, miszerint az 1886: XXII. t.-cz. 74. §-a, illetőleg az 1883.: I. t.-cz. 9. §. I. és az 1876: XIV. t.-cz. 143. §-a értelmében kellően felszerelt kérvényeiket **1900. évi junius hó 9-dikéig** nyujtsák be, mivel a később érkező folyamodványok nem fognak figyelembe vétetni.

Alsó-Dabas, 1900. évi április hó 30-dikan.

1—1 *Halász*, főszolgabiró.

797/900. sz.

A lemondás folytán üresedésbe jött **egeresi körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivom mindazon orvostudorokat, kik ezen évi 1000 korona fizetés, 360 korona lakpénz és 400 korona úti átalánynyal javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy kellőleg felszerelt folyamodványukat hozzám **1900. évi május hó 19-dikéig** annyival inkább adják be, mivel a később beérkező folyamodványokat figyelembe venni nem fogom.

A választást 1900. május 20-dikán d. e. 9 órakor fogom megtartani Egeres községházánál s a megválasztott körorvos állását tartozik junius 1-én elfoglalni.

A körorvos székhelye Egeres; közegészségügyi köre: a nádasmenti járás 22 községe. — A betegápolási díjak a székhelyen, ideértve a gypsgyárat is, nappal 40 fillér, éjjel 80 fillér; más községekben nappal 80 fillér, éjjel 2 korona. Végül megjegyzem, hogy úgy a beteglátogatási díjak, mint egyéb illetmények felemelése tervbe van véve s ez irányban a tárgyalások folyamatban vannak.

A nádasmenti járási főszolgabirótól.

Kolozsvártt, 1900. évi április hó 20-dikán.

2—2 *Toczauer Ödön*, főszolgabiró.

2277/900. sz.

A Bánffy-Hunyad székhelylyel rendszeresitett **b.-hunyadi körorvosi állomás**, melyhez M.-Bikal, Farnas, Zsobok, Sztána, O.-Nádas, Sárvásár, Nyárszó, Kőrösfő, Ketesd, Alsó-Füld, Közép-Füld, Felső-Füld, Zentelke, Kalota-Szent-Király, Damos és Jákótelke községek tartoznak, a körorvos elhalálozása miatt üresedésbe jövén, annak betöltése czéljából pályázatot nyitok.

Ezen körorvosi állás 400 frt fizetés, valamint 260 frt lakbér és úti átalánynyal van javadalmazva, a betegek látogatása alkalmával fuvardij nem számitható fel.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában foglalt minősítvénynyel, eddigi alkalmaztatásukat, valamint erkölcsi magaviseletüket igazoló bizonyitványnyal felszerelt pályázati kérésüket hozzám **folyó évi május hó 28-dikáig** adják be.

A választás május 30-dikán fog megtartatni.

A járási főszolgabirótól.

Bánffy-Hunyad, 1900. évi április hó 14-dikén.

3—2 *Kertész*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33·1951, kénsavas natron 6·6679, szénsavas mész 3·6312, chlornatrium 3·9842, szénsavas magnesium 1·7478, szénsavas lithium 0·1904; szilárd alkatrészek, 52·5011, összes szénsav tartalom 55·1737, abból szabad és kötetlen 38·7660, hőmérsék 10·1—11° C.

Régóta hires gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomorbántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérnél stb.

Kitünő diaetetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: **Med. Dr. REUSS VILMOS**

A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban.

BUZIÁS gyógyfürdő.

Fürdőorvos: **Dr. MAHLER GYULA,** operateur, nőorvos, v. h. tanársegéd a drezdai nőgyógy. klinikán. (Télen fürdőorvos **Abbaziában.**)

RENDELŐ INTÉZETÉBEN szakszerű gynaecologikus kezelés.

Nauheimi (Schott-féle) gyógymód szívbetegek részére.

Massage, manualis és gépgymnastika, cystoskopia anyagcsere-vizsgálatokra berendezett laboratorium.

Dr. FELEŞ-VÉDŐIMLŐOLTÓANYAG TERMELŐ INTÉZETE ZOMBORBAN

Savoy Westend Hotel

és Cleopatra Villa

Karlsbad.

Elsőrendű, igen egészséges fekvés, igen jó konyha.

Kór- s műtőtermek, fürdőszobák, zárkák, főző- s mosókonyhák, halottas kamrák, folyosók, klosetek stb. részére

Porcellán-emailfesték (Pef)

kemény, porcellánszerű felületet ad, mely **vízzel mosható, sublimatoldattal könnyen fertőtleníthető s évekig tartós.** Eszerint a legcélszerűbb fal- és mennyezetmázolás **kórházakban, magángyógyintézetekben, fürdőkben** stb.

Kimerítő ajánlattal és prospectussal szívesen szolgálnak az egyedüli gyárosok

LUTZ EDE ÉS TÁRSA POZSONY.

Gyermeksanatorium és vízgyógyintézet

felnőttek számára **ABBAZIÁBAN.**

Egész éven át nyitva. — Saját park. — Játékterek. — Magaslati vizvezeték. — Az összes vízgyógyászati módozatok. — Villamos fényfürdők. — Gyermekek kisérők nélkül is felvétetnek.

Prospectust küld **Dr. SZEGŐ KÁLMÁN** igazgató és tulajdonos.

Legjobb hatású

ANTILUETICUS GYÓGYMÓD

PILULAE CINEREAE KERPEL

mely **kényelem, ár** és **hatás** tekintetében fölülmulja az összes eddigi szereket, mint azt helybeli, valamint vidéki kórházakban tett kisérletezések igazolják. — **Egy 60 labdacsot** tartalmazó **doboz (teljes cura) 90 kr.** 1 labdacs tartalma 0·05 gyengébb 0·025 cgrm. szinhigany. Napi adag előbbiből 2 labdacs; utóbbiból 4 labdacs. — **Próbadoboz kisérletezésül ingyen.**

Egyedüli szétküldési raktár:

Fehér sas-gyógytár, Budapest, V., Lipót-körút 28.

Szt.-MARGITSZIGETI

gyógyfürdőhely.

A Szt.-Margitszigeti 43·7° C. hévvíz kitünő eredménynyel használtatik mint **fürdő,** vagy belsőleg mint **gyógyital** és **belélegzésre** a következő kóralakok ellen: **köszvény, csúz, zsábák, idült kütegek, külsértések után föllépett izzadmányok, görvély és bujakór, máj-, gyomor-, bélbántalmak, idült székrekedés, hólyaghurut, női bántalmak, garat-, gége-, tüdőhurut, hűdések, idegbántalmak.** Meglepő sikerrel használtatik a **massage, villamos fürdő, hidegvíz és Kneipp-féle gyógymód.**

135 hold sétakert, tiszta, pormentes levegő és 300 vendégszoba, társalgó i és tekéző-terem, posta, telefon, távirda, gyógyszertár és elismert jó konyha.

Rendelő fürdőorvos **Ötvös József dr.,** az országos közegészségügyi tanács tagja. — Naponta **katona-** és **czigányzene.** — Hajóközlekedés félóránkint; menettérti jegy: hétköznap **20** kr., vasár- és ünnepnap **40** kr., gyermekjegy **10** kr.

Fürdőidény tartama: május l-től október l-ig.

Május és szeptember hónapokban 30% árengedmény.

Megrendeléseket lakásokra átvesz

a Szt.-Margitszigeti gyógyfürdő-felügyelőség Budapesten.

Járványmentes hely. | Állandó fürdőorvos.

KLIMATIKUS GYÓGYFÜRDŐ ÉS HIDEGVIZGYÓGYINTÉZET.

Remek szép fekvéssel, kiránduló helyekkel és sétányokkal.

GYÓGYESZKÖZÖK:

Hidegvizgyógyintézet, vasas és égvényes savanyúvíz és fürdők, **ez idén ujonnan és czélszerűen átalakított sós- és fenyő-belégzési intézet,** villany-massage, természetes melegtej, juhsavó; mindezek czélszerű használatára a gyógyfürdő orvosa ügyel fel.

SZOLYVA-HÁRSFALVA.

UJONNAN épült vasuti állomás.

Gyógyjavallatok:

Tüdőbajok, malária (mocsárláz), gége-, hörg- és tüdőhurut, gyomorhurut, emésztetlenség, máj- és lépdaganatok, vízhólyaghurut, specifikus és görvélyes csontbántalmaknál. Mindenféle idegbántalmak, fejfájás, migraine, histeria, szé ülés, nehéz légzés, hypochondria. Vérbajok, köszvény, görvély, bujakór, delirium trem. potat. Női bajok, fehér folyás, sápkór, havi zavaroknál.

Kitünő ellátás és lakás.

Prospektussal és egyéb felvilágositással szivesen szolgál

a fürdőigazgatóság.

Gyógyszertár. | **Idény: Májustól Októberig.** | **Két vendéglő.**

Dr. Batizfalvy Sámuel

Sanatoriuma és vizgyógyintézete

Budapesten, Városligeti fasor és Arena-út sarkán.

Az intézet egész éven át nyitva. A vizgyógyászati osztály vezető főorvosa: **Dr. TRAJTLER ISTVÁN.** Felvétetnek **bennlakó** és **bejáró** betegek. Prospektust kivánatra ingyen küld az igazgatóság. Telefon.

Dr. Glück Sanatoriuma és vízgyógyintézete

Budapest, Városligeti fasor 11.

Felvétetnek **benlakók** és **bejárók.** — Vizgyógykezelés, massage, elektrotherapia. — Frenkel-Goldscheider-féle tabes-kezelés. — Villanyos fényfürdők. — Diaetetikus gyógykezelés. (Weir-Mitchell gyógymód, diabetes kezelés, soványító gyógymódok.) Állandó orvosi felügyelet. — Kitünő ellátás. — Mérsékelt árak.

Igazgató-főorvos: Dr. GLÜCK GYULA.

Telefon. — Prospektus. — Egész éven át nyitva.

Dr. JÉKEL LÁSZLÓ oltó-intézete

Nagy-Károlyban.

A m. k. honvédség és államvasutak egyezményes szállítója.

Árak: 50 egyénre **4** kor. — **15** egyénre **2** kor. **1—2** egyénre **80** fillér. Nagyobb megrendelőknek **árkedvezmény és hitel.**

Oltó-eszközök.

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

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

A magyar mintatej-telep r.-t.

ezelőtt Dr. HAINISS GÉZA egyetemi m.-tanár és Dr. PÉCSI DANI

sterilizált gyermektej termelése

Budapest, VIII., József-körút 41. sz.

Készitményei:

Csecsemők részére való tej, a csecsemők kora szerint	1 liter	24	kr.
	1/2 „	13	„
	1/4 „	7	„
	2/10 „	6	„
	1/10 „	4	„
Gyomor- és tüdőbajos betegeknek való tej	1 „	30	„
	1/2 „	16	„
Czukor nélküli tej 1 palaczk	1/3 „	20	„
Gyógy-kefir 1 palaczk	1/2 „	15	„
Üditő-kefir 1 palaczk	1/2 „	10	„
Soxhlet-készülékhez való tej, a háznál való sterilizálása	1/2 „	9	„
Édes savó	1 „	14	„

Negyvennegyedik évfolyam. 19. szám. *Budapest, 1900. május 13.*

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 magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kézmárszky 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.

Berend Miklós: Közlemény a budapesti m. kir. tud. egyetem II. sz. szülő- és nőbeteg kórodájáról. (Tauffer Vilmos tanár.) Az újszülöttek helyzete szülőházakban és klinikákon. 286. l.

Doktor Sándor: Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem I. sz. női klinikájából. (Kézmárszky Tivadar tanár.) Az angiothrypsiáról. 287. l.

Sugár K. Márton: A fül bántalmai influenzánál, főkép influenza cerebralisnál. 289. l.

Schiff Ernő: Közlemény Konrád Márk dr. kir. tanácsos, a nagyváradi m. kir. bábaképezde igazgató tanárának szülészeti kórodájáról. Ujabb adatok az újszülöttek haematologiájához. 290. l.

Tárcza. *Filep Gyula.* 1755—56-diki erdélyi pestis története. 292. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Novotny Lajos:* A hólyagbetegségek mai állása. 293. l. — *Könyvismertetés. Freiherr A. Notthafft:* Taschenbuch für Dermatologen und Urologen. 294. l. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Kisskalt:* A localis dispositio, meghülés és testedzés. (Hönig Izsó.) — *Schreiber:* A húgysavas infarctusok keletkezéséről. (Kövesi Géza.) — *Kober:* A diphtheriabacillus előfordulása egészséges emberek szájnyákhártyáján. (Filep.) — *Otsuki:* A lépfene-spórák ellenállási képessége. (Filep.) — *Belgyógyászat. Kussmaul:* Kicsiny digitalis-adagoknak hosszú időn át használata. (Surányi Miklós.) — *Fleury:* Sensoriás epilepsia két esete. (—ts.) — *Chipault:* Csigolyatörés és térdarthropathia. (—ts.) — *Roeger:* Anginához társult endocarditis. (Hönig Izsó.) — *Placzek:* Veleszületett kétoldali teljes anosmia. (F—r.) — *Dornblüth:* A neurasthenia gyógykezelése. (Hönig Izsó.) — *Sebészet. Gangolphe:* A colostomia iliacanak egy új módja. (Pólya Jenő.) — *Alexandre Posadas:* Psorospermiose infectante généralisée. (Zimmermann.) — *Bőr- és bujakórtan. Collari:* Kankó és házasság. (M. T.) — *Stark:* Nagyfokú idiosynkrasia salicylhigany befecskendezéssel szemben. (M. T.) — *Pielicke:* A luetikus eredetű izületi megbetegedések. (Schik Károly.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Rommel;* Ferrum oxydatum lacte sacharatum Hübler. 294—296. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — Az országos orvos-szövetség igazgató tanácsa. — A XIII. nemzetközi orvosi congressus magyarországi bizottsága. — Duka Tivadar. — A budapesti önkéntes mentő-egyesület. — A miskolczi nyilvános közkórház kimutatása. — Elhunyt. — Megjelent. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. 296. l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti m. kir. tud. egyetem II. sz. szülő- és nőbeteg kórodájáról. (Tauffer Vilmos tanár.)

Az újszülöttek helyzete szülőházakban és klinikákon.[1]

Irta: *Berend Miklós* dr. gyermekorvos, v. egyet. tanársegéd.

T. Uraim! Mikor a jelen gyermekvédő congressusra e thema kidolgozását tüztem magam elé feladatul, tisztában voltam a kidolgozandó anyag gyüjtésének nehézségeivel és azon nehézségekkel, melyek a gyüjtött anyag értékesítésénél fel fognak merülni. Az anyaggyüjtés módjára nézve megjegyzem, hogy Deutsch Ernő dr. barátommal, a ki a koraszülöttek viszonyainak kidolgozását vállalta el, körülbelül 170 kérdőivet küldöttünk el úgy európai, mint amerikai kórodákra, hogy az ismertetendő kérdések felől némi tájékozódást szerezzünk. Választ ugyan csak 36 ívre kaptunk, de a világ annyira különálló helyeiről, hogy azt hiszem, adataink körülbelül elég hiven fogják feltüntetni azon kérdéseket, melyek tárgyalásába bocsátkozni akartunk. Valóban felvetendő a kérdés: szükséges-e a gyermekvédelem intensivebb volta a szülészeti klinikákon, mint az eddig történt? Hugo Neumann „Öffentlicher Kinderschutz" czímü munkájában erre a tárgyra vonatkozó adatokat alig találok, s az orvosi irodalom a hygiene ezen részét *teljesen elhanyagolta.* A gyermekgyógyászat csak akkor veszi védelmébe a kisdedet, a mikor az a szülőházat elhagyja; a szülészeti kórodán pedig első sorban az anya áll, ennek következménye az, hogy az újszülöttek viszonyainak megitélésében még igen sok helyen oly conservativismus nyilatkozik meg, mely a modern gyermekgyógyászati felfogással is ellenkezik.

Ha ez hiba, úgy ez azonban nem a szülészek, hanem *első sorban a gyermekorvosok hibája,* a kik nem igyekeztek az újszülöttek viszonyainak behatóbb tárgyalásával kellőleg foglalkozni, a mit pedig nekik a szülészek bizonyára készségesen átengedtek volna. És ez annál nagyobb hiba, mert a valóban tudományos alapon felépülő gyermekgyógyászatnak az újszülöttek viszonyainak tisztázását kell a szó szoros értelmében fundamentalis és minél hamarabb megoldandó kérdésnek tekintenie.

Ebben a tekintetben valóban csak a legnagyobb elismeréssel szólhatok a magyar szülőházakról és kórodákról, a mennyiben a beérkezett kérdőívek tanusága szerint 36 kóroda és szülőház közül összesen 7-nél van gyermekorvos; ezen intézetek pedig, a melyeket követendő például lehet odaállítani: a budapesti I. és II. szülészeti kóroda, a nagyváradi bábaképezde, Hofmayer tanár würzburgi klinikája, a prágai szül. kóroda (Rosthorn), a bolognai szülészeti kóroda (Calderini) és a dublini Rotunda hospital; látható, hogy a 7 intézet közül 3 magyar. Egyesek felvethetik a kérdést: vajjon szükséges-e okvetlenül a szülészeti kórodában a gyermekorvos? Erre a kérdésre feltétlenül igenlőleg kell válaszolnom. Mint a következőkben kifejteni bátor leszek, az újszülöttek viszonyai legtöbbször nem tisztázottak, megbetegedéseik elbirálása a legnehezebb gyermekorvosi feladatok egyikét képezi, kezelésük, gyógyításuk pedig annál nehezebb, mert még biologiai viszonyaik legnagyobb része is teljesen homályos kérdés. Mindezen kérdések elbirálása specialis studiumot igényel, és nem képezheti a szülész feladatát. Hogy pedig gyermekorvosra bízni az anyagot nemcsak a gyermekek gyógyítása, nemcsak a tudomány előrehaladásának szempontjából fontos, de az anyák s így direct a szülészeti kórodák szempontjából is nélkülözhetetlen, az egészen evidens, ha meggondoljuk azt, hogy az újszülött septikus megbetegedése közvetve vagy közvetlenül a szülőnők infectiojának forrását is képezheti, vagy ha eszünkbe ötlik azon szoros összefüggés, a mely az anya bimbómegbetegedései és az újszülöttek szájmegbetegedései közt van. Hogy gyermekorvos alkalmazása a szülészeti kórodában és annak működése a tudomány elővitele szempontjából mily hatásos, arra nézve elég *Erőss*-re hivatkoznom, a kinek munkái, újszülötteken történt megfigyelések alapján, e tekintetben majdnem egyedül mérvadók.

[1] Előadva az 1899. szeptemberben Budapesten tartott nemzetközi gyermekvédő congressuson.

Legalább is minden egyetemi városban készségesen fog vállalkozni egy fiatalabb gyermekorvos az újszülöttek megfigyelésére, a kitől elvárhatja a kóroda, hogy az anyag tudományos értékesítését ép úgy, mint az újszülöttek pontos megfigyelését kötelességének tartja.

Ez által nyernének a szülészeti kórodák első sorban, de nyerne ez egyszerű rendszabály által a gyermekgyógyászat, a hygiene és a physiologia is. Mert az újszülöttek physiologiai viszonyainak felderítése kell, hogy képezze ezek első feladatát.

Hogy az újszülöttek viszonyai mennyire nem tisztázott kérdések, legyen szabad e tekintetben egy — azt hiszem — evidens példával szolgálnom. Majdnem minden szülészeti, valamint gyermekgyógyászati munkában az áll az újszülöttek súlyviszonyairól: az első napokban elszenvedett súlyveszteség a 8—10. napra rendesen pótoltatik, ha a gyermek egészséges. Hogy a súlyveszteség tényleges-e vagy csak a meconium-kiválasztás és a megváltozott viszonyok következménye-e, határozottan bebizonyítva nincs, de mióta *Winckel*[1] kimondta azon véleményét, hogy a súlyveszteség csak látszólagos és mióta *Edlefsen*[2] bebizonyította, hogy a súlyveszteség az újszülött állatnál is megvan, azóta a kérdés tisztázása csak annyiban haladt előre, hogy *Haake, Gregory* és *Kézmárszky*[3] bebizonyították, hogy a súlynövekedés előrehaladása, a mely legkésőbb az 5-dik napon kezdődik, a köldökzsinór leválástól teljesen független. *Winckel* azon nézete ugyanis, hogy a súly növekedése a máj normalis functiojától függ, ez pedig a köldökvena obliteralódása és a köldökcsonk leesése előtt nem várható, ma már tarthatatlan.

E szerint az anyatej hiányos minősége vagy mennyisége volna legtöbbször oka az első napokban esetleg fellépő késői súlycsökkenéseknek. Lehet, sőt valószinü is, de megvallom, azon nézeten vagyok, hogy e tekintetben *más szempontok is* szerepelnek. Nézzünk csak néhány adatot. A budapesti egyetem II. szülő és nőbeteg kórodáján született 1898. szeptemberétől 1899. április végéig 347 élő újszülött; ezek viszonyait a 9. életnapig bezárólag a következő táblázat tünteti fel: szeptemberben, a kóroda megnyitásakor született 7 élő gyermek, ezek közül 3 gyarapodott 385 gm.-ot, 4 fogyott 805 gm.-ot. Októberben 28 gyermek közül 12 gyarapodott 1940 gm.-ot, 16 fogyott 3380 gm.-ot. Novemberben 39 élveszülött közül 26 nyer 5375 gm.-ot, 13 fogy súlyban 2540 gm.-ot. Deczemberben 40 újszülött között 20 nyer súlyban 2600 gm.-ot, 20 veszít 4600 gm.-ot. Januárban 52 közül 35 nyer 5470 gm.-ot, 17 veszít 2550 gm.-ot. Februárban 47 közül 30 nyer 4000 gm.-ot, 17 veszít 3955 gm.-ot. Márcziusban 40 közül 19 nyer 1840 gm.-ot, 21 veszít 4590 gm.-ot. Áprilisban 64 gyermek közül 43 nyer 8119 gm.-ot, 21 veszít 3200 gm.-ot. Vagyis 347 gyermek közül 218 gyarapodott súlyban 29,529 gm.-al, de 129 vesztett 25,530 gm-ot, úgy hogy a 347 gyermek összes súlynyeresége csak 3999 gm.-ot tesz ki! Igaz, hogy ezen 347 gyermek között sok volt a koraszülött, és volt köztük egynéhány beteg is, de mégis ijesztő egy adat az, hogy *az újszülöttek* $^1/_3$ *része veszít súlyából az első 9 nap alatt.* És tovább folytatva a vizsgálást, előző évek adataiból 1000 más gyermeknél ugyancsak azt találtam, hogy a *gyermekek* $^1/_3$ *része a 9—10. napon nem hogy nem érte el eredeti testsúlyát, de átlag 50—60 gm. súlyveszteséggel hagyta el a kórodát.* És ez más kórodán épen így van. Kézmárszky tanár I. szül. kórodáján az 1898. év első negyedében élve született 300 gyermek közül *120 fogyott súlyban és csak 180 gyarapodott!*

Valóban, én nem tartom ezt a tényt sem közömbösnek, sem elhanyagolhatónak. Mert ezt a debilitas congenita rovására irni nem lehet, a minek bizonyítékául azt vagyok bátor felhozni, hogy összeállítva 100 oly gyermek súlytábláját, *a kinek születési súlya a 3000 gm.-ot meghaladta,* azt találtam, hogy azok közül 68 gyarapodott súlyban, de 32 fogyott. Pedig oly gyermekeket választottam ezen táblázat összeállításához, a kiknél az észleleti idő alatt sem lázas, sem másnemű megbetegedés észlelhető nem volt, a kiknek köldökleválása a normalis időben következett be, kiknél a székletek rendesek voltak. És azt kell mondanom, hogy a különbségek óriásiak!

A 68 gyereknél a súlynövekedés 16,469 gm.-ot tesz ki, de a fogyóknál 7825 gm. a súlycsökkenés! Ha még ezt levonjuk, akkor is *86·44* gm. az átlagos súlyszaporulat, de levonás nélkül átlag *164* gm. Nem tekinthetem egyformán physiologikusnak azon viszonyokat, a mikor az egyik gyermek átlag 164 gm.-ot gyarapszik, a másik pedig átlag 78 gm.-ot veszít a súlyából. Ezt a tényt egyszerüen az által magyarázni, hogy egyik anyánál később indul meg a tej bőségesebb kiválasztása, mint a másiknál, nem lehet. Nem pedig azért, mert anyagcserekisérletek eléggé bebizonyították már azt (*Camerer, Bendix, Lange* és *Berend, Grósz* stb.), hogy az újszülöttek tápfelvételi szükséglete valóban minimalis s hogy azt még egy gyenge szoptató nő is képes a legtöbbször kielégíteni. Csak azon kisérlettel lehetne eldönteni, hogy valóban a hiányos táplálás-e az oka a gyermekek $^1/_3$-ánál e testsúlyfogyásoknak, ha olyan újszülöttekről állítanánk össze egy testsúly-táblázatot, a kiket 2 hetes vagy még idősebb dajka táplál mindjárt a születésük óta.

Ezt a vizsgálatot azonban, sajnos, még senki sem végezte. Szerepelhetnek azonban e testsúlyfogyásoknál más körülmények is, mint az anya kevés tejkiválasztása. *Ezek között első sorban állanak a nők bimbómegbetegedései, a rhagadok.* Ha 100 olyan egészséges, 3000 gm.-on felüli initialis súlylyal biró gyermekről állítunk össze táblázatot, a kiknek anyjánál rhagadképződés nincs, a viszonyok már kedvezőbbek és pedig *100 ilyen gyermek közül csak 18 fogy* a testsúlyából, és az átlagos testsúlycsökkenés is kisebb (40 gm.). Ebből következik már a rhagadképződés óriási fontossága, s hogy mindent el kell követnünk, hogy a rhagadképződést megakadályozzuk, s ha létrejött, lehetőleg gyógykezeljük.

Miután a bimbókezelésre az újszülött szájpenészének tárgyalásánál még vissza fogok térni, csak azt jegyzem meg e helyen, hogy valóban csodálatos, hogy az *Auward*-féle czélszerü tejszivó, a melynél a szopás fájdalmassága legjobban elkerülhető, s mely mellett tehát a rhagadok gyógyulása is leggyorsabban elérhető, még mindig csak oly csekély számú kórodán van használatban! Pedig kétségtelen, hogy ez egyszerü müszer használata úgy az anyának, mint a gyermeknek egyaránt előnyös.

Tovább vizsgálva azon viszonyokat, melyek a gyermek súlyfogyására elősegítőleg hathatnak, az utolsó táblázatban felemlített 100 gyermek kórtörténetét nézve, azon 18 gyermek közül, kiknél még súlyfogyás volt, *8-nál találtam müvi és protrahált szülést.* És pedig majdnem mindig oly nehéz szülésekről volt a kórtörténetekben szó, mikor gátvarrás végeztetett, vagy a lepény eltávolítása, vagy pedig Schultze-féle lóbálások; vagyis, a mikor a gyermek megszületése után még hosszasabban és intensivebben kellett az anyával foglalkozni. Tudvalevő, hogy ha a köldök leköttetett, a szülést vezető személyzet az anyával foglalkozik újra a szülés befejezéseig s addig a gyermek egy lepedőbe van csavarva. Igy meg van adva az eshetősége annak, hogy az újszülött intensiv lehülése is bekövetkezhessék egyes esetekben. Hogy pedig a szülést követő lehülés a gyermek anyagcseréjére fontos befolyással lehet, azt *Erőss*-nek[4] vizsgálataiból is következtethetjük. *Preyer*[5] és mások vizsgálataiból tudjuk, hogy míg az embryonak saját hőmérsékletére semmiféle reguláló hatása nincs, addig a születéskor ki van már fejlődve a hőszabályozó centrum, működése azonban egészen szabálytalan. *Erőss* szerint az újszülött initialis hőmérséke 4 perczczel a szülés után 36·9—38·2° között ingadozik, az átlag 37·6. Egy óra mulva 34·9—36·9 közt ingadozik már a hőfok, *vagyis az újszülött az első órában átlag 1·7 fokkal hül le.* Ez intensiv lehülés a megváltozott környezet, a megindult bőrpárolgás, főként azonban az újszülött *nagy testfelülete által van feltételezve,* mely miatt a környi ideg végződések és a környi capillarisok száma is relative nagyobb, mint a felnőttnél (e miatt van úgy a hideg, mint a meleg fürdőnek gyorsabb hatása gyermeknél). Képzelhető, hogy miután már a normalis lehülés, a mely el nem kerülhető, oly intensiv, hogy ugyancsak *Erőss* említett vizsgálatai szerint csak 2-szer 24 óra alatt emelkedik megint 37°-ra a hőmérsék: mennyire segítheti elő ezt a mesterséges lehülés, a mely az által van előidézve, hogy a gyermek sokáig marad kellő bepakolás nélkül. *Ez csak úgy volna elkerülhető, ha a gyermeket ápoló személyzet egészen függetlenül működik a szülésnél segédkező személyzettől, azonkivül az újszülöttet nem lepedőbe, hanem előre készen tartott flanell-darabba kell burkolni.* Sajnos, hogy ez még sok kórodán ugyancsak pium desiderium. A gyermek ezen lehülése koraszülötteknél és gyenge gyermekeknél még inkább

érvényesül, pedig ezek súlyviszonyai igazán majdnem directe függenek a hőmérsék-viszonyoktól, mint azt a couveuse-ökkel elért jó eredmények bizonyítják. Couveuse nélkül nagyon sok koraszülött elpusztul, nem fejlődik kellőleg, ezt a tényt ma már bizonyítani sem kell.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti m. kir. tudomány-egyetem I. sz. női klinikájából. (Kézmárszky Tivadar tanár.)

Az angiothrypsiáról.

Közli: *Doktor Sándor* dr. egyetemi tanársegéd.

(Vége.)

A következő (X., XI., XII.) eseteinkben követtük a Landauék ajánlatát: felülről szorítottuk le egyszerre az egész széles szalagot s ez sikerült is mindháromnál; pedig egyik esetben myoma, egy másikban ismét óriási prolapsus miatt a széles szalag jóval magasabb volt, mégis be lehetett fogni kellő vigyázattal a nélkül, hogy egy részlete kitolult volna a szerszámból. A leszorításra legalább 5 perczet hagytunk s így a vérzéscsillapítás tökéletes volt; csak a prolapsusnál láttuk, hogy mindkét összesajtolt csonkból egy-két ponton gyenge szivárgás indult meg a szerszám levétele után, az uterinák táján; ezeknek megfelelően a csonknak egy-egy kötegét tűvel átöltve, vékony catgutfonállal körülkötöttük. Itt vagy a parametriumok vastagsága, vagy a kötőszövetnek, illetőleg az ereknek a prolapsussal járó elváltozása okozhatta e csekély szivárgást 5 percznyi compressio után is; ez azonban tényleg oly csekély volt, hogy ha nincs annyira szemünk előtt, talán a szomszédságból jövő parenchymás vérzésnek tartjuk, s bántatlanul hagyjuk, annyira nem volt nyugtalanító.

Ezek voltak angiothrypsiával végzett exstirpatioink.

A kiirtott méh helyén maradó *sebcsatorna ellátásánál* törekedtünk legalább a hasüreg elzárására. Az első esetben azonban el kellett ettől állanunk a szintén kiirtott genyes adnextumorok miatt, melyek helyét tanácsosabb drainezni. A fentebb leirt IX. esetünkben az utóvérzés csillapítása végett kellett felbontani az elzáró öltéseket s nyitva hagyni a sebcsatornát. A többi tíz esetben zártuk a hasüreget úgy, hogy 3—4 öltéssel, vékony catguttal összevarrtuk a hashártyaseb széleit, a két sarokban odaöltve a széles szalagok csonkját is. A most megmaradt üreges sebet azután jodoformgazezel lazán tamponáltuk öt esetben. Más öt esetben pedig megkisérlettük *a seb teljes elzárását*, úgy, hogy a hüvelyseb széleit is, mint plastikus operatio után, pontosan összevarrtuk; a csonkokat pedig, minthogy itt előhúzni és a hüvelybe kivarrni nem lehetett, eltemettük. Nagyon érdekes, szinte principialis jelentőségű tapasztalat, hogy három esetben *teljes elzárás után is láztalan gyógyulás következett; tehát az összesajtolt és a sebbe eltemetett csonkok itt is olyan zavar nélkül felszivódtak, mint az ovariotomia után elsülyesztett csonkok a hasüregben.* Két másik esetben azonban olyan lázas zavarok mutatkoztak a gyógyulásban, melyeket a seb teljes elzárásából kellett magyaráznunk, miért is utolsó eseteinkben beértük a hasüreg elzárásával s a boltozati seb tamponálásával.

Ezek tapasztalataink az angiothrypsiáról vaginalis totalexstirpationál. Egyéb operationál nem tettünk vele próbát, a mint hogy erre legalább a Thumim-féle nehézkes szerszámmal gynaekologusnak nincs is alkalma. Laparotomiáknál a jól lekötött, különösen *jól praeparált catguttel* lekötött csonk szintén nem zavarja a gyógyulást; s ilyen megbizhatónak ismerjük pár évi tapasztalásból a cumolcatgutöt, melyet a *Kroenig* eljárása szerint magunk, házilag praeparálunk.

Összegezve e tapasztalataink, végső eredményképen csak megerősíthetjük azt a kedvező véleményt, melyet az angiothrypsiáról mások nyilvánítottak. A vérzéscsillapításnak ez új módja nagyon jó, elvben; s kifogást a gyakorlatban is legfeljebb a mostani szerszámok ellen lehet tenni. De a Thumim-féle szerszám is eléggé megbizhatóan functionál, ha alkalmazásában bizonyos gyakorlatot szereztünk, s a kellő vigyázatot megtanultuk. Veszedelemmel pedig e gyakorlatnak megszerzése sem jár.

Egy esetünkben sem támadt angiothrypsia után utóvérzés.[1] Ha támadt vérzés, támadt mindjárt a szerszám levétele után. Így 5 esetben, melyekben az applikálás volt hibás: egyszer rövid ideig tartott a compressio (2 perczig); máskor kitolult a szerszám zárása közben a széles szalag egy része; megint máskor beszakadt a széles szalag. Ugyanazok a hibák, melyekre Landau figyelmeztet, melyeket azonban, mint bármely új dolog betanulásánál, saját tapasztalásunkból kellett megtanulnunk. Az így támadt vérzés a szerszám levétele után mindjárt mutatkozott s csillapítása körülöltéssel egyszer sem ütközött nehézségekbe. Ha azonban az első pillanatokban teljesen csillapítva volt a vérzés, egyszer sem állott elő később. S csak látni kell párszor a széles szalagnak azt a vékony száraz lemezzé összesajtolt csonkját, hogy meg legyünk nyugodva az utóvérzés felől. Úgy, hogy érthető, ha valaki bővebb tapasztalás után a vérzéscsillapításnak e módját még biztosabbnak tartja, mint akár a ligaturák, akár a szorító csipők alkalmazását.

A Thumim-féle szerszámmal azonban szükséges e végből legalább 5 percznyi compressio.

Azon előnyeit e módszernek, melyeket mások felhoztak, mind tapasztaltuk mi is. Egészben véve mégis megkönnyíti az exstirpatiot s *Veitéh* állításával ellentétben olyan a benyomásunk, hogy az gyorsabban is végezhető így, mint lekötésekkel. Feltünő, mily kevés fájdalma van utána a betegnek; rendszerint már az első éjjel aludtak betegeink, holott azelőtt nem ritkán volt morphium-injectiora szükség. Úgy látszik az asepsis jobban lévén biztosítva, jobb a gyógyulás utána; ezt csak hosszabb sorozatból itélhetjük meg. De kétségkivül és feltünően gyorsabb a gyógyulás; akármilyen volt a sebcsatorna ellátása, az V—VI-dik napon a tampont eltávolítva, alig volt többé váladék s a második hét végén olyan csekély sarjadzó seb volt még a boltozatban, mint ligaturák után 4 hét mulva. Ép ez bátorított arra is, hogy megkisértsük a sebcsatorna teljes elzárását külön hashártya- és külön hüvelyvarratokkal; három esetben ez elbánással is láztalan gyógyulást értünk el. Egyik betegünk a 13-dik, egy másik a 12-dik napon volt gyógyultan elbocsátható.

Ezeken kivül az angiothrypsiának még egy előnyét észlelhettük a kiirtott méheken. Míg ugyanis lekötésekkel operálva, vaskos, tömeges csonkokat kellett hagyni, hogy a ligaturák le ne csúszszanak, s ezért kivált szűk hüvely esetén a metszéseket olykor a cervix állományában kellett tenni: itt a metszés a cervix két oldalán egyenes vonalban halad úgy, a hogy a széles szalagok le voltak szorítva. Minthogy szorosan a szerszám mentén tehetjük a metszést, így a parametriumból mindig többet távolíthatunk el, mint ligaturás operationál s még ezenkivül az összesajtolt részlet is elhal. E körülmény üdvös lehet a portiocarcinomák egyes olyan eseteiben, melyek az operabilitas határán állanak s melyekben talán a recidivát háríthatjuk el ilyen módon.

Még egy-két szót az új eljárás lényegéről és alkalmazhatóságáról.

Az angiothrypsia alapeszméje, mint látnivaló, azokkal a modern fölfedezésekkel áll egy sorban, melyek szerint óriási nyomással, pl. az ipari technika papirból képes vasúti kerekeket állítani elő; vagy azokkal a physikai kisérletekkel, melyekben az óriási nyomás a testek állapotát képes gáznemű alakból cseppfolyóssá s ebből szilárddá változtatni. Ugyanily óriási nyomás az élő test szövetein is meglepő eredménynyel van itt felhasználva. Összetapadnak az összesajtolt erek falai úgy, hogy e tapadás ellenáll az arteriosus vérnyomásnak olyan tág kaliberű erekben is, mint az uterina. *Doyen* maga górcső alatt azt is észlelte, hogy az érfal belső rétegei megszakadnak és visszakunkorodnak; mások (a Thumim-féle szerszám után) ily szakadást nem észleltek.

Érdekes e hatást a sebben hagyott szorító csipők hatásával összehasonlítani. Ott aránylag kis erő tartotta leszorítva az átmetszett ereket s ismételten tapasztalták, hogy még két 24 óra mulva is támadt vérzés egy-egy pince levétele után. Miből látni való, hogy a czélunkra szükséges compressio ereje fordított viszonyban áll a compressio idejéhez, úgy, hogy minél kisebb az össze-

[1] Az említett utóvérzést nem az angiothrypsia, hanem a szükségessé vált körülöltés tökéletlensége okozta.

sajtoló erő, annál hosszabb ideig kell tartania és megfordítva, minél nagyobb a kifejtett erő, annál rövidebb idő alatt elég a czélra.

Ebből érthetők meg bizonyos eltérések az eddig közölt tapasztalatokban. Míg mi, valamint *Amann* jr. is, azt tapasztaltuk, hogy a széles szalag leszorítására legalább 5 percz szükséges, hogy a hatás biztos legyen, addig *Thumim* maga 3 perczre szabja a compressio idejét (s *Zweifel* nem minden alap nélkül ezt is sokallja). *Doyen* pedig a maga angiothryptorjával fél perczet sem vár. Ugyanazon erekről levén szó, nyilvánvaló, hogy itt a szerszámban kell lenni a különbségnek. A Doyen szerszámja, úgy látszik, nagyobb erőkifejtésre képes.

De függ az effectus az összesajtolandó erek kaliberétől is. A legkisebb fecskendő arteriák torquealása, melyet a sebészek *Koeberle* óta gyakorolnak, szintén nem egyéb, mint angiothrypsia, melyhez közönséges gyenge erejü pince is elégséges. Nagyobb ereknek különösen izolált leszorítására megfelelően nagyobb erő kell. S így érthető, hogy a czélnak megfelelően szerkesztett többféle szerszámmal *Doyen* mindenféle operationál beéri az angiothrypsiával s a lekötő fonalakat teljesen nélkülözni tudja.

A Thumim-féle szerszám specialisan az exstirpatio czéljaira van szerkesztve; ezért hosszabb fejü, hogy az egész széles szalagot egyszerre lehessen vele befogni s ezért keskenyebb is, hogy elférjen a kigördített méh mellett rendesen szük térben. Erre a czélra jó is, de egyéb operatioknál nehézkes alkalmazása miatt alig használható; nevezetesen fecskendő erek izolált leszorítására, mint Landau maga is mondja, nem való. De úgy látszik, egyáltalán nem is fejti ki azt a maximalis nyomást, melyet az élő szövetek még szakadás nélkül kibirnak. Ezért kell vele néhány perczig várni, hogy biztos legyen a hatása.

Ha azonban sikerülni fog tökéletesebb s különösen a Thumim-félénél könnyebben kezelhető szerszámokat szerkeszteni és pedig a különböző erek számára különböző erősségben, akkor az angiothrypsia konkurrálhat majd mindenféle véres operationál a lekötésekkel; csak a kezdőnek be kell majd gyakorolni a vérzéscsillapításnak ez új módját ép úgy, mint most a lekötéseket.

Vaginalis exstirpationál, hol tömeges lekötésekkel dolgozunk, a concurrentia máris az angiothrypsia javára dől el. S itt a Thumim-féle szerszámot csakugyan legjobb úgy alkalmazni, mint Landau ajánlja: kigördíteni előbb a méhet s azután egyszerre egészben leszorítani, még pedig felülről, a széles szalagokat. Csak kényszerüségből térjünk el ettől ott, hol a méh rögzítve van s nem gördíthető ki. Természetesen alkalmazható ilyenkor is, de két-három ízben, megfelelően több vesződséggel és több koczkázattal, szóval már kevésbbé biztosan.

Az összesajtolt csonkokat nem szükséges sem lekötni, sem paquelinezni, mint ajánlották. Inkább három helyett öt perczig várjunk s így a vérzéscsillapítás eléggé biztos lesz. Még ha az operatio valamivel tovább tart is a hosszabb várás következtében, ez kisebb hátrány, kisebb kár, mint a seb tisztaságának megzavarása akár lekötő fonalakkal, akár égetett pörkkel. Ha azután zárjuk a peritoneumot, elégséges kétoldalt odaölteni a csonkok felső csücskét, hogy vissza ne húzódjanak a hasüregbe; így azok a sebcsatornában maradnak s bármi czélból kellene, előhúzhatók.

Mint az elmondottakból látható, az angiothrypsia elvi jelentőségű újítás, melynek meg kell küzdenie a kezdet nehézségeivel, melyre azonban — eddigi tapasztalataink alapján úgy jósolhatjuk — fényes jövő vár.

A következőkben végül részletesen is közlöm eddigi operatioinkat; a közelebbről érdeklődő nem egy érdekes tanulságot fog még azokban találhatni.

1. 220/1899. *Özv. Schreiber Istvánné* 43 éves I. P. Betegség: *Prolapsus uteri cum elongatione colli. Tumores adnexorum.*

Operatio: Augusztus 12-dikén. Jobb parametrium leszorítása 2 perczig. Levétel *után* átmetszés; uterina sclerotikus, fecskend; körülöltése vékony selyemmel. Bal parametrium leszorítása 2 perczig, lemetszés; levétel után nem vérzik. Tovább ligaturák. Jobboldali tumor kihámozása: savó, majd vöröses, sűrű geny; kocsány lekötése. Baloldali tumorban sárga sűrű geny. Újabb vérzés a jobb csonk tájáról: körülöltés. Jodoformgaze tampon.

Gyógyulás. Láztalan. Többször subfebrilis hőmérsék. Felkel IX. 1. = XXI. napon.

2. 229/1899. *Gefrier Bernátné* 42. é. IP. Betegség: *Carcinoma portionis vaginalis.* (*Uterus bicornis.*)

Operatio: September 5-dikén. A hashártya megnyitása elül és hátul. A méh nehéz kigördítése. A jobb széles szalag leszorítása felülről. Baloldalt a carcinomás göb a hólyaggal összekapaszkodott; lepraeparálása élesen s így a bal széles szalag leszorítása. Compressio 22 és 6 perczig. Levétel után semmi vérzés. A hashártya kiszegése elül és hátul. Jodoformgaze tampon.

Gyógyulás. Láztalan. Elbocsátva IX. 24. = XIX. napon. A hüvelyboltozat bal sarka fölött diónyi kemény csomó (recidiva.)

3. 249/1899. *Kovács Imréné* 37 é. III. P. Betegség: *Carcinoma canalis cervicalis.*

Operatio: Szeptember 7-dikén. Előbb a Douglas, majd az elülső hashártyaredő megnyitása s a méh kigördítése előre. A bal széles szalag leszorítása felülről; a parametrium kis részlete zárás közben kitolul; ezt külön pincebe fogjuk s utóbb lekötjük. Hasonló eljárás jobboldalt, itt a kitolult rész nem tartalmaz eret: szabadon hagyjuk. Levétel $5^1/_2$ percz mulva; utána semmi vérzés. A peritoneum kiszegése elül és hátul; e közben vérzés a jobb uterinából; körülöltés. Jodoformgaze tampon.

Gyógyulás. Láztalan. Elbocsátva IX. 26. = XX. napon.

4. 255/1899. *Özv. Gál Istvánné* 55 é. IX P. Betegség: *Carcinoma portionis vaginalis.*

Operatio: Szeptember 16-dikán. A Douglas s az elülső hashártyaredő megnyitása után a méhet nem lehet kigördíteni a jobb széles szalag zsugorodott, rövid volta miatt. Ezért a szerszámokat alulról alkalmazzuk két részletben $3^1/_2$—4 perczig. A vérzéscsillapítás tökéletes. A sebcsatorna zárása: külön varrjuk össze a peritoneumot, rögzítve a lehúzott csonkokat is s külön a hüvelyseb széleit. Hüvelytamponade.

Gyógyulás. Láztalan. Elbocsátva X. 2. = XVII. nap.

5. 262/1899. *Tabajdi Sándorné* 31 é. V. P. Betegség: *Carcinoma portionis vaginalis.*

Operatio: Szeptember 22-dikén. Körmetszés után az elülső, majd hátulsó hashártyaredő megnyitása. A méh kigördítése előre. A széles szalagok befogása felülről $3^1/_2$ perczig; baloldalt a parametrium alsó részlete kitolul. Levétel után itt fecskendő vérzés: körülöltés. A peritoneum és hüvely összevarrása külön-külön. Hüvelytamponade.

Gyógyulás. Láztalan. Elbocsátva X. 11. = XXI. napon.

6. 264/1899. *Hruska Rezsőné* 39 é. VIII. P. Betegség: *Carcinoma portionis vaginalis.*

Operatio: Szeptember 26-dikán. Az összefogott portio széles; két oldalt a tér szük. Körmetszés után a hashártyaüreg megnyitása elül és hátul. A parametriumok ideiglenes befogása 1—1 pince-szel s átmetszés után a méh kigördítése előre (Tuffier.) Mindkét széles szalag leszorítása felülről $3^1/_2$ perczig. Átmetszés után semmi vérzés. Majd a pince-be fogott parametriumok kihúzása és leszorítása. Vérzés a bal csonkból: körülöltés. A sebcsatorna teljes zárása; drainezés.

Gyógyulás. Esténkint subfebrilis. V—VIII. nap esténkint 38·5—38° C., fájdalmak, érzékenység az alhasban spontán és székeléskor. Haematoma. Cystitis. Vizeletcsurgás, mely XXVIII. napra magától megszünt. Elbocsátva X. 29. = XXXIV. napon.

7. *Özv. Luby Lajosné* 55 éves. IV. P. Betegség: *Retroflexio. Sarcoma uteri.*

Operatio: Október 11-dikén. IX. 30. Curettement. Górcsövi diagnosis alapján 12 nap mulva totalexstirpatio: harántmetszés a portio előtt s az elülső excavatio megnyitása; majd a portio mögött s itt a Douglas megnyitása. A méh kigördítése előre. Leszorítás baloldalt alulról, jobboldalt felülről 5—5 perczig. Levétel után semmi vérzés. A sebcsatorna teljes zárása. Hüvelytamponade.

Gyógyulás. Láztalan. Elbocsátva XI. 1. = XXII. napon.

8. 237/1899. *Epstein Adolfné* 32 é. I. P. Betegség: *Carcinoma portionis vaginalis.*

Operatio: Október 18-dikán. A portio széles sebét egyenes vonalban fogjuk össze s megnyitjuk a hashártyaüreget elül-hátul; kigördítjük a méhet előre. Leszorítjuk a bal, majd a jobb széles szalagot felülről; 5 percznyi compressio után semmi vérzés. A sebcsatorna teljes zárása. Hüvelytamponade.

Gyógyulás. III—VI. nap esténkint lázak 38·8-ig, tampon kivétele. Azontul esténkint subfebrilis. Érzékenység, resistentia az alhasban. Haematoma. Elbocsátva XXXVI. napon.

9. 307/1899. *Barena Mária* 31 é. I. P. Betegség: *Carcinoma portionis vaginalis.*

Operatio: November 4-dikén. A portio körülmetszése után a hólyag feltolása elül, a Douglas megnyitása hátul. A parametriumok leszorítása alulról. Majd az elülső hashártyaredő megnyitása s a széles szalag leszorítása felülről 5—5 perczig. Catgutfonal a bal csonk rögzítésére, nem tart. Jobboldalt vérzés: körülöltés catguttel. A sebcsatorna teljes zárása. Hüvelytamponade.

Gyógyulás. Utóvérzés a jobb csonkból; feltárás, a varratok felbontása, s a csonkl'eötése selyemmel; drainezés jodoformgaze-zel; nagy anaemia. Subfebrilis hőmérsékek, 38·1°-ig. Csonkexsudatum. Lassú reconvalescentia. Elbocsátva az L-ik napon.

10. *Szabó Jenőné* 43 é. I. P. Betegség: *Carcinoma portionis vaginalis. Myoma uteri.*

Operatio: Deczember 30-dikán. Harántmetszés a portio előtt és mögött, a peritoneum megnyitása elül és hátul; a méh kigördítése előre in toto. A széles szalagok leszorítása felülről 6—6 perczig; semmi vérzés. A peritoneum összevarrása; jodoformgaze tampon.

Gyógyulás. Láztalan. Elbocsátva I. 12. = XIII. napon.

11. *Horvát Erasmusné* 43 é. VI. P. Betegség: *Carcinoma portionis vaginalis.*

Operatio: Január 4-dikén. A portio körülmetszése; a hashártya megnyitása; a méh kigördítése előre. A széles szalagok leszorítása felülről in toto 5—5 perczig; semmi vérzés. A hashártya összevarrása; jodoformgazetampon.

Gyógyulás. Láztalan. Elbocsátva I. 15. = XII. napon.

12. *Haas Mártonné* 40 é. II. P. Betegség: *Prolapsus uteri.*

Operatio: I/25. Lebenyes körmetszés; a hüvely resectioja. A hólyag feltolása nehéz. A Douglas megnyitása; az elülső hashártyaredő megnyitása; a méh kigördítése hátrafelé. A széles szalagok leszorítása in toto 5—5 perczig; szivárgó pontok a csonkokon: körültöltés vékony catguttel. A peritoneum összevarrása. Colpo-perineorraphia. Jodoformgaze drain.

Gyógyulás. I—III. nap 38·3°-ig; azontúl láztalan. Elbocsátva II. 12. = XVIII. nap.

A fül bántalmai influenzánál, főkép influenza cerebralisnál.

(Az „Archiv für Ohrenheilkunde"-ben megjelenő dolgozata nyomán.)

Sugár K. Márton dr.-tól Budapesten.

(Vége.)

Leichtenstern egy esetében, mely boncolás alá került és intra vitam fejfájást, hányást, tarkómerevséget, eszméletlenséget mutatott, pachymeningitis interna haemorrhagicát talált, továbbá a leptomeninxnek véres infiltratioját az agydomborulat tájékán, genyes izzadmányból álló sávokkal az egyes nagyobb véredények mentén és az agykéregben helyenként haemorrhagikus lágyulási góczokat. Nauwerk is ama következtetésre jut: „Es giebt eine haemorrhagische, nicht eitrige Influenza-Encephalitis mit Erweichungsherden",[25] sőt Pfuhl a Pfeifer-Canon-féle bacillust a véredények és nyirokcapillarisok belsejében az agyban, továbbá a sinusok véralvadékában találta.[26] Joggal emeli ki Bäumler is,[27] hogy az influenzával való fertőzésnél a vér- és nyirkedények mélyremenő változásokat szenvednek, sőt Fürbringer még határozottabban nyilatkozik: „nyilvánvalóan capillaris embolikus metastasisokkal van dolgunk".

A találó kifejezés „Capillare Bacillenthrombosen" Klebstől származik. Ruhemann, az influenza kórképeinek e szorgalmas kutatója,[28] az influenza cerebralisnak könnyebb eseteit azzal magyarázza, hogy az influenza kórokozói által az agynak és az agyhártyának hyperaemikus állapota támad, mely restitutio ad integrumra képes.

A fertőzést közvetítő kapocs különben úgy is gondolható, hogy a sinus frontalis empyemája által, vagy direct úton az orrüreg nyirkutainak a subarachnoidalis üreggel való közlekedése által keletkezik a basilaris vagy agykéregmeningitis az influenzánál.

Hogy a boncztani lelet a legpraegnansabb betegségi tüneteknek nem kell, hogy megfeleljen, ezt mutatja Kohts két esete.[29] Kohts epikrisisében a következőképen nyilatkozik: „a kóros tünetek ama összességét láttuk, a mint ezeket a meningitis tuberculosánál ismerjük, és az obductio arra oktatott, hogy sem az agyban, sem a hártyáiban gümők nem voltak, csak a dura mater hyperaemiája állt fenn, az agykérgen a pia edények erős injectioja, épúgy az agybasison, és az agy szürke állományának, továbbá az agydúczoknak erős hyperaemiája, de semminemű localizált góczmegbetegedés.

Egyetértőleg tehát a legtöbb szerző kiemeli a hyperaemiák és haemorrhagiák létezését az agyban az influenza cerebralis eseteiben.

Ezen elmélkedés azon positiv feltevésre vezet engem, hogy már az influenza cerebralis könnyebb eseteiben a tömkeleg haemorrhagikusan infiltrálva van. Ezen feltevést az is támogatja, hogy a kérdésbe jövő esetekben a csontvezetés majdnem teljesen hiányzik, hogy nagyfokú szédülést, heves subjectiv zörejeket, intensiv fájdalmakat és nagyfokú nehézhallást találunk, de a szem hátterének lelete által is, mely többnyire a visszerek erős hyperaemikus teltségét és kanyarodottságát, sőt kis retinalis vérzéseket is mutat.

Mily óvatosnak kell azonban lennünk a szemtükri vizsgálat értékesítésénél, ezt mutatta egy esetem, melyet Székács Béla rókuskórházi főorvos úr osztályán ennek ismert lekötelező szívélyessége folytán alkalmam volt látnom.

Nevezett főorvos úr azon kéréssel fordult hozzám, hogy egy kissé soporosus betegét otologice megvizsgáljam, mert nagyothallónak látszik.

Azonnal feltünt nekem a beteg fejének sajátságos kényszer helyzete, mert feje és mindkét szeme synchronice állandóan balra volt fordítva.

Megvolt ama tünet, melyet a francziák „deviation conjugée"-nek neveznek és mely agybántalomra a priori mutatott.

A dobhártyának lelete mindkét oldalon mérsékelt idült fülhurutot mutatott ama formában, mely az idő viszontagságainak kitett munkás népnél gyakori. A beteg a halk hangot is hallja, mert fejét a hang iránya felé is fordítja, a szavakat is nehézkesen utánamondja, de úgy látszik, hogy hiányzik neki a szókép; az associatio az agycentrumban gátolva van.

Munk berlini physiologus tanár ezen állapotot állatokon az által hozta létre, hogy az agy halántéklebenyeit szétroncsolta és a physiologusok értelmében „lelki süketségről" beszélt (Moravcsik gyakorl. elmekórtan bevezetése).

A fülnek majdnem negativ lelete és továbbá a törekvés, hogy a koponya belsejében levő esetleges, de a priori valószinűtlen sziklacsontmegbetegedést tökéletesen kizárjam, arra birtak engem, hogy a prágai otologus Zaufal tanár ajánlata szerint, a szemnek hátterét, a papilla n. optici-t, szemtükörrel megnézzem. Már a fordított képben feltünt a látóideg gombafejszerű duzzanata, a papilla határai elmosódva és kiszélesedve, a papilla e mellett határozottan vérdús, pontalakú haemorrhagiákkal és zavaros radiaer sávokkal, a reczehártya visszerei tágulva, erősen vérrel telve, majdnem homályosak és a papilla határán mintegy megtörve, míg a reczehártya üterei feltünően szűkek és vérrel csak kevéssé telvék. Ezen lelet a bal szem hátterén jobban kifejezett, de határozottan bilateralis és a papillitisnek biztos jele.

Tekintve a pangási papillát, a kórisme fokozott intracranialis nyomásra nyilvánvaló volt, mert ezen kétoldalú papillitis csak a liquor cerebrospinalisnak kitolásával a subarachnoidalis űrből a látóideg intervaginalis terébe magyarázható. Székács főorvos úrral egyetemben tehát agyvérzésre állítottam fel a diagnosist, mely felfogásom szerint a halántéklebenyeket is aláásta és ez úton okozta a „lelki süketséget."

Az autopsia alkalmával az art. basilaris egyik ágán megrepedt aneurysma dissecanst találtunk.

Minthogy a nervus opticus intervaginalis üre a subarachnoidalis térrel directe közlekedik, könnyen magyarázható a typikus papillitis bilateralis. Ezen felette érdekes eset mutatja, mily előnyös lehet a szakorvosnak és a tapasztalt belgyógyásznak együttműködése.

Az esetet különben Székács Béla főorvos részletesen közölni fogja a Rókus-kórház ez idei évkönyvében.

Ezen esetben is prima vista influenza cerebralisra gondoltam, de a belső tünetekkel összevetve a papillitis leletét, intermeningealis vérzést kórisméztem.

Schmidt-Rimpler szemészete szerint Fürstner aneurysmák megrepedésénél az agybasison a vérnek direct behatolását az opticusnak intervaginalis terébe látta;[30] ez magyarázza a különösen szép papillitis haemorrhagicát ezen esetben is. Lebert siketséget nyelési akadályokkal és nervus vagus-tünetekkel észlelt az art. basilaris aneurysmájának eseteiben; Griesinger még az articulationak és urinesisnek bántalmait, paresist vagy paraplegiát és az occiputban való kopogást irja le tünetekként az art. basilaris aneurysmája eseteiben.[31] Ide tartozik Friedreich esete is, ki egy hirtelen fellépett nehézhallás esetében az art. basilarisban embolust talált.[32]

Az influenza cerebralis kórképére visszatérve, ama lehetőség is egészen jól elképzelhető, hogy egy poliencephalitis superior haemorrhagica acuta esetében, melyben kis vérzések a harmadik agygyomrocsnak szürke állományában, az aquaeductus Sylvii-ben, vagy a negyedik agygyomrocsban vannak, melyek később felszivódnak, az acusticusnak mulékony affectioja lép fel.

Wolf egy ilynemű állandóan megmaradt acusticus bántalom esetéről referál, mely nyomás által az acusticusra a tonsilla cerebelli tumorja által jött létre.[33]

Mi felvételemet illeti, hogy influenza cerebralisnál valószinűleg haemorrhagiák keletkeznek a tömkelegben, Toynbee hasonló leletére utalok typhusnál, scarlatinánál, morbilli- és paro-

titisnél,[34] továbbá Heller leletére[35] meningitis cerebro-spinalisnál és ugyancsak Moos tanár leletére.[36] Ehhez járul, hogy Ziemssen és Hess szintén a meningitis cerebro-spinalisnál fellépő acusticus bántalmakat a negyedik agygyomrocsban támadó lobosodásra és izzadmányképződésre vezetik vissza, mit Tröltsch is felvesz, a midőn a negyedik agygyomrocsban vagy ennek fenekén, a fovea rhomboideában és ennek ependymajára lokalizált kórfolyamatot sejt.[37]

Minthogy legtöbbnyire az acusticus mellett fekvő facialis is meg van támadva, egy meningitikus izzadmány általi, az acustikus törzsére gyakorolt nyomásra is gondolhatunk, a tömkelegnek haemorrhagiája vagy primaer lobosodása nélkül.

A mi az általam észlelt kórházi beteget illeti, a kórisme Székács főorvos úr által, egy más eset felemlítésére, influenza cerebralisra állíttatott fel.

A helybeli földalatti villanyos vasútnak egyik kalauza K. István, 29 éves egyén, heves fejfájással és initialis hányással megbetegedett. A kórházban való vizsgálatnál a kissé soporosus állapot és a kifejezett tarkómerevség tünik fel. Székács főorvos úr, ki engem oly kegyes a legtöbb febrilis constitutionalis betegségnél fülészeti véleményem felől megkérdezni, úgy hogy neki szakorvosi tapasztalataim lényeges gazdagítását hálásan köszönhetem, felszólított arra, hogy kutassak a meningitikus symptomák oka után.

Csak negativ dobhártyaleletet találtam, de azonnal a beteget szemtükörrel is megvizsgáltam. A szem hátterén a visszerek kifejezett hyperaemiáját találtam, továbbá egészen kicsiny haemorrhagiák jelét a reczehártyán.

Bondi, Schnabel bécsi szemésztanár assistensének találmánya által, ki a közel multban transportabilis sötétkamrát szerkeztett, melylyel súlyosan betegen fekvő patienseket az ágyban is lehet szemtükrözni, ilynemű betegek szemtükrészi megvizsgálása nagyon könnyítve lesz.

Minthogy azonban ama ritka szerencsés helyzetben voltam, hogy a lángeszű Mautner Lajos tanár oldalán is Bécsben éveken át mint tanársegéd müködtem, a szem hátterén való részletek nem kerülik ki egykönnyedén figyelmemet.

A füllelet az említett betegnél a következő volt: A hangvilla perceptioja a csontvezetéken át lényegesen redukált, sőt a fej bal oldalán teljesen hiányzik. Erős szédület, nagyfokú nehézhallás, intensiv fájdalmak a halánték tájékán, különösen a bal oldalon.

E mellett feltünő a normalis hőmérsék, a betegség két heti egész tartama alatt absolute semmi hőmérsékemelkedés, a vizeletben csekély időn át fehérnye. A könnyű meningitikus tünetekhez csak csekély látakülönbözet jött, a pupillák tunyább reactioja fényre, később határozott jobboldalú myosis és a jobboldali sulcus naso-labialis kevésbé kifejezett volta.

A betegség tartama alatt az első hét eltelte után oedema támadt a bal alsó karon, melyet azonban tanácsomra a Quincke-féle javaslat értelmében acut circumscript bőroedemának — neuroparalytikus alapon — vettünk fel, a melyre Schlesinger magántanár Bécsben újabban a hydrops hypostrophos (azaz visszatérő hydrops) nevet ajánlotta.

Jégapplicatiora a fejen és szürkekenőcs bedörzsölésekre a tarkó tájékán a beteg állapota láthatólag javult. Elsőnek eltünt a tarkómerevség, mely előbb opisthotonushoz hasonlított, a menynyiben a beteg csak fejére és vállára támaszkodva feküdt. A reczehártya visszereinek hyperaemiája eltünt, az acut circumscript bőroedema (fliegendes Oedem) nyom nélkül visszafejlődött és az első otologikus megvizsgálásom után a tizedik napon a csontvezeték is prompt módon helyre volt állítva. A betegnek nincs fájdalma, nincs szédülése, nincs zúgása; a hallása normalis.

Mindezek után tekintve a hallásbántalom apoplectiform fellépését és unilateralis localisatioját, biztosnak veszem felvételemet, hogy ezen esetben vagy haemorrhagiával a negyedik agygyomrocsban és ennek folytán mulékony acusticus bántalommal, vagy, mi valószinübb, haemorrhagiával direct a tömkelegben volt dolgom, mindkettő influenza által előidézve.

A midőn tehát a szakkörök figyelmét hasonló érdekes esetekre felhivom, nem tartom valószinütlennek, hogy kórismém letalis módon végződő esetekben a kórboncztani vizsgálat által is nemsokára be lesz bizonyítva. E sorok correcturája alkalmával elégtételemül szolgál, hogy a Berlinben megjelenő „Monatschrift für Ohrenheilkunde“ czímü szakiratnak márczius végén megjelent száma az osztrák fülészeti egyesületnek szakgyüléséről szóló referatumában Alt Ferdinand bécsi egyetemi m. tanár hasonló előadását a Menière-féle tünetcsoport kórképe alatt fellépő influenzaneuritisről közli. Ezen diagnosis helyességét a tudományos vita folyamán Hammerschlag bécsi egyetemi m. tanár is megerősítette. Minthogy honi észleletem január végéről származik és jelen dolgozatomat február végén úgy az „Orvosi Hetilap“ nagytekintetü szerkesztőségének, mint a Lipcsében megjelenő „Archiv für Ohrenheilkunde“-nek beküldtem, elsőbbségi igényem bejelentése minden tekintetben jogosult.

Irodalom. 1. Schwabach. Berliner klin. Woch. 1890. 3. szám. 2. Schwabach. D. m. W. 1892. 19. sz. 3. Schwabach. Berliner kl. W. 1890. 3. sz. 4. Dreyfuss. Berl. kl. W. 1890. 3. sz. 5. Patzek. Allg. m. Centralzeitung 1890. 6., 9. sz. 6. Pollak. Centrbl. für die gesammte Ther. 1896. 10. l. 7. Politzer Adam. Lehrbuch der Ohrenheilk. 1896. 8. Haug. Münch. m. W. 1890. 3. sz. 9. Politzer. Lehrbuch 1896. 10. Katz. Ther. Monatsh. 1890. 2. sz. 11. Vulpius. Zeitschr. f. Ohrenh. XXVII. k. 2. sz. 12. Jansen. Archiv f. Ohrenh. XXXI. k. 13. Ludewig. Arch. f. Ohrenh. XVII. k. 14. Arno Scheibe. Münch. m. W. 1892. 14. sz. 15. Bozzolo. Klin. ther. W. 1900. 6. sz. 16. Canstadt. Handbuch der m. Klinik. 1847. 17. Krannhals. D. Archiv f. kl. M. 1895. LIV. k. 1. f. 18. Mehrer Isidor. Wiener m. W. 1894. 2. sz. 19. Leichtenstern Otto. D. m. W. 1890. 29. sz. 20. Buxbaum Benno. W. m. W. 1894. 6. sz. 21. Leichtenstern. Verhandlungen des allg. ärztl. Vereines in Köln a. d. J. 1890. 22. Erlenmeyer. Berl. kl. W. 1890. 13. sz. 23. Fürbringer. D. m. W. 1892. 3. sz. 24. Senator. D. m. W. 1891. 49. sz. 25. Nauwerk. D. m. W. 1895. 25. sz. 26. Pfuhl. D. m. W. 1895. 29. sz. 27. Bäumler. Verhandl. des IX. Congresses f. innere Med. Wiesbaden, 1890. 29. Kohts. Therap. Monatsh. 1890. 595. l. 30. Schmidt-Rimpler. Augenheilkunde u. Ophthalmoscopie. Marburg, II. Aufl. 31. Urbantschitsch. Lehrb. d. Ohrenh. II. Aufl. Wien. 32. Schwartze's path. Anatomie 119. l. 33. Wolff. Arch. f. Ohrenh. XVI. k. 157 l. 34. Toynbee. Ohrenheilkunde. 366. l. 35. Heller. Deutsch. Arch. f. klin. M. 1867. 3. k. 36. Moos. Zeitschrift f. Ohrenh. IX. k. 97. l. 37. Urbantschitsch. Lehrb. d. Ohrenheilk. II. Aufl. 388. l.

Közlemény Konrád Márk dr. kir. tanácsos, a nagyváradi m. kir. bábaképezde igazgató tanárának szülészeti kórodájáról.

Ujabb adatok az újszülöttek haematologiájához.

II. közlemény.

Közli: *Schiff Ernő* dr. gyermekorvos Nagyváradon.

(Folytatás.)

A mi az első kérdést illeti, annak megvilágítására összeállítottam az általam vizsgált összes esetek mérési eredményeit, a melyekből levont átlagos napi értékek a testsúlynak következő menetét mutatják:

Initialis súly: 3313·7

Átlagos súly az 1. napon	3263		a 6. napon	3224·7
a 2. „	3163·6		a 7. „	3240·2
a 3. „	3099·5		a 8. „	3308·9
a 4. „	3115·9		a 9. „	3327·1
az 5. „	3182·7		a 10. „	3376·3

Vagyis a vizsgált esetek testsúlya olyan menetet mutat, mint az rendesen lenni szokott, hogy t. i. a súlyértékek a harmadik napig fokozatosan csökkennek, ettől kezdve pedig fokozatosan emelkednek, hogy a 8—9. életnap között az initialis súlyértékig jussanak. Ezzel szemben — mint láttuk — a vér fajsúlya kezdettől fogva csökkenő irányzatot vesz, vagyis a testsúly menete a vérfajsúly menetével semmiféle összefüggést nem mutat. Ép oly kevéssé látunk valami jellegzetes változást a vér fajsúlyában a 6. életnapon, a midőn eseteimben átlagosan a köldökzsinórcsonk leválása bekövetkezett. Csupán megemlíteni kivánom, hogy annak idején az újszülöttek vérében foglalt alakelemek számára vonatkozó vizsgálataimnál — ellentétben Hayem- és Lépinenek már jelzett állításával — szintén nem voltam képes az újszülöttek testsúlyának és a vérben foglalt alakelemek számának menete között valamilyen összefüggést kimutatni.

Határozott összefüggés van azonban az újszülött fejlettsége és vérének fajsúlya között. Eseteimet ezen szempontból ugyanis három csoportra osztom; 9 esetet sorozhatok 3500—4000 gr. initialis testsúlylyal a kiválóan fejlettek közé, 16 esetet 3000—3500 grammig terjedő initialis súlylyal a jól fejlettek közé, és nyolcz esetet 3000 grammon aluli testsúlylyal a gyengébben fejlettek

közé. Ha már most a vér fajsúlyára vonatkozó értékeket ezen osztályozás szerint csoportosítom, s levonom belőlük az átlagos értékeket, úgy a következő számsorozathoz jutok.

A vér fajsúlya	I. csoport (9 eset) (3500—4000 gm.)	II. csoport (16 eset) (3000—3500 gm.)	III. csoport (8 eset) (2000—3000 gm.)
az 1. napon	1·0787	1·0766	1·0724
a 2. „	1·0764	1·0741	1·0717
a 3. „	1·0747	1·0726	1·0709
a 4. „	1·0729	1·0724	1·0704
az 5. „	1·0744	1·0722	1·0703
a 6. „	1·0718	1·0696	1·0708
a 7. „	1·0697	1·0681	1·0672
a 8. „	1·0709	1·0694	1·0645
a 9. „	1·0689	1·0667	1·0635
a 10. „	1·0692	1·0647	1·0621
Átlag:	1·0728	1·0706	1·0684

A mint látható, a vér fajsúlya az egyes csoportok fejlettsége arányában változó: magasabb fejlettségű újszülöttek vérfajsúlya magasabb, gyengébben fejlettéké alacsonyabb. Az egyes csoportok között mutatkozó különbözet nagyjában 0·002-nek felel meg. Eme különbözet nemcsak az összes 10 napi értékből levont átlagos vérfajsúlyértékben tünik elő, hanem elötünik ez akkor is, ha az egyes csoportokat az egyes napi értékek tekintetében állítjuk egymással szemben, a mint az a következő összeállításból kitünik.

	Különbözet a vér fajsúlyában az I. és II.	a II. és III.	és az I. és III. csoport között
az 1. napon	0·0021	0·0042	0·0063
a 2. „	0·0023	0·0024	0·0047
a 3. „	0·0021	0·0017	0·0038
a 4. „	0·0005	0·0020	0·0025
az 5. „	0·0022	0·0019	0·0041
a 6. „	0·0022	+ 0·0012	0·0010
a 7. „	0·0016	0·0009	0·0025
a 8. „	0·0015	0·0049	0·0064
a 9. „	0·0022	0·0032	0·0054
a 10. „	0·0045	0·0026	0·0071
Átlagban:	0·00212	0·00226	0·00438

Tehát az első és második, valamint a második és harmadik csoport közötti vérfajsúly-különbség átlagban majdnem ugyanaz; az első és harmadik csoport közötti különbözet pedig természetesen eme két különbözet összege. Eme különbözetek annyira állandóak, hogy szabályszerüségükhöz kétség nem férhet, annál kevésbbé, mert még a harmadik csoportbeliek között is csak egy eset van (Pataki), a melynek testsúlya az átlagos 3000 grammnyi testsúlytól távol áll (2100 gr. initialis testsúlylyal), a többi esetek testsúlya kivétel nélkül a rendes átlagos testsúlyhoz (3000 gr.) áll közelebb, a mit kellően bizonyít az is, hogy az eme csoportbeli esetek átlagos initialis súlya 2725 grammot tesz ki. Ezzel szemben a második csoportbeli esetek átlagos initialis súlya 3275 gr., az első csoportbelieké pedig 3905·5 gr. Szóval szabály gyanánt állíthatjuk oda, hogy az újszülöttek vérének fajsúlya párhuzamban halad azok fejlettségével, a mennyiben fejlettebb újszülötteknél magasabb, gyengébben fejletteknél alacsonyabb vérfajsúly található. (Lásd a munka végéhez csatolt II. sz. rajztabellát.) Csak az összehasonlítás kedvéért kivánom kiemelni, hogy annak idején a vér alakelemeinek számára vonatkozó vizsgálataimnál nemcsak hogy nem találtam ilynemű viszonyt a vérsejtszám és a vizsgált újszülött fejlettsége között, sőt ellenkezőleg, inkább a gyengébben fejlett újszülötteknél találtam magasabb értékeket, a nélkül azonban, hogy ezt szabály gyanánt állítottam volna oda, a mennyiben azon nézetemnek adtam kifejezést, hogy ezen körülmény valószinüleg annak tulajdonítandó, miszerint a gyengébben fejlett újszülötteknél sokkal könnyebben állanak be olyatén zavarok, melyek a vér összes mennyiségére, tehát a relativ vérsejtszámra módosítólag hatnak.

Feltünően megegyezik azonban ama jelenség, mely szerint az újszülöttek vérének fajsúlya egyenes arányban áll azok fejlettségével, azon körülménynyel, mely szerint a vizelet útján kiürült szilárd anyagok egyes fajai mennyiségileg szintén az újszülöttek fejlettségével egyenes arányban ürittetnek ki a szervezetből. Áll ez nevezetesen már közzétett vizsgálataim alapján a Cl Na és a hugyany (carbamid) kiürítésére nézve, és — a mint az legközelebb megjelenendő közleményemből ki fog tünni — a kénsavas- és phosphorsavas sókra vonatkozólag is. Tekintetbe véve, hogy a mint már említettem, a jelenleg folyamatban levő vizsgálatim arra látszanak mutatni, hogy a vér fajsúlyára a benne foglalt anorganikus anyagok, épen csekély mennyiségüknél fogva csak alárendelt befolyást gyakorolhatnak, így eme két jelenség közötti összefüggés felett egyelőre nem mernék bővebb fejtegetésekbe bocsátkozni.

Végre ama vizsgálataim alapján, melyek szerint a vérsejtszám menete az első életnapok folyamán más a korán, mint a későn lekötötteknél, érdekelt megtudnom, mutatkozik-e ilynemü különbség a két módszer szerint lekötött újszülöttek vérfajsúlyának menetében is, avagy sem? A priori ugyanis azt kellett várnom, hogy a mennyiben többek részéről az lett állítva, hogy a vér fajsúlya első sorban a vörös vértestecskék számától s a vér haemoglobintartalmától függ — a mint az azonban, mint alantabb reátérek, az én idevonatkozó vizsgálataim szerint tényleg nem áll —, hogy annyiban a késői lekötésü esetekben a vér fajsúlya is a 3—4. életnapig emelkedő, ettől kezdve pedig csökkenő irányzatú lesz; ellenben a korai lekötésü esetek vérfajsúlya már kezdettől fogva alászálló irányt fog követni. Már eleve kijelentem, hogy e tekintetben többé-kevésbbé csalódnom kellett nemcsak azért, mert a késői lekötésü esetek jelentékeny részénél a vérfajsúly mindjárt leszálló irányzatot követett, hanem mert ott is, a hol az első időben emelkedés mutatkozott, az nem volt a 3—4. életnapig terjedő, hanem az emelkedés már a második napon elérte tetőpontját, továbbá, mert az emelkedés csak ritkán volt folytonos, hanem csökkenés által volt megszakítva, a mint azt a vér alakelemeinek számbeli magatartásában nem találtam. Ezen körülményeknek tudandó be, hogy az átlagos értékek mindkét mód szerint lekötött eseteknél kezdettől fogva leszálló irányzatot követnek, a mint azt a következő számok mutatják.

A vér fajsúlya	Késői lekötés mellett (16 eset)	Korai lekötés mellett (17 eset)
az 1. napon	1·0783	1·0744
a 2. „	1·0746	1·0736
a 3. „	1·0727	1·0726
a 4. „	1·0726	1·0716
az 5. „	1·0729	1·0721
a 6. „	1·0703	1·0715
a 7. „	1·0693	1·0674
a 8. „	1·0705	1·0666
a 9. „	1·0675	1·0660
a 10. „	1·0656	1·0647
Középérték:	1·0714	1·0700

Mint látható, lényeges különbség a két csoportbeli esetek vérfajsúlya között csak annyiban mutatkozik, a mennyiben a 10 napi értékekből levont átlagos vérfajsúly a későn lekötötteknél magasabb; ez azonban főleg onnan ered, mert az utolsó 4 napon tényleg a későn lekötöttek vérfajsúlya magasabb (átlagban 1·0682 a korán lekötöttek 1·0662 vérfajsúlyával szemben). Vajjon a tartalékvérben foglalt és szétesésre jutott felesleges vörös vértestecskék szilárd anyagai emelik-e az utolsó napokban a későn lekötöttek vérének fajsúlyát, arra egyelőre nem mernék választ adni.

Még csak egy körülményt kell kiemelnem, s ez az első napon mutatkozó magasabb vérfajsúly a későn lekötötteknél, mert ezt felületes elbirálásnál hajlandó lehetne valaki bizonyítékul felhozni Hayem,[1] Hélot[2] és Porak[3] ama állítása mellett, mely szerint a későn lekötöttek vérében az alakelemek kezdetbeli száma magasabb. Eltekintve attól, hogy én nevezett szerzők eme állítását már más helyen[4] exact vizsgálatok alapján megczáfoltam, már theoretice sem lehet valószinü, mert hiszen a tartalékvérnek a szervezetbe való bejutása az első napon csak a vérmennyiséget növeli, de semmi esetre sem a térfogategységben foglalt vérnek akár oldott, akár suspendált alkatrészeit. Annál kevésbbé képes ugyanis a tartalékvér az újszülött vérének fajsúlyát az élet első óráiban növelni, miután a placentaris vér fajsúlya jóval kisebb, mint az újszülött vérének fajsúlya. Ama öt esetben t. i., a hol a megszületés pillanatában egyidejüleg határoztam meg a placentaris vérnek és az újszülött vérének fajsúlyát, a viszonyok következőleg nyilvánultak:

[1] L. c. pag. 179.

[2] *Hélot.* Étude de physiol. expériment. sur la ligature du cordon. Rouen 1877.

[3] *Porak.* Consid. sur l'ictère des nouveaux-nés etc. Ann. de Gyn. X. 1878. 2. pag. 370.

[4] Ujabb adatok az újszülöttek haematologiájához stb. Akademiai értek. XXII. 2. sz. 1892. 8. l.

	Placentaris vér fajsúlya	Ujszülött vérének fajsúlya	Különbözet
1. eset	1·0533	1·0740	0·0207
2. eset	1·0585	1·0680	0·0095
3. eset	1·0548	1·0728	0·0180
4. eset	1·0556	1·0752	0·0196
5. eset	1·0542	1·0696	0·0154

Mint e számadatokból látható, a placentaris vér fajsúlya jóval csekélyebb, mint az újszülött vérének fajsúlya, s így a tartalékvér mint olyan semmi esetre sem emelheti az újszülött vérének fajsúlyát. S hogy a placentaris vér fajsúlyának tényleg sokkal alacsonyabbnak kell lenni, mint a minő az újszülött vérének fajsúlya, az már abból is következik, hogy *Naasse, Becquerel* és *Rotier, Lloyd Jones,* valamint *Hock* és *Schlesinger* szerint a graviditas alatt a nő vérének fajsúlya alacsonyabb, mint a graviditas előtt volt, s így természetes, hogy az újszülött vérének fajsúlyához képest annál alacsonyabb. Ha pedig az újszülött vérének tömege mint magasabb fajsúlyú folyadék, 60—70 gr. jóval alacsonyabb fajsúlyú placentaris vérrel elegyül, úgy a későn lekötött újszülött vérfajsúlyának a megszületés utáni első órákban valójában alacsonyabbnak kellene lenni, mint a korán lekötöttének. Hogy tehát nálam az első napi fajsúlyérték a későn lekötötteknél magasabb, azt csak a számok véletlen csoportosulásának tulajdoníthatom.

* * *

Pótlólag még csak egy körülményről kivánok megemlékezni. Van-e valaminő befolyása az újszülött vérének fajsúlyára egyrészt a normalis hőingadozásnak, s másrészt — azon néhány esetem alapján, a hol a vizsgálatok folyamán lázas mozgalmak léptek fel — a lázas hőmérséknek?

A mi az első kérdést illeti, arra nézve egész határozottsággal nemmel felelhetek. Mert bár a vizsgált esetek hőmérsékét majdnem mindig személyesen határoztam meg, adataim tehát egészen megbízhatók, mégsem mutatnak a hőmérséki ingadozások semminemű összefüggést a vérfajsúly ingadozásaival. Megfigyeléseimből csak egy körülmény világlik ki, hogy t. i. a nagyon alacsony hőmenetű esetekben a vér fajsúlya is tetemesen alacsonyabb, mint a rendes hőmenetű esetekben, ez azonban szerintem nem az alacsony hőmérsék, hanem azon körülmény által van feltételezve, hogy a nagyon alacsony hőmenetű újszülöttek tudvalevőleg gyenge fejlettségüek, már pedig, hogy a gyengébben fejlett újszülöttek vérfajsúlya tetemesen kisebb, mint a jól fejletteké, azt fentebb kellőképen kimutattam. Az alacsony hőmenet és alacsony vérfajsúlyértékek tehát nem állanak egymással oki összefüggésben, hanem mindketten egy- és ugyanazon közös alapoknak, t. i. a gyenge testi fejlettségnek származékai.

A mi a lázas hőmérséknek a vér fajsúlyára gyakorolt befolyását illeti, úgy erre nézve az én csekély számú észleleteimnek csak az adhat némi jelentőséget, hogy folytatólagos vizsgálatokat végezve, a változások, melyek a vér fajsúlyában a láz felléptével esetleg mutatkoznak, jobban megitélhetők. Összesen öt ide vonatkozó esetemben tett észleleteim azonban arra mutatnak, hogy legalább rövidebb tartamú lázas állapotoknál, a lázas hőmérséki és a vérfajsúlybeli ingadozások között nem mutatkozik szorosabb összefüggés. Igy hogy csak egy példát idézzek, egy esetben a vér fajsúlya 37° C. mellett este 1·0750 volt. Másnap úgy reggel, mint este 39° mellett ugyanennyi; harmadnap 37·6° mellett 1·0714-re, este 39° mellett 1·0696-ra szállt alá; negyednap reggel 38·3° mellett 1·0768, este 37·4° mellett 1·0740, tehát emelkedett. Ugyanilyen változó magatartást találtam másik négy esetemben is, úgy hogy eseteimből a láznak a vér fajsúlyára gyakorolt befolyását illetőleg sem egyik, sem másik irányban nem vonhatok le következtetést.

Ez annál kevésbbé lehet feltünő, miután az eddigi idevonatkozó észleletek szintén eltérő eredményekhez vezettek. Míg t. i. egyesek a lázas időszak folyamán a vér fajsúlyának emelkedését észlelték *(Peiper, Hayem, Stein,*[1] *Jahn, Monti),* addig mások hasonló viszonyok között a vér fajsúlyát csökkenni látták *(Naasse, Becquerel,* és *Rodier, Hammerschlag,*[1] *Jaksch,*[2] *Askanazy,*[3] *Scholkoff,*[4] *Felsenthal* és *Bernhard*[5]*);* ismét mások vagy egészen normalis *(Noorden,*[6] *Maxon*[7]*),* vagy az egyes megbetegedések szerint változó viszonyokat (*Lyonnet*[8]) találtak. Egészben véve tehát ez a kérdés egyelőre eldöntetlen marad.

(Folytatása következik.)

[1] *Stein.* Hämatometrische Untersuchungen zur Kenntniss d. Fiebers. Centralbl. f. klin. Med. 1892. Juni.

TÁRCZA.

Az 1755—56-diki erdélyi pestis története.

Egykorú források után.

(Folytatás.)

Chenot 1756. május 19-dikén érkezett Brassóba. Midőn a ragályozott házakat végigjárta, egyetlen egy kivételével az összes betegeket meggyógyulva találta. Ez az egy épen a vizsgálat napján lett beteg.

Ennek a betegnek kórtörténetét Chenot kidolgozta, de a diagnosist ő sem merte mindjárt pestisre tenni. Csak junius 6-dikán, midőn a megbetegedések számosabbak lettek és alkalma volt több esetet végigészlelni, tette határozottan pestisre a kórismét.

A járvány most már nem szorítkozott csupán Brassóra. Már május elején elhurczolta a pestist egy menekülő oláh Tertlanba, a mely község egy mértföldnyire fekszik Brassótól. Itt csak néhány házba jutott be a fertőzés, mert a község óvatos és okos szász lakosai a ragályozott házakat rögtön oly magas kerítéssel vették körül, hogy azon nem lehetett átmászni sem; azonkivül szigorúan őriztették a fertőzött házakat is. Október végén Tertlanban már el volt fojtva a pestis. A védekezésnek intézője a község papja volt, a ki a királytól érdemeiért medáliát is kapott.

Nem sikerült még Chenotnak sem kipuhatolni, hogy miképen jutott a pestis hét brassóvidéki és két fogarasvidéki faluba, melyekből azonban a czélszerű intézkedések folytán nem terjedt tovább.

Ugyanis a helytartó tanács már 1756 május 17-dikén,[9] tehát midőn még csak gyanú volt a pestisre, de hivatalosan konstatálva az még nem volt, elrendelte az Erdélylyel szomszédos megyéknek, hogy határaikon senkit ne bocsássanak át, a ki Brassóból jön. Erdély többi részeiből jövőket is csak akkor, ha bizonyítványnyal tudják igazolni, hogy olyan vidékről valók, a mely mindenféle ragálytól mentes. 1756 junius 25-dikén[10] pedig egész Erdély határain 6 heti contumacia rendeltetett el. A határ őrizésére az 1756 julius 13-diki[11] rendelet értelmében a katonaság alkalmaztatott. A rendelkezések megtartásának ellenőrzésére királyi egészségügyi biztosokul (Commissarii Regii sanitatis) Forgách Ferencz gróf és Sztáray Imre gróf neveztettek ki,[12] előbbi az Erdélylyel szomszédos, utóbbi a Lengyelországgal határos megyékbe.

Brassónak említett külvárosában ez idő alatt azonban naponta több és több megbetegedés történt. A betegeket eleinte a körülzárt házakba szállitották; midőn pedig a betegek ezekben már nem fértek, a város két viskót kinevezett kórháznak, de felszerelést nem adott hozzá. Három hétig veszekedett Chenot, míg a legszükségesebb berendezési tárgyakat sikerült megkapnia a város tanácsától. Junius 20-dikán egyszerre 12 új megbetegedést jelentettek. Junius 23-dikán a munkával agyonterhelt Chenot is megkapta a pestist, a melyből azonban julius 4-dikére — bár a betegség lefolyása igen súlyos és szabálytalan volt — szerencsésen felgyógyult.

Julius 1-jén a Sanitatis Commissio elnöke — egy táborszernagy — Brassóba utazott, de nem ment be a városba, hanem a Barcza folyó balpartján táborozó csapatoknál maradt. A brassói magistratus pedig kijött a folyó jobbpartjára s igy tanácskoztak a járvány ellen elrendelendő intézkedésekről, különösen a ragályozottak elkülönitéséről és élelmezéséről. Ennek folytán biztosokat neveztek ki, a kik a ragályozott házak egészséges és beteg lakóinak élelemmel való ellátásáról gondoskodtak. Azonfelül a külvárosban még két házat rendeztek be kórháznak s ezeket, habár lassan, de mégis felszerelték, sőt október végére a harmadik pestis-ház is kész volt.

Augusztus 6-dikán meghalt pestisben az a fiatal seborvos, a ki Chenot-t betegsége alatt helyettesitette. Ez a haláleset nagyon meg-

[1] *Hammerschlag.* Ueber das Verhalten des specif. Gewichtes des Blutes in Krankheiten. Centralbl. f. klin. Med. 1891. 44. sz. 836. l.

[2] *Jaksch.* Ueber d. Zusammensetzung des Blutes gesunder und kranker Menschen. Zeitschr. f. kl. Med. 23. kötet, 187. l.

[3] *Askanazy.* Ueber den Wassergehalt des Blutes etc. Deutsches Archiv f. klin. Med. 59. kötet, 440. l.

[4] *Scholkoff.* Zur Kenntniss des specif. Gewichtes des Blutes etc. Inaug.-Dissert. Bern. 1892. 9. l.

[5] *Felsenthal u. Bernhard.* Zur Kenntniss d. specif. Blutgewichtes kranker Kinder. Arch. f. Kinderheilk. XVII. kötet, 347. l.

[6] *v. Noorden.* Lehrb. d. Pathologie d. Stoffwechsels. Berlin. 1893.

[7] *E. Maxon.* Untersuchungen über d. Wasser- und Eiweissgehalt d. Blutes etc. D. Archiv f. klin. Med. 53. kötet, 413. l.

[8] L. c. 143—147. l.

[9] Linzbauer No. 431.

[10] „ No. 432.

[11] „ No. 434.

[12] „ No. 438.

döbbentette a brassóiakat s ettől fogva kezdték beismerni, hogy tényleg pestissel van dolguk. A betegek elkülönítésére nagyobb gondot fordítottak. A magistratus rendeletet adott ki, hogy mindenki köteles betegét az ápolóknak kórházba szállítás végett átadni. A czélt azonban nem sikerült elérni, mert a nép ellenszegült; házaiba zárkózott, az ápolókat megkövezte. Az elkeseredést növelte az ápolók embertelensége is, a kik néhány beteget, szekér- és hordágy hiányában úgy czipelték végig az utczán félhalva.

Igy csak az jutott a kórházba, a kit az ápolók épen orozva el tudtak fogni, mindazonáltal a 60 ágyas kórház csakhamar megtelt. Ennélfogva ismét nem tudták az új betegeket elhelyezni, mert egész augusztusban oly hevesen dühöngött a járvány Brassóban, hogy naponkint 10—12—20 halálozás is fordult elő. Ilyen körülmények között kénytelenek voltak a szerencsétlen oláh külvárost sorsára hagyni és minden igyekezetüket a másik két külváros és a belváros megvédésére fordították, a mi sikerült is. Augusztus elején ugyanis még négy doktor érkezett Bécsből Chenot segítségére: Bruckmann, Poltzer, Rollbeck és Cotschener.

Szeptemberben a járvány még inkább fokozódott az oláh külvárosban. Egy nap alatt 33 haláleset is fordult elő. Ez volt azonban a pestis utolsó fellobbanása, mert azután lassan-lassan engedni kezdett, úgy hogy november közepén már csak a kórházban voltak pestis-betegek, egyebütt a városban sehol.

Deczember elején már csak néhány beteg lézengett a kórházban, a kik már szintén meggyógyultak, csupán felfakadt bubóik nem voltak még behegedve. A brassóiak e miatt meggyanusították az orvosokat, hogy a beteglistákban egészségeseket is betegekként tüntetnek fel, abból a czélból, hogy kiküldetésük hosszabb ideig tartson. Vizsgálat rendeltetett el, a mely azonban a doktorok javára dőlt el.

Deczember 23-dikán három új beteg jött a kórházba; január 26-dikán még kettő. Ezek voltak az utolsók. Több eset azután már nem fordult elő. 1757 márczius 3-dikán a contumacia is megszüntettetett a fertőzött helyek és egész Erdélyre nézve; a királyi biztosok pedig felmenttettek állásuktól, miután a járvány megszünt.[1]

Érdekesnek tartom Chenot munkájából szó szerint közölni a következő táblázatot, mely áttekintést enged az egész járvány lefolyásáról.

	Az 1755—56-diki erdélyi pestisjárvány.	Megbetegedett	Meghalt	Gyógyult
Brassói kerület	A városban és a két másik külvárosban:			
	Altstadtban és Blumenauban	62	51	11
	Az oláh külvárosban	2532	1711	821
	A négy úgynevezett összefüggő faluban: Türkös, Hosszúfalu, Csernátfalu, Balsfalu és a szomszédos malmokban (ma: Hétfalu)	2777	1589	1188
	Pertlauban	114	62	52
	Petersberg faluban	178	128	50
	Zernyesten	711	522	189
	Zajzonban	112	82	30
	Honigsburg faluban	10	9	1
Fogarasi kerület	Pojana morulniban	127	109	18
	Holbachban	54	40	14
	Összesen:	6677	4303	2374

Mint a táblázatból is látható, a betegeknek átlagban körülbelül 66%-a halt meg. Rendszeres orvosi kezelésben a betegek közül csak 414 részesült; közülük meghalt 172 = 41%, meggyógyult 242.

Filep Gyula dr.
közegészségtani tanársegéd a kolozsvári egyetemen.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A hólyagbetegségek mai állása.

Közli: **Novotny Lajos** dr. kir. tanácsos.

Irodalom. Antal Géza. A húgyszervi bántalmaknak sebészi kór- és gyógytana. — A belgyógyászat kézikönyve V. kötet. Plósz, Korányi, Puky, Réczey, Janny, Tauffer. — Guyon. Die Krankheiten der Harnwege. — Posner. Diagnostik u. Therapie der Harnkrankheiten. — Nitze. Lehrbuch der Cystoskopie. — Thompson. Die Krankheitender Harnwege. — Guyon. Harnblase und Prostata. — Ultzmann. Krankheiten der Harnblase. — Fürbringer. Die Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. — Güterbock. Die Krankheiten der Harn- und männlichen Geschlechtsorgane. — Brik. Vorlesungenüber Krankheiten der Harnorgane. — Burckhardt. Endoskopie und endoskopische Therapie. — Zuelzer. Klinisches Handbuch der Harn- und Sexualorgane. — Novotny Lajos. A húgyszervek betegségeinek felismerése. I. köt. (mely könyvből a gyakorlatot érdeklő e rövid összefoglaló szemle részben kikerült). — Novotny Lajos. A hólyag gümőkórja. (Különlenyomat) Orv. Hetilap 1893. — Novotny Lajos. A húgycsapolás kóresetek kapcsán. Orv. Hetilap 1889. — Novotny Lajos. Ujabb adatok az Antal-féle húgycsőtükrözéshez. Orv. Hetilap 1892. — Novotny Lajos. A gát zúzódása. Orv. Hetilap 1899. — Róna Sámuel. A bujabetegségek. — Centrbl. der Harn- u. Sexual-Organe évfolyamai 1900-ig. Továbbá a szövegben feljegyzett közlemények.

A húgyhólyag mélyen van elrejtve a medenczecsontok között, de azért mégis gyakran betegszik meg. Védett helyzete nem biztosítja a betegségek ellen, gyakran hallunk vizeletnehézségekről panaszkodni. A vizeletnehézség és a hólyagbaj úgy szólván elválaszthatlan két fogalom lett az idők folyama alatt. Nem minden vizeletnehézség oka azonban hólyagbetegség, a hogy azt sokszor a panaszokból következtetjük, s épen ennek tulajdonítható azon sokszor hibás therapia is, melylyel a gyakorlatban találkozunk.

A hólyagbetegségekben — mint a betegségekben általában — a tünetek s a panaszok után indulunk s ezekből igyekszünk a bajt felismerni. Úgy ám, de a húgyszervek betegségeiben, egymástól teljesen elütő bajaiban ugyanazon panaszokkal áll elénk a beteg. A panaszok felett azután eligazodni, hogy a bajt felismerjük, sokszor nagyon nehéz, különösen, ha nincs útbaigazító cardinalis tünetünk s ha továbbá nem üthetünk fel egy rövid útmutatót, orvos és betegre nézve egyaránt hasznos vezérfonalat, mely egyes betegségek között a határvonalat feltünteti. Mindnyájan tudjuk például, hogy a hólyag, mint minden szervünk, idegbehatás alatt áll, de arra kevésbbé gondolunk, hogy épen az idegek behatása alatt oly tünetekkel, illetőleg panaszokkal jön hozzánk a beteg, mintha valamelyes gyuladásos húgyszervi baja volna. Fájdalomról s gyakori vizelésingerről szólván a fel nem ismert tabes incipiensben a panasz, katheterhez nyúlunk, hólyagmosáshoz fogunk a cystitis leküzdésére, holott a vizelet tiszta, átlátszó. De még inkább megtéveszt bennüket az eset, ha a fájdalom s gyakori inger mellett a vizelet zavaros, mert ekkor a cystitis három kardinális tünete mellett még könnyebben elfelejtjük, hogy a vizelet zavarosságát más is okozhatja, nemcsak a geny. Ideges betegek gyakran üritenek zavaros vizeletet, a phosphaturia váltakozik náluk tiszta, átlátszó vizelettel s így ha a cystitis ellen irányuló beavatkozásunkkal tényleg cystitist okoztunk, vajmi nehéz lesz az így elkezelt betegnél a diagnosis; s csak hosszú megfigyelés alatt, gyakran csak a tabes határozottabb tünetei mellett ismerjük fel a hólyag ideges baját s az ehhez társuló artificialis cystitist.

Igy állván a dolog, nem csodálkozhatunk azon, hogy a gyakorlatban oly előszeretettel irányitják a beteget a specialistához.

A húgyszervek bajaival foglalkozó nagyobb munkák az egyes tünetek és jelek birálatában oly terjengősek, oly szőrszálhasogatók, hogy az elvont fogalmak nagy halmazából valódi művészet kihámozni a gyakorlatra hasznosat.

Fájdalmas vizelés, tenesmus, genyes vizelet, cystitisnél és pyelitisnél egyaránt fennállhat s így útmutatóval kell birnunk a differentialis diagnosisra; s ha az megvan, felismertük a betegséget. A szaklapokban az egyes közlemények jól s rosszul épen ez irányban haladnak, abban az irányban, mely az orvost a betegség felismerésére vezeti, mely a helyes s az igaz diagnosis megállapítására szolgál. A közlemények azonban, melyek elszórva hol itt, hol ott jelennek meg, csak azon esetben válnak hasznunkra, ha teljes anatomiai és élettani alapon megalkotjuk magunknak ama vázat, melyre az ismereteket felrakjuk, s melyek lassanlassan tömörülve, világos útmutatónk lesz a betegségekben. A hólyagbajok között a gyuladásos betegség souverain helyet foglal el; gyuladással találkozunk lépten-nyomon. A daganatok, a kőbajok ritkák. Az anatomiai s physiologiai ismeretek éppen arra valók, hogy pl. a pyelitist ne nézzük hólyaglobnak; a prostatitist, az urethritist zaklató jelenségeivel hevenyes cystitisnek; hogy a pyelo-cystitisnél kikutathassuk az első bajt, vajjon a cystitist a pyelitis követte-e avagy megfordítva a pyelitis volt-e az első baj. *Bazy* (1899) pseudocystitis, pseudopyelitis czimen egy sorozat kóresetet hoz fel, hol részint a hiányos vizsgálat, részint a kivált sók miatt zavaros vizelet téves irányba terelte a gyógyítást.

* * *

A betegségek felismerésére vonatkozólag újabban a diagnostika helyesebb irányba terelődött. Régebben bizonyos határozott irány volt észrevehető, s hol csupán a beteg panaszaira helyeztek súlyt, hol pedig a vizeletvizsgálatra; fontosságot tulajdonítva például a hólyag és vesebaj diagnosisában, hogy lúgos vagy savi vegyhatású-e a vizelet. Majd jött idő, midőn mellőzve ezen eljárásokat, a vizsgáló eszközök alkalmazására helyezték a fősúlyt.

Igy lassan-lassan az idők folyása alatt hol egyik, hol másik módszer kerekedett felül s vált divatossá, míg végre a mai vizsgáló módszerhez jutottunk, mely változni a jövőben csak annyiban fog, hogy a módszer egyes phasisai tökéletesebbekké válnak. Ez újabb irány a diagnostikában: hogy meghallgatjuk a beteg panaszait, melyekből a betegség tüneteit felismerjük, képezvén ez a tüneteken alapuló diagnosist, mely után a vizeletvizsgálathoz fogunk, mely pontos adatokat nyújthat arra nézve, hogy a tüneti diagnosis helyes, hogy a legnagyobb mértékben valószinű; végül a vizsgáló eszközökhöz nyúlunk, melyeket a modern technika mind nagyobb praecisitással állít elő, hogy bennünket a diagnosis igaz voltáról meggyőzzön.

Ez utóbbi módszer lényegében igen fontos. A betegvizsgálatkor u. i. azt tapasztaljuk, hogy érzékszerveink sokszor hiányosak, elégtelenek a vizsgálatra, mely okból segédeszközökkel látjuk el magunkat. A húgyutak mélyében pl. csak az ujjaink között levő sondával, mintegy meghosszabbított ujjunkkal tapogatózhatunk, a hólyag belsejét szabad szemmel nem, csak a hólyagtükörrel nézhetjük meg s magát a betegséget okozó mikrobionokat csak nagyító alatt láthatjuk s így tovább. A modern technika ez eszközeivel azonban — mint a tapasztalat bizonyítja — a húgyszervek betegségeinek felismerése korántsem elegendő.

[1] Linsbauer Nr. 452.

A műszerek ugyanis, a mint azt tapasztaljuk, a betegség csak egy bizonyos phasisában használhatók fel a betegség felismerésére, mert pl. a bacillust a köpetben és a húgyban csak a gümők szétesése szakában tudjuk kimutatni, tehát a betegség már egy előrehaladott phasisában, holott a vérzés és másnemű klinikai tünetek már előre jelzik a bajt, képezvén ezek például a tüdőnek és a hólyag gümősödésének prodromal stadiumát.

De nem lehet és nem is lesz kielégítő azért sem az instrumentalis vizsgálat, mert kivitele a húgyszervek betegségeinél sokban eltér más szervek instrumentalis megvizsgálásától. Nem ronthatunk hamarosan a betegnek műszereinkkel, hanem óvatosan, a kórelőzmény meghallgatásával, a beteg által érzett és észlelt tünetek figyelembe vételével, hogy úgy mondjam az ezek által kijelölt irányban alkalmazhatjuk csak az instrumentalis vizsgálatot. Mert, ha mindezeket nem méltatjuk érdemük szerint, beavatkozásunkkal súlyos, gyakran az életet veszélyeztető következmények okozóivá leszünk. A fülgyógyászatban a fültükör alkalmazása például közönyös dolog a betegre nézve. Nem így azonban a húgyszervek bajainál! Húgycsőfolyásnál például a sonda applikálása a fertőző anyagot a hólyagba tolja, hólyagvérzésnél katheterisatiora a baj intensivebbé válik, más esetekben pedig magas lázak állhatnak be.

Az újabb kor hiú ábrándja, mely a physikalis vizsgálatban, az eszközökben kereste a betegség felismeréséhez vezető kizárólagos módszert, ily módon lassan szétfoszlott.

A mai kor realis embere e tapasztalatok alapján visszatért a régiektől ápolt ösvényre s a betegség tüneteit modern eszközeivel csak a biztosság niveaujára igyekszik emelni.

A megfigyelés fegyelmezettsége, az instrumentális vizsgálat okszerű alkalmazása, a váladékok gondos átvizsgálása lesznek tehát együttvéve azon tényezők, melyek a betegség felismerésére fognak vezetni.

Tökéletesitett műszereivel kezeiben lassan-lassan tudatára ébred majd annak, hogy azok — egyes eseteket kivéve — nem arra valók, hogy a kórisme felállítására szolgáljanak, hanem hogy általuk azoknak igazságáról győződjék meg, mit a tünetekből már a priori megállapított.

A hólyagkő tünetei például karakterük sajátosságánál fogva figyelmet keltenek, a kő diagnosisa tehát valószinű; a sondával keltett kőhang azonban biztossá teszi a kórismét. A hólyagdaganat sajátos vérvizeléssel jár, a cystoskop-lelet kétségen kivül helyezi jelenlétét, melyet sok esetben az anamnesis, a habitus s egyéb körülmények alapján már a priori felvettünk.

Mindezen felsorolt körülmények nagy jelentőséggel birnak a gyakorlatra nézve, mert a tünetek gondos megfigyelése oly helyzetbe hozza az orvost, hogy képes lesz a betegséget felismerni még akkor is, ha nem rendelkezik valamelyes modernül pompázó műszerraktárral, mert e mellett az eszközökkel való bánásmódot is meg kell tanulni, úgy, hogy annak hasznát vehesse, nagy fáradtságot, türelmet s tapasztalatot igényel. Mert egyszerű dolog például a húgycsőtükör applikálása hallomás vagy olvasás útján, de nehéz e manipulatiot a beteg hasznára fordítani. A mily ügyes valaki, teszem a sonda-bevezetésben, épen oly járatlan lehet abban, hogy e remeklésből hasznosan következtessen . .

Thompson és Guyon, hazánkban Antal igyekeztek érvényre juttatni azon eljárást, mely a betegség felismerése végett a tünetekre helyezi a fősúlyt. A tünetek jelzik az irányt, melyben a physikalis vizsgálatot végrehajtjuk s jelzik az instrumentalis beavatkozás szükséges, avagy szükségtelen voltát.

Eszközeink arra valók, hogy azokkal a kórisme biztosságát feltüntessük.

S bátran elmondhatjuk, hogy ezen a tüneteket alaposan mérlegelő irány követése sokban előnyös leszen a betegre és orvosra egyaránt. Biztosítja az emberséges bánásmódot, nem tetézzük a szenvedést szenvedéssel s műszereinket a beteg testén csak akkor applikáljuk, ha arra valóban szükség van. De megtanít a műszerekkel való bánásmódra is, emeli a gondos figyelmet, tapintunk, hallunk, látunk a czélnak megfelelőleg. Megment sok tévedéstől s a klinikai tüneteknek tanulmányozása mellett útját állja a modern nagyképüsködésnek. A mikroskop, a sonda s az endoskop becses voltuk tudatában szerényen vonulnak vissza, hogy adandó alkalommal diadalmasan döntsenek a klinikai tünetek útvesztőjében. Nem kapkodunk modern eszközeinkhez, ha kevés figyelem s egy kimagasló tünet is már felvilágositást adhat. Nem nyúlunk a fedőlemez után, hogy kétes esetekben a gonococcust kierőszakoljuk; mert hisz az az orvos ugyancsak embere legyen a mai fejlett technikának, mert hiszen végre is csak oltási és tenyésztési kisérletek után mondhatja ki majd a döntő szót. Nem alkalmazzuk a húgycsőtükröt ott, hol a klinikai kép teljesen kielégitő, nem erőszakoljuk a sondavizsgálatot ott, a hol a húgycsőcallusban találjuk fel a vizelési nehézség okát.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Freiherr A. v. Notthafft. Taschenbuch für Dermatologen und Urologen. München, 1900. Seitz & Schauer. 217 l. Ára 5 korona.

Uj vállalat, melynek czélja a szakemberek magánjegyzeteit pótolni, de a mely semmiképen sem akar dióhéjba szorított dermatologia és urologia lenni. A könyvecske nem tankönyv, hanem adatgyüjtemény; s a tárgy összeválogatásánál a szerző rendkivül bőkezű volt, mert sok olyant vett fel (csecsemők táplálkozási és súlyviszonyai, a táplálékok kihasználása, összetétele, értéke; testsúly és fogzási tabellák, chemiai és gyógyszertani adatok, gyógyszer-expeditioi jegyzetek stb.), a mit dermatologusok almanachjában aligha vártunk volna.

Az utóbbi, a specialistákat inkább érdeklő rész azonban szintén igen gazdag. Nagy szorgalommal összegyüjtött adatokat ad a bőrnek és urogenitalis rendszernek anatomiai és szövettani viszonyairól; részletesen foglalkozik a vizeletnek és a secretumoknak vegyi és górcsövi vizsgálatával, a bakteriologiai eljárásokkal, gondos fejezetet szentel az instrumentalis technikának; igen jó azon elvek és tudnivalók összefoglalása, melyeket szegényalapok terhére rendelő specialisták szem előtt tartsanak. Talán kevésbbé sikerült a dermatologiai és urogenitalis praxisban használtatni szokott gyógyszerek rövid ismertetése, mert teljesen felesleges szerekre (bismal, betol, bromalin, cutol, diaphtherinum, lysidinum, lithiopiperazinum, menthoxol, naphtoxol, thilanin, thiophen, traumatol stb.) is kiterjed, és nem gyakorol elég kritikát, noha, mint pl. a naphtalannál, melyet teljesen elvet, itt-ott mutatkozik az egyéni felfogás.

A therapiás rész (48 l.) inkább rövid kivonata főleg a bécsiek elveinek; jó, gyakorlati értékű fejezetek ellenben a hibák, hibaforrások, össze nem férő szerek, óvatossági szabályok ismertetésével foglalkozók. Egészen értéktelen az a pár sor, melyet az elektrotherapiának szentel, mert nagyon fontos dolgokat (Röntgenezés, sinusoidalis áramok stb.) egészen kihagy, a physikai egységekből a legfontosabbakat (Watt, Coulomb, az utczai áramok felhasználására vonatkozó számitásokat) nem emliti, a közölt eljárásokban pedig hibákat csinál. Az elektrolytikus epilationál egyetlen szőrt 20—30 perczig villanyozni lehetetlenség. A kataphoresisnél pedig változtatni kell az áram irányát, nem pedig mindig a negativ polussal dolgozni.

A felsorolt fürdők között hazánk a Hunyady János és Ferencz József-keserűvíz forrásokkal szerepel csupán; ref. meg fogja kisérelni e mulasztásnak egy esetleges későbbi kiadásban való pótlását. A dermatologusok névsora, a melyet a kiadó a munkához csatolt, nagyon hiányos. Sajnálattal nélkülözzük a franczia, angol, orosz stb. intézeteket, valamint pl. a berlini tanerők között *Lassar*, *Joseph*, *Heller*, *Posner*, *Nitze*, *Casper*, Königsbergből *Caspary*, Lipcséből *Friedheim* nevét, valamint a hamburgi iskola megemlítését. Tiltakoznunk kell az ellen, hogy notorius hirdetők, mint Kajdacsy, Noël stb. a budapesti bőrgyógyászok között szerepeljenek; örvendetes meglepetéssel értesültünk különben e könyvből arról, a mi eddigelé ismeretlen volt előttünk, hogy Hunyad-Kristyóron, Dolmány-Jenőn, Oklándon, Szent-Endrén, Páty-Jenőn, Nadrágon, Szászkabányán stb. is működnek dermatologus collegák.

Mindent összevéve, e munka nagyon ügyesen van összeállítva, s néhány kisebb hibája mellett értékes, praktikus mementot képez a szakember kezében. *Nékám.*

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A localis dispositio, a meghülés és a testedzés magyarázatára végzett állatkisérleti eredményeiről számol be *Kisskalt. Fodor* tanár ama felfedezései, hogy fertőzések alkalmával a vér alkalicitása csökken, ha az állat tönkre megy, ellenben növekszik, ha az állat a fertőzést túléli, továbbá, hogy alkaliás anyagnak a vérbe való fecskendezése által az állatok ellenállóképessége az anthraxszal szemben növelhető, azt a gondolatot keltették benne, hogy vizsgálata tárgyává tegye, vajjon arterialis vérbőség előidézése tényleg ellenkező hatással lesz-e a bakteriumok fejlődésére, azaz, hogy növeli-e az illető szövetek dispositioját a bacteriumok megtelepedésére. Számos irodalmi adat (*Hermann*, *Kasparek*, *Nékám* stb.), valamint saját kisérletei is ezt kétségtelenül beigazolták. A továbbiakban a meghülést és az edzést is igyekezett e theoriával összhangzásba hozni. Az előbbire vonatkozólag azt találta, hogy minden meghülésnél a bőr véredényeinek contractioja által a belső szervekben és a nyálkahártyákon arterialis vérbőség okozta fokozott dispositio szerepel, oly tény, mely a lehűtött állaton is utánozható. A test edzése ellenben a hideg behatásával szemben azzal a következéssel jár, hogy a bőr vérerei már nem jutnak minden hidegség ingerre oly gyorsan és könnyen contractioba és igy ama dispositio sem jöhet oly könnyen létre. További feladatának tekinti ama kérdések megoldását, miáltal van feltételezve a szövetek dispositioja arterialis vérbőségnél és minő befolyással van az utóbbi a már jelenlevő betegségekre. (Münch. med. Wochenschr. 1900. 4. sz.) *Hönig Izsó* dr.

A húgysavas infarctusok keletkezéséről. *Schreiber* húgysavinfarctusokat igyekezett a vesében állatoknál előidézni, hogy keletkezésük módját megismerhesse. Tiszta eredményt nem kapott, azonban azon következtetést állítja fel belőlük, hogy a húgysav-infarctusoknak a vesében létrejötténél két ok szerepel: egyrészt a fokozott húgysavkiválasztás, másrészt a vese epitheljének bántalmazottsága. Az újszülöttek húgysavinfarctusainál is ezen két momentumot veszi fel. (Zeitschr. f. klin. Med. 38. kötet.) *Kövesi Géza* dr.

A diphtheria-bacillus előfordulása egészséges emberek szájnyákhártyáján. *Kober* diphtheriás beteggel érintkező 128 egyén közül 15-nél talált kétségen kivüli diphtheria bacillust. Ezek közül 5-nél gyenge anginát észlelt, a többinél a garat egészen normalis volt. Egy gyerek közülök a vizsgálás utáni hatodik napon diphtheriában megbetegedett A bacillusok a többieknél átlag 13 nap multán tüntek el. 600 teljesen egészséges, diphtheriás beteggel látszólag nem érintkező gyermek közül 15-nél talált diphtheria-bacillust a garatban, de ezek közül tengeri malaczra nézve csak öt volt pathogen. Pontos utánjárásra az is kiderült, hogy ezek a gyermekek érintkeztek olyan személyekkel, a kik diphtheriás betegek körében megfordultak. (Centralbl. für. Bakter. 1900. 3. sz.) *Filep* dr.

A lépfene-spórák ellenállási képessége. *Otsuki* vizsgálatai alapján következő eredményekre jutott: 1. A lépfene-spórák ellenálló képessége nemcsak eredésüktől, hanem koruktól is függ: a kiszára-

dással párhuzamosan egy bizonyos fokig növekedik. 2. Ettől eltekintve, az ellenállási képesség hosszú ideig egyenlő marad, ha a spórákat alacsony hőmérséknél exsiccatorban tartjuk. 3. A hőmérséknek, a melynél a sporulatio történik, nincs befolyása a spórák resistentiájára. 5. A spórákkal beitatott anyagot alacsony hőmérséknél és lehetőleg gyorsan kell kiszárítani. 6. A fertőtlenítő szer hatása függ attól az anyagtól is, a melyre a spórák rá vannak szárítva. A porosus anyagokon tapadó spórák nehezebben pusztíthatók el, mint a síma felületen levők. Ugyanezen oknál fogva a spórák látszólagos ellenállási képessége annál nagyobb lesz, minél sűrűbb volt a beitatásra használt emulsio. 7. Legjobb az anthrax-spórákat kvarczhomokra szárítani. (Hyg. Rundschau, 1900. 4. sz.) *Filep* dr.

Belgyógyászat.

Kicsiny digitalis-adagoknak hosszú időn át használata. *Kussmaul* e czím alatt egy betegének kórtörténetét közli, ki egy hónap híján 7 év alatt 305 gr. digitalist használt el, napi 0·10 gr.-nyi adagokban por alakjában és kinél soha ez idő alatt digitalismérgezés vagy cumulativ hatás nem jelentkezett. Az illető endoarteritikus alapon nyugvó szívizomelfajulásban szenvedett, a mi tachycardikus rohamokban, opressio érzésben és dyspnoëban nyilvánult; zörejek a szív fölött nem voltak hallhatók, azonban balszívtúltengés és súlyos arythmia már régebben fennállott. A digitalis e betegnél egyáltalában nem érvényesítette toxikus, hanem csakis pharmakologikus hatását; segélyével a beteg állapota hosszú éveken keresztül tűrhető volt, miglen a szintén endoarteritikus alapon kifejlődött zsugorvese a szív erejét végleg ki nem meritette. Ekkor a szervezet a digitalis szokott kis adagjaira már nem reagált oly promptan nagyobbfokú vizeletkiválasztással és nagyobb adagjai (0·40 pro die) nagyfokú bradycardiát eredményeztek. Kussmaul melegen ajánlja megfelelő esetekben ez eljárását. (Therap. d. Gegenwart. 1900. 1. és 2. füzet.) *Surányi Miklós* dr.

Sensoriás epilepsia két esete. *Fleury* két epilepsia-esetet közöl, melyekben az első tünetek fülzúgásban és hyperacusiás rohamokban nyilvánultak, melyekhez csak később csatlakoztak görcsök. Mind a két esetben meg volt zavarva a gyomorbélcsatorna működése, és ennek rendezése, pontos diaeta követése jó hatású volt, míg az ettől való eltéréskor az állapot rosszabbodott. (Revue neurol. 1900. 3. sz.) *—ts.*

Csigolyatörés és térdarthropathia. *Chipault* egy betegének gerinczoszlopa a 3. és 4. háti gyökerek táján sérülést szenvedett; e törést paraplegia, érzési, vizelési és székelési zavarok és felfekvések követték. Egy hónappal később a térdek helyi ok, láz és fájdalom nélkül megdagadtak, a csontvégek megvastagodtak és a Röntgen-felvételek mutatták, hogy a ligamentumokban csontosodás támadt. Arthropathia hasonló okból igen ritkán észlelt jelenség. (Revue de neurologie. 1900. 3. sz.) *—ts.*

Anginához társult endocarditisről értekezik *Roeger*. 120 anginaeset közül 24-nél, tehát 20%-ban voltak szívzörejek megállapíthatók. Legerősebb volt e zörej a szívcsúcson a systole alatt, néha a IV. bordaközben a bal szegyszél mellett volt a legkifejezettebb. Legtöbbnyire fiatal (16—30 éves) egyéneken, és pedig leginkább nőkön volt e tünet észlelhető; a 6 férfibeteg is vérszegény, gyengén fejlett egyén volt. Az anginák valamennyi alakjai egyaránt találtattak szívzörejekkel szövődve, a nélkül, hogy az egyik vagy másik alakot praedilectioval kisérték volna. Feltünt, hogy a 24 komplikált eset közül 13 esetnél herpeshez hasonló efflorescentia lépett fel a mandulák és a környező szájnyákhártyán és az inyvitorlák nyálkahártyáján. Az észlelt szívzörejek, melyek átlag a betegség harmadik napján léptek fel, 14 esetnél 7—30 napi tartam után eltüntek, ellenben 10 esetnél állaedósultak a többi tünetek teljes eltünése után. Az esetek ezen aránylag magas arányszáma (8%), a melyeknél állandó szívzörejeket, tehát „szívbajt" hozott magával az angina, úgy látszik a mellett szól, hogy itt tényleges endocardiumgyuladás szerepel. A komplikáló endocarditis kezelése szigorú ágynyugalom és izgató italok kerülése mellett jégtömlőnek a szívtájra való helyezéséből állott. (Münch. med. Woch. 1900. 8. sz.) *Hönig Izsó* dr.

Veleszületett kétoldali teljes anosmiában szenvedő 60 éves nőt mutatott be *Placzek* a berlini orvosegyesületben. Csak erősen izgató anyagok, mint pl. ammoniák-oldat idézett elő csekély szúró érzést, mert az utóbbit vezető trigeminus-rostok épek. Megkisérlették e beteget strychninnel gyógyítani, hogy az esetleg jelenlevő csekély szaglóképességet fokozzák, de eredménytelenül. Az orrtükri lelet eltérést nem mutatott. P. hivatkozva Zwaardemaker hasonló esetére, ki a bonczolásnál az Ammon-szarv sclerosisát találta, azt hiszi, hogy betegénél ugyanazon helyen fejlődési rendellenesség van jelen, a tractus olfactorius atrophiájával. *Claude Bernard* is észlelte egy fiatal nő bonczolása alkalmával a szaglóideg teljes hiányát. (Berliner klin. Wochenschrift, 1899. 51. sz.) *F—r.*

A neurasthenia gyógykezelésére nézve hasznos utasításokat találunk *Dornblüth* czikkében. Mindenekelőtt megkülönböztet acut és chronikus neurastheniás állapotot. Az előbbinél első és legfontosabb követelmény szerinte a *nyugalom* és pedig lehetőleg az ágyban; egyes panaszok, álmatlanság, gyomorzavarok, szédülés, fejfájás stb., sokszor feltünően engednek egyszerű nyugalomra, a mely az ideggyengeség fokához képest 8 naptól 6 hétig terjedhet. Ezen testi nyugalom alatt a szellemi pihenés természetesen szintén szigorúan keresztülviendő. E mellett kiváló fontosságú a czélszerű *diaeta*: az alkoholtartalmú italok szigorúan kerülendők, mert az amúgy is elgyengült idegrendszert pillanatnyi felkorbácsolás után ellankasztják. Harmadsorban ajánlja a a *hydrotherapiát* és pedig vagy *Priessnitz*-féle borogatások vagy 4 perczig tartó 22—25° R. félfürdők vagy pedig ugyanilyen hőfokú nedves begöngyölések alakjában. Az általános kezelés negyedik tényezőjeként az *általános faradisatiot* alkalmazta sokszor jó sikerrel. Végül nélkülözhetlen lánczszeme a kezelésnek a *psychotherapia*, azaz a beteg suggestioja. Ezeken kivül azonban sokszor specialis rendelésekre is leszünk utalva; főkép a beteg szegényvérűsége fog sokszor alkalmat adni gyógybeavatkozásra, ily eseteknél a *Krewel*-féle sanguinal pilulaktól (3×2—3 labdacs pro die) és az arsentől (3×1/3—2/3 mgm. pro die) látott jó hatást. A neurasthenia *depressiv* alakjainál feltünő eredményeket ért el a *codeinnel* (kezdve 3×0·01 felmenőleg 3×0·10 pro die): az idegrendszer működési képessége lényegesen fokozódik és maradandó javulás áll be. Egyes eseteknél a *sanatoriumi* kezelés válik szükségessé, főkép a chronikus neurastheniánál fogjuk ennek jó hasznát látni, mert rendszeres intézeti kezelés mellett a betegek rendezett életmódra szoktathatók és munkakedvüket visszanyerik. De kiemelendő, hogy előbb feltétlen szükséges a betegséget megszüntetni vagy legalább lényegesen enyhíteni, mert a korán megkezdett testi vagy szellemi túlerőltetés könnyen visszaesést okozhat. (Münch. med. Woch. 1900. 3. sz.) *Hönig Izsó* dr.

Sebészet.

A colostomia iliacanak egy új módját tárgyalja *Gangolphe* 16 műtett eset kapcsán. A műtét lényege az, hogy a kihúzott colonnak mintegy 5—6 cm.-nyi darabját strangulálja kétszeres lekötéssel. A strangulált darab lelökődése után az odavezető és elvezető kacs nyilása hegszövet által el van egymástól különítve s a bélsár bejutása az alsó béldarabba nem fordulhat elő. A műtétet két szakaszban hajtja végre. Az első műtétnél kis incisiot készítvén a hasfalon és peritoneumon, a flexura sigmoideát előhúzza, a mesocolonon 3—4 mm.-rel tapadása előtt vastag kettős selyemfonalat húz át, a fonalat kettévágja, a két szárat keresztezi, s a mily erővel csak lehet, jobb- és baloldalt leköti vele a colont úgy, hogy annak mintegy 5—6 cm.-nyi darabja legyen strangulálva; a strangulatio helye mögött egy ujjnyival a belet sero-serosus varratokkal a peritoneumhoz varrja; az izmokat és bőrt is összevarrja, csak annyi teret hagyva, hogy a bélkacs kiférjen; jodoformgaze-kötés. 48 órával e műtét után a lekötött bélkacsot thermokauterrel szélesen megnyitja, a lekötő fonalakat ollóval átcsapja. 16 beteget operált ily módon; lethalisan egyik eset sem végződött, nagyobb kellemetlenségeket az operatio nem okozott. Az anus praeternaturalis, mely ily módon képeztetett, a bőr szinén fekszik s egyszerű pelottával jól elzárható, úgy hogy a betegek újra foglalkozásuk után láthattak. (Revue de chirurgie, 1900. febr.) *Pólya Jenő* dr.

Psorospermiose infectante généralisée néven *Alexandre Posadas* (Buenos-Ayres) Wernicke tanár laboratoriumából egy tumorképződéssel járó kóralakot ismertet, melyet aetiologice egy a sporozoák osztályába tartozó protozoával hoz összefüggésbe. Egy addig egészséges egyénnél az arcz és bal czomb bőrén és az czeknek megfelelő nyirokcsomókban tumorok keletkeztek, melyek fokozatosan nőttek és eláltalánosodtak. A bőrben keletkezett gombostűfej-, egész lencsenagyságú csomócskák, melyek kemények, indolensek és epidermissel fedettek voltak, nagy tumorokká nőttek, melyek kifekélyesedtek s karfiolszerű felületet tüntettek fel. Hasonló daganatok fejlődtek a nyirkcsomókban s a belső szervekben; az ily szervek tuberculosis miliaris által behintettekhez hasonlitanak. A csomók egy centralis óriássejtből állanak, mely a parasitát tartalmazza, ezt epithelialis sejtek veszik körül, míg a csomó peripheriáját embryonalis sejtek képezik. A kórokozó sporozoa kifejlődött állapotban egy körülbelül 25 μ átmérőjű, dupla fénytörésű hártyával körülvett, szemcsés protoplasmatömeg, mely igen resistens (csak 85—90°-nál pusztul el); úgy az óriássejtekben, mint a szövetek között szabadon található különféle fejlődési szakaszokban, melyek a sporozoák eddig leírt fejlődési alakjainak felelnek meg. Az általános fertőzést azonban csak a betokolt fejlődési szakaszuk (état adulte enkysté) és az erre következő alak (corps granuleux) közvetítik. Ez utóbbi abból áll, hogy a betokolt parasita protoplasmája nagy mennyiségű szemcsére esik szét, melyek az edényrendszerben keringve, végül egy phagocytába jutnak, itt körültokolódnak és új generatiot produkálnak, miközben a phagocyta óriássejtté változott át. Állatkisérletekből kitünt (majom igen hajlamos az infectiora, mely nála acutabb lefolyású, kutyánál a lefolyás teljesen megfelel az emberi formáknak), hogy akár tumordarabot, akár pedig nyirkcsomó darabot oltott be, akár subcután, akár más úton az állatba, egy az emberinek teljesen megfelelő generalizálódó psorospermosis fejlődött ki hosszabb-rövidebb idő alatt.

Mivel a parasitát az emberi tumorokban minden esetben megtalálta; mert állatokba oltva ugyanazon megbetegedést idézi elő mint embernél; mert ily experimentalis tumorokban állandóan ki volt mutatható; mivel ezen tumorokban más mikroorganismus hiányzik s végül mert experimentalis állati tumorokkal akár ugyanazon, akár más fajú állatot ismét fertőzni lehet: a leirt parasitát (sporozoát) tartja a tumorok kórokozójának. (Revue de chirurgie 1900. III. 10., pag. 277.) *Zimmermann* dr.

Bőr- és bujakórtan.

Kankó és házasság. Miután *Collari* (Palermo) a kankós megbetegedések óriási elterjedtségét és fontosságát ecseteli, a következő conclusiokra jut: 1. Nyiltan kell küzdeni a betegség ellen, fel kell a fiatalságot annak veszélyei felől világositani, ki kell tanítani őket arra, hogy miképen ismerjék fel a bajt, különösen, hogy gondosan kezeljék. Tartsuk őket mindenáron vissza a nősüléstől, míg teljesen ki nem gyógyultak. 2. A prostitutio ellenőrzése reformálandó. 3. Az iskolában is tanitani kellene az egyéni és társadalmi hygienét, hogy a fiatalságtól a venereás

betegségek veszedelmeit távol tarthassuk. 4. A vallásoktatásnál is szem előtt kellene az egészségtan törvényeit tartani, miután a népek egészségének és jólétének ez képezi alapját. (Journal des maladies cutan. 1900. 1. sz.) *M. T.*

Nagyfokú idiosynkrasia salicylhigany befecskendezéssel szemben. *Stark* egy esetet említ, melynél kétszer egymás után (10 napos időközökben) alkalmazott salicylhigany (10%-os suspensioból ol. paraffiniban ½ Pravaz-fecskendő = 0·05 Hg. salicyl.) intramuscularis fecskendezése után mindkét alkalommal rosszullét, hányás és kiterjedt higanyos exanthema jelentkezett, míg 0·1 calomel 1 gm. ol. olivarumban befecskendezve egészen jól tűretett. Szerinte tehát nem a higany, hanem a salicyl okozta az intoxicatiot. 250 intramuscularis higanyos befecskendezés közül (oldatlan sókkal) két esetben tüdő-embolust is látott fellépni. Mindkét esetben kedvező lefolyás. Ezért újabban a *Lesser* által ajánlott módszert alkalmazza az intramuscularis befecskendéseknél, t. i. a beszúrás után a tűt benhagyva a fecskendőt visszahúzza, hogy meggyőződjék, nem szivárog-e a tűből vér, annak jeléül, hogy visszérbe hatolt. Csak ha ez eset nem áll be, fecskendezi be lassan a folyadékot. Azóta embolust nem észlelt. Szerinte e módszerrel biztosabban el lehet az embolust kerülni, mint a *Möller* által ajánlottal, hogy t. i. csak bizonyos helyein a farpofáknak fecskendezzünk (a két trochanter majort összekötő vízszintes vonal felett). Sőt szerinte a legalkalmasabb hely az injectiokra a farpofák középső része. (Monatsh. f. pract. Dermatologie, 1900. 5. sz.) *M. T.*

A luetikus eredetű izületi megbetegedések gyógykezelésére *Pielicke* a következő orvosságot ajánlja: Rp. Hydrarg. bijodat. 0·1; Kalii jodati 5·0; Aqu. destill. 180·0; Vin. xerens. 20·0. M. D. S. Kétszer naponta egy evőkanállal. Ha az izületi fájdalmak ezen gyógykezelésre csökkentek, avagy teljesen elmaradtak, szerző inunctiokra és hypodermatikus injectiokra tér át. Oly esetekben, hol az izületekben fibrosus kötegek vannak, az antiluetikus gyógykezelés mellett Priesnitz-borogatások és massage alkalmazandók. (Szerző ezen gyógyszere a francziák által régen ajánlt és használt gyógyszerrel: Rp. Hydr. bichlor. corros. 0·1; Kalii jodati 10·0; Syrupi simplicis 240·0 jól helyettesíthető. Ref.) (Deutsche Ärztezeitung, 1898. 11. sz.) *Schik Károly* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Ferrum oxydatum lacte saccharatum Hübler. *Rommel*, a müncheni egyetemi gyermek-poliklinika segéde jó eredménynyel használja a gyermekgyakorlatban a fentnevezett szert, a mely nem annyira vastartalmú gyógyszer, mint inkább vérképző tápszer. Aránylag íztelen és a vasat könnyen oldódó alakban ¼% mennyiségben tartalmazza. Naponként 2—3 kávéskanálnyi mennyiségben adható. Rendesen gyengén purgáló hatása van, a mely ha túlságosra fokozódnék, az adag csökkenthető, vagy tannalbin adható hozzá 1:5 arányban. A szer elég olcsó (200 gr. 1 márka 25 fillér). (Therapie d. Gegenwart, 1900. február.)

Hetiszemle és vegyesek.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év tizenhetedik hetében (1900. április 22-dikétől április 28.-ig.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 489 gyermek, elhalt 346 egyén, a születések tehát 143-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 37·1. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 26·3, az egy éven felüli lakosságnál: 20·3, az öt éven felüli lakosságnál: 17·7. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 1, angina diphtheritica 2, pertussis 2, morbili 7, scarlatina 2, variola —, cholera asiat —, typhus abdominalis —, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 1, meningitis 10, apoplexia 5, ecclampsia 5, szervi szívbaj 12, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 77, tuberculosis pulmonum et phthisis 77, diarrhoea et enteritis 6, gastro-enteritis 2, rák és egyéb újképletek 9, ezek közül méhrák 2, morbus Brightii et nephritis 7, rachitis 3, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 20, atrophia et inanitio 4, marasmus senilis 18, erőszakos halálesset 11, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 4, baleset 3, kétséges 4 (—). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hó végén volt 2830 beteg, szaporodás e héten 900, csökkenés 898, maradt e hét végén 2832 beteg. *B)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi április 23-dikától április 29.-éig terjedő 17 héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 47 (41), diphtheria, croup 19 (19), hagymáz (typhus) 4 (2), kanyaró (morbili) 107 (82), trachoma 8 (7), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 20 (28), orbáncz (erysipelas) 18 (19), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1 (0), ezenfelül varicella 20 (14).

□ **Az országos orvos-szövetség igazgató tanácsa** 1900. május hatodikán *Kétly Károly* elnöklete alatt ülést tartott, melyen az igazgató tanács tagjai nagy számban vettek részt. Elnök kijelentette, hogy a belügyminister a nyugalom-díj és segélyzőintézmény alapszabályait jóváhagyta s hogy máris 40.000 koronát gyüjtöttek, mely összegnek kamatai nagy részt a kifizetések növelésére fognak szolgálni, ilyen módon az intézmény a tagokra szerfölött kedvező lesz. A legközelebbi kongresszus helyéül *Esztergomot* jelölték meg, napjául *szeptember 2-dikát* fogadták el. Felolvasták az „Otthon" hirlapirók egyesületének válaszát az igazgató tanács ama átiratára, a melyben az orvosoknak alaptalan vádakkal való hirlapi meghurczolása ellen intézkedést kért. „Az „Otthon" újságiró tagjai köszönettel veszik a figyelmeztetést és okulva belőle, a mennyire erejükből telik, rajta lesznek, hogy az eddiginél nagyobb óvatossággal fogadják a hasonló hireket." A fiókszövetségek fegyelmi rendjeinek alapszabályszerű felülvizsgálására, valamint a felebbezések előzetes tárgyalására bizottságot küldtek ki, melynek tagjai Hőgyes Endre tnr. elnöklete alatt: Jendrássik Ernő, Flesch Nándor, Farkas Benő, Varga Zsigmond, Dieballa Géza. A községi és körorvosok díjszabása ügyében kiküldött bizottság nevében Koreck György terjesztette elő a javaslatokat, melyeket a szövetség lapja egész terjedelmében közölni fog. Az alaptőkeszerző bizottság (Hochhalt Károly elnöklete alatt) jelentését Dieballa Géza mutatta be, s az igazgató tanács felhatalmazta a bizottságot, hogy a törvényhatóságokhoz fordulhasson alapítványok tételének, valamint a kormányhoz sorsjáték engedélyezésének kieszközlése czéljából. Ezután a fiókszövetségek felterjesztései nyertek elintézést s letárgyalták az országos orvosi rendtartást, végül elfogadták a kormányhoz intézendő memorandum szövegét, melynek főbb pontjai: 1. az elégtelenül dotált körorvosi állások fizetéseinek állami hozzájárulás által való kiegészítése, 2. a túlsok községből álló körök kisebbítése, 3. a kuruzslás ellen erélyes intézkedések, 4. a tiszti és törvényszéki orvosi vizsgálat átalakítása vagy megszüntetése, 5. a trachomaügy rendezése, 6. az 1876: XIV. (közegészségi) és az 1891: XIV. (betegpénztárak) törvények revisioja.

⊕ **A XIII. nemzetközi orvosi congressus magyarországi bizottsága** közli az érdeklődőkkel, hogy a jelentkezések határideje újabb intézkedések folytán junius hó végéig meghosszabbittatik. A tagokkal utazó nők nem részesülnek vasúti kedvezményekben; a franczia vasutak 50% kedvezményt adnak. A jegyek a congressus előtt legalább egy hónappal érvényesek lesznek. A congressus 24 szakosztályának helyiségei a következők lesznek Párisban: I. *Biologiai tudományok.* 1. Leiró boncztan, Collège de France, 6. terem; összehasonlító boncztan, Collège de France, 8. terem. 2. Szövettan és embryologia, Pavillons d'histologie et amphithéatre Cruveilhier (École pratique). 3. Physiologia, Amphithéatre de physiologie (Sorbonne); biologiai physika és chemia, Amphithéatre de physique et de chimie (École pratique). II. *Orvosi tudományok.* 1. Általános kórtan, Amphithéatre de pharmacologie (Faculté de médecine). 2. Bakteriologia, Institut Pasteur. 3. Kórboncztan, Amphithéatre de Cnantemesse (Faculté de médecine). 4. Belgyógyászat, Grand amphithéatre (Faculté de médecine). 5. Gyermekgyógyászat, Amphithéatre Turgot (Sorbonne). 6. Gyógytan, Amphithéatre du sud (École de pharmacie). 7. Gyógyszertan, Amphithéatre du nord (École de pharmacie) és Galerie (École de pharmacie). 8. Idegkórtan, Amphithéatre Richelieu (Sorbonne). 9. Elmekórtan, Amphithéatre de géologie (Sorbonne). 10. Bőrkórtan, Saint-Louis. III. *Sebészi tudományok.* 1. Általános sebészet, Grand amphithéatre (École pratique). 2. Gyermeksebészet, Amphithéatre Descartes (Sorbonne). 3. Húgysebészet, Hôpital Necker. 4. Szemészet, Amphithéatre de chirurgie (Hôtel Dieu). 5. Gégészet, Amphithéatre Nr. 3. (Faculté de droit). 6. Fülészet, Amphithéatre Nr. 4. (Faculté de droit). 7. Stomatologia, Grand amphithéatre de l'avenue Victoria. IV. *Szülészet és nőgyógyászat.* 1. Szülészet, Amphithéatre de physique (Sorbonne). 2. Nőgyógyászat, Amphithéatre de chimie (Sorbonne). V. *Médecine publique.* 1. Törvényszéki orvostan, Petit amphithéatre (Faculté de médecine). 2. Katonai orvostan, Grand amphithéatre (Val-de-Grâce). Médecine navale, Petit amphithéatre (Val-de-Grâce). Médecine coloniale, Amphithéatre de chimie (Val-de-Grâce). A három általános ülést a Sorbonne nagy termében tartják.

Jelentkezni bármely szakosztály számára a titkárnál (Nékám Lajos, Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 2.), a tagsági díjat (30 koronát) lefizetni a pénztárosnál (Demjanovich Emil, Budapest, VIII., József-körút 14.) lehet.

✳ **Duka Tivadar** dr.-t a M. Tudományos Akademia az idei nagygyülésen a III-dik osztály részéről tiszteleti tagjává választotta.

✕ **Nenadovits Lázár** dr. magyar orvos Franzensbadban fürdőorvosi gyakorlatát megkezdette. Lakik: Stefanstrasse 119. sz.

△ **A budapesti önkéntes mentő-egyesület** segélyét április hóban 894 esetben vették igénybe.

◁ **A miskolczi nyilvános közkórházban** — mint azt *Singer Henrik* dr. igazgató főorvos jelentéséből olvastuk — az 1899-dik év folyamán 2453 beteg nyert ápolást 374 műtét kapcsán, 51,577 ápolási napon. Osztályos főorvos volt: *Szánthó Bertalan* dr., segédorvosok voltak: *Klein Arthur* dr., *Pfliegler Imre* dr.

† **Elhunyt:** *Glück Miksa* dr. Borsodm. tiszteletbeli főorvosa 68 éves korában Mező-Kövesden. Élénk részt vett városa és megyéje közügyeiben és társadalmilag nagy tekintélynek örvendett.

○ **Megjelent.** A Drasche-féle *Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften* etc. 188/9., 190/1. és 192/3. füzete (Sebészet 2—5 f. Bőr- és bujabetegségek. 14—15. f.). Ára egy-egy füzetnek 60 kr. — *Mahler Gyula* dr. fürdőorvostól Buziáson és Abbaziában: Az idült szívbántalmak kezelése fürdőkkel és gymnastikával. Budapest, 1900.

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedenczéiben az ásványvíz naponkint négyszer megújul, **locális iszapborogatások.** Mindennemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kitűnő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospectust ingyen küld az **igazgatóság.**

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

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára
Budapest, VIII. Mária u. 23-25
Telefon: 144-...

TUDOMANYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XIX. rendes ülés 1900. május 5-dikén.) 297. l. — Közkórházi orvostársulat. (IX. bemutató szakülés 1900. május 2-dikán.) 297. l. — A magyar szent korona balneologiai egyesülete. (Évi közgyülés 1900. április 29-dikén.) 298. l.

Budapesti kir. Orvosegyesület.

(XIX. rendes ülés 1900. május 5-dikén.)

Elnök: **Bókay János**; jegyző: **Dieballa Géza.**

Coloboma lentis congenitum.

Béla Pál: A kis 7 éves fiú, kit bemutat, az ambulatorium szemosztályán jelentkezett. Bal szemén semmi rendellenesség sincs, jobb szemén alul-belül veleszületett iris coloboma van, melyen ha szemtükörrel bevilágitunk, egy kivülről-alulról fel és befelé vonuló egyenes irányú sötét sáv vonul át az egyenletesen bevilágitott pupilla területén. Ezen sávtól centraliter a szem fénytörése kis fokú hypermetropiát mutat, peripherice pedig aphakiát, világos jeléül, hogy ezen a helyen már lencseállomány nincs, vagyis hogy ezen a helyen a lencse körkörös kerületéből a sötét sávnak mint sectornak megfelelő körszelet hiányzik. Ezen hiány azonban már focalis világitásnál is feltünik, mert mig a pupilla centralis részében reáeső fényben a lencse halvány gyöngyházfénye átdereng, addig a peripheriás rész sötét feketének tünik fel.

A lencse ezen alakbeli eltérése, illetve anyaghiánya *coloboma lentis* néven ismeretes és miután itt a szemben semmiféle erőműví behatás vagy betegség okozta változás nincs, minden bizonyára *veleszületett.*

Inoperabilis pofa-angioma elektrolysissel kezelt esete.

Zimmermann Károly: Kritikailag ismertetve az angiomák therapiáját egyáltalán, az elektrolytikus kezelés technikáját tárgyalja le bővebben, úgy a mint az a több mint egy évig tartó kezelés alatt kezei között módositást és javitást szenvedett. Bipolaris elektrolysissel a negativ polust a szájon át, a positiv polust kivülről a bőrön át alkalmazva tűk alakjában a tumorba 10—50—75 tűvel 10—30—50 milliampère erősségű árammal egyenként 10—15 perczig tartó összesen körülbelül 60 ülésben, előbb narkosis nélkül, 50—75 tű alkalmazásakor narkosisban gyógykezelte az angiomát. A thrombosis elősegitése czéljából a beteg carotis externája le lett kötve. Szép eredményt ért el s az eljárást mint czélhoz vezetőt ajánlja.

A vérkeringés felfedezésének története.

Tihanyi Mór: (Felolvasás, mit később közölni fogunk.)

Közkórházi Orvostársulat.

(IX. bemutató szakülés 1900. május hó 2-dikán).

Elnök: **Bradách Antal**; jegyző: **Terray Pál.**

Sarcoma idiopath. multipl. pigmentod. cutis esete.

Havas A.: A 68 éves P. A. házmester körülbelül másfél évvel ezelőtt vette észre, hogy a bal boka külső részén egy négykrajczárnyi nagyságú daganat lépett fel. Azóta az alsó és felső végtagokon az ujjakon hasontermészetű daganatok léptek fel. Most az alsó és felső végtagokon elszórtan kékes szederjes, barnásvörös vagy barna foltszerű, vagy a felületen kiemelkedő, kendermagnyi, lencsényi, borsó- egész diónyi, feszült fényes hámmal, vagy leváló hámpikkelyekkel, vagy több centimeter magas, szürkés-fehér kemény hámoszlopokkal fedett daganatok, vagy barnás-fekete lapos, egész férfitenyérnyi beszűrődések észlelhetők. Kellemetlenséget a betegnek csak a nagyobb daganatok okoznak. A kórisme ez esetben a gummosus syphilid, a lupus vulgaris, a carcinoma és lepra tuberosa kizárása után a *Kaposi* által először leirt sarcoma idiopath. multipl. pigm. cutisre teendő. A kórfolyamot, melyet *Kaposi* 1870-ben először leirt, jól megkülönböztetendő a melano sarcomától, a mely igen rosszindulatú daganat és igen gyorsan metastasisokat okoz. Az idiopathikus pigment-sarcománál tulajdonképen angiosarcomával van dolgunk, a melyben a nagy vérzések által a sarcoma szövetébe jutott és szétesö vörös vérsejtekből származik a festenyzés. Ezt *Kaposi* is belátta és 1894-ben a sarcomát „Sarcoma idiopath. multiplex hoemorrhagicus"-nak nevezte. *Körülbelül ezelőtt 5 évvel egy hasonló eset bemutatása alkalmával már kijelentette volt szóló, hogy a szóban forgó megbetegedés, mely morphologice ugyan a sarcoma képét nyújtja, a sarcomák csoportjából kiveendő.* Már *Birch-Hirschfeld* mondta, hogy a sarcomák körülirása nem tekinthető definitivnek, mert sok tulajdonképen fertőző alapon fejlődő, és a kötszövetből kiinduló újképlet hasonló szöveti szerkezettel bir. Ilyenek a gammosus daganatok, a gyöngykór, az actinomycosis, a lymphosarcomák, a rhinoscleroma és a mycosis fungoides. *A bennünket most érdeklő esetben is az egész klinikai lefolyás ellene szól a sarcoma fogalmának. A daganat, daczára annak, hogy igen véredénydús, hogy igen sejtdús, mégis aránylag jóindulatú. Öt egész húsz évig is fennállhat a folyamat, a nélkül, hogy áttéti góczok képződnének a belső szervekben. A daganatok továbbá spontan visszafejlődnek és újra repullulálnak és csak hosszú évek után okoznak cachexiát. Továbbá az esetek feltünő számában gyógykezelés által (arsen) befolyásolhatók. Mindezek után az évekkel ezelőtt tett kijelentését, hogy az idiopathikus sarcoma a sarcomák csoportjából kiveendő, ma is fenn kell tartania. Betege arsent szed.*

Vagina septa, uterus bicornis duplex.

Lantos Emil: T. M. 17 éves, hajadon, O. P. Tisztulását 14 éves korában kapta meg, mely azóta pontosan 4 hetenkint 3—4 napi tartammal jelentkezik. A X. orvosi fiókosztályra április 14-dikén vétette fel magát folyás miatt. A teljesen normalisan fejlett nő külső nemzőrészei semmi rendelleneset nem mutatnak. Hymen deflorált; introitus vaginaet egy sövény osztja ketté, mely a hüvelyen végig a boltozatig fut, azt is körülbelül két egyenlő félre osztva. Mindegyik hüvelybe egy-egy cervix ill. méhszáj nyilik. A két cervix közelebb áll a septumhoz, de nem érintkezik, a mennyiben e sövény választja el őket. Mindegyik cervix külön méhtestbe folytatódik; a 2 méhtest körülbelül a belső méhszáj magasságában közel egymáshoz fekszik, de innen divergálóan haladnak felfelé, körülbelül egyenlő hosszúak és vastagságúak. Mindkét méhhez 1—1 tuba és ovarium csatlakozik.

A méh ezen fejlődési rendellenessége nem tartozik a ritkaságok közé, többnyire csak szülés alkalmával, a mikor esetleg, de nem mindig, kellemetlenségeket okozhat, ismerik fel. Véletlen, hogy beteg nagyjában lényegtelen bajával — vaginitis — kereste fel az osztályt s igy alkalmat nyujtott a minden esetre érdekes állapot felismerésére. Két mozzanat nyújt ez esetben érdekességet: 1. Bizonyságul szolgál arra, hogy a Müller-vezetékek egyesülés előtt ott közelednek első sorban egymáshoz, hol a cervix a hüvelyt éri: jeléül annak e helyen áll a két méh legközelebb egymáshoz. (Természetesen ez esetben a Müller-vezetékek közfalai nem egyesültek s igy a közös csatorna képződése elmaradt.) 2. Ritkább dolog, hogy a hüvelysövény oly teljes, mint ez esetben s hogy az a hüvelyt közel két egyenlő félre osztja.

A két külön méh tényét mi sem bizonyitja jobban, mint az, hogy a beteg, ki jelenleg menstruál, tegnap csupán a jobb méhből vérzett, ma azonban már mind a kettőből.

Kussmaul s mások azon észleletét, hogy ily egyéneknél az arcz és medencze szélesebb szokott lenni, ezen eset nem támogatja, a mennyiben a test semmiféle difformitást nem mutat.

Szinessy József: Kérdi, hogy az ovariumok és tubák milyen állapotban vannak?

Lantos Emil: A nő menstruál, tehát az ovariumok működnek, úgy ezeket, mint a tubákat mindkét oldalon kitapinthatjuk.

Havas Adolf: *Ferenczi* dr. mutatott be a társulatban egy esetet, mely abortus miatt került észlelés alá, melyben az egyik uterus gravid volt, a másik pedig rendszeresen menstruált; egy másik esetben alternáló volt a tisztulás, minden tizennégy napban, a vizsgálat kideritette, hogy uterus didelphys forog fenn.

Lúgmérgezés esete.

Lévy Lajos: A lúgmérgezésekről néhány hét előtt Minich Károly dr. kórboncztani bemutatásokkal illustrálva kimutatta, hogy következményeikben a legkomolyabb prognosisuak.

A töményebb oldatok súlyos localis tünetéket, marásokat hoznak létre, mig a hígabb oldatok a lúgnak elkocsonyásitó hatásánál fogva mélyebbre hatolva a szomszéd szervekbe folytatódó gyuladásos folyamatokat hoznak létre.

Bemutatandó esetünkben egy 18 éves leány f. évi április 25-dikén tömény lúgoldatból fél kávéscsészényi mennyiséget ivott. Tegnap, május 1-jén délután 1 órakor fuldoklás fogta el, önkéntelenül a torkába nyúlt és egy 25 cm. hosszú, 2—3 cm. széles, 2—6 mm. vastag, puha, de ruganyos tapintatú, szürkés-barnás pörkdarabot húzott ki, mely a croupos hártyákhoz rendkivül hasonlít. Hogy a nyelő cső rétegeinek mily destructiojából származik e pörk, azt csak a histologiai vizsgálat fogja eldönteni.

E készitmény e mellett élénken bizonyitja a kórboncznokok azon felfogását, hogy a töménylúg okozta pörk semmiben sem különbözik az edző savak által okozottól, ellentétben a mérgezésekről szóló könyvekkel, hol a pörköt sajátszerű transparens kocsonyás állományunak irják le; ezekről kisérleti úton kimutatták, hogy post-mortalisan keletkeznek.

Genersich Antal: Régente azt hitték, hogy a kalilúg feloldja a szöveteket, de nincs úgy, mert a 10—15 százalékos kalilúg — ilyen oldatokkal fordul elő a mérgezés — megmereviti a szöveteket annyira, hogy még górcsövi vizsgálatokat is lehet tenni. Filehne, de szóló is tett erre vonatkozó kisérleteket, melyek szintén beigazolták a kalilúg ezen hatását.

A magyar szent korona balneologiai egyesülete.

(Évi közgyülés 1900. április 29-dikén.)

Elnök: **Tauffer Vilmos**; főtitkár: **Löw Sámuel.**

Elnöki megnyitó: Végig tekintve közéletünk intézményein, lépten-nyomon azzal találkozunk, hogy míg egyes kérdésekben a kultura és vagyonosodás igen előkelő módon jut kifejezésre, addig más kérdésekben a fejlődésnek legelső nyomai alig látszanak meg és nem ritkán fontos kérdéseket a kezdetlegesség bölcsőjében látunk vesztegelni. Nagyon távol állunk még attól, hogy intézményeinkben a nyugat civilisatiojának egységes niveauja legyen kifejlődve, hogy a tudományok, művészetek és a nemzetgazdaság minden egyes okozatában egy megnyugtató egyenletes tovafejlődés volna napirenden.

Ez az egyenlőtlenség a haladásban, az ellentét éles volta az egyes érdekekben, vonja maga után a soha nem szünő panaszt elmaradottságunk felől. A panaszkodónak azonban nincsen mindig igaza, az egész vonalon, a nagy általánosságban sokszor és sokban gyorsabb és nagyobb a haladásunk, mint azt az egyes a maga szempontjából megitéli. A téves itéletnek oka nem egyszer az a nézőpont, a melyről az illető a helyzetet áttekinti, minél magasabb polczán az intellektualis lépcsőzetnek áll valaki, annál szélesebb a látóköre, és a mélyen álló szemhatárát elzáró hegy a magasról tekintőnek szemében talán csak vakondtúrás leend.

Mindig azt tapasztalom, hogy az az intézmény, a melynek fejlődését, tökéletesedését szívünkön hordjuk, csak úgy jut diadalra, ha a fejlődésnek előfeltételeit czéltudatosan és bölcseséggel előkészítettük. A jövő ilyen előkészítésének módja felfogásom szerint főképpen abban áll, hogy mindenekelőtt jól fogalmazzuk meg magunknak azokat a czélokat, a melyekre törekszünk, mérlegeljük egész mérséklettel a lehetségeset és ne csináljunk magunknak illusiokat a kitűzendő czélokban. A boldogulás második eszköze az, hogy helyesen megfontolva a czélhoz vezető eszközöket, mérjük hozzá erőnket és ne vállalkozzunk többre, mint a mennyi erőnkből telik. A czél helyes kitűzése az eszközök alkalmas megvalósulhatása szempontjából okvetlenül szükséges, hogy a társadalmat, melyben élünk, alaposan ismerjük. Világosan kell hogy lássuk, mire érett meg a közfelfogás, mik a társadalomnak igényei az általunk propagált dolog szempontjából és melyek azok az eszközök, a melyeket a társadalom keretében ügyünk czéljainak érdekében felhasználhatunk.

Igen fontos az is, hogy mit, mikor és minő formában akarunk megvalósítani, mert kétségtelen, hogy sokszor a legjobb ügy sikere vagy bukása egyedül attól függ, hogy milyen időben hozatott az felszinre és minő formában került az a döntés stadiumába.

Ki ne tapasztalta volna saját körülményei között, hogy a társadalom érzéke, a közfelfogás bizonyos dolgok irányában az idő folyamán feltünő módon változik, hogy a közérdeklődésen kivül eső dolog némelykor meglepő gyorsan népszerűvé válik, hogy culturalis dolgok, melyek hosszú időn át mostohái voltak a közfelfogásnak, melyeket közöny és részvétlenség kisért, az alkalmas idő elérkeztével egész hirtelenül a közérdeklődés központjába kerülnek be.

Rövidlátás volna azt hinni, hogy az ilyen fordulat a puszta véletlen játéka; nem, van ebben bizonyos consequentia, bizonyos törvényszerűség. Az embereknek érzéke fejlődött ki a dolog felfogásához oly módon, hogy az előző benyomások, melyek egyelőre mulékonyaknak látszottak, alig megfigyelt nyomokat hagytak maguk után egyelőre talán csak az emberek kedélyében, utóbb felfogásában, gondolkozásában és végre itéletében, úgy hogy utóbb, a mikor concret formában ismét szőnyegre kerül a kérdés: a tisztultabb itélet szemüvegén át nézik az ügyet, sokszor még olyanok is, kik előbb nemcsak hogy közönynyel vették, de elutasították és kicsinyelték az ügynek jelentőségét; más szóval: a közfelfogás megérik az olyan dolgok befogadására is, melyeknek horderejét az emberek előbb nem érezték meg.

Röviden összefoglalva, mit mondék, így hangzana: bármely ügynek helyes vezetéséhez szükséges, hogy a vezetők legyenek tisztában czéljaikkal, válogassák meg helyesen a czélra vezető eszközöket, mérlegeljék erejüket a küzdelemhez és számoljanak a társadalommal, a melyre hatni akarnak és végre jól válaszszák meg az időt és formát, a mikor és a mivel az actio terére lépnek.

Ha valahol, úgy kiválólag a balneologia terén van meg az igy rendezett programmnak a maga fontossága, mert kevés olyan kérdés van, a melyben az egymásraható viszonyok oly szövődményesek volnának, mint éppen a balneologiai érdekekben.

Uraim! A balneologiai egyesület igazgató tanácsa kezdettől fogva igy fogta fel hivatását, végig tekintve évkönyveinknek sorozatán, mindenki megtalálhatja működésünkben az ilyen szellemben felfogott tervszerűséget, úgy érzem, hogy az igazgató tanács programmjához mindig hű volt és biztosithatom Önöket, hogy buzgóságában egy perczig sem lankadott.

Az ilyen út Uraim rögös, hosszú, az eredmények sokáig nem szembeötlők; munkálkodásunk nem nyilvánul közvetlen eredményekben, nem is az egyes érdekeltek pénztárnaplójában; munkálkodásunk a jövőt készíti elő, sok minden van jóformán embryo állapotában, miből, hogy mikor lesz valamely testtel biró szerves alkotás, mely közvetlen eredményeket hoz, azt előre megitélni nem vagyok képes. Hogy mennyiben szorgalmatoskodtunk a kifejezett irányban az elmult év alatt, hogy megfeleltünk-e az Önök bennünk helyezett bizalmának, azt az igen tisztelt főtitkár úr tárgyilagos jelentése alapján lesz Önöknek alkalma megitélni.

Titkári jelentés: *Löw Sámuel* dr. beterjeszti jelentését az egyesület mult évi működéséről. Az igazgató tanács leginkább a fürdőtörvény-javaslat sorsával foglalkozott és ezen ügyben a kormánynál ismételten eljárt. Úgy látszik, hogy ezen kérdés döntő stadiumához közeledik, a mennyiben a belügyministeriumban elkészitett törvényjavaslat már egy nagyobb enquête által letárgyaltatott és a javaslat közzé is tétetett. *A párisi* kiállitáson a balneologiai egyesület a hazai források és fürdők kollektiv kiállitását mutatja be; ezen kiállitást *Hankó Vilmos* dr. tanár tervezte és készitette. Az összes költségeket a balneologiai egyesület fedezte. A belügyminister úr felhivása folytán az igazgató tanács indokolt véleményt adott az ásványvizek *védjegykötelezettsége* tárgyában. A budapesti kereskedelmi és iparkamara ezen kötelezettség megállapitását kérte; az igazgató tanács *ellene* nyilatkozott.

Az egyesület tagjainak száma: 285 az orvostudományi osztályban, 83 a gazdasági osztályban, összesen 368 rendes tag. Az egyesületi ügyek után a főtitkár az összes fürdőügyi mozgalmakat és a balneologiai irodalmat ismertette.

Az 1899-dik évi pénztárkezelési kimutatás.

Bevételek:

1898-diki pénztármaradvány	964 frt	81 kr.
Tagsági díjak	1222 „	— „
Takarékpénztári kamat	56 „	99 „
	2243 frt	80 kr.

Kiadások:

Congressusi költségek	80 frt	— kr.
Kereskedelmi múzeumi tagdíj	24 „	— „
„Balneologiai Értesitő“	50 „	— „
Párisi kiállitás	550 „	— „
Évkönyv és egyéb nyomdai költségek	633 „	87 „
Házbér és felügyelő	105 „	— „
Koszorú dr. Szontagh ravatalára	36 „	20 „
Ügyviteli költségek	96 „	31 „
Pénztármaradvány	668 „	42 „
	2243 frt	80 kr.

Budapesten, 1899. évi deczember hó 31-én.

* * *

Ezzel a közgyülés véget ért és kezdetét vette a 30-dikára is kiterjedő X. balneologiai congressus.

PÁLYÁZAT.

2277/900. sz.

A Bánffy-Hunyad székhelylyel rendszeresitett **b.-hunyadi körorvosi állomás**, melyhez M.-Bikal, Farnas, Zsobok, Sztána, O.-Nádas, Sárvásár, Nyárszó, Körösfő, Ketesd, Alsó-Füld, Közép-Füld, Felső-Füld, Zentelke, Kalota-Szent-Király, Damos és Jákótelke községek tartoznak, a körorvos elhalálozása miatt üresedésbe jövén, annak betöltése czéljából pályázatot nyitok.

Ezen körorvosi állás 400 frt fizetés, valamint 260 frt lakbér és úti átalánynyal van javadalmazva, a betegek látogatása alkalmával fuvardíj nem számitható fel.

Pályázni kivánókat felhivom, hogy az 1876. évi XIV. t.-cz. 143. §-ában foglalt minősitvénynyel, eddigi alkalmaztatásukat, valamint erkölcsi magaviseletüket igazoló bizonyitványnyal felszerelt pályázati kérésüket hozzám **folyó évi május hó 28-dikáig** adják be.

A választás május 30-dikán fog megtartatni.

A járási főszolgabirótól.

Bánffy-Hunyad, 1900. évi április hó 14-dikén.

3—3 *Kertész*, főszolgabiró.

HIRDETÉSEK.

Kór- s műtőtermek, fürdőszobák, zárkák, főző- s mosókonyhák, halottas kamrák, folyosók, klosetek stb. részére

Porcellán-emailfesték (Pef)

kemény, porcellánszerű felületet ad, mely **vízzel mosható, sublimatoldattal könnyen fertőtleníthető s évekig tartós.** Eszerint a legcélszerűbb fal- és mennyezetmázolás **kórházakban, magángyógyintézetekben, fürdőkben** stb.

Kimerítő ajánlattal és prospectussal szívesen szolgálnak az egyedüli gyárosok

LUTZ EDE ÉS TÁRSA POZSONY.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33·1951, kénsavas natron 6·6679, szénsavas mész 3·6312, chlornatrium 3·9842, szénsavas magnesium 1·7478, szénsavas lithium 0·1904; szilárd alkatrészek, 52·5011, összes szénsav tartalom 55·1737, abból szabad és kötetlen 38·7660, hőmérsék 10·1—11° C.

Régóta hires gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomorbántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérnél stb.

Kitünő diaetetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: **Med. Dr. REUSS VILMOS**

A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban.

Reichenhall és Grossgmain

Bécsi egyetemen tudor **Dr. Med. Steinberg** télen **fürdőorvos S.-Remoban.**

Dr. Brehmer TÜDŐBETEG-GYÓGYINTÉZETE Görbersdorf Sziléziában.

Téli és nyári kurák ugyanoly sikerrel.

Főorvos: **Dr. Schloessing Károly,** előbb tanársegéd **Strümpell** tanár és titkos tanácsosnál (Erlangen).

Előrajzokat díjmentesen küld a gondnokság.

Fekete áfonya gyógybor

Vinum myrtillorum medicinale

Kitünő hatású gyógyszere a **bélhurutnak** 1 üveg **80** kr., 5 üveg bérmentes postaszállítással **4** frt **60** kr.

Készíti: **CORNIDES KÁROLY** gyógyszerész **FELKA** (Szepesm.).

Raktár: **TÖRÖK JÓZSEF** gyógyszertárában **Budapesten.**

Dr. Pajor vízgyógyintézete

Budapest, VIII., Szentkirályi-utcza 14.

Massage, villamos izzasztó kúrák, Keller-féle szénsavas fürdők. (Nauheimmal azonos hatású.)

TAMAR INDIEN GRILLON

frissítő és hajtó gyümölcs-pastillák.

A **dugulás** és annak következményei ellen, ú. m.: **aranyérbántalmak, vértódulás, fejfájás, étvágyhiány, epe-, gyomor- és bélbajok.**

Nélkülözhetetlen az asszonyoknál, kivált a szülést megelőző, s azt követő időszakban, előnynyel alkalmazható előrehaladt korúaknál és gyermekeknél. Semminemű drastikus alkatrészeket, mint Aloëis, Jalappa, Podophyllin stb. nem tartalmaz, s csakis a tropikus Tamar gyümölcséből van készítve. Igen alkalmas a mindennapi használatra azoknál, kik rendes szorulásban szenvednek.

A **Tamar Indien Grillon** Franciaország első tekintélyei által javaltatik, s a budapesti egyetemi tanárok, s előkelő orvosok is előszeretettel rendelik.

Magyarországi főraktár:

TÖRÖK JÓZSEF gyógyszertára, Budapest, király-utcza 12.

Egy doboz ára 1 forint 50 krajczár.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

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

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

Gleichenberg

Dr. Szigeti Márton nyáron fürdőorvos Gleichenbergben.

Télen Abbaziában.

Saison: május 1-től szept. végéig.

Javalat: **Gégebetegségek, légzőszervi és emésztőszervi bajok.** — Ellenjavalat: **Tüdővész. Gyógymód:** lúgos sós források: **Constantin- és Emma-forrás;** lúgos sós vasas-savanyú forrás: **János-forrás;** tiszta vasas-savanyú forrás: **Klausenquelle, savó, tej** (száraz táplálás), **Kefir.** Sós belehelések: fenyőgőz-inhalatiók

GLEICHENBERG gyógyhely

(mindenik külön kabinetben), respiratió-készülék, pneumatikus kamara. **Édes-ásvá·yvíz és pezsgő Calorisator-fürdők, fenyő- és acélfürdők. Nagy vízgyógyintézet. Terrain-kura. Nedves-meleg, portalan, széltelen levegő, erdős-dombos táj.** 300 méter a tenger felett. — **Prospectus és felvilágositás ingyen. Lakás- és kocsimegrendelés a fürdőigazgatóságnál Gleichenbergben.**

Dr. JÉKEL LÁSZLÓ oltó-intézete

Nagy-Károlyban.

A m. k. honvédség és államvasutak egyezményes szállítója.

Árak: 50 egyénre **4** kor. — **15** egyénre **2** kor. **1—2** egyénre **80** fillér. Nagyobb megrendelőknek **árkedvezmény és hitel.**

Oltó-eszközök.

INSELBAD

Paderborn mellett Németország. Télen nyáron nyitva és látogatva.

Különleges intézet asthma és a légzési szervek betegségeinél (orr- és torokbajok, hörghurut, emphysemánál).

Physikalis-diaetetikus gyógymód. Sétacsarnok, téli kert. Enyhe égalj. Nagy védett park. Központi fütés.

Elörajzok ingyen. **Az igazgatóság.**

Jod-lúgfürdő HALLI FÜRDŐ Felső-Ausztria.

A continens legerősebb jod-lúgos fürdője. Fényes gyógyulási siker mindennemü görvélykóros betegségeknél, valamint a **nemző szervek mindennemü bajainál** s ezek **következményeinél. Kitünően berendezett gyógyitási eljárások. (Fürdők és ivó gyógymód, beburkolások, belégzés, massage, kefyr.) Igen kedvező klimatikus viszonyok;** vasúti állomás. Utazás Linzen vagy Steyren át.

Az évad május 15-dikétől szeptember 30-dikáig tart.

Fürdők május 1—15-dike közti időben is kiszolgáltatnak.

Kimeritő prospectusokat számos nyelven szétküld

a halli fürdőigazgatóság.

REINIGER, GEBBERT & SCHALL

Wien, III., Universitätsstrasse Nr. 12.

Berlin—Erlangen—München.

Különlegesség: **Villamos orvosi készülékek galvanisatio, elektrolyse faradisatio, franklinisatio, kaustik, endoskopia** stb. **orvosi csatlakozó készülékek villamos fényvezetékekhez.**

Röntgen-berendezések. Villamos fényfürdők.

Képes árjegyzések ingyen és bérmentve.

Képviselő Budapesten:

WONKE REZSŐ műszerész

VI., Ó-utcza 42 (Mintaraktár).

Legjobb hatású

ANTILUETICUS GYÓGYMÓD

PILULAE CINEREAE KERPEL

mely **kényelem, ár** és **hatás** tekintetében fölülmulja az összes eddigi szereket, mint azt helybeli, valamint vidéki kórházakban tett kisérletezések igazolják. — **Egy 60 labdacsot** tartalmazó **doboz (teljes cura) 90 kr.** 1 labdacs tartalma 0·05 gyengébb 0·025 cgrm. szinhigany. Napi adag előbbiből 2 labdacs; utóbbiból 4 labdacs. — **Próbadoboz kisérletezésül ingyen.**

Egyedüli szétküldési raktár:

Fehér sas-gyógytár, Budapest, V., Lipót-körút 28.

VÉDŐJEGY.

Univ. med. Dr. PÉCSI DANI
nyilvános
tehénhimlő-termelő intézete
BUDAPEST, II., Margit-körút 45. sz.
tömeges oltásokhoz, jó és biztos hatékonyságú oltóanyagot a következő árakon szállít:

1 fióla 2—3 egyénre	120 fillér
10 vagy több fióla á	100 fillér
1 fióla 10—15 egyénre	3 korona
1 fióla 50 egyénre	450 fillér
1 fióla 100 egyénre	9 korona
Epidermin, egy tubus	100 fillér
Üres fióla darabonkint	2 fillér
„ fúvócső darabonkint	4 fillér
Tárgylemez darabonkint	8 fillér
Oltógerely kaucsuk-tokkal	2 korona
Portóért és csomagolásért	80 fillér

Járványmentes hely. | Állandó fürdőorvos.

KLIMATIKUS GYÓGYFÜRDŐ ÉS HIDEGVIZGYÓGYINTÉZET.

SZOLYVA-HÁRSFALVA.

Remek szép fekvéssel, kiránduló helyekkel és sétányokkal.

GYÓGYESZKÖZÖK:
Hidegvízgyógyintézet, vasas és égvényes savanyúvíz és fürdők, **ez idén ujonnan és czélszerűen átalakított sós- és fenyő-belégzési intézet,** villany-massage, természetes melegtej, juhsavó; mindezek czélszerű használatára a gyógyfürdő orvosa ügyel fel.

UJONNAN épült vasuti állomás.

Gyógyjavallatok:
Tüdőbajok, malária (mocsárláz), gége-, hörg- és tüdőhurut, gyomorhurut, emésztetlenség, máj- és lépdaganatok, vízhólyaghurut, specifikus és görvélyes csontbántalmaknál. Mindenféle idegbántalmak, fejfájás, migraine, histeria, szé ülés, nehéz légzés, hypochondria. Vérbajok, köszvény, görvély, bujakór, delirium trem. potat. Női bajok, fehér folyás, sápkór, havi zavaroknál.

Kitünő ellátás és lakás.

Prospektussal és egyéb felvilágositással szivesen szolgál
a fürdőigazgatóság.

Gyógyszertár. | Idény: Májustól Októberig. | Két vendéglő.

Dr. SZONTÁGH-féle VÍZGYÓGYINTÉZET UJ-TÁTRAFÜREDEN.
Egész éven át nyitva.

Gyógytényezők: Magaslati klima, vizgyógykezelés, erdei moórfürdők, massage, elektro- és diaeto-therapia. (Hizlaló kúrák.) — **Sanatoriumi kezelés.** — Inhalatorium. (Sós törpefenyőgőz stb.)

Indicált: Légzőszervi bántalmaknál (**tüdő,** gége stb., asthma), functionalis bántalmaknál (**Basedow-kór,** neurasthenia, hysteria stb.), vérbántalmaknál (malaria, leukaemia stb.), emésztési és anyagcserezavaroknál (gyomor-bélbetegeknél, lázasoknál). — Állandó orvosi felügyelet. — Pontos kiszolgálás. — Mérsékelt árak.

Rendelő orvos: **Dr. FÁI MÁTYÁS MIKLÓS.**
Sürgöny-, telefon-, posta-állomás: UJ-TÁTRAFÜRED.

Dr. Batizfalvy Sámuel
Sanatoriuma és vizgyógyintézete
Budapesten, Városligeti fasor és Aréna-út sarkán.
Az intézet egész éven át nyitva. A vizgyógyászati osztály vezető főorvosa: **Dr. TRAJTLER ISTVÁN.** Felvétetnek **bennlakó** és **bejáró** betegek. Prospektust kivánatra ingyen küld az igazgatóság. Telefon.

MATTONI ERZSÉBET SÓSFÜRDŐJE

Gyógyhely Budapesten (Budán).

Idény április 1-től október 15-ig.

A gyógyhely forrásai ajánlhatók: a **belek bántalmainál, alhasi** és **általános vérbőségnél, májbajoknál, aranyérnél, túlságos elhizásnál, köszvénynél** és **női bajoknál.**

Rendelő fürdőorvos: Dr. Polgár Emil.

Egészséges fekvés, jutányos lakások, jó vendéglő. **Villamos vasuti összeköttetés a fővárossal.**

Tulajdonos: **Mattoni Henrik.**

A magyar mintatej-telep r.-t.

ezelőtt Dr. HAINISS GÉZA egyetemi m.-tanár és Dr. PÉCSI DANI

sterilizált gyermektej termelése

Budapest, VIII., József-körút 41. sz.

Készitményei:

Csecsemők részére való tej, a csecsemők kora szerint	1 liter	24	kr.
	1/2 „	13	„
	1/4 „	7	„
	2/10 „	6	„
	1/10 „	4	„
Gyomor- és tüdőbajos betegeknek való tej	1 „	30	„
	1/2 „	16	„
Czukor nélküli tej 1 palaczk	1/3 „	20	„
Gyógy-kefir 1 palaczk	1/2 „	15	„
Üditő-kefir 1 palaczk	1/2 „	10	„
Soxhlet-készülékhez való tej, a háznál való sterilizálása	1/2 „	9	„
Édes savó	1 „	14	„

Vegyi, górosövészeti és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUM

1900. május 1-től VI., Andrássy-út 50 (Oktogon-tér).

Foglalkozik **vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajka tej-, ex- és transsudátum** valamint **bacteriologikus vizsgálatokkal.**

Dr. MÁTRAI GÁBOR, v. egyetemi élet- és kórvegytani tanársegéd.

BUZIÁS gyógyfürdő.

Fürdőorvos: **Dr. MAHLER GYULA,** operateur, nőorvos, v. h. tanársegéd a drezdai nőgyógy. klinikán. (Télen fürdőorvos **Abbaziában.**)

RENDELŐ INTÉZETÉBEN szakszerű gynaecologikus kezelés.

Nauheimi (Schott-féle) gyógymód szívbetegek részére.

Massage, manualis és gépgymnastika, cystoskopia anyagcserevizsgálatokra berendezett laboratorium.

PARÁD GYÓGYFÜRDŐ

Vastimsós fürdőkkel és hidegvizgyógyintézettel, égvényes-kénes savanyúvíz és természetes arzén vastartalmú forrásvizekkel.

Lakások újonnan épült 20 olcsó szobával kibővittettek, a vendégek élelmezéséről Verseghy István jóhirű konyhája gondoskodik. **Az évad május 15-től szeptember végéig tart. Az elő-évad május 15-től junius 20-ig, főévad junius 21-től augusztus 20-ig, utóévad augusztus 21-től szeptember-végeig tart.** — Az elő- és utóévadban a lakások 30%-al olcsóbbak. Ingyen prospektussal és minden felvilágositással készségesen szolgál

A fürdőigazgatóság.

Negyvennegyedik évfolyam. 20. szám. *Budapest, 1900. május 20.*

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 magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kézmárszky 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.

Ifj. Elischer Gyula: A würzburgi belklinika laboratoriumából. Vizsgálatok az aceton kiválasztásról diabetes mellitusnál a tüdők és vesék által. 299. l.

Berend Miklós: Közlemény a budapesti m. kir. tud. egyetem II. sz. szülő- és nőbeteg kórodájáról. (Tauffer Vilmos tanár.) Az újszülöttek helyzete szülőházakban és klinikákon. 302. l.

Schiff Ernő: Közlemény Konrád Márk dr. kir. tanácsos, a nagyváradi m. kir. bábaképezde igazgató tanárának szülészeti kórodájáról. Ujabb adatok az újszülöttek haematologiájához. 304. l.

Tárcza. *Filep Gyula.* 1755—56-diki erdélyi pestis története. 305. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Novotny Lajos:* A hólyagbetegségek mai állása. 306. l. — *Könyvismertetés. Dr. Ed. Golebiewski:* Atlas und Grundriss der Unfallheilkunde, sowie der Nachkrankheiten der Unfallverletzten. 307 l. — *Lapszemle. Általános kór- és gyógytan. Behla:* A rákaetiologia újabb kutatási műszereiről. (Zimmermann.) — *Belgyógyászat. Trénel:* Agy- és nyúltvelői tünetekkel járó családi megbetegedés. (—ts.) — *Heiberg:* A tabest megelőző syphilisben jellemző tulajdonságok. (—ts.) — *Babinski:* Schaefer antagonista reflexe. (—ts.) — *Forster:* Az ideges májkólikáról. (Lévy.) — *Naunyn:* Ép és gyuladásos vesékből származó vérvizelésről. (Lévy.) — *Trautmann:* Jodkaliparotitis egy esete. (Hönig Izsó.) — *Bechterew:* A myotonia mint táplálkozászavar. (Kollarits Jenő.) — *Adler:* A tabeses hypotoniából származó járászavarok. (—ts.) — *Feinberg:* Astheniás nyúltvelőbénulás. (—ts.) — *Marina:* Jobboldali izolált hypoglossus bénulás. (—ts.) — *Szülészet és nőgyógyászat. Hesselbach:* A szülést akadályozó cystoma ovarii eltávolítása kolpotomia posterior útján. (Bäcker.) — *Bőr- és bujakórtan. Müller:* Az acne kezelése. (Schik Károly.) — *Unna:* Fagydaganatok. (Szabóky.) — *Unna:* Lepra gyógyítása. (Szabóky.) — *Leistikow:* Psoriasis, eczema és lupus erythematodes gyógyítása. (Szabóky.) — *E. Fischer:* Erysipelas gyógyítása. (Poór. — *Lassar:* A diabetikusok pruritis vulvaejának gyógyítása. (Schik Károly.) — *Orr-, torok- és gégebajok. Killian:* Az orrsövény dentalis eredetű acut perichondritise és periostitise. (Tóvölgyi.) — *Siebenmann:* A Higmoor-empyemák gyógyítása. (Tóvölgyi). — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Stern:* Csecsemők náthájának orvoslása. 308—310. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — A budapesti egyetem ünnepélyes közülése. — Az országos közegészségi tanács. — Kinevezések. — Szemerey Bertalan. — Rottenbiller Ödön. — Grünwald Mór. — Kutják Ágoston. — Tausz Béla. — Fürdőink személyforgalma. — Elhunytak. — Megjelent füzetek. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Kuthy dr. 310 l.

Tudományos társulatok és egyesületek.

Melléklet. Szemészet 3. sz.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A würzburgi belklinika laboratoriumából.

Vizsgálatok az aceton kiválasztásról diabetes mellitusnál a tüdők és vesék által.

Irta: ifj. *Elischer Gyula* dr.

Habár Deichmüller, Rupstein és más szerzők már régebben arra utaltak, hogy diabetesnél nemcsak a vesék, de a tüdők útján is kiválasztatik aceton, és a diabetikusok jellemző gyümölcsszagú lehelletét ezen körülménynek tudták be, a vizsgálók a módszerek tökéletlen volta miatt az aceton quantitativ meghatározásánál ezen tényt tekintetbe nem vették. Nebelthau, Geelmuyden és az utóbbival egyidejüleg Joh. Müller czélszerüen megszerkesztett készülékek segélyével kimutatták, hogy a tüdők útján is kiválasztatik aceton az egészséges embernél is, olyan mennyiségben, mely az aceton quantitativ vizsgálatánál el nem hanyagolható.

Geelmuyden, a ki házinyulakon, melyeknek bőre alá előzőleg aceton vizes oldatát fecskendezte be, tett megfigyeléseket, azt találta, hogy a befecskendezett aceton 26·5—74·9 százaléka mutatható ki a kilégzett levegőben, míg a vizeletben az adagolt mennyiségnek csak 0·2—20·1 százalékát találta. Nebelthau[1] pedig azt látta, hogy egy chronikus inanitioban szenvedő egyén 24 óra alatt 3·6 gm. acetont légzett ki, míg a vizelet útján csak 0·35 gm. aceton távozott, tehát az előbbi mennyiségnek csak körülbelül egy tized része. Egyrészt Nebelthaunak nem hibátlan methodusa, másrészt azon körülmény, hogy Geelmuyden elvben bár hibátlan eszköze emberkisérletre nem volt alkalmazható, a fent említett érdekes jelenség pontos megfigyelését nem tették lehetővé.

Joh. Müllernek[2] Geelmuydennel egy időben sikerült végre egy eszközt összeállítania, melynek segítségével a kilégzett levegő aceton mennyisége egész pontossággal meghatározható. Ezen készülék leirására később még rá fogok térni. Miután már Jaksch által egészségesek kilégzett levegőjében jodoformképző anyagok ki lettek mutatva, sikerült Müllernek minden jól táplált egészséges ember kilégzett levegőjében ilyen anyagokat találni, és azokat mint acetont meghatározni.

Az egészségesek által kilégzett aceton egy órai mennyiségét 1·3—3·3 milligrammban állapította meg.

Rosenfeld[1] és Hirschfeld[2] azon tapasztalataiból kiindulva, hogy szénhydratok adagolására az aceton jelentékenyen csökken, míg fehérjedús táplálék mellett erősen emelkedik, Joh. Müller Stammlerrel[3] végzett kisérletekkel kimutatta, hogy az előbb említett táplálási módozatok mellett a kilégzett levegő acetontartalma ugyanígy viselkedik. Kisérletek útján a szénhydratok gátló hatását is igyekezett magyarázni,[4] melynek okául legvalószinübbnek azon körülményt találta, hogy az acetonnak mint intermediaer keletkezett anyagcsere productumnak teljes oxydatioját nagyban elősegítik.

Ezen gátló hatás helye szerinte vagy az emésztő csatornában, vagy a test egyéb helyein keresendő, mely kérdés akkor lesz eldönthető, ha sikerül egy egyénnek, a ki acetont nagyobb mennyiségben választ ki, az emésztő csatorna kikerülésével bizonyos mennyiségü szénhydratot nyujtani. Ha utóbbi esetben az acetonkiválasztás leszáll, akkor a gátló hatás az egész testben történik, ha nem, akkor a béltractust kénytelen az aceton keletkezési helyéül tekinteni.

Ezen elvből kiindulva, kisérleteit úgy rendezte be, hogy egészséges embernél hosszabb fehérje- és zsírtáplálással nagyobb

[1] Ein Beitrag zur Kenntniss der Acetonurie. Centralbl. f. innere Medicin. 1897. 38. sz.

[2] Archiv für experimentelle Pathol. u. Pharm. Bd. XL. 351. l. 1897.

[1] Über die Entstehung des Aceton. Deutsche med. Wochenschrift. 1885. 40. sz.

[2] Hirschfeld: Zeitschrift f. klin. Med. 1895. 28. sz.

[3] Über die Ausscheidung des Acetons durch Nieren u. Lungen. 1898.

[4] Dr. Joh. Müller: Über Acetonbildung im menschlichen Organismus. Verhandl. des XVI. Congressus für innere Medicin.

fokú acetonkiválasztást idézett elő, melynek fennállta után bizonyos mennyiségű nem per os adagolt szénhydrat hatását, végre pedig ugyanazon szénhydratmennyiség hatását per os adagolva észlelte. Ilyenformán azon eredményhez jutott, hogy a szénhydratok csak akkor hatnak gátlólag az acetonképzésre, ha normalis úton, azaz a gyomron és béltractuson mennek keresztül, ha azonban más úton jutnak a szervezetbe, ezen befolyásuk elmarad.

Ezen okoknál fogva az acetonképzés helyéül a bélcsatornát jelöli meg. Az aceton enterogen keletkezése ellen pedig ama kisérleteit hozza fel, melyek folyamán azt találta, hogy acetonnak per os adagolása után már egy félórával élénk acetonkiválasztás indul meg a tüdők útján, tehát az aceton, úgy mint a bélben keletkező szőlőczukor, rendkivül gyorsan felszívatik. Ezen utolsó körülmény lehet oka annak, hogy a bélsárban aceton csak rendkivül kis mennyiségben mutatható ki.

Ezek szerint az egyes szerzők, mint például Hirschfeld által felhozott ama körülmény, hogy éhezésnél erős acetonuria lép fel és így az aceton az organikus fehérje bomlásából keletkezik, szintén elveszti jelentőségét, mert hiszen étkezés alatt is jelentékeny fehérjemennyiségek bomlanak, a mint az a vizelet aether-kénsav tartalmából és az éhezés alatt is fennálló bélsárképződésből kitünik.

Hosszadalmas volna ezen helyen és nem is feladatom azon különböző theoriákra és megfigyelésekre kitérni, melyekkel különböző szerzők (Jaksch, Rosenfeld, Hirschfeld, Weintraud, Geelmuyden, Magnus Levy, Noorden stb.) az acetont fehérjékből vagy zsírokból származtatják. Itt csak rövid áttekintését akartam adni azon körülményeknek, melyek kisérleteimre és megfigyeléseimre fontosak voltak.

Az ingadozásokról, melyeket Geelmuyden a vizelet és levegő acetonja között talált, már fennebb szóltam, még nagyobbak ezen ingadozások az emberen végzett kisérleteknél.

Joh. Müller ugyanis azt találta, hogy egy diabetikusnál az aceton jóval nagyobb része a vizelet útján választatott ki, míg egészséges szervezetnél épen az ellenkező eset áll fenn. Ha aceton per os adagoltatik, akkor az utóbb említettem eset áll be, t. i. az aceton nagyobb része a tüdők által választatik ki, a mint az a Rörig[1] által végzett kisérletekből látszik, melyek szerint a tüdők által átlag 41, a vesék útján pedig csak 3·6 százaléka választatik ki a per os adagolt aceton mennyiségének.

Még egy körülményt kell megemlítenem, a melyre Joh. Müller tett figyelmessé. Ő ugyanis igen pontos, de egyszersmind nehéz és körülményes eljárásokkal azon jelenséget tudta megállapítani, hogy a bőrön keresztül a verejték útján is választ ki a szervezet acetont. Ezen acetonmennyiség azonban oly minimalis, hogy quantitativ meghatározásoknál mellőzhető, annál is inkább, mert az úgyis igen gyenge reactio létrejöttében a verejtékben mindig jelenlevő egyéb jodoformképző anyagok is élénk részt vesznek.

Jelen dolgozatom feladatául tüztem ki magamnak meghatározni először a diabetes mellitus nehezebb alakjánál 24 óra alatt kiválasztott aceton absolut mennyiségét, másodszor milyen mennyiségben választják azt ki a tüdők és milyenben a vesék, és harmadszor, nem található-e a kiválasztott acetonmennyiségek között valamely arány.

A tüdők által kiválasztott aceton felfogására a Müller-féle készüléket használtam, mely következőképen van összeállítva: A kilehelt levegő kellően tág üvegcsöveken keresztül négy Woulf-féle palaczkon lesz átvezetve, melyek egy harmadrészig destillált vízzel vannak megtöltve, és egy só- és jégkeverékkel megtöltött tartóban elhelyezve. A Woulf-palaczk odavezető csöve majdnem a palaczk fenekéig ér, az elvezető cső golyós cső és gummicső segélyével a következő hasonlóan felszerelt palaczk odavezető csövével van összekötve. A kitágult levegő acetonja az erősen lehűtött destillált víz által megköttetik és a kisérlet befejezte után a Lieben-féle jodoformpróbán alapuló Messinger-féle titrálással közvetlenül meghatározható. A titrálást lehetőleg rögtön a kisérlet befejezte után tanácsos végezni.

Hogy a kilehelt levegő rohamokban történő betódulása egyenletes árammá alakittassék át, a Woulf-palaczkok elé egy puha gummizacskó van iktatva.

A be- és kilégzési levegő különválasztása az először említett tág üvegcsőben elhelyezett két ventilszerkezet segélyével történik, melyek közül az első a szabad levegővel közlekedik, a második pedig, melyen az exspiratios levegő megy át, a gummizacskó közvetítésével a négy Woulf-palaczkkal áll összeköttetésben. A ventilek nyilását egy erre a czélra alkalmazott gummi condome zárja és nyitja. A két ventil csövei egy közös csőbe nyilnak, melyre egy puha gummiból készült szájrész van alkalmazva.

Ha most a kilégzési levegő árama a ventilen keresztül az első Woulf palaczkhoz ér, akkor ennek vízoszlopában erős ellenállásra fog találni, mely a légzést nemcsak megnehezíti, de csaknem lehetetlenné is teszi, eltekintve attól, hogy a légzést olyképen módosítaná, hogy az aceton kiválasztásra befolyással lenne. A vízoszlop ellenállása legyőzhető, ha az utolsó palaczk kivezető csövét egy Geigel-Mayr-féle merítő kerék ventilatorral kötjük össze, mely eredeti formájában pneumatikus gyógyeljárásokra szolgál. Ezen ventilator segélyével nemcsak a vízoszlop ellenállása győzhető le, hanem mellékcsapok nyitása segélyével az aspiratio foka minden pillanatban akként módosítható, hogy a kilehelt levegő minden akadály nélkül mint egyenletes áram hatolhat a gummizsákon és négy Woulf-palaczkon keresztül. A módosítás indicatioját az exspiratios ventil és a gummizacskó magatartása adja meg. Ha például az exspiratios ventil a belégzésnél jobban behúzódik és a gummizacskó felfújódik, akkor az egyén nem aspirál kellően, ha a gummizacskó összelapul, a ventil az inspiratio alatt is nyitva marad.

Ezen készülék lehetségessé teszi, hogy az egyén az orrnak e czélra szolgáló csiptetővel való elzárása mellett órák hosszáig rajta lélegezhessen, de miután az ilyen hosszú időn át egy állandó helyzetben való tartózkodás nehézségeket okoz, a kisérlet megszakítás nélkül nem folytatható.

A készülék feltalálója ennek folytán az időtartamra nézve is tett kisérleteket és elegendőnek találta a többször napjában eszközölt 20 perczig tartó légzést, és ezen talált összegek középszámából a kilégzett aceton napi mennyiségének meghatározását.

A kisérlet hosszú tartama alatt a víz élénk mozgása következtében aceton is elvész. A kisérlet eredményesnek csak akkor mondható, ha az utolsó palaczk vize csak nyomokban tartalmaz acetont, miről az érzékeny Lieben-féle reactio segélyével győződhetünk meg. Ha ez az eset nem áll fenn, úgy még néhány Woulf-palaczkot kell közbeiktatni.

A vizsgálandó egyén úgy helyezendő a készülék elé, hogy a tüdő ventilatioja a napi ventilatio közepesének feleljen meg a kisérlet alatt. A fekvő helyzetben levő egyén ventilatioja a legalacsonyabb értéknek felelne meg, míg álló vagy mozgó helyzetben igen magas értékeket kapnánk. Igy legczélszerübb a kisérletet az egyén ülő helyzetében mozgások kizárásával végezni. A vizelet aceton mennyiségét a Neubauer és Vogel[1] által leirt eljárás szerint határoztam meg.

Kisérleteimet akként osztottam be, hogy két diabetikust (súlyos forma) napjában kétszer 20—20 perczig a Müller-féle eszközbe légeztettem, az így nyert mennyiségek középszámából a napi mennyiséget kiszámítottam, melylyel párhuzamosan a 24 órán át gyüjtött vizelet aceton tartalmát is meghatároztam, úgyszintén a vizelet czukor tartalmát is. A kisérleteket az első betegnél 18 napig, a másodiknál 8 napig végeztem. Az eredményt az alább látható táblázatban foglaltam össze.

I. Kisérlet. K. A. 30 éves férfi egy év óta szenved diabetes mellitusban. A beteg vizeletének czukortartalma 0·4 és 3·0 százalék között ingadozik és teljesen szénhydratmentes étrend mellett sem tünik el a czukor, tehát súlyosabb formájú diabetes.

[1] Rörig: Über das Verhalten des Aceton im menschlichen Organismus. Würzburg. 1898.

[1] Neubauer u. Vogel: Harnanalyse. 1898.

Kisérleti nap	Vizelet napi mennyisége ccm.	Vizelet czukortartalma gm.	Kilégzési levegő acetontartalma 24 ó. alatt milligm.	24 órai vizelet acetontartalma milligm.	Összeg grammokban	Étrend
1.	3000	12	292	1·37	1·8	
2.	2700	45·52	275	1232	1·5	
3.	2500	36·25	379	551	0·93	
4.	2600	37·70	339	915	1·2	
5.	2700	41·58	422	877	1·2	
6.	2500	35·75	703	807	1·5	
7.	2000	28·4	432	771	1·2	
8.	2000	37·4	521	2846	3·3	
9.	3200	52·8	35[illegible]	3824	4·1	
10.	3300	54·45	2[illegible]9	3063	3·3	50 gm. zsemlye
11.	3140	75·888	3[illegible]4	2599	2·9	50 gm. zsemlye
12.	3760	90·992	639	1410	2·0	50 gm. zsemlye
13.	4400	83·6	1186	4789	5·9	100 gm. zsemlye
14.	4160	105·248	2194	4247	6·4	100 gm. zsemlye
15.	3740	112·2	186	1822	2·0	
16.	2520	44·35	148	877	1·0	
17.	37[illegible]0	49·632	212	2268	2·5	

A fenti táblázatból az tünik ki, hogy az aceton egész napi mennyisége 0·9 és 4·1 gm. között ingadozik, a közben 5 napon keresztül észlelhető igen magas összegek a szénhydrat adagolásnak tudandók be, melynek hatására ezen betegnél később fogok rátérni. A kilégzett levegő aceton mennyisége 148 és 703 milligramm között ingadozik teljesen szénhydratmentes étrend mellett, melyet ezen beteg már egynéhány héttel a kisérletek elött és utasításaimhoz képest a kisérletek folyamán is szigorúan betartott.

II. kisérlet. G. J. 32 éves férfi, másfél év óta szenved diabetes mellitusban.

Beteg vizeletének czukortartalma 0·6 és 1·5% között, a vizelet napi mennyisege pedig 2800 és 8000 cm³ között ingadozik. A vizelet czukortartalma szénhydratmentes étrend mellett is megmarad a fenti százalékos értékek mellett; tehát szintén súlyosabb esete a diabetesnek. Beteg azonkivül igen rosszul táplált, igen gyenge.

Kisérleti nap	Vizelet napi mennyisége gm.	Vizelet czukortartalma gm.	Kilégzési levegő acetontartalma milligm.	24 órai vizelet acotontartalma milligm.	Kiválasztott aceton összege grammokban
1.	7600	68·4	2297	3601	5·8
2.	7800	102·96	1466	3077	4·5
3.	8000	72	1391	3341	4·7
4.	8000	72	1430	4239	5·6
5.	2800	20·2	1591	1602	3·1
6.	7600	50·16	1748	4·03	5·9
7.	5200	35·36	838	2386	3·2

A második betegnél sokkal nagyobb összegeket nyertem. Az aceton egy napi összes mennyisége 3·4—5·8 gm. között ingadozik. A kilégzett levegő aceton mennyisége 838 milligramm és 2·2 gm., a vizelet acetonmennyisége pedig 1·6 és 4·2 gm. között váltakozik. A beteg a kisérletek alatt teljesen szénhydratmentes diaetán lett tartva.

Kisérleteim alatt egy határozott arányt, mely szabályul volna értékesíthető, a kilégzett levegő és vizelet acetonja között nem tudtam találni. De minden esetben a vizelet aceton mennyisége a kilégzett levegő aceton mennyiségét jelentékenyen meghaladta, sőt azt is állíthatnám, hogy kisérleteim folyamán a vizelet acetonja a kilégzési acetonmennyiségnek majdnem mindig kétszeresét, némely esetben még ennél is nagyobb részét képezte. Ezen állításomat azonban oda kell módosítanom, hogy azon módszerrel, melylyel a vizelet acetonmennyiségét megállapítottam, a vizeletben foglalt acet-eczetsavat is mint acetont kellett meghatároznom.

Kisérleteim folyamán igyekeztem is a kettőt egymástól elválasztani, azon lehetőség czéljából, nem áll-e fenn a vizelet nem praeformált acetonja és a tüdők által kiválasztott aceton között egy bizonyos arány. De e czélból folytatott kisérleteimet abban kellett hagynom azon okból, mert valamennyi rázó folyadék (ez lett volna az egyedüli mód az acetont hideg úton eltávolítani), mint a benzol, a chloroform, de még a vegyileg legtisztább aether is tartalmaz jodoformképző anyagokat, melyeket a másik folyadéknak átadnak, úgy hogy a destillált víz is már rövid idei rázás után élénk Lieben-féle reactiot mutatott, mely körülményt a rázó folyadékok ismételt kimosása után sem sikerült eltüntetni. Hogy mennyi acet-eczetsavat tartalmaz a diabetikusok vizelete, arra nézve adatokat találnom nem sikerült, de meg akarom említeni Jaksch és Hirschfeld[1] azon tapasztalatait, hogy nagyobbfokú acetonkiválasztás eseteiben a Gerhardt-féle vaschloridreactio mindig bekövetkezik, Hirschfeld ugyanis egészséges egyéneknek vizeletében is, fehérjének nagy mennyiségben való etetése után jelentékeny acetonemelkedést ért el (0·047 gr. 24 óra alatt) s ezen esetben vaschloridreactiot látott fellépni.

Saját megfigyeléseimnél, a melyekben a legkisebb acetonmennyiség a vizeletben 0·551 gramm volt, nem feltünő, hogyha vaschloridreactio mindig fennállott. Ezen körülmény is a mellett látszik bizonyítani, hogy az aceton egy részét mint acet-eczetsavat határoztam meg, a kellő módszer hiánya miatt.

Utalva Joh. Müller[2] azon megfigyelésére, hogy egészséges embereknél az aceton nagyobb része a tüdők útján választatik ki, mely eset acetonnak per os adagolásánál szintén fennáll, és az én eredményeimre, melyek diabetesnél a dolgot fordítva mutatják, de talán csak azért, mert az acet-eczetsavat mint acetont kell meghatároznunk, a vizelet és kilégzési levegő acetonja között talán mégis valamely parallelismus áll fenn.

Rörig kisérleteiből is kitünik, hogy acetonnak per os adagolása után milyen arányban oszlik el a kiválasztott aceton.

Ezen arányok a legnagyobb valószinűség szerint diabetes eseteiben is fennállanak vagy legalább is hasonlóak lesznek, mert semmi okunk nincs ezen feltevést elvetni. Az aceton kiválasztása ezen betegségnél is olyan módon és úton megy végbe, mint az egészséges szervezetnél, csak fokozott mértékben. Fel kell tennem tehát, hogy az aceton nagy részét mint acet-eczetsavat határoztam meg, a mi mellett különben a vaschloridreactio positiv volta is szól.

Kisérleteimből az is látható, hogy diabetes mellitusnál a tüdők az acetonkiválasztásban igen nagy szerepet játszanak és általuk olyan mennyiségek választatnak ki, melyek az ezen betegségre annyira jellemző és érdekes anyag mennyiségi meghatározásánál igen nagy szerepet játszanak és el nem hanyagolhatók.

Az eddigi kisérletek, melyek e téren végeztettek, főleg a szénhydratok és fehérjék befolyását kutatták egészséges szervezet mellett és diabetes egy esetében (Stammler), mely utóbbiban főleg a megnehezített légzés befolyása a tüdők aceton kiválasztására lőn megvizsgálva és eredménye az volt, hogy az aceton kiválasztás akadályozott légzés esetén csökken, minek oka valószinüleg az alveolusok anaemiájában keresendő a fokozott nyomás és akadályozott vér odajutás folytán.

Kisérleteim folyamán a Hirschfeld és Rosenfeld által megfigyelt ama körülményt, hogy fehérjetáplálás mellett fennálló acetonuria szénhydratadagolásra erősen csökken, szintén tekintetbe vettem. E czélból betegeimnek (lásd I. táblázat) reggel és délben fehér zsemlyét adattam két 25 grammos adagban. Rosenfeld azon megfigyeléséből kiindulva, hogy ilyen esetben a szénhydratok hatása már néhány óra mulva észlelhető, a kilégzett aceton mennyiségét az étkezés után 2—3 órával határoztam meg. Az első három kisérleti napon az aceton napi összegében a többi napok átlagához képest elég jelentékeny emelkedés volt észlelhető 1·5 grammról 2—3 grammra; a kilégzett levegő aceton mennyisége ezen fokozódásban szintén részt vett. A kisérlet negyedik és ötödik napján a szénhydratok mennyiségét megkétszereztem és ekkor a légzési levegő acetonja 1·186 és 2·194 grammig emelkedett, a kiválasztott acetonmennyiség egész összege pedig 5·9 és 6·4-ig

[1] Zeitschrift für innere Medicin. 1895. 28. sz.
[2] Archiv für experim. Path. u. Pharm. XL. k. 1897.

növekedett. A következő napon a szénhydratadagolást elhagytam, a midőn az acetonmennyiség rögtön csökkent, mely csökkenésben a kilégzett levegő acetonja ismét részt vett. Ezen kisérletből az látszik, hogy a kilégzett levegő acetonja szintén követi szénhydratadagolásnál a Hirschfeld és Rosenfeld által észlelt szabályt, azonkivül követi Hirschfeldnek azon megfigyelését is, hogy diabetes mellitus esetén az acetonuria fordított viszonyban áll a testnek szénhydrat, illetve czukor assimiláló képességéhez. Ha a beadott szénhydratoknak csak töredékei választatnak ki, az acetonuria úgy viselkedik, mint egészséges embernél. Ha azonban a szénhydratok nagyrésze, vagy mint jelen esetemben, a beadott szénhydrat mennyiségénél több czukor választatik ki, akkor az arány fordított lesz, a szénhydratadagolásra az acetonkiválasztás nő. A kisérletből az is látszik, hogy a kilégzési levegő aceton mennyisége az ingadozásokat ilyen esetben is követi.

Vizsgálataim eredményét a következőkben foglalhatom össze:

Diabetes mellitusnál a tüdők útján is aránylag nagy mennyiségei az acetonnak választatnak ki. (2 grammon felüli mennyiségek.) A vesék és tüdők által kiválasztott acetonmennyiség aránya lényegesen különbözik attól az aránytól, melyet egészségeseknél találunk.

A diabetesnél az aceton mennyiség jóval nagyobb része a vesék útján távozik, a mely lelethez azonban nagyban hozzájárul azon tény, hogy az acetonmennyiség nagy részét mint acet-eczetsavat kell meghatároznunk. A testben levő összes acetonmennyiségnek úgyis csak egy része választatik ki, mint azt Rörig kisérletei mutatják, a többi rész a szervezetben elég, mely processusban legélénkebb részt valószinűleg a tüdő vesz.

Semmi ok sem hozható fel arra nézve, hogy diabetesnél más viszonyok volnának.

A szénhydratok befolyását oly jellemzőnek, mint egészséges egyéneknél, nem találtam.

Közlemény a budapesti m. kir. tud. egyetem II. sz. szülő- és nőbeteg kórodájáról. (Tauffer Vilmos tanár.)

Az újszülöttek helyzete szülőházakban és klinikákon.[1]

Irta: *Berend Miklós* dr. gyermekorvos, v. egyet. tanársegéd.

(Folytatás.)

A hypothermiás újszülött kellő súlygyarapodása a couveuseben — ellentétben a gyors atrophia kifejlődésével couveuse-kezelés nélkül — *arra mutat rá, hogy nem szabad megengednünk a hypothermia kifejlődését. Már pedig az Eröss által kimutatott 34·9° egy órával a szülés után hypothermiának tekintendő.*

Ha már most a gyermek, a protrahált szülési actus miatt soká, 1 óráig vagy még tovább fekszik egy lepedőbe csavarva, úgy a lehülés igen nagy; magam akárhányszor mértem 2—3 órával a szülés után ily gyermekeknél 33—34°-ot. Ez pedig csak hypothermia?

Ez a tény viszont rámutat arra is, hogy még egészséges újszülöttnél is tetemesen gátló befolyással lehet a súlyemelkedésre a nagyobbfokú initialis hőmérsékcsökkenés. Ez tehát mindenképen elkerülendő *és pedig azáltal, hogy a gyermeket a köldök lekötése után külön bába veszi át, rögtön fürészti és azután rögtön — meleg ruhába — felöltözteti. (Kézmárszky.)*[6]

Megemlítendőnek tartom, hogy *Milne-Edwards*[8] a hideg befolyásának tulajdonítja az újszülöttek nagy mortalitását. Ez kétségtelenül túlhajtott dolog, de a hideg káros hatása az újszülött szervezetére tagadhatatlan.

Két, eddig kevéssé méltányolt okát láttuk eddig a gyermek súlycsökkenésének, de azt hiszem, szerepelhetnek itt más tényezők is. Mindenesetre érdekes volna összehasonlítani 1000 fürésztött és 1000 nem fürésztött gyermek súlyviszonyait (a nem fürésztést a köldök leválásáig értem); kérdés, hogy melyik csoport előnyére ütne ki az összehasonlítás? A priori is úgy hittem, hogy a nem fürésztött gyermekek súlyviszonyai kedvezőbbek, de utólag Doktor S. munkájában a bizonyítékot is megtaláltam. Fürésztött 353 érett újszülött közül a súly gyarapodott 118-nál (35·5%), fogyott 235-nél (66·5%), míg nem fürésztött 764 érett újszülött között gyarapodott a súly 389-nél (51%), fogyott 375-nél (49%). E szerint az első csoportban 75 gm. *súlycsökkenés*, a másodikban 1·2 gm. átlagos súlygyarapodás van. *Doktor* ezen adatai ugyancsak bizonyítják azt, a mit az előbb kifejtettem, t. i. hogy mily nagy számú újszülött veszít súlyából az első életnapok alatt.)

Már e súlyviszonyok tárgyalásánál látható, mennyire labilisak az újszülött viszonyai és mennyire kivánatos azok pontosabb és kiterjedtebb megfigyelése, mint eddig történt! De következik még egyéb is, és ez az, hogy a könyvek azon említett adata, hogy *az egészséges gyermek legkésőbben a 10. napon eléri initialis testsúlyát*, ezen alakban semmiesetre sem lehet igaz; mert az elmondottakból kitünik, hogy legtöbbször nem az újszülöttől magától függ az, hogy milyen lesz a testsúlya a 9—10. napon, hanem függ ez a lehülés fokától, a szoptatás módjától, az anyatej mennyiségétől és minőségétől, esetleges bimbómegbetegedésektől, *olyan egészséges újszülöttnél pedig, a kinél ezen ártó tényezők nem szerepelnek, legkésőbben a 4—5. napon súlynövekedés áll be, a mely a 8—10. napra átlag 60—80, sőt 100 gm.-ot tesz ki. Hofmeier*[7] azon adata, hogy a köldök késői lekötése a későbbi súlyveszteséget csökkenti, ezen viszonyok tárgyalásánál nem volt figyelembe vehető, mert ma úgyis majdnem minden kórodán tekintettel vannak ezen körülményre is. *Kehrer, Wagner* és *Woroneff*[3] azon adatait, hogy kis initialis súlyú gyermekeknél a súlycsökkenés elmultával aránylag nagyobb a súly emelkedése, az én eddigi eredményeim nem erősítik meg, erre nézve nem is terjeszkedtem ki; azt azonban magam is tapasztaltam, hogy minél nagyobb az újszülöttnél az icterus, annál kisebb a súlynövekedés, annál későbben áll be, de nagyobbnak látszik az initialis súlycsökkenés.

Ha a gyermekkórházakban megforduló ambulans beteganyagot figyelemmel kisérjük, akárhányszor látjuk azt, hogy oly anyák is hozzák súlyos emésztési zavarokkal a kórházba gyermekeiket, a kik még csak pár nap előtt távoztak szülőházból.

A gyermekeket óránként vagy még gyakrabban is szoptatják, máskor pedig a legczélszerűtlenebb mesterséges táplálás módjait látjuk, czélszerűtlen és valóságosan a bélinfectio kiindulási helyét képező csöves vagy parafadugós, hosszú csöves szopókákat. Nem szükséges részleteznem, mindenki tudja, mik ennek a következményei. Sok anya hanyagságból, nembánomságból jár el így, de akárhány van, a ki így tesz, mert nem tudja, mi árt, mi használ a gyermeknek. És ennek oka az, mert nem tanítja a népet e tekintetben a jóra senki, de ellenben babona, rossz szokások virágjukban vannak, sőt sok tekintetben még a bábák által is istápoltatnak. E sorok irójának szerény véleménye szerint nemcsak a gyermekkórházakra háramlik e tekintetben a tanítás kötelessége, de a szülőházaknak és kórodáknak volna leginkább módjukban megakadályozni az innen kiinduló anomaliákat. Igaz, hogy a szülőházakban született gyermekek száma aránylag csekély, de ezen gyermekek nagy része törvénytelen született, a kinél elsőrendű fontossággal bir az, hogy saját anyja rosszakarata, tudatlansága vagy gondatlansága ellen megvédjük; ennek a védelemnek pedig annál inkább van helye és szüksége, miután a szülőházakat felkereső nők nagy része primipara. Ha a szülőházakban szülő nők csak kis százalékát teszik is ki a népnek, de az a tanítás, a mit ezek kaphatnának, idővel elterjedne az egész szegény nép közé. Mert pl. ki van adva ugyan minden szülőházban vagy kórodán az utasítás, hogy a gyermeket csak 2 óránként szabad szoptatni, de erre valamely különös ügyelet nincs. Dicséretes kivételként említhetem e tekintetben a budapesti II. szülő és nőbeteg kórodát, a hol ez nemcsak szigorú utasításképen van kiadva, de a hol az által, hogy az újszülöttek ágyacskái az anya ágyának lábánál állanak, egyenesen lehetetlenné van téve, hogy az anya bármikor kézbe vegye vagy szoptassa gyermekét. A gyermekek ilyen elhelyezésének az a nagy előnye is van, hogy éjjel könnyen áttekinthető, nem alszik-e valamely gyermek az anyja ágyában, a mit ma már — egész helyesen — egy kóroda sem tart megengedhetőnek.

Az anyák tanításának azt a mértékét, a melyet a kórodákon ki lehetne — és szerény véleményem szerint ki is kellene — fejteni, természetszerűen csak szük határok közé lehet korlátozni. De sokra nincs is szükség, mert a helyesen alkalmazott tanítás úgyis csak azon anyáknál fog eredménynyel járni, a kik gyermeküket fel akarják nevelni; azok, a kik nem törődnek vele, a dajkaságba kiadás indirect gyilkossága által legtöbbször úgyis elpusztítják a rájuk kellemetlenné váló gyermeket.

Nagyon kevésbe kerülne, ha minden szülészeti kóroda készíttetne más nyomtatványai mellett — hiszen ez alig jár költséggel! — egy rövid utasítást, a mely az életbe kilépő anyát tájékoztassa, nemcsak a szoptatás módjáról, de a mesterséges táplálás vagy dajkaságba kiadás veszélyeiről, a mely utasításban benfoglaltatnék, hogy ha mesterséges táplálást akar vagy kénytelen gyermekénél megkezdeni, hogy teheti ezt czélszerüen, milyen szopóüveget, milyen szopókát használjon stb.

Ezek a dolgok, sajnos, sokak előtt nevetségeseknek fognak feltünni, de a valóságban épen nem azok. Hiszen csak nem tulajdoníthatunk annak pl. csekély jelentőséget, hogy egy gyermek steril tejjel van-e táplálva vagy nem? Pedig, ha tudja a módját, a legszegényebb asszony is készíthet gyermekének egyszerü patent sörös üvegekben steril tejet! Igen, de ha nem mondja meg neki senki, akkor azt hiszi, hogy a zsemlyepép is jó. És, még egyszer ismétlem, *ha a szülőházakból indulna ki ez a tanítás, leghamarabb terjedne szét, és épen azon néprétegek közé, a melyeknek leginkább van erre szükségük. Piorry*[9] már 1870-ben kimondja a gyermekhalálozás okának tárgyalásánál, hogy „jól szerkesztett oktató iratokról kellene gondoskodni!“ sajnos, ez mind máig irott malaszt maradt! Egy szülészeti kórodát ismerek, mely e tekintetben valóban idealisan felel meg hivatásának és ez a párisi „Maternité“, a mióta *Budin* áll az élén. Ezen a kórodán nem utasítással látják ugyan el az eltávozó nőket, hanem azok számára, a kik kellőleg szoptatni nem tudnak, vagy elfoglaltságuk miatt nem birnak, külön tejkiosztó állomást tart fenn az intézet, a hol hetenként egyszer megjelennek az anyák gyermekeikkel és megkapják az egész hétre szükséges steril tejmennyiséget — ingyen — az esetleg szükséges orvosi tanácscsal együtt. Követendő példa a „Maternité“ azon tekintetben is, hogy koraszülött, gyenge újszülöttek számára külön berendezett couveuse-osztálya van, úgy hogy ma majdnem az egyedüli hely Európában, a hol koraszülöttek megbetegedései nagyobb anyagon tanulmányozhatók.

Egy igen fontos kérdés, mely az újszülött védelme szempontjából tárgyalandó, de a mely a szülészeti kórodák hygienikus viszonyait is érinti, a gyermekruhák kérdése. Minden kórházban kórodai fehérneművel láttatnak el a felvett betegek; a szülőházakban is kórodai ruhákban fekszik mindenütt a gyermekágyas és a szülő nő, *csak az újszülött fekszik a kivülről behozott fehérneműben, a kire pedig az épen a leghátrányosabb.* Valóban csodálatos, hogy a szülészek, a kik a tisztaság és asepsis szentélyének tekintik a szülőszobát, megengedik a kivülről behozott fehérnemű használatát, pedig hiszen soha sem tudhatják, és nem is tudják, vajjon nem származik-e az egy inficiált lakásból, a hol esetleg diphtheria, scarlatina folyt le, vagy épen gyermekágyi láz? A szülőnők egy nagy része már használt fehérnemüt hoz, a mely tisztának a legnagyobb jóakarattal sem tekinthető és ezen ruhák mégis felhasználtatnak! Ez által *először is azon veszély származik a szülőnőkre, hogy fertőző betegségek hurczoltatnak be a kórodára, másodszor az újszülöttnél septikus megbetegedés egy újabb lehetősége merül fel,* hiszen tudjuk, hogy nemcsak a köldökön át történhetik infectio, de a bőr minden hámfosztott területe alkalmat adhat erre s ha a fehérnemű, a melylyel az a hámfosztott terület érintkezik, esetleg septikus csírokkal van inficiálva, mindig bekövetkezhetik a gyermek infectioja. *Harmadszor az által, hogy a kóroda a behozott fehérnemüt használja, a gyermek ápolása kényszerüségből elhanyagoltatik;* mert ha nincs a kórodának saját és elegendő mennyiségű gyermekruhája, olyan szülőnőknél, a kik nem hoztak magukkal, vagy keveset hoztak magukkal, a gyermek nem tétetik tisztába annyiszor, a mennyiszer az épen szükséges. Pedig azt mondhatjuk, hogy a szülőnők sohasem hozhatnak magukkal pl. elég pelenkát, mert ha pl. 12-t hoz is, erre egy nap alatt szükség van! És már most mi történik a többi idő alatt? Vagy a piszkos ruha megszáradás után újra használatba kerül, vagy a legjobb esetben felületes megmosás után, *de jóformán sohasem teljesen kiszárítva.*

Hogy így meghülések könnyen jöhetnek létre, hogy intertrigo, eczemák létrejövetele elősegíttetik, az egészen evidens.

Szegénygyakorlatban, lelenczházakban egyaránt azt mondhatjuk, hogy „a megmaradott gyermekek száma arányos a naponta felhasznált pelenkák számával“ (Epstein egy szóbeli kijelentése), de részben áll ez a szülőházakra is.

Ha azon 36 kérdőív tanusága szerint megnézzük, hogy a kórodákon ezt a lényeges szempontot mennyire veszik tekintetbe, a következő intézeteket kell megemlítenem: *Treub* tanár amsterdami, *Döderlein* tübingeni, *Münster* königsbergi, *Fehling* hallei, *Hofmayer* würzburgi, *Rosthorn* prágai, *Heinritius* helsingforsi, *Lebedeff* szentpétervári, *Rapin* lausannei, *Calderini* bolognai, *Vaucher* genfi, *Flandrin* grenoblei és a *melbournei* kóroda látják el egyedül az újszülötteket gyermekruhákkal, vagyis 36 kóroda közül csak *13*. Hazánkban a viszonyok ezen tekintetben épen nem kedvezőek; egyedül a Tauffer tanár vezetése alatt álló II. szülő- és nőbeteg kóroda látja el az újszülöttet ebben a tekintetben teljesen. Mert félrendszabályok ily tekintetben nem sokat érnek. Ilyen félrendszabály pl. az, hogy „ellátja a kóroda a szülőnőt, ha az nem hozott magával eleget“, ilyen félrendszabályok először azért nem érnek semmit, mert, ismétlem: a szülőnő sohasem hoz magával elég fehérnemüt a kórodára és ha azzal takarékoskodni kell, az mindig az újszülött hátrányára történik.

Feltétlenül kivánatos tehát, hogy minden szülészeti kóroda és szülőház teljesen fel legyen szerelve gyermekruhával, különösen pedig pelenkákkal a megkivánható mennyiségben! Ekkor keresztülvihetjük azt is, a mit majdnem egy éve keresztülvitt a budapesti II. sz. szülészeti kóroda, hogy az újszülött steril ruhába kerül s az első napokban alkalmazott pelenkák is sterilek. A párnák minden használat után ugyancsak sterilizáltatnak. Ez egy minden izében idealis ellátása az újszülöttnek, a mely annál inkább méltó a követésre, mert hisz oly kevésbe kerül aránylag az egész felszerelés, hogy a kórodák évi költségvetése mellett ez alig játszhatik szerepet.

Az újszülött kezelésénél a legfontosabb szerepet játszsza a köldökkezelés. Táblázatban állítottam össze a köldökkezelési módokat következő három kérdés szempontjából: 1. mint történik a köldök lekötése, 2. milyen a kezelés a köldökcsonk leeséseig, 3. milyen a kezelés azután.

Az első kérdésre sok megjegyzésünk nincs. Legfeljebb azt mondhatjuk, hogy *1. még igen sok helyen hagynak hosszú köldökcsonkot, a mi feltétlenül hátrányos; 2. a legtöbb kórodán nem fektetnek súlyt arra, hogy a lekötő fonál hurokja az első fürösztés után újra megszorítandó; 3. feltétlenül meg kell kivánni a vér kiszorítását a köldökcsonkból a hurok megházása előtt. Ezt a körülményt nagyon fontosnak kell hogy tartsuk az infectiok elkerülésének szempontjából.*

Különösen az amerikaiak fektetnek erre és joggal súlyt. *Erőss*[10] pedig kimutatta, hogy minél nagyobb a köldökcsonk vértartalma, annál könnyebben jöhet létre sphacelus. Az által, hogy a vért kinyomta, teljesen megszüntette a sphacelus-fejlődést. *Doktor S.*[15] szerint is az obturáló thrombus kedvező táptalajt képez fertőző anyagok számára.

Fontosnak kell továbbá tartanunk azt, hogy *kocsonyadús köldökzsinór azon a helyen, a hova a ligatura jön, előbb összeszorítandó, mert így berepedéseket elkerülhetünk.* A vér kiszorítását a köldökzsinór csonkjából az teszi szükségessé, hogy *1. maga az ott maradt véroszlop az infectio tovaterjedésének képezheti útját, 2. hogy a vér kiszorításával kezelt köldökcsonk saját tapasztalatom szerint is gyorsabban szárad be.* A köldököt lekötő fonál használatáról meglehetősen eltérők a vélemények. Lysol, sublimat, bóroldat használtatnak a szalag eltartására, legtöbben vászonszalagot használnak, egyesek selyemszalagot vagy a Budin által ajánlott kaucsukligaturát használják. Ennek nem is tulajdoníthatunk nagy jelentőséget, hacsak a szalag steril voltáról meggyőződtünk. A budapesti II. szülő kórodán a szalag sterilitása az által van minden esetben biztosítva, hogy Tauffer tanár utasítása szerint a köldökzsinór megmosására és bepakolására szolgáló vatta és gazedarabok a köldökzsinór lekötésére szolgáló fonállal együtt egy vászonzacskóban sterilizáltatnak külön-külön.

Ez a rendszer behozatala óta minden tekintetben be is vált, mert azóta semminemű köldökinfectionk nem fordult elő. Abban ma egyetért a legtöbb szülészeti kóroda, hogy legjobb eredményeket lehet elérni a köldök száraz kezelésével.

E sorok irója is meg van a száraz köldök-kezelés eredményeivel elégedve, de nem látja eldöntöttnek azon kérdést, hogy ezt a jó eredményt nem lehetne-e még fokozni is? A *Fagonsky*[11] által először ajánlott és sok kórodán most is használatban levő

*

gypsporbehintés a köldök beszáradását kétségkivül elősegíteni látszik, *Cholmogoroff*[12] vizsgálatai szerint pedig az ily módon kezelt köldökcsonk aránylag legkevesebb bacteriumot tartalmaz.

Részemről a legjobb beszáradását a köldöknek azon esetekben láttam, a mikor a köldök a fürösztés után 96%-os alkoholba mártott vatta- vagy még inkább gazedarabba volt göngyölve; ily esetekben ugyanis, ha a vér is kinyomatik a köldökcsonkból, *majdnem biztosan várható 24 óra alatt a köldök teljes beszáradása.* Ezen, úgy gondolom, Ahlfeld által először ajánlott köldökkezelésnek azonban azon hátránya látszik lenni, hogy fürészteni a gyermeket nem lehet, mert különben újra megpuhul a köldökcsonk; *Ahlfeld* nem is fürészti a köldökcsonk leeséseig a gyermeket. Azon nehány esetben, a mikor én is így jártam el, azt tapasztaltam, hogy a csonk száraz maradt ugyan, de oly erősen tapadt, hogy leválása annak daczára, hogy a kisérleti gyermekek nem fürödtek, csak a 7—9. napon, sőt egyes esetekben csak a 10. napon következett be. Megkisérlettem az aetherkötést ugyanilyen eredménynyel; a köldökcsonk 25—30 óra alatt beszáradt, de a leválás protrahálódott. Ezen eljárásnak előnyeit tehát még kétségeseknek tekintem. Teljesen így van a dolog a *Dohrn*-féle occlusiv ragtapaszkötéssel, a melynél a leválás ugyancsak igen későn következik be. Valóban azt kell mondanunk, hogy a köldök kezelésében nem sokkal vagyunk ma előbbre, mint a régi indusok, a kik a *Susruta* szerint ugyancsak lekötötték a köldököt, vagy a régi rómaiak. *Soranus Ephesius*[13] 100-ban Kr. sz. u. már azt is elrendeli, hogy lekötés előtt nyomják ki a vért a köldökből, melynek gyógyulását az által igyekszik elősegíteni, hogy egy gömbölyü csontdarabot nyomat bele, mely annak bemélyedését gyorsítja. Minden esetre előrehaladottabb eljárás, mint az, a melyet még 1880-ban gyakoroltak Philadelphiában a Woman's Hospitalban.[14] Itt ugyanis a gyermek megszületése után anyja ágyában maradt, míg a placenta ki nem jött; akkor a placenta egy edénybe tétetett s a gyermekkel együtt egy külön ágyba került. Se ligatura, se fürdő, a míg az anyával teljesen nem végeztek, azután átvágatott a köldökcsonk, de kötés nem alkalmaztatott. *Tyng* dr. főorvos meg volt az eredményekkel elégedve!

(Folytatása következik.)

Közlemény Konrád Márk dr. kir. tanácsos, a nagyváradi m. kir. bábaképezde igazgató tanárának szülészeti kórodájáról.

Ujabb adatok az újszülöttek haematologiájához.

II. közlemény.

Közli: *Schiff Ernő* dr. gyermekorvos Nagyváradon.

(Folytatás.)

II. A vér fajsúlya icterus neonatorum fellépte esetén.

Az icterikus újszülöttek vérösszetétele már előző vizsgálataim alkalmával is kiválóan érdekelt, s így nagyon természetes, hogy azt most sem hagyhattam figyelmen kivül. Idevonatkozó megfigyeléseimet, melyek elég számosak, főleg azért tartom indokoltnak ismertetni, mert miután minden egyes újszülött a megszületés időpontjától kezdve rendszeres vizsgálat tárgyát képezte, a nélkül, hogy előre tudhattam volna, vajjon az adott esetben az icterus fel fog-e lépni avagy sem, így kézzelfoghatólag tüntethetem fel a különbséget a vérfajsúly menetében az icterus fellépése előtti s utáni időszakban. Idevágó vizsgálataim összesen 17 esetre vonatkoznak, a melyek épen az icterus fellépése miatt az előzőleg méltatott esetek közül ki lettek rekesztve. Eme 17 eset közül 3 kis fokú, 14 pedig közepes icterust mutatott, a megejtett összes vizsgálatok száma 267. A részletes viszonyok feltüntetése czéljából ide iktatom az összes esetek vizsgálati adatait magába foglaló táblázatot. (l. a táblát.)

Ha összehasonlítjuk az icterikus és nem icterikus újszülöttek vérfajsúlyának átlagos menetét, úgy azonnal szembetünik egy körülmény, hogy t. i. bár az icterikus újszülöttek vérének fajsúlya az első életnapon átlag még valamivel nagyobb, mint a nem icterikusoké — a mit különben csak a számok véletlen csoportosulásának tulajdonítok —, mégis az első 10 életnapon át jelentkező értékcsökkenés magyobb fokú, mint a nem icterikusok vérfajsúlyánál. (Lásd a dolgozat végéhez mellékelt rajzot.) Ennek kell tulajdonítani azt, hogy míg a nem icterikus újszülöttek 10 napi átlagos vérfajsúlya 1·0707, addig az icterikusoké 1·0686, tehát 0·0021-gyel kevesebb. A másik feltünő körülmény az, hogy a különbözetek a vér fajsúlyában csak a 4. életnapon lépnek fel, tehát azon időpontban, midőn eseteimnél az icterus átlag fellépett. Míg a nem icterikus újszülöttek vérfajsúlya még a 4. napon is 1·070 felett áll (t. i. 1·0721), addig icterikusoknál ezen a napon már 1·070 alá sülyed (t. i. 1·0690). Ellentétben ezzel, az első 3 életnapon át, mielőtt még t. i. az icterus fellépett, a vér fajsúlyában alig mutatkozik különbség a két csoportnál, a mennyiben ezen idő alatt a vérfajsúly átlagos értéke a nem icterikusoknál 1·0744, az icterikusoknál 1·0743, míg a 4—10. életnapig terjedő adatok átlagos értéke a nem icterikusoknál 1·0691, az icterikusoknál 1·0660, vagyis a különbség 0·0031 a nem icterikusok előnyére. Még jobban szembetünnek a két csoport vérfajsúlya közötti különbözetek, ha azokat az első életnapok egymásutánjában külön-külön veszszük szemügyre, a midőn a következő számadatokhoz jutunk:

a 2.	életnapon	a nem icterikusok	javára	a vérfajsúlykülönbözet	0·0006
a 3.	„	„	„	„	0·0006
a 4.	„	„	„	„	0·0031
az 5.	„	„	„	„	0·0036
a 6.	„	„	„	„	0·0044
a 7.	„	„	„	„	0·0020
a 8.	„	„	„	„	0·0039
a 9.	„	„	„	„	0·0021
a 10.	„	„	„	„	0·0025

Ezen számadatokból tehát minden kétséget kizáró módon az tünik ki, hogy a két csoport közötti vérfajsúly-különbözetek

A vér fajsúlya az első 10 életnap folyamán icterikus újszülötteknél napi átlagos értékben.

Név	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Rontó	1·0705	1·0705	1·0705	1·0722	1·0702	1·0624	1·0639	1·0652	1·0570	1·0545
Lajos	1·0779	1·0741	1·0744	1·0732	1·0687	1·0679	1·0693	1·0685	1·0738	1·0678
Rosenberg	1·0578	1·0586	1·0625	1·8536	1·0500	1·0571	1·0558	1·0570	1·0522	1·0547
Dávid	—	1·0726	1·0677	1·0684	1·0705	1·0691	1·0656	1·0642	1·0628	1·0649
5 Vásárhelyi	1·0802	1·0807	1·0748	1·0802	1·0775	1·0704	1·0748	1·0748	—	—
Kövér	1·0649	1·0663	1·0663	1·0642	1·0614	1·0614	1·0594	1·0550	1·0586	1·0579
Kati	1·0740	1·0747	1·0768	1·0747	1·0719	1·0677	1·0692	1·0709	1·0695	1·0686
Pintye	1·0731	1·0713	1·0704	1·0660	—	1·0686	1·0704	1·0659	—	—
Dutkon	1·0938	1·0860	1·0860	—	1·0791	1·0800	1·0826	—	1·0774	1·0688
10 Fülöp	1·0861	—	1·0826	1·0693	1·0680	—	—	—	—	—
Szabó	1·0747	1·0693	1·0620	1·0640	1·0659	1·0600	1·0600	1·0600	1·0620	1·0627
Kováts	1·0998	1·0837	1·0695	1·0668	1·0704	1·0712	1·0686	1·0713	1·0721	1·0650
Erdélyi	1·0779	1·0687	1·0680	1·0667	1·0667	1·0630	1·0620	1·0646	1·0667	1·0653
Bódis	—	1·0606	1·0580	1·0600	1·0653	1·0620	1·0606	1·0593	1·0600	1·0593
15 Grünberger	1·0817	1·0912	1·0808	1·0800	1·0746	—	—	—	—	—
Lechner	1·0753	1·0779	1·0834	1·0757	—	—	—	—	—	—
Szabó R.	1·0759	1·0707	—	—	1·0713	—	—	—	—	—
Középérték:	1·0776	1·0736	1·0721	1·0690	1·0688	1·0662	1·0663	1·0647	1·0647	1·0627
Esetek száma:	15	16	16	15	15	13	13	12	11	11

csak akkor lépnek fel, még pedig elég tekintélyes mértékben, midőn az icterus már jelentkezett.

Mielőtt azonban a vázolt körülményből egy meghatározott szabályt vonnánk le, felmerül a kérdés: nem lehet-e ezen különbséget a vér fajsúlyának menetében valamely olyan momentumnak tulajdonítani, mely az újszülöttek vérének fajsúlyára általában csökkentőleg hat? Igy láttuk, hogy a köldökzsinór lekötési módjának annyiban van a vér fajsúlyára némi befolyása, a mennyiben a korán lekötöttek átlagos 10 napi vérfajsúlya valamivel alacsonyabb, mint a későn lekötötteké. Ámde az e tekintetben mutatkozó különbözet oly csekély, s annyira távol áll az icterikus és nem icterikus újszülöttek vérfajsúlya között mutatkozó különbözettől, hogy daczára annak, miszerint icterikus eseteim között csak 5 késői lekötésü van, szemben 12 korai lekötésü esettel, az icterikus újszülöttek alacsonyabb vér-fajsúlyát a jelzett körülménynek nem tulajdoníthatom.

Határozottabb s jellegzetes befolyást láttunk feltételezve a vér fajsúlyánál az újszülött fejlettségének foka által, s így joggal felmerülhet a kérdés, nincs-e az icterikusok alacsonyabb vérfajsúlya eme körülmény által előidézve? Ha eseteimet ezen szempontból teszem birálás tárgyává, úgy a következő eredményhez jutok. Nem icterikus eseteim átlagos initialis súlya 3313·7 gr., az icterikusoké 3247·0 gr., vagyis utóbbiaké körülbelül 66 grammal kevesebb; ámde téves volna az icterikusok vérfajsúlyának alacsonyabb voltát eme csekély súlybeli különbözetnek tulajdonítani, mert hiszen az újszülött fejlettsége és vérének fajsúlya közötti összefüggés feltüntetése czéljából fennebb közölt számsorozatomból látható, hogy a középső csoport átlagos 3275 gr.-nyi initialis súly mellett is 1·0706 átlagos vérfajsúlyt mutat, míg az icterikusoknál 3247 gr. átlagos initialis súly mellett a vér fajsúlya 1·0686, vagyis a majdnem egyenlő testsúly daczára is megmarad az icterikusok hátrányára fennebb kimutatott 0·002 fajsúlykülönbözet.

Végre érdekelt megtudom, nem rejlik-e a két rendbeli esetek között észlelt vérfajsúlykülönbözet oka abban, hogy az egyes csoportokhoz tartozó esetek átlagos 10 napi súlygyarapodása különböző volt. Ha eseteimet ezen szempontból veszem szemügyre úgy azt találom, hogy a nem icterikusoknál a maximalis súlyveszteség beállott a 3-dik napon, kitett 214·2 grammot, az initialis súly először a 9-dik napon lett túlhaladva 13·4 grammal, és a 10 napi átlagos súlygyarapodás kitett 62·6 grammot. Az icterikusoknál a maximalis súlyveszteség ugyancsak a 3-dik napon állott be, s kitett 220·06 grammot, az initialis súly itt is a 9-dik napon lett először túlhaladva és pedig 15·4 grammal s a 10 napi átlagos súlygyarapodás 62·04 grammot tesz ki; vagyis a testsúly magatartása az első 10 életnapon át annyira megegyező a két csoportnál, hogy a vér fajsúlyának közöttük mutatkozó különbözete semmi esetre sem hozható ezzel összefüggésbe.

Ha pedig ily módon az icterikus újszülötteknél mutatkozó alacsonyabb vérfajsúlyt az említett körülmények alapján magyarázni nem lehet, úgy azt hiszem, teljes joggal mondhatjuk, miszerint az icterikus újszülöttek vérének fajsúlya általában alacsonyabb, mint a nem icterikusoké. Hogy pedig a vér fajsúlyának eme csökkent volta az icterus felléptével oki összefüggésben áll, azt legjobban bizonyítja az, hogy a fajsúlyértékek csökkenése mindig egyidejüleg az icterus felléptével következik be.

Az egyes esetekben nyert vizsgálati adatok külön elbirálásánál azonban kitünik az is, hogy bár az esetek legnagyobb részében a fajsúlyértékek csökkenése azonnal az icterus fellépte után jelentkezik, ez a csökkenés legtöbbször csak mérsékelt, a melyet az icterus fennállásának 4. napján egy újabb rohamos csökkenés követ. Igy pl. mindjárt a táblázatban foglalt első esetnél, az első 3 napon át az átlagos fajsúlyérték állandóan 1·0705. A 4-dik nap reggelén jelentkezik először egy kezdődő icterus; a vér fajsúlya ez esetben itt még nem csökkent, sőt kissé emelkedett, az 5. napi érték még szintén a physiologikus napi ingadozás határán belül marad (1·0702), ámde már a 6. napon a vér fajsúlya hirtelen 1·0624-re száll alá s megszakitásokkal ugyan a 10. napig 1·0545-re sülyed. Hasonló viszonyokat látunk kifejezve a többi esetekben is, különösen ha nem pusztán a napi átlagos értékek menetét, hanem a reggeli és esteli fajsúlyértékek egymásutánját veszszük szemügyre.

A vér fajsúlyának ilyen magatartása az icterus neonatorumnál azért érdemel különösebb figyelmet, miután nagyobb gyermekek és felnőttek icterusánál a vér fajsúlyára vonatkozólag nemcsak hogy nem találtak ilyen szabályszerü értékcsökkenést, hanem vagy normalis magatartást, vagy fajsúlyemelkedét. Igy *Peiper*[1] pangási icterus két esetében fajsúlyemelkedést észlelt. Hasonló eredményhez jutott *Siegl*[2] is. Ezzel szemben *Hammerschlag*[3] a felnőttek icterusánál úgy a vérsavó, mint a vér fajsúlyát normalisnak találta. *Grawitz*[4] nagyobb fokú icterusoknál szintén a vér fajsúlyának tetemes emelkedését látta, ámde ő ezt nem a vérben oldva lévő epealkatrészeknek tulajdonítja, miként *Siegl*, hanem azon állatokon végzett kisérleteivel támogatott körülménynek, hogy az epealkatrészeknek a vérre sűrítő hatásuk van. *Hock* és *Schlesinger*[5] 3 icterikus nagyobb gyermeknél normalis vérfajsúlyt találtak, míg *Monti*[6] egy esetben végzett két meghatározás alapján a *Peiper* és *Siegl* állításához csatlakozik. A szerzők tehát, bár egyáltalában nem rendszeres vizsgálatok alapján, hepatogen icterusnál vagy normalis, vagy emelkedett vérfajsúlyt találtak. Bár az én vizsgálataim alapján az icterus neonatorumnál a vér fajsúlyának ellenkező magatartását látom beigazolva, s bár az én vizsgálati adataimnak épen az adja meg a jelentőséget, hogy rendszeres és ugyanazon újszülöttnél folytatólagosan végzett vizsgálatoknak eredményei, mégis megelégszem a puszta ténynek konstatálásával, a nélküli hogy ezt az icterus neonatorum lényegét illetőleg értékesíten, akarnám, azaz, a nélkül hogy ezt az icterus neonatorum haematogen eredete mellett érv gyanánt akarnám felhozni.

Csupán emlékezetbe kivánom idézni, hogy annak idején végzett vizsgálataimnál a vér alakelemeinek számát illetőleg ilyen változást az icterus fennállása alatt nem észleltem, hanem igenis találtam a vörös vértestecskék számának csökkenését az icterus megszünte után. Az icterus keletkezése és fennállása alatt tehát az a feltünő különbség áll fenn a vörös vértestecskék száma és a vér fajsúlya között, hogy míg az előbbi az icterus fellépte daczára sem változik, addig az utóbbi már az icterus fellépte és fennállása alkalmával tetemesen csökken. Hogy vajjon ez a fajsúlycsökkenés a posticterikus anaemiának megfelelőleg még jobban fokozódik-e, arról megfelelő adatok hiányában nem nyilatkozhatom, miután eseteim csak 10 napon át maradván meg az intézetben, az icterus utáni állapotot hosszabb időn át nem volt alkalmam figyelemmel kisérni.

Annyi azonban nagyszámú és rendszeres vizsgálataim alapján kétségtelen tény előttem, *hogy az icterus neonatorumban szenvedő újszülöttek vérének fajsúlya a nem icterikus újszülöttek vérének fajsúlyával szemben tetemesen csökkent.* Hogy azonban ez az alacsonyabb vérfajsúly lényegileg minő körülmények által idéztetik elő, azt további, a vér egyes alkatrészeire vonatkozó vizsgálatok vannak hivatva kideriteni.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

Az 1755—56-diki erdélyi pestis története.

Egykorú források után.

(Folytatás.)

II.

Chenotnak említett munkája a járványnak ismertett történetén kivül sok érdekes és becses adatot tartalmaz a pestis kórképéről is. A mű szerzője a mult század orvosirói között előkelő helyet foglal el s miután könyvének minden sora bámulatos éles megfigyelő tehetségről tanuskodik: úgy gondolom, nem lesz felesleges az ő nyomán megismertetni azt, hogy mily módon foly le a pestis a mi éghajlatunk alatt s a mi fajunknál. Módunkban lesz ezenkivül összehasonlitást tenni a pestis akkori és mostani klinikai képe között, a mi szintén nem éppen lényegtelen.

Azzal már a XVII. században tisztában voltak az orvosok, hogy a pestist egy contagium, egy méreg idézi elő, mely egyik emberről a

[1] L. c. 223. lap.
[2] L. c. 609. lap.
[3] L. c. 836. lap.
[4] *Grawitz* Über die klinisch-experimentelle Blutuntersuchungen. D. med. Wochenschrift 1893, 20. sz. 469. lap.
[5] L. c. 29. lap.
[6] L. c. 176. lap.

másikra átvihető. Ennek a pestisméregnek a szivósságáról van a Chenot könyvében egy feljegyzés,[1] melyet nagyon figyelemre méltónak tartok azért, mert igazolja Pfeiffernek a német „Reichsgesundheitsamt" legutolsó pestis értekezletén kifejezett abbeli nézetét, hogy a pestis-bacillus a mi klimánk alatt sokkal későbben pusztul el, mint azt Indiában tapasztalták. Chenot ezt az esetet apósától hallotta, ki szintén orvos volt s következőleg beszéli azt el.

1714-ben ugyanis, egy évi szünetelés után, Budán ismét jelentkezett a pestis. Egy kőmíves, a kinek az előbbi év járványa alkalmával genyedő pestis bubója volt, a bubó genyével szenyezett rongyot házának a falában levő lyukba dugott és azt faékkel elzárta Egy évvel később 1714-ben, midőn a házát meszelte, kiváncsiságból feltárta a lyukat s kivette belőle a rongyot. Rövid időn ő és egész családja elpusztult, a pestis nyilvánvaló jelei között. Más ragályozás azonban nem történt.

Chenot a pestis betegség kórképét a következőleg irja le: Kezdetben szokatlan bágyadtság, nehézség érzete, bódultság, étvágytalanság, kereszttáji és fejfájdalom, pillanatig tartó viszketés érzete a bőrben a tünetek, a melyek néhány óráig vagy néhány napig tartanak. Némelyek hirtelen metsző fájdalmat éreznek az ágyékukban, a nyaki és hónalji mirigyekben. Másoknál heves fejfájás, szédülés, hányás inger, szorongás érzete az első tünetek. Ezek után rövid ideig tartó kisfokú borzongás áll be, és innen kezdve a betegség lefolyásában elég nagy különbségek mutatkoznak. Ugyanis:

1. A borzongást csakhamar nem kellemetlen melegségi érzet váltja fel, a pulsus csaknem normalis; a kezdeti tünetek alig fokozódnak. Nemsokára valahol egy bubó jelenik meg, melynek növekedtével párhuzamosan javul a beteg állapota és a 4—5-dik napon jelentkező izzadással a betegség véget ér.

2. A borzongás erősebb, rázóhidegszerű, a melyet forróság érzete követ; a beteg kissé zavart; erős fejfájása van; a bőr azonban nedves, a pulsus szaporább, de telt, a szemek vidámak, az arcz kissé pirosabb; a szomj alig fokozott, a szájíz pépes. Kisfokú szorongás.

Ha ezek a tünetek 24 órán belül nem fokozódnak, a betegség kedvezően folyt le. A negyedik napon izzadás kiséretében rendesen kisfokú javulás áll be, a mely azonban nem állandó, hanem másnap ismét láz jelentkezik.

Igy váltakozik a javulás a rosszabbodással, mig a 7—9. napon egy bubó megjelenésével, vagy elég gyakran a nélkül is, a betegség végleg jobbra fordul.

Igy folyik le a könnyű pestis, a mit némelyek úgy állanak ki, hogy le sem feküsznek.

Már súlyosabb lefolyás a következő:

3. Erős rázóhideg, forróság érzetével váltakozva, utána igen erős forróság érzete. Nagyfokú erőtlenség, heves kereszttáji fájdalmak, keserű szájíz, undor, néha hasmenés, szédülés, bódultság, szomorú, de még fénylő szemek, erős szomjúság, száraz, fehéren bevont nyelv, kipirult arcz, jelentékeny szorongás, száraz köhögés, arythmikus és inaequalis pulsus.

Ha ezek a tünetek fokozódnak és hozzájuk álmatlanság, félrebeszélés csatlakozik, a kimenetel rendesen halálos.

Ha harmad-negyednapon bubo, vagy petecsek, vagy carbunculusok jelennek meg és a tünetek e mellett enyhültek, akkor a beteg 7—14 nap mulva — mialatt a rosszullét több izben váltakozik javulással — ismét egészséges lesz, legfeljebb kisfokú láza van addig, míg a carbunculus üszkös részei leválnak és a fekély begyógyul.

Petecsek gyakran mutatkoznak ilyen lefolyás mellett, a mik jó prognosist igérnek, ha megjelenésük után a beteg jobban érzi magát; ellenben rosszat jelentenek, ha az elesettség fokozódik.

Még súlyosabb alak a következő:

4. Ismételt rázó hideg, igen erős fejfájás, szédülés, erős fájdalom a végtagokban, a kereszttájon és nagyfokú szorongás mindjárt kezdetben. Szapora, gyenge, inaequalis és arythmikus pulsus; zavaros, révedező szemek, lángoló arcz; forró, remegő, hátsó részein száraz, kezdetben sárgás-zöldesen bevont, később csaknem fekete nyelv. Olthatatlan szomjúság, rendetlen, nehéz légzés, égés érzete a szivgödörben, nyugtalanság, hánykolódás, félrebeszélés, a mely néha dühöngésbe megy át; álmatlanság; ritkán bűzös izzadság a hónaljban; ájuldozás; híg, bűzös szék; görcsös rángások, halál. A petecsek ólomszinűek, feketék, az arcz fakó, úgyszintén az egész köztakaró.

A pestisnek ez a formája kiváltképpen olyanokon volt észlelhető, a kik bőven éltek hússal, szalonnával, fűszerekkel, borral, pálinkával.

5. Néha a betegség halálos olyankor is, midőn a kezdeti tünetek nem is túlságosan hevesek, kivéve, hogy a pulsus rendetlen mindjárt kezdettől fogva.

Ilyeneknél a betegség kezdetén fellép a bubo, de semmi könnyebbülés nem követi megjelenését. A carbunculus korábban jelentkezik, mint rendesen szokott, de a környékén nincs semmi lobos reactio. A 2—3. naptól a hatodik napig terjedő időben nagy kiterjedésű petechiak lépnek fel és ezekben a napokban beköszönt a halál. Leginkább gyermekeken és serdülőkön észlelhető a betegség ezen alakja.

6. Máskor a betegség ismétlődő hidegrázással kezdődik, a mely alatt már erős mellszorongás és aggodalom észlelhető. A pulsus valamivel szaporább, igen puha, könnyen elnyomható. Kezdettől fogva nagyfokú erőtlenség. A fej nehéz, kábult, a szemek fénylenek, szomorúak, a nyelv petyhüdt, remegő. Csak igen kis fokú szomjúság. Mindjárt eleinte undor, hányinger, hányás. Halálfélelem; félrebeszélés, öntudatossággal váltakozva; nagy hasmenés. A pestis többi jelei igen gyakran egészen hiányzanak; néha egyes petechiák, melyek ólomszürkék, feketék. A halál a szivtájra lokalizálódó égés érzete és olthatatlan szomjúság közepette áll be a 3—6-dik napon.

7. A legsúlyosabb lefolyású pestis hosszantartó erős hidegleléssel kezdődik. A pulsus szaporább, gyenge, egyenlőtlen, üres. A betegek szédülnek, tántorognak, nem birnak felállni, sőt ülni sem; hányás, hasmenés, halál a második-harmadik napon. A pestisnek külső jeleit csupán nagy petechiák képezik, melyek a halál után néha nem is látszanak. (?)

A mi a pestis bubok megjelenését illeti, Chenot után felemlitem, hogy néha már 24 órával előbb szúró éles fájdalom jelentkezik az illető mirigy tájékán. A lágyéki bubok 3—4 ujjnyival feküsznek a czombhajlat alatt, körülbelül a m. pectineus felett. Chenot csupán két esetet talált, melyben a bubo épen a czombhajlatban volt. A hónalji bubok is 3—4 ujjnyival a hónaljboltozat alatt ülnek, egyenlő távolságban a musc. pectoralis major és latissimus dorsi széleitől; magában a hónaljárokban nem fordulnak elő. A nyakon még ritkábbak.

Számuk változó, 1—3; háromnál többet Chenot nem észlelt egy betegen.

A prognosisra vonatkozólag következőket hozza fel Chenot:

1. Ha a beteg a negyedik napot jó erőben éri meg, akkor nagy kilátása van a gyógyulásra.

2. Ha a pulsus állandóan erős: kedvező jel.

3. Ha a bubok és carbunculusok megjelenését megkönnyebbülés követi, ez azt mutatja, hogy a természet erősebb a betegségnél.

4. Ha a carbunculus vagy a bubo megjelenését enyhe, kellemes izzadás követi, vagy előzi meg, a mely után a netaláni undor és szorongás megszünik: a beteg gyógyulása csaknem bizonyosra vehető.

5. A hányás és hasmenés, ha nem nagyfokú, nem jelent rosszat.

6. A betegség 4—6. napján megjelenő kis petechiak nem veszedelmesek.

7. Túlságos nagy forróság, vagy a forróság hiánya veszélyes.

8. Ha a bubo megjelenését nem követi megkönnyebbülés vagy ha épen nagyfokú elerőtlenedéssel jár: nagy a veszély; hasonlóképen, ha a carbunculus körül nincsen gyuladás.

9. Izzadás, a mely nagy gyengeséggel jár, veszélyt jelent.

10. Hasonlóképen a nagyon erős hányás és hasmenés is.

11. Nagy, mindjárt kezdetben sötét szinű petechiák halálosak.

12. Bódultsággal, tántorgással járó erőtlenség szintén igen veszedelmes.

13. Ha fájdalom nincs, a pulsus nem szaporább, de gyenge, üres, a bőr fakó, kékes fekete: hamar bekövetkezik a halál.

A pestis kezelése Chenot idejében természetesen csupán tüneti volt. Ennek részletezésébe nem bocsátkozom, mivel az összes gyógyszerelés indokolása az uralkodó temperamentum- és nedvelméletnek alapján épült fel. Csupán azt emlitem meg, hogy ha a pulsus gyenge volt, bőven adták a camphort, moschust.

Sokkal érdekesebb és jelentősebb azonban Chenotnak egy megjegyzése, a melyben emliti, hogy Diemerbrock könyvében olvasta, miszerint vannak orvosok, a kik pestisbubok genyét megszárítva és porrá törve, azzal pestisbetegeket meggyógyitottak. Ez az észlelet nem egyedüli az egykorú forrásokban. Kundmann[1] irja, hogy Georgus Kulmus, danzigi orvos, midőn 1709-ben Danzigban a pestis nagyon dühöngött, maga is kisérleteket tett pestisben elhalt betegek csontjainak porával, azonban eredmény nélkül. Ugyanezen Kulmus a következőket irja Christian Hoenischen breslaui orvosnak: „Egy reformatus theologus, Nagy-Lengyelországból, Fabiany nevű, esküvel erősítette, hogy midőn Varsóban a pestis ellen már semmi sem segitett, a varsóiak végül felvágták az elhaltak buboit, a genyet megszárították, porrá törték és betegeknek adták be, a kik ettől meggyógyulának. Főképen azonban megóvta ez az embereket a pestistől, úgy hogy azok, a kik ezzel éltek, a betegekkel félelem nélkül éritkezhettek. Sőt a szegényebb emberek annyira vitték, hogy a „purulentam materiam e maturatis bubonibus" kanálszámra ették. Hasonló megfigyelések vannak Kundmann szerint Gablinsnál (Actae Medicinales Berolinenses Dec. II. vol. II. pag. 28) és a Diarium Gallicum Amstelodamense. Mens. Julii Anno 1722, pag. 685.

Ime: a virulens fertőző anyaggal a gyomron át való vaccinálás csirái. Megjegyzem, hogy tudomásommal ezek az adatok egyetlen újabb orvosi történelemben sincsenek felemlitve.

Filep Gyula dr.
közegészségtani tanársegéd a kolozsvári egyetemen.

(Folytatása következik.)

[1] 53. lap.

[1] Kundmann. Rariore naturae. 1201. l.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A hólyagbetegségek mai állása.

Közli: **Novotny Lajos** dr. kir. tanácsos.

(Folytatás.)

A betegnek műszerrel való megvizsgálása alkalmával a legnagyobb elővigyázati szabályoknak kell hódolnunk, mert mielőtt a műszer a hólyagba jut, a 20—22 cm. hosszú húgycsövön halad keresztül, melyben rendes körülmények között is bacteriumokat találunk. A fertőző anyagok

pedig műszereink segélyével a hólyag belsejébe tolatva, alkalmas viszonyok között hólyaggyuladást okoznak. Vizsgálat előtt tehát a húgycsövet fecskendővel vagy pedig katheterrel alaposan meg kell tisztítanunk.

A húgyszervek bajaiban, különösen a hólyag vizsgálásánál, csak újabb időben fordítottak gondot a műszer tisztaságára, a húgycsőnyilásnak és környékének, s magának a húgycső belsejének fertőtlenítésére. Igaz ugyan, hogy a hólyag a fertőző anyagokkal szemben ép felhámjával hatalmasan védekezik s a betegség csirái a vizelettel eltávolodnak, de gyakran tapasztaljuk, hogy a vizsgálat után, a hol a hólyaggyuladás tünetei nem voltak jelen, már nehány óra mulva a vizelet zavaros lesz. Különösen a hólyag hiányos működése alkalmával lép fel előszeretettel vizsgálat után a gyuladás. Tehát a vizsgálat által a súlyos bajokhoz még olyan is szegődik, mely a betegre sokkal kinzóbb, mint az eredeti bántalom. A gyuladást előidéző csirok felszaporodását a pangó vizelet, az erjedésre alkalmas nyálka, a congestio, szóval a megváltozott táplálkozási viszonyok szokták előidézni. A hólyag belsejének megvizsgálását tehát ne tartsuk ártatlan beavatkozásnak s végrehajtását a legnagyobb antisepsis mellett csak akkor engedjük meg, ha a betegnek panaszai és egyéb jelek okvetlenül felhívnak bennünket erre.

Az antiseptikus sebkezelés nagy metamorphosison esett át. Hol a kötöző szerekből, hol az antisepticumokból maradt el valami, hol itt, hol ott toldozták-foltozták, míg lassankint reájöttek, hogy a sebek természetes gyógyulásának fő tényezője a tisztaság. Műszereinken eszerint tönkre fogjuk tenni erős antisepticumokkal a betegséget okozó csirákat, mert ezek által teszszük azokat aseptikusokká, de meg fogjuk óvni a test szöveteit a marószerektől, mert az urethra olyan érzékeny, akárcsak a conjunctiva.

* * *

Manapság, midőn az orvostudomány specialis részekre oszlik, nagyon fontos *A. Seelig* szerint ama törekvés, mint a hogy azt Guyonnál látjuk, hogy figyelmünket arra irányítsuk, hogy az egyes szervek megbetegedése mily befolyással van az egész szervezet háztartására.

Az emésztés zavarai és a neurastheniás állapot befolyása pl. a húgyszervekre tagadhatatlan; gyakran tapasztaljuk, hogy a kik szegényvérűek s a kik rosszul emésztenek, gyakran állnak elő a húgyszervekre irányuló panaszokkal. A vizelet ugyanis csípő, égető, a beteget gyakori vizelés inger gyötri, mi a hiányos táplálkozás miatt ugyis elgyengült betegeket még jobban el szokta kedvetleníteni.

Ezen tünetek a vizelet abnormális összetételéből, továbbá a bélbeli rothadás s a ptomainmérgezés által keltett reflex neurosisokból magyarázhatók meg, a melyek helyes étrendre s gyenge hashajtókra gyorsan el szoktak mulni.

A diaetetikus gyógyító módok is hasonló bajokat okozhatnak, így pl. a húsevőknél a húgysavas diathesis, a növényevőknél az oxaluria, mely tünetekre hamarosan rá szokták fogni a mindent felölelő neurastheniát. A húgysavas diathesis concrementumok képződésére is szokott vezetni. S ha tekintetbe veszszük, hogy az ilyen betegek gyorsan lesoványodnak, s hogy többé-kevésbbé ideges természetűek, könnyen eshetnek a hibás diagnosis és elhibázott kezelés áldozatául.

Ideges emberek is gyakran fordulnak az orvoshoz a húgyszervekre irányuló panaszokkal. Ha azután idegeseknél az orvos alapos vizsgálódás nélkül fog a gyógyításhoz, a betegnek nagy kárt fog okozni, mert a localis orvoslásra a tünetek még súlyosabbak lesznek. E tünetek rendesen túlságos érzékenységben, vagy valamelyes fonák érzésben szoktak nyilvánulni.

Nehéz vizelés (dysuria), nehéz és fájdalmas vizelés (stranguria), hólyaggörcs (cystospasmus), vizeletrekedés (ischuria) léphetnek fel, miket pl. hólyaggyuladásnál, hólyagkőnél és szűkületnél van alkalmunk észlelni. A vizelet azonban mindig tiszta, kivételt csak azon esetek képeznek, a hol a tévútra vezetett localis beavatkozás fertőzést, húgycső- vagy húgyhólyaggyuladást okozott.

Ideges embernél gyakran meg szokott változni a vizelet is, tehát épen azon váladék, melyből a húgyszervek betegségeire szoktunk következtetni.

Neurastheniás embereknél a vizelet napi mennyisége is meg szokott változni, úgy hogy polyuria, oliguria s anuria áll be. A polyuriánál a beteg 24 óra alatt 1600—2000 cm³-nél többet szokott vizelni. Polyuriát gyakran észlelünk prostatikusoknál is. Oliguria a húgyszervi bajokban ritkán észlelhető. Kőmorzsolások után rossz prognosisra figyelmezteti a műtőt. Anuria alkalmával a vese nem választ el vizeletet, de azon esetekben is észlelhetjük, a hol a vizelet nem folyhat le a hólyagba, pl. ha az ureterek comprimáltatnak.

Meg szokott változni ideges embereknél a vizelet chemiai alkotásában is. Czukrot találunk gyakran gerinczagybajokban, fehérjét észlelünk súlyosabb neurosisoknál, indiguriát onanistáknál. A phosphaturia pedig leggyakrabban a neurosisoknál észlelhető.

A valódi idegbajok és a fertőző betegségek befolyása nagy fontossággal bir a húgyszervekre s ezeknek ismerete nagyban be szokott folyni a gyógykezelésre.

Az idegbetegségek azért okoznak súlyos húgyhólyag-bajokat, mert megváltoztatják a húgyszervek motorikus viszonyait: így a gerinczagy-bajok alkalmával beálló hólyagbénulás, ha a záróizmokat éri, vizeletcsepegésre, ha a hólyag-izmokat (detrusor) éri, vizeletrekedésre vagy visszamaradó húgyfelhalmozódásra ad alkalmat. A tabes dorsalisnál a crises gastriques-hez hasonló hólyagbeli zavarok szoktak jelentkezni, melyek napokig is eltarthatnak.

Gerinczagybajokban a makkban heves fájdalmak támadnak s a beteg napokon át nyomkodja a makkot, akár csak a hólyagköves.

Onanistáknál, kik többnyire idegesek is, a húgycső felette érzékeny szokott lenni, mi által olyan tünetek jelentkezhetnek, melyek a húgyszervi bajokban mindennaposak, így enuresis, pollutio és spermatorrhoea, a vizelés gyakorisága, gyors ejaculatio s a nemi erő hanyatlása. Az onanista gyakran panaszkodik paraesthesiáról, hímtagja érzéketlen, elzsibbad, hideg, és hogy coitus után testileg és szellemileg elgyengül s végre, hogy potentiája hanyatlik.

Fertőző betegségekben is felléphetnek hólyagbajok. A vesebajok fellépése pl. a vörhenyben köztudomású, sőt typhusban már húgycsőfekélyeket is észleltek.

A bujakórság befolyása alatt — különösen annak kiütéses szakában — gyakran észlelhetünk húgycsőfolyást, szapora vizelésingert, melyek a lues ellen irányuló kúra alatt gyorsan el szoktak mulni. A gümőkórságban szenvedők is gyakran állanak elő a húgyszervekre irányuló panaszokkal, mit onnan fejthetünk meg, hogy a tuberculosis alatt a nyálkás hártyák feltünően hajlamosak hurutos bajokra, s minthogy a gümőkórságban gyakran változik meg összetételében a vizelet (jobbára a dús táplálkozás miatt), gyakran fognak izgalmi tünetek jelentkezni s gyakran áll be a mirigyek irritatioja miatt húgycsőnyálkázás. A görvélykórság is befolyással van a húgyszervekre, s tapasztalatból tudjuk, hogy a kankó ezen betegségekben feltünő súlyos alakban szokott mutatkozni s az esetek nagy számában a genital tuberculosis kitörésére ad alkalmat.

Általában azt tapasztaljnk, hogy a gyenge, satnya testalkotással biró szegényvérű betegeknél a kankó sokáig szokott tartani s gyakran köszöntenek be súlyos complicatiok.

Húgycső- és hólyagbajokban könnyen betegszenek meg a többi szervek, a mellékhere, a prostata s a magasabban fekvő részek is, s gyakran megesik, hogy a húgycsőkankó a sajka-árokból kiindulva, mint ascendáló folyamat végig fut a határig, a vesékig.

A savós hártyák is gyakran megbetegednek. A gonitis, az endocarditis, a női ivarszerveket boritó takarók bajai, a peri- és parametritis, a salpingitis gyakran észlelhetők.

A complicatiókra majd a láz, a fájdalom, majd pedig a vizeletben kimutatható fehérje és vese-cylinderek szoktak jellemzők lenni.

Húgycsőkankóban a láz pl. mellékheregyuladásra; prostatitisben a láz s a lüktető fájdalom tályogképződésre hívja fel a figyelmet, míg az ágyék- és gerinczfájdalmak inkább csak vesebajokban szoktak jelentkezni, s mivel ezen bonyodalmak ágyhoz kötik a beteget, sokszor igen megviselik.

* * *

A húgyszervek bajai által okozott emésztés zavarok, ideges tünetek és egyéb bajok hasanlóképen igen nagy fontossággal birnak a gyakorló orvosra nézve. Tehát míg előbb azt láttuk, hogy a szervezet egyéb betegségei a húgyszervekre hatottak, addig most azt látjuk, hogy viszont a húgyszervek betegségei okozhatnak egyéb, a belgyógyászatba tartozó bajokat.

A diagnosisra zavarólag hat, hogy a régi vese-, hólyag- és prostatabajosak és a strikturások gyomor- és bélzavarokban és ideges tünetekben szenvednek s így egészen le szoktak soványodni s szegényvérűekké válnak.

A húgyszervek bajai által okozott emésztés-zavarok változatos képet nyújtanak. A beteg sok mindenféléről panaszkodik, de nincs egyetlen tünet sem, mely a húgyszervek betegségeire jellemző volna.

A dyspeptikus tünetek leggyakrabban retentio alkalmával s itt is jobbára prostatatúltengésben észlelhetők. Prostatikusoknál néha egyedül a gyomor- és bélbeli zavarok dominálják a kórképet. A vesebajosak dyspepsiáját is jól ismerjük, mely autointoxicatiora vezethető vissza, s így az önmérgezés miatt a húgyszervi beteg igen szánandó képet nyújt.

Ha tehát a betegek a prostata túltengés uralkodó szakában dyspepsiásokká válnak, sohase mulasszuk el a kathetervizsgálatot arra nézve, hogy sufficiens-e a húgyhólyag, avagy nem.

A húgyszervek betegségei által okozott ideges tünetek többnyire igen súlyosak szoktak lenni, de a húgyszervek bajainak gyógyultával javulnak, sőt adott esetben a localis therapiára varázsszerűleg megszünnek, különösen az idegdús prostata betegségei szülnek súlyos reflexneurosisokat. Az ideges tünetek változatosak. A mony érzéktelen, hideg, s a tagban időnkint beálló villámszerű ütések, gyakori vizelésinger s több ehhez hasonló panaszok által jelentkeznek. Az idegesség majd kisebb-nagyobb fokú izgatottságban, majd pedig mély lehangoltságban nyilvánul. Az ingerlékeny beteg fel-felújuló szeszélyeivel környezetének ostora szokott lenni. Mély lehangoltsága s önmagával való folytonos tépelődése miatt pedig bús-kórosnak s hypochondernek szokás tartani. Ez okból a húgyszervek bajaiban szenvedők a valóságos ideg-, gyomor- és bélbeteg benyomását keltik bennünk.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Dr. Ed. Golebiewski: Atlas und Grundriss der Unfallheilkunde, sowie der Nachkrankheiten der Unfallverletzten. (Lehmann's med. Handatlanten Bd. XIX.) München, 1900.

Hálás feladatra vállalkozott Golebiewski ezen mű megszerkesztésével. Ma, midőn az alkalmazott munkások kötelesek belépni a betegségélyző pénztárakba és a munkások balesetek ellen való biztosítása mindinkább nagyobb mértékben terjed, azok betegségeit, főként azonban sérüléseiket és ezek következményeit sokszor egészen más szempontokból kell megbirálnunk, mint különben az orvosi gyakorlatban.

Golebiewski gazdag tapasztalataira támaszkodva — 5245 saját

észlelés — rövid, szabatos vonásokban tárgyalja a munkásokat érhető különböző baleseteket és azok következményeit. A könyv általános részében a sérülésekről általában van szó, röviden kiterjeszkedve minden szükségesre, a részletes részben pedig testrészek szerint tárgyalja a különböző sérüléseket és azok végeredményeit. Az egész könyv 642 oldalra terjed; értékét a 40 színes tábla és 141 szöveg közé nyomott ábra — ezek között számos tanulságos Röntgen-kép — szerfelett emeli; számos eset közlése és munkaképesség szempontjából való elbirálása pedig nagyon tanulságos és érdekes. Sok igen jó tanácsra akadunk, így pl. a kéz apró sérüléseinél — a mit ref. is mindig követendőnek tart — inkább mentsük fel néhány napra a beteget teljesen a munkától, semhogy tovább dolgozván, súlyos phlegmone csatlakozzék a jelentéktelen sérüléshez, mely a beteg munkaképességét örök időkre megbénithatja. Nagy súly helyezendő a hegek, zúzódások, csonttörések helyes és pontos utókezelésére stb. Figyelembe veendő némely betegségnek, pl. a tuberculosisnak, sérülések után való gyors kifejlődése. Nem helyeselhető azonban a „traumatikus gyomorrák" felvétele, ez legalább is nincs bebizonyitva; de elfogadható, hogy egy már jelenlevő, de tüneteket nem mutató gyomorrák sérülés után rohamosabb fejlődésnek indulhat. De ezek oly jelentéktelen hibák, melyek a mű értékét egyáltalában nem csökkenthetik. Nagyon ajánlható a mű mindazoknak, a kik egyleti és betegsegélyző-pénztári tagok gyógyitásával foglalkoznak, továbbá azoknak, a kik hivatva vannak sérültekről illetékes birálatot mondani (tiszti orvosok, törvényszéki orvosok, biztosító-intézeti orvosok stb.), de a gyakorló orvos is nagyon sok hasznos útmutatást fog benne találni. A mű kiállitás tekintetében J. F. Lehmann ismert kézi atlaszainak méltó folytatása. *Paunz Márk* dr.

Lapszemle.

Általános kór- és gyógytan.

A rákaetiologia újabb kutatási módszereiről értekezik *Behla*. A rák kórokát megállapitani sok fajta úton törekedtek már. Régibb időben megelégedtek egy rákos diathesis felvételével. A histogenetikus principiumok meghonosodása óta az aetiologia kérdése lépett előtérbe. Speculativ úton igyekeztek megoldani a kérdést: Thiersch a hám- és kötőszövet kölcsönhatásának theoriájával és Cohnheim embryonalis csirok visszamaradásának hypothesisével. A Hansemann-féle theoriának az anaplasiáról, saját állitása szerint is az aetiologiához semmi köze. Bard szerint minden daganat egyetlen újképleti sejtből származik, mely a vitalis inductio egy zavara révén megsokszorozott szaporodási képességgel bir. Ribbert szerint daganatok úgy születés előtt, mint születés után egyes sejteknek vagy sejtcsoportoknak az organikus összefüggésből való részleges vagy teljes leválása által keletkeznek. A levált csirok a sejtek zárt összefüggésének befolyása alól felszabadulva, a mennyiben egyáltalában birnak szaporodási képességgel s táplálkozásuk különös megakadása nélkül jutottak megélhetésüknek kedvező környezetbe, önállóan nőnek tovább s tumorokká lesznek, melyek a levált csir nagysága és organisatioja szerint vagy nagyjában megegyezők azon szervvel, melytől származtak vagy pedig tőle többé-kevésbbé különböznek. Hauser szerint a tumorok nagy talánya a sejteknek a physiologikus növekedési törvények alóli, a parasitismust megközelitő emancipatioján fordul meg. A priori fel kell vennünk, hogy a daganatok aetiologiája nem egységes. Hogy az epithel határtalan burjánzásához mi adja meg az indító okot, eddig még senki sem tudta plausibilissé tenni.

A másik kutatási mód abból állott, hogy a contakt és műtétek közben véletlenül végzett oltási infectiok hatása alatt carcinomát emberről emberre, állatról állatra, emberről állatra *átoltani* igyekeztek. A kisérletek, emberről emberre és patkányról patkányra való sikeres átoltás eseteit kivéve, eredménytelenül végződtek. Ezen positiv eredményeket is egyszerű transplantationak minősitették. Még ha ezen felvétel beigazolást nyerne is, a carcinoma infectiosus volta a sok negativ eredmény daczára sem volna teljesen kizárható.

Felvehető ugyanis, hogy ezen átoltások alkalmával a rákparasiták már nem voltak életképesek vagy nem voltak átoltható stadiumban, illetőleg oly fejlődési szakaszban, melyben idegen testen belül is tenyészhetnek s hogy a természetes infectio bizonyos állandósult stadiumban (Dauerstadium) történik. Erre analogiát a juh oesophagusában előforduló, jóformán tiszta tenyészetből álló sarkosporidium-tömlők szolgáltatnak, melyeket sem direct átoltás, sem pedig etetés útján más juhra átvinni eddig nem volt lehetséges, továbbá az actinomyces-daganatok, melyek hasonló viselkedést tüntetnek fel. Az ez úton elért eredmények egyöntetű következtetést vonni nem engednek s a carcinoma infectiositása ezen módon sincsen beigazolva.

A rákaetiologia vizsgálatának harmadik módja annak *experimentális előállitására* törekszik. A carcinoma képződésénél kétségtelenül egy bizonyos inger játszik nagy szerepet. Traumák, mechanikus insultusok után, paraffinkátrány-munkásoknál vegyi ingerek hatása alatt, gyakran láttak carcinomát fellépni. Mégis rákra hajlamos állatok emlőinek veregetése, herezacskóiknak kátránynyal való kenegetése soha carcinomát nem eredményezett. A Ribbert-féle theoria folyományaként végzett kisérletek a véráramba injiciált, sebekbe beleszórt epithel-sejtekkel stb. szintén negativ eredményhez vezettek. *Lak* állitólag nyálkahártyák mélyreható sértései által egyes állatoknál carcinomát létesitett, mégis más magyarázatot kizáróan eddig még nem sikerült senkinek experimentalis úton rákot előidézni.

A *parasitaer vizsgálatok* útja a legjártabb. Daczára ennek, a daganatok sejtzárlatairól még mai napig sincs bebizonyitva, hogy parasiták-e vagy sejtdegeneratiok. Alig van osztálya a mikroorganismusoknak, melybe a parasitaer theoria védői ne sorozták volna őket. Hasadó gombák, chytridiaceák, amoebák, suctoriák, sporozoák, phyco-, asco-, blastomyceták stb. mindmegannyian gyanusittattak már azzal, hogy közéjük tartoznak. Újabban több helyütt végzett tenyésztési kisérletekből következtetve, úgy látszik, a kérdés a blastomyceta-theoria felé hajlik, a mennyiben a daganatokból kitenyésztett mikroorganismusok nem egyszerűen sacharomycesek, hanem erjesztőgombakinézésű csirok s más magasabbrendű gombafajok fejlődési szakaszai.

A *statistika* mint tudományos módszer a carcinoma aetiologiájában a legkülönbözőbb irányban lett már igénybe véve. Az öröklési viszonyok megfigyelése eredményhez nem vezetett, mert ha ugyanazon szervre nézve csoportositjuk az eseteket, számuk eltünő csekély s a különféle szervekben egy és ugyanazon családon belül előforduló rák-esetek inkább egy öröklődő familiaris dispositio mellett szólnak. Az életkort illetőleg közepes életkorban fordul elő leggyakrabban a carcinoma. A közepes korú carcinomások jórészt városi lakosok, a fiatal és vén korúak jórészt vidéken lakók. A női nem inkább betegedik meg carcinomában, mint a férfinem, talán azért, mert a konyhában inkább jut érintkezésbe növényi tápszerekkel. A városi lakosság megbetegedési aránya nagyobb, mint a vidékié; nagy városokban az arány a legnagyobb a nélkül, hogy a lakosság tömörülése mint causalis momentum ezt képes volna megmagyarázni, mert fordított arányban áll a megbetegedések számával. Azon tételt, hogy vegetabilis étrend mellett carcinoma ritkább, mint hus élvezete mellett, újabban megdöntötték. Casper szerint herbivor állatoknál a carcinoma ép oly gyakori, mint carnivoroknál. Hogy hidegvérű állatoknál eddig carcinomát még nem találtak, hogy melegvérűeknél ép azon szervekben fordul elő, melyekben embernél primaer carcinoma alig szokott előfordulni, a táplálékfelvételt figyelembe véve hihetőleg érdekes experimentalis adatokat fog még szolgáltatni. Normandiai orvosok a nagy carcinomafrequentia okául a rossz ivóvizből, sőt trágyaléből készült cidert (almabor) hozzák fel. Az alkoholfogyasztó nép gyakrabban betegszik meg carcinomában. A rossz ivóvizet is okolják s bár a vizsgálatok egész sora szól e mellett, bizonyiték erre nincsen. A mi a foglalkozást illeti, állitólag erdészek, briquettmunkások, földmivelők, molnárok, kertészek, gyümölcskereskedők, halászok stb. betegednek meg gyakrabban. Állitólag némely vidék rózsakertészeinél igen gyakoriak a rákmegbetegedések. Hogy kátrány-, paraffin- és korommunkások hajlammal birnak ilyfajta megbetegedésekre, közismert tény. A schneebergi bányamunkások között a primaer tüdőrák (újabban kitünt, hogy lymphosarkoma, Ref.) elég gyakori. Hogy constitutionalis megbetegedések (syphilis, diabetes, tuberculosis) mennyiben adnak praedispositiot, nincs még eléggé tanulmányozva, valamint a klimatikus, meteorologikus, geologikus-topographiai viszonyok befolyása sem. Angolországban folyókkal átjárt, áradások által zaklatott, agyagos területeken van a legnagyobb carcinomamegbetegedési szám. Krétatalajú, magas fekvésű területeken a megbetegedések ritkák. Normandiában izoláltan fekvő házakban, melyek környékén vizfolyások, erdőségek vannak, igen nagy a megbetegedési szám. A carcinoma endemikusan is előfordulhat; ennek okául az ivóvizet, életmódot, topographikus, socialis, botanikus viszonyokat hozták fel. Ily irányú közlések áttanulmányozása után valószinűnek látszik, hogy rossz, stagnáló, fákkal övedzett víz (tócsa, árok, áradások), a veteményeknek ily vízzel való öntözése, annak ivóvizként s mosogatáshoz való használata játszanak szerepet a megbetegedések endemikus fellépését illetőleg. A gyanú oda kell hogy irányuljon, hogy a carcinoma feltételezett parasitája a vizben keresendő. Azon felvételből kiindulva, hogy a parasita két gazdán él, a mint az a Texas-láznál a kullancsra, a malariánál a mosquitokra nézve be van bizonyitva, a parasitologiai kutatásoknak a ráknál is ez irányban kellene indulniok. Vannak is már észleletek, melyek állati daganatokra nézve a két gazda lehetősége mellett szólanak. (Szerző most bolhákkal és poloskákkal kisérletezik oly módon, hogy általános carcinosisban szenvedő betegeket szúrat meg velük s vizsgálja őket ezután parasitákra s beoltja vérüket carcinomára hajlamos állat [kutya] vérébe, szöveteibe.) De nemcsak állatok, hanem növények parasitaer megbetegedései is esetleg szerepet játszhatnak, melyek már úgy is exquisit hypertrophikus ingerhatással birnak. Az endemikus rákfészkek körül egyes esetekben meg is történt úgy az állati, mint a növényi parasiták systematikus átvizsgálása, eddig azonban a nélkül, hogy a rák aetiologiáját illetőleg eredményhez vezetett volna.

Tekintetbe véve, hogy a tumorokból izolált blastomyceták gyorsan elveszitik virulentiájukat s visszaoltáskor csak kötőszöveti typusú erjesztőgomba-tumorokat idéznek elő, azon felvételre kell hogy jussunk, hogy az infectio egy már teljes virulentiájú stadiumban kell hogy létesüljön. Másrészt tekintve, hogy vannak mikroorganismusok, melyek táptalajon nem tenyészthetők s csak gazdájukon élnek meg, s végül, hogy pl. a mycelium-gombák az állati testen belül nem végzik be teljes fejlődési szakaszaikat, hanem hogy oidium-képződés nélkül degenerálnak, elpusztulnak: a Koch-féle három postulatum, ú. m. tiszta cultura, beoltás és megfelelő betegség előidézése a parasiták által nem teljesithető. Mint oly módszert, mely daczára ennek mégis eredményhez vezethetne, ajánlja szerző állatoknak különféle inficiált tápszerrel való etetését, inficiált ivóvizzel való itatását, párhuzamban az iránt való kutatásokkal, hogy mily gombafajok birnak ama sajátsággal erjesztőgomba-formákat venni fel, mint a mint az a legkülönfélébb gombafajokról eddig is már bebizonyosodott. Ha az etetési, illetőleg oltási kisérletek ilyen eredményre vezetnének, ha azt látnák, hogy egy gombafaj az állati testen belül ugyanazon formákat és hatásokat idézi elő, mint a milyen formákat találunk zárlatként az emberi daganatokban, összetartozóságuk be volna bizonyitva. (? Ref.) (Centralblatt für Bakteriologie, 17. kötet, 313. lap.)

Zimmermann dr.

Belgyógyászat.

Agy- és nyúltvelői tünetekkel járó családi megbetegedés ritka nyilvánulását találjuk *Trénel* közlésében. A két leánytestvér, rokon szülők gyermekei, terheltek is, a mennyiben egy anyai nagynéne és egy testvér elmebeteg. Az *első betegen* görcsös rohamok után a gyermekkorban állott be a dementia, a pubertas alatt periodusos delirium támadt a menstruatio alatt. Felvételkor apathiás dementia, a fej és a felső végtagok reszketése, nehéz járás, élénk patella-reflex, renyhe pupilla-reactio, rövid és szabálytalan periodusú izgatottság voltak a tünetek. A *második beteg* szintén gyermekkorában esett görcsökbe és a pubertas idején periodusos deliriumba, utána elmegyengeségbe, azonkivül egy alkalommal epileptiform-görcsei voltak. Felvételkor járása merev, reflexei fokozottak voltak, térd-clonus volt kiváltható, felső végtagjai reszkettek, jobb arczfelében fibrillás rángások, alsó végtagjaiban néha rohamokban beálló megrándulások támadtak. Pupillái renyhék, az egyik papilla elszíntelenedett. Azonkivül heves, néhány napig tartó szabálytalan agitatios roham támadta meg a beteget. (Revue neurologique, 1900. 1 sz.) —*ts.*

A tabest megelőző syphilisben jellemző tulajdonságokat keresett *Helberg* (Kopenhága). Összehasonlítva olyan lues-eseteket, melyek után tabes támadt, olyanokkal, a melyeket ezen betegség nem követett, közöttük sem a kezelésben, sem a tünetek hevességében vagy elrendezésében semmi különbséget nem talált. (Revue neurologique, 1900. 1. sz.) —*ts.*

Schaefer antagonista reflexét birálja *Babinski*. E reflex abban áll, hogy ha erősen összenyomjuk az Achilles-inat középső vagy felső harmadában, egészséges emberen csekély fájdalmat, a láb csekély extensioját és néha a lábujjak flexioját észlelni. Bizonyos betegségekben, pl. szervi hemiplegiákban ezen eljárás fájdalmasabb és a láb csekély flexioját, ellenben a lábujjak extensioját eredményezi. Ismeretes, hogy *Babinski* ugyanilyen alakú reflexet már régen kiváltott a talp bőréről, és megjegyzi, hogy az Achilles-in mellett történt csípés is hasonló eredményre vezet, a mi bizonyítja, hogy *Schaefer* reflexe nem inreflex, hanem bőrreflex. Babinski jelenleg keresi, hol van e reflex kiválthatóságának felső határa. (Soc. de neur. de Paris. Rev. neur. 1900. 1. sz.) —*ts.*

Az ideges májkólikáról értekezik *Forster*. Már Sydenham ismerte e ritka kórképet és újabban Fürbringer utalt e kórkép felállításának szükségére. Heves, szúró, fúró fájdalmak a máj tájékán adják meg főtünetét. Jellemző e fájdalmak fellépésére az időszakosság. Gyakran társul más neuralgiákkal. Icterust csak a régibb szerzők említenek, jeléül annak, hogy sok olyant soroltak e kórképhez, mit mi ma másnak tartunk. Kóroki momentumoknak menstruatiot, lelki izgalmat és izgató ételeket említenek. A kórismét a rohamok időszakossága, az epekő ellenes gyógyeljárás eredménytelensége (?) biztosítják. Támogató körülmények: a beteg ideges hajlamossága, helybeli gyuladásos folyamatok hiánya, epekövek hiánya a székletében, icterus és májduzzadás hiánya és a rohamoknak izgató ételek élvezésével való összefüggése. A kórkép prognosisa eléggé kedvező. Gyógyító eljárásképen a rohamok ellen narcoticumok jönnek szóba. Causalis eljárásképen a kórképpel együtt járó anaemia, neurasthenia kezelése foganatosítandó. Szerző észlelte esetben a habitualis székrekedés megszüntetése volt eredményes. Az értekezést az irodalomban közölt esetek szorgalmas egybeállítása fejezi be. (Forster: Über nervöse Leberkolik. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1900.) *Lévy.*

Ép és gyuladásos vesékből származó vérvizelésről közli *Naunyn* érdekes tapasztalatait. Israel nem régen bámulatos eredményekről számolt be, melyeket egyoldali vesevérzéseknél, gyuladásos folyamatoknál nephrotomiával elért. Naunyn nehány esete kapcsán bizonyosnak tartja, hogy teljesen ép veséből ismeretlen okokból periodikus vérzések történhetnek. Más eseteiben, melyek egy részében a vérzésből vese-neoplasmát diagnostizáltak, idült Bright-kór volt a vérzés oka. Naunyn kiemeli, hogy ezen eseteiben a makroskopos lelet ép vesére vallott. Észleletei mellett felhozza Harrison előnyös tapasztalatait, ki Bright-kór három esetében a vesébe bemetszéseket végzett. Harrison abból a felvételből indult ki, hogy a gyuladásos vese duzzadt tokjában feszül és igy bemetszésekkel kell könnyíteni e feszülésen, ép úgy mint akár az iridektomiával a glaukomás szemen. (Mittheilungen aus den Grenzgebieten der inneren Medizin und Chirurgie V. kötet, 4. és 5. füzet.) *Lévy*

Jodkali-parotitis egy esete. A jodkészítmények mérgezési tünetcsoportjának egy szokatlan alakját közli *Trautmann*. Egy 32 éves lueses egyénnek, a ki körülbelül 15 napra elosztva mindössze 12 gr. jodkalit (tehát 0·8 gr.-ot pro die) szedett, egyszerre láz kiséretében jobboldali parotis-tája kisökölnyi nagyságra megdagadt. A szer rögtön kihagyatott, a mire már másnap a daganat apadt és a fájdalmak lényegesen csökkentek. Ebből szerző biztossággal a jodkali szedésében véli a jelen parotitis kórokát kereshetni. Eddig az irodalomban 6 hasonló esetet talált, a hol a parotitis a jodnak egyszer belső, másszor külső alkalmazása után lépett fel. (Münch. med. Wochenschr. 1900. 4. sz.) *Hönig Izsó* dr.

A myotoniát táplálkozás-zavarnak tartja *Bechterew*. Ezt bizonyítja szerinte, hogy e bajban az anyagcserét emelő szerek jó hatásúak és hogy a vizeletben a húgyanyag, a phosphorsav és chloridák mennyiségét csökkentnek találta, míg a húgysav hol kissé több, hol kevesebb volt. A vizelet a myotonia javulásával a rendeshez közeledett. (Talán csak következménye a táplálkozás-zavar a myotoniának? Ref.) (Neurol. Centralbl. 1900. 3. sz.) *Kollarits Jenő* dr.

A tabeses hypotoniából származó járás-zavarokat *Adler* az izületekre alkalmazott *gummikötőkkel* gondolja javithatni. (Neurol. Centralbl. 1900. 3. sz.) —*ts.*

Astheniás nyúltvelőbénulás állott be *Feinberg* esetében ileus stercoralis alatt az occlusio tetőpontján; a bél átjárhatóságának helyreállásakor a nyúltvetőbénulás javult, majd teljesen gyógyult. Ez eset bizonyítja, hogy az *autointoxicationak* lehet szerepe az astheniás nyúltvelőbénulás létrehozásában. (Neurol. Centralbl. 1900. 3. sz.) —*ts.*

Jobboldali izolált hypoglossus bénulás gyógyult esetében *Marina* mikroskopos vizsgálattal *neuritises* folyamatot derített ki. (Neurol. Centralbl. 1900. 3. sz.) —*ts.*

Szülészet és nőgyógyászat.

A szülést akadályozó cystoma ovarii eltávolítása kolpotomia posterior útján czimmel közöl egy esetet *Hesselbach* (Halberstadt). A 31 éves nő 6 izben szült. Első 5 szülése normalis volt; utolsó 4 év előtt. Hatodik terhességének II. felében gyakran voltak keresztfájdalmai. A szülőfájdalmak mult év nov. 25-dikén léptek fel. 25-dikén reggel elfolyt a magzatvíz, de az erős szülőfájások daczára a szülés nem halad előre. Ennek okát a bába a hátulsó ajak erős megduzzadásában látja s d. u. 4 órakor orvost hivat. A vizsgálat kideriti, hogy a medenczébe benyomult fejet patkóalakban veszi körül és előrehaladásában megakadályozza egy a Douglasban helyet foglaló, erős feszülésben levő cystikus tumor. Cystoma ovarii diagnosisával beteget Hesselbach klinikájára szállítják. Mivel a tumor repositioja nem sikerül, H. aethernarkosisban egy longitudinalis metszéssel megnyitja a Douglast, s miután a hasüregbe vezetett kézzel meggyőződik a tumor szabad voltáról és egy hosszú kocsány jelenlétéről, kis nyilást ejtve, a folyadékot kibocsátva, azután a nyilást ideiglenesen összevarrja, s az összeesett tumort lehúzza a hüvelybe. Most fogóval eltávolítja a magzatot, Credé szerint kinyomja a lepényt, s ez által az uterus megkisebbedvén, a cystoma kocsánya is lejebb jött: a tumort kihúzza a hüvelyseben át, kocsányát 2 catgut fonállal leköti, s az igy képzett csonkot a hasüregbe visszasülyeszti. A gyógyulás zavartalan volt. A jó eredmény azonban nem hí fel utánzásra. Egy kis ökölnyi ovarialis cysta esetében, mely a magzat fejét a medencze tág részébe engedi nyomulni, elegendő lett volna punctioval a hüvelyen át megkisebbíteni a tumort és a szülés további lefolyását a természetes erőkre bízni. Hesselbach komoly beavatkozása csak genyes, vagy dermoid tömlő esetében volna jogos: de ennek fölismerésére egy Pravaz-fecskendővel végzett próbapunctio elegendő. Az eset jó lefolyását az magyarázza, hogy minden complicatio nélküli jóindulatú cysta volt, de a műtét semmi esetre sem a gyakorlat műtéte. (Deutsche med. Wochenschrift, 1900. 15. sz.) *Bäcker* dr.

Bőr- és bujakórtan.

Az acne kezelésénél *Müller* nem a szokásos hámozó pastát alkalmazza, hanem egy olcsóbb eljárást használ, u. i. az Eichhoff-féle szappanos bedörzsöléseket és lemosásokat rendeli. Oly acne-esetekben, hol a comedok nagy számban vannak jelen, kén-kámfor-perubalzsamos szappant, erős seborrhoeaval kapcsolatosnál resorcin-salicyl-kénes szappant, hol az impetiginosus tünetek vannak előtérben, 0·5—1%-os sublimat-szappant használ. (Dermat. Zeitschr. 1899. 8. sz.) *Schik Károly*

Fagydaganatoknál *Unna* az apró vérzéseket jellemzőknek tartja. Ha a bőrt olajjal bekenjük és üveglemezt borítunk rá, 1—4 mm. átmérőjű, vöröses barna, faágszerűen elágazó, erősebben színeződött pontban végződő vérzések láthatók, melyek lupus erythematodessel szemben diagnostikai szempontból értékesíthetők. (Referens tapasztalatai szerint azonban nincsenek mindig jelen.) (Monatsh. f. prakt. Dermatologie, 30. kötet, 2. füzet.) *Szabóky* dr.

Lepra esetében *Unna* a gynocardsavas szappant (chaulmoogra-olajból és natronlúgból készülő szappan) ajánlja belső használatra. Egyenként 15 centigramm chaulmoogra-olajat tartalmazó labdacsokból naponként 10-et vétet be. Ezen labdacsok nagy mennyiségben, hosszú időn át használva sem okoznak emésztési zavart. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie, 30. kötet, 3. füzet.) *Szabóky* dr.

Psoriasis, eczema és lupus erythematodes ellen az arczon *Leistikow* 2—5%-os pyrogallus-filmogent ajánl éjjen át való alkalmazásra; reggel a vékony hártya vattával könnyen eltávolítható. Hosszabb idei használat után legfeljebb gyenge barnulás keletkezik az arczon, lobosodás nem szokott beállani. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie, 30. kötet, 6. füzet.) *Szabóky* dr.

Erysipelas 25 esetében *E. Fischer* 85—95%-os alcoholt alkalmazott úgy, hogy a megbetegedett bőrrészletet vászonnal befedte s a beteget utasította, hogy az alcohol bőséges rácsepegtetésével gondoskodjék arról, hogy a fődőruha mindig nedves maradjon. 1—3 liter alcohol elhasználása után az erysipelas rendesen gyógyult. Előnye, hogy a betegség az alcoholos kezelés alatt stationaer marad; a genyedés néha ugyan nem kerülhető el, de legalább körülirott marad s incisiora és a geny eltávolítása után különösen akkor gyógyul gyorsan, ha a megbetegedett rész naponta langyos camillatheás borogatással kezeltetik. Gangraenát soha nem tapasztalt e kezelés mellett. (Arch. f. Derm. u. Syph. 51. K.) *Poór* dr.

A diabetikusok pruritis vulvaeja ellen *Lassar* szappanos forró vízzel való erélyes ledörzsölést használ, 1—2%-os carbolsavas lemosással, egész éjjelen át 2%-os carbollenolajos borogatásokkal; reggel langyos vízzel való lemosás s nappalra a következő kenőcs alkalmazása: Rp. Acidi carbolici *1·0;* Hydrarg. sulf. rubri *1·0;* Sulfur. sublimat. *20 0;*

Vaselin. american. ad *100·0*. Ha a viszketés és infiltratio továbbra is fennmaradnának, ülőfürdőkben a következő kátránykészítmény használandó: Rp. Olei rusci, Ol. fagi empyreum. āā *40·0*; Spirit. diluti, Ol. provincial. āā *10·0*. Fürdés után óvó zinkpasta használandó. A kezelés ugyan hosszabb időt vesz igénybe, de jó eredménynyel jár. Belsőleg a diabetes elleni kezelés mellett még arsent adagol szerző. (Therapie de Gegenwart, 1899. február.) *Schik Károly* dr.

Orr-, torok- és gégebajok.

Az orrsövény dentalis eredetű acut perichondritise és periostitise. A bal felső második metsző fog gyökerén egy cysta képződött, a melyről a fog kivétele után eszközölt sondázás kideritette, hogy nemcsak a bal orrüreg, de a septum alá is kiterjedt, és valószinűleg áttörés útján okozta az orrsövényporcz tönkremenetelét. A lob a porcz és csont oly nagy részletére elterjedt, hogy az alapos kezelés daczára az orrhát behorpadását már nem lehetett elkerülni. *Killian*, ki ez esetet ismertette, azon a véleményen van, hogy mindazon orrsövényporcz loboknál, hol a kibocsátott geny igen büzös, csaknem biztossággal lehet dentalis eredetre következtetni. Az irodalomban ez az első közölt eset, hol egy fog-cysta áttörése okozta a septum-porcz és csont lobosodását. (Münch. med. Wochenschrift, 1900. 5. sz.) *Tövölgyi* dr.

A Higmoor-empyemák gyógyítására, egy már 1869-ben Wagner által használt eljárást ajánlt *Siebenmann* a heidelbergi orvosegylet gyülésén. Az eljárás abban áll, hogy az orrüreg cocainozása után a kezének kisujját (mindig az orrfélnek megfelelő oldalát) rotatorikus mozgásokkal a középső orrkagylóig felnyomja és közvetlenül a bulla ethmoidalis alatt a középső orrjárat falát a kisujj végével betöri. Az igy nyert nyilást most ugyancsak a kisujj segitségével előre s hátra mindaddig nagyobbitja, míg egy 1½ cm.-nyi magas és 2—3 cm. hosszú rés nem támad. E nyiláson át az üreg belseje jól kitapintható és akármelyik eddig divó eljárással kényelmesen kezelhető. Eddig hat esetben és mindig kitünő eredménynyel alkalmazta.

Seifert nincs egy véleményen az előadóval. Figyelmeztet, hogy az orrcsonton létrejövő törési felület a kisujj infectioját vonhatja maga után. Fischenich véleménye, hogy a kisujjal oly magasra az üregbe felhatolni csak nagyon kevés esetben lehetséges. Winckler megmarad a fossa caninán át eszközölt eljárás mellett. Jens szintén a középső orrjáratban nyitja meg a Higmoor-üreget, de nem ujjal, hanem egy hajlított késsel. (Münch. med. Wochenschr. 1900. jan.) *Tövölgyi* dr.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Csecsemők náthájának orvoslására *Stern* a következő utasításokat adja. Az orr háta és oldalai 3 rész terpentinolajból és 10 rész vaselinből álló megmelegitett kenőcscsel bekenendők. Mindegyik orrlyukba néhány csepp 2%-os natrium salicylicum oldatot cseppentünk 1—1 csepp glycerinnel keverve. Az ezen eljárás következtében megszaporodott, részben oldódott nyákot azután az orrnyilásnak megfelelő vastagságú gummicsővel kiszívjuk naponként 2—3-szor, vagy pedig összesodort vattadarabkákkal tisztitjuk meg az orrüreget. Idült náthánál az orrnyákhártyát 2%-os argentum nitricum-oldattal ecseteljük. Syphilitikus náthánál specifikus kezelést rendelünk el és e mellett az orrot naponként 3-szor kiöblitjük higitott *van Swieten*-oldattal (Hydrargyri bichlor. corros. 0·1; Spir. vini 100·0); azonkivül az orrnyákhártyát bekenjük calomelvaselinkenőcscsel (0·2 : 30·0). Egyszerű rhinitis nagyon makacs eseteiben, ha luesre egyáltalán nincs is gyanú, *Henoch* szerint belsőleg calomelt adunk, 2 óránként egy centigrammot. Diphtheriás orrbajoknál öblitések használandók antiseptikus oldatokkal, ezenkivül gyógyserum bőr alá fecskendése. (Jeshenedelnik, 1899. 32. sz. Ref. Therapie d. Gegenwart, 1900. feruár.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. május 18.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 18-dik hetében (1900. április 29-dikétől május 5.-ig.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámított népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 540 gyermek, elhalt 364 egyén, a születések tehát 176-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 41·0. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 27·6, az egy éven felüli lakosságnál: 21·8, az öt éven felüli lakosságnál: 19·1. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 0, angina diphtheritica 0, pertussis 5, morbili 9, scarlatina 8, variola —, cholera asiat —, typhus abdominalis 3, febris puerperalis 0, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 9, meningitis 16, apoplexia 9, eclampsia 13, szervi szívbaj 19, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 50, tuberculosis pulmonum et phthisis 80, diarrhoea et enteritis 9, gastro-enteritis 8, rák és egyéb újképletek 13, ezek közül méhrák 5, morbus Brightii et nephritis 8, rachitis 1, scrophulosis 0, veleszületett gyengeség és alkathiba 17, atrophia et inanitio 3, marasmus senilis 20, erőszakos halálaset 6, ebből gyilkosság és emberölés 0, öngyilkosság 5, baleset 0, kétséges 1 (—). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hó végén volt 2832 beteg, szaporodás e héten 908, csökkenés 974, maradt e hét végén 2766 beteg. *B)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi április 30-dikától május 6.-éig terjedő 18 héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 46 (47), diphtheria, croup 22 (19), hagymáz (typhus) 4 (4), kanyaró (morbili) 84 (107), trachoma 15 (8), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 16 (20), orbáncz (erysipelas) 18 (18), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 1 (1), ezenfelül varicella 17 (20).

○ **A budapesti egyetem ünnepélyes közülést** tartott folyó hó 13-dikán, mely ezúttal kettős ünnep volt: egyfelől a szokásos ünnep annak emlékére, hogy százhuszadik évfordulója volt annak, hogy Mária Terézia a nagyszombati egyetemet Budára tette át, másfelől ez alkalommal lett bemutatva és felszentelve az egyetem új aulája, mely az egyetem újonnan épült központi házában foglal helyet. Az ünnepi beszédet az idei rektor Ponori-Tewrewk Emil tartotta a budapesti egyetem történetének áttekintéséről. Majd az 1898/99. tanévben kiirt tudományos pályázatok eredményét olvasta fel a bölcsészetkari dékán. Orvosi pályadijakat nyertek a következők: Baksay Lajos, Balázs Emil és Hager Péter dr.-ok, Bender Béla, Elfer Aladár, Fleischer János és Lichtenberg Kornél, Fleischmann László, Genersich Margit, Landesmann Dávid, Liszer Jenő, Lutter Károly, Nagy László, Nagy Pál, Plesch János dr., Szendef Ida és Königsberger Lea, Navratil Dezső. Az ünnepélyen sokan voltak jelen, közöttük a közoktatásügyi minister és a ház elnöke, Perczel Dezső.

× **Az országos közegészségi tanács** még 1893-ben részletes javaslatot terjesztett fel a belügyministernek *az egészségügyi közszolgálat államositására*. Most, hogy a földmivelésügyi minister benyujtotta az állatorvosi közszolgálat államositásáról szóló törvényjavaslatot és ezzel bebizonyitotta azt, hogy a közszolgálat egyes ágai államosithatók még az egész közigazgatás jövőbeli államositása előtt és ettől teljesen függetlenül: a közegészségi tanács f. hó 17-dikén tartott ülésében elhatározta, hogy az emlitett javaslatából kiindulva *újból tárgyalás alá veszi az egészségügyi közszolgálat reformját*, az államositás tárgyában újabb felterjesztést intéz a ministerhez és reformbizottsága által előkészitteti az 1876 : IV. t.-cz. egyes szakaszainak revisioját a gyakorlati szükségesség sorrendje szerint.

⊕ **Kinevezések.** *Rottenbiller Ödön* dr.-t a m. k. államvasutak orvosi tanácsadójává nevezték ki Tepla-Trencsén-Teplicz székhelylyel. *Epstein László* dr.-t, az angyalföldi elmegyógyintézet főorvosát a lipótmezei orsz. elmekórház főorvosává, *Limbacher Rezső* és *Schuh Guidó* dr.-okat a pozsonyi állami közkórház segédorvosaivá, *Telegdy Zsigmond* dr.-t a kaposvári közkórház elmebeteg osztályának osztályorvosává, *Lőte Lajos* dr.-t Nyárád-Szereda járásorvosává.

± **Szemerey Bertalan** dr. fürdőorvosi működését Lipiken újból megkezdette.

⊛ **Rottenbiller Ödön** dr. műtőorvos, volt sebészklinikai tanársegéd, uradalmi fürdőorvos, a magy. kir. államvasutak orvosi tanácsadója, fürdőorvosi gyakorlatát *Trencsén-Tepliczen* megkezdette.

// **Grünwald Mór** dr. kir. tanácsos, volt tanársegéd az egyetemen, fürdőorvosi gyakorlatát *Szliácson* megkezdette.

□ **Kutják Ágoston** dr. f. hó 15-dikén töltötte be orvosdoktorságának 50-dik évét. Ez évforduló alkalmával a „Biharmegyei orvos-gyógyszerész és természettudományi egylet" becsült tagtársa és választmányi tagja számára jubileumi ünnepélyt rendezett. Tisztelőinek üdvözletéhez fogadja t. kartársunk a mi üdvözletünket is.

⊙ **Tausz Béla** dr. fürdőorvos *Cséz* jod- és bromfürdőben hivatalos működését megkezdette.

△ **Fürdőink személyforgalma.** A Herkules-fürdőt ez év május 7-dikéig 219 egyén látogatta.

† **Elhunytak:** *Szikszay Elemér* dr. törvényszéki orvos Szegeden, *Grünwald József* dr. 56 éves korában Budapesten, *Hauser Henrik* dr. Budapesten, *Kiss Gábor* dr. Szegeden, *Burger Lipót* dr. B.-Csabán, *Borotvás Dezső* dr. Makón.

— **Megjelent füzetek.** *Parádi Ferencz* dr. Adatok a köpet földfémtartalmának és fajsúlyának ismeretéhez. Kolozsvárt, 1899. Klny. — Prof. Dr. *Udránszky*. Courte description des appareils exposés à l'exposition internationale de 1900 à Paris par l'Institut physiologique de l'Université royale à Kolozsvár (Hongrie). Kolozsvár, 1900. — Dr. *E. Herszky*: Über Alsó-Tátrafüred. Klny. — *Beobachtungen über die Wirkung des Naphthalin*. V. Heft. Összeállitotta a magdeburgi Naphthalintársaság. — *Marczali Henrik*. Nagy képes világtörténet 67. és 68. füzete, mindegyik a germanokról és a római birodalomról szól. Ára egy füzetnek 60 fillér.

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 5·0 □-méter nagyságú természetes forrásmedrezében az ásványvíz naponkint négyszer megújul, **locális iszapborogatások.** Mindennemű gyógy- és üdülő-fürdők. Kitünő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospectust ingyen küld az **igazgatóság.**

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

Vízgyógyintézet bejáró és bennlakó betegek számára a **Herczel-sanatóriumban** (Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.) **Kuthy Dezső** dr., a hydrotherapia egyetemi magántanárának vezetése alatt. Igen mérsékelt árak. Rendelés új betegeknek (az év minden szakán) d. e. 8—10; hétköznapokon (kedd kivételével) d. u. is 5—6 között.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XX. rendes ülés 1900. május 12-dikén.) 311. l. — A II. osztrák balneologiai congressus. 311. l.

Budapesti királyi orvosegyesület.

(XX. rendes ülés 1900. május 12-dikén.)

Elnök: **Genersich Antal**; jegyző: **Dieballa Géza.**

A paralysis muscularis progressiva Aran-Duchenne-féle typusa.

Scheiber Sámuel: Ch. J. 50 éves stukatur-kőmíves kezeivel mindig nehéz munkát végez, mert a menyezeten dolgozván, a kezeit mindig függőlegesen felfelé kell tartani. Jelen betegsége két év előtt azzal kezdődött, hogy először a jobb, később a bal kéz ujjaiban munka közben görcsöt kapott és utána azokban elgyengülést érzett, a mi sokszor ismétlődvén, kezei mindinkább elgyengültek, úgyannyira, hogy már félév mulva a szerszámot sem birta kezeiben tartani. *Status praesens*: Mindkét kézen a thenar, antithenar és a mm. interossei elsorvadtak és az ujjak sem ab-, sem addukálhatók. Az alkarokon is az atrophikus hűdés már nagyfokú a flexorokban, de ezek még bizonyos fokig functioképesek direct és indirect villamos izgatásra még reagálnak, de az extensorok már mind a két oldalon tökéletesen elsorvadtak és a legerősebb áramra sem reagálnak. Ezért az alkarok vízszintes tartásánál a kezek lazán lelógnak és a beteg nem birja azokat kiegyenesíteni vagy plane dorsal flexioba hozni. Nem birja továbbá azokat sem supinálni, sem ab- vagy addukálni. A kéz nyomó ereje = 0. Az atrophia már a felkarokra is átterjedt. A fibrillaris rángások ritkák és gyengék, a sensibilitas minden neme normalis, az inreflexek a még functioképes izmoknál normalisak. Fájdalmai vagy paraesthesiái nincsenek sem a beteg részekben, sem másutt.

Diagnosis. A paralysis musc. progr. három főalakja közül (*Aran-Duchenne*-féle typus, a *Hoffmann*-féle neurotikus alak és az *Erb*-féle dystrophia nagy csoportja) a bemutatott kóralak csakis az *Aran-Duchenne*-féle typus lehet, mert ennél az atrophia a kezek kis izmaiban kezdődik. A *Hoffmann*-féle alak kizárható, mert ennél az atrophia mellett még fájdalmak és paraesthesiák is vannak a megtámadott testrészekben, a *dystrophiák* közül az egyik alaknál (Dystr. musc. progr. juven. et adultorum) az atrophia legelőször a vállizmokban kezdődik, a második alak (*Dystr. musc. progr. infantum*) pedig csakis a gyermekkorban fordul elő és ennél a hűdés vagy az alsó végtagok izmaiban (*Pseudohypertrophia*) vagy az arczizmokban (*Duchenne-Londouzy-Déjérine*-féle alak) veszi kezdetét. A *syringomyelia* végre, a mely sokszor a paralysis musc. progr.-nak *Aran-Duchenne*-féle typusához igen hasonlit, a mennyiben ott is az atrophikus hűdés sok esetben a kezek kis izmaiban kezdődik, ettől az érzési nemek disaciotiája által különbözik, a mennyiben amannál normalis tapintási érzés mellett a hő és fájdalmi érzés csökken, holott a mi betegünknél az érzés mind a három qualitása normalis, a mi az *Aran-Duchenne*-féle typusra mutat. A *kezelés* a beteg részek faradikus árammal való villamozásában állott, de eddig semmi sikerrel nem járt, mert az atrophia a kezelés ideje alatt is (5 hó) mindinkább terjedt.

Higany okozta ipari megbetegedés esete.

Friedrich Vilmos: A 67 éves férfi 16-dik életéve óta állandóan folytatta igen rövid megszakításokkal aranyozó s bronzöntő mesterségét, melynél ólommal, higanynyal s arsennel jött folyvást érintkezésbe. Hat hét előtt járásközben hirtelen összeesett, lábai térdbe szakadtak, de eszméletét nem vesztette el. A betegnél akkor jelen volt: időnkinti kettős látás, stomatitis ulcerosa, bő nyálfolyás, fogakon fekete lerakodás, a fogakat körülvevő nyákhártyán fekete szegély, a szájzúg körül s az arczizmokban izomreszketés, nyelvben remegés, nagyfokú általános lesoványodás, vérszegénység, kezeken s felkarokon gyors, finom hullámú tremor, mely intendált mozgásokra erősbödött. Térdtünet s térdreflex igen élénk. A járás széles alapú, ingadozó (ataktikus). Behunyt szemmel állni nem képes. Érzési s tapintási körben nincs elváltozás. Beszéde vontatott, néha érhetetlen, elmebeli állapota gyengült, gyermeteg. Vizeletben fehérjén kivül higany középmennyiségben mutatható ki. Beteg nem potator. E tünetek közül 4 heti kezelésre javultak: a kedélybeli állapot, beszédzavar, kettős képek; stomatitis, fekete fogkörüli szegély eltüntek, remegés sokkal kisebb, járás biztosabb.

E kórképet, melynél a tabesre, paralysisre, sőt a paralysis progressivára emlékeztető tünetek voltak előtérben, a higanynak a szervezetbe lassú, de folytonos jutása eredményezte, tehát foglalkozásbeli megbetegedés.

A kórisme megállapitását elősegitették az idegrendszerbeli tüneteken kivül a stomatitis, erethismus mercurialis, a tremor s a vizeletben a higany kimutathatósága.

A tüdőt összenyomó álhártya sebészi lehámozása idült pyopneumothoraxnál.

Dollinger Gyula: E betegségnél régebben kisebb fokú esetekben az Estländer-Létievant-féle módszer szerint a pyopneumothorax területének megfelelőleg a bordák, nagyobbfokúaknál pedig, ha szükséges, az összes bordák és a megvastagodott mellhártya fali lemeze eltávolittattak, a mellkas lágyrészei reányomattak a tüdőre és azzal összenőttek, a tüdő pedig összenyomott állapotában meghagyatott. 1894-ben Delorm tett először kisérletet, hogy a tüdőről az azt körülfogó álhártyát lehúzza és ebbeli kisérlete sikerült is, úgy hogy 1896-ban a franczia sebészek congressusának már 20 esetről referálhatott, a melyben részint ő maga, részint mások az eljárást megkisértették és a melyek közül az 7-szer sikerült. A beteg, a kit D. bemutat, 1899. év október havában a bal mellkasfélen a 4-dik bordaköz tájékán a szegycsonttól 5 centimeternyire kifelé szúrást szenvedett, a mely begyógyult ugyan, de azért a beteg mellhártyagyuladást kapott, a melynek genyes izzadmánya ugyanazon bordaközben áttört. A beteg ez állapottal kere te fel a klinikát 1900. év márczius hava elején, a mikor a bal mellkasfél legnagyobb részét kitöltő pyopneumothoraxa volt, a mely az emlitett sipolyon át a felülettel közlekedett. Dollinger márczius hó 14-dikén Delorm-műtétet végzett nála. A 3-dik és 4-dik bordát egy metszéssel körülmetszette, a mely a sternumtól egy kissé kifelé kezdődött a második bordaköz magasságában, innen mintegy 10 centimeter hosszúságban kifelé vonult, itt a hónaljvonal előtt függőleges irányban a 4-dik bordaközig letért és ennek megfelelőleg ismét a strenumig vonult. E metszés átterjedt az összes lágyrészeken, a m. pectoralison és a bordaközön, a hónaljvonal előtt pedig a függőleges metszésnek megfelelőleg átvágta a bordákat. Így a a mellkason a 3-dik és 4-dik bordából álló ajtót nyitott, a melynek forgója a sternumnál feküdt és a melyet a bordaporczok eltörésével kinyitva, a mellkasba jó betekintést szerzett. A genyedség eltávolitása után kitünt, hogy a tüdő a középvonal felé össze van nyomva, úgy hogy csak a sternum széléig ért és hogy egy centimeter vastag álhártya fogja körül, a melyet Dollinger igen könnyen lehúzott a tüdőről, mire ez a nyitott mellkasban azonnal kitágult és a mellkas üregét teljesen kitöltötte. Dollinger most a mellkast le- és hátrafelé drainezte. A genyedés mintegy 5 hétig tartott, folyó hó eleje óta a sipoly is teljesen begyógyult és jelenleg a pyopneumothorax helye felett mindenhol légzést lehet hallani. Tompulat csupán a mellkas legalsó része felett van, a hol vastag álhártyák vannak a mellüregben. Ugyanezen eljárást Dollinger még egy második, 45 éves betegnél kisértette meg, a kinél öt év óta fennálló és több sebész által operált pyopneumothorax volt jelen. Ez esetben az álhártya lehúzása nem sikerült olyan tökéletesen, a tüdő ennek folytán nem is tágult ki teljesen és a genyedés a műtét után nem szünt meg. Az ilyen betegnél vagy azonnal, vagy később még esetleg Schede-műtétet lehet végezni.

A Stenon-vezeték közvetlen egyesítése sebzésből eredő nyálsipoly miatt.

Dollinger Gyula: A beteg ezelőtt hat héttel a bal arczfélen harántul futó sebzést szenvedett. A seb azonnal be lett varrva és per primam össze is gyógyult. Mintegy 10 nappal a sebzés után dagadt csak meg az arcz és egynéhány nap mulva a beteg a masseter előtt fekvő nyálsipolyt kapott, a melyből különösen étkezéskor igen sok nyál folyt ki. Dollinger a Stenon-vezeték katheterezése által meggyőződött róla, hogy a vezetéknek a szájfelőli vége átjárható és még felhasználható, azután az eredeti arczsebzésnek megfelelőleg a mélybe hatolt, felkereste a Stenon-vezeték két végét, a melyek egymástól mintegy 2 centimeternyire feküdtek s miután azokat egymáshoz közeliteni nem sikerült, Nicoladoninak terve szerint körülmetszette félív alakjában a vezeték szájüreg felőli nyilása körül a nyálkahártyát és a pofa mélyebb szöveteit, minek folytán sikerült ezen véget annyira a vezeték mirigyfelőli végéhez közeliteni, hogy azokat a szájüreg felől bevezetett vékony bougien sikerült selyemmel összevarrni. A bougiet 20 óráig hagyta a vezetékben, azután eltávolitotta. A beteg egy hétig csak folyadékot vett magához és felkötött állal igen keveset beszélt. Most a beteg egy hét óta teljesen meggyógyult és a nyál a vezeték szájüregfelőli végén folyik ki.

(Folytatása következik.)

A II. osztrák balneologiai congressus.

Nagy társas kirándulással kötötte egybe az osztrák balneologiai egyesület (Centralverband der Balneologen Österreichs) ez évi — a sorozatban második — congressusát. Bécs—Trieszt—Raguza—Cattaro—Raguza—Metković—Mostar—Ilidže—Sarajevo—Bosna-Brod—Zágráb—Bécs volt a valóban nem kis út, a mit a balneologiai hivei jórészt nejeikkel együtt, a fáradhatatlan rendezőség (főleg *Wettendorfer* dr. titkár) jóvoltából, nagyrészt ingyen hajózva, vasutazva, örökös vendégszeretettől környezve, megtehettek. Tengerből, délszaki parti tájból, zordon hegyvidékből egyaránt bőven jutott az útban résztvevőnek, ki a természet gyönyörűségei élvezéséhez veleszületett vénáját még el nem koptatta az élet prózájában. Hatóság, magánosok, megannyian verse-

nyeztek a congressus czimén kéjutazó doktornép minél szívesebb fogadásában. Minekutána Raguza kétszer is kivilágitotta utczáit és szegélyző dombjai menedékét, a közeli hivatalos kirándulások alkalmával pedig kikötő hajónkat a partról festői dalmaták trombói dörgése üdvözölte, szinte fel se tünt már, hogy a Narenta völgyének kezdetén odahagyva a tengeri alkalmatosságot, külön vonat várt a balneologusokra — és igy tovább.

A mit persze az okkupált tartományok területén tapasztalt maximális vendégszeretetből mi, néhány közbe vegyült magyar, különösen élveztünk, az az a tudat volt, hogy ezt magyar ember nyujtja a partraszállásnál a hölgyeknek adott virágbokrétától mind a fényes lakomák egész sorozatáig. Hangzott is persze *Kállay* dicsérete körültünk s habár nem egyszer a félreismerhetetlenségig elrontott kiejtésben, de azért örültünk neki. Valamint örvendett Preysz Kornél, Grünwald kir. tanácsos, Ziffer dr. s még a hányan ott voltunk, hogy a Sarajevo melletti nagy fürdőtelepnek, Ilidzének, egyik hatalmas szállója „Hungaria" nevet nyert a keresztségben, nemcsak, hanem rajta is lengett a mi édes hazánk színes trikolorja. A sarajevoi „Vereinshaus"-on is, a hol a congressus záró ülése lefolyt, ott volt az egyik oldalfronton a mi lobogónk, emlékeztetőül ebben a kihelyezett német világban Maglaj szegény halottaira...

A congressus három napon ülésezett, ú. m. f. é. márczius 31-dikén és április 1-én Raguzában és április 5-dikén Sarajevoban.

Winternitz tanár elnöki megnyitója után mindjárt a bővebb fejtegetésre kitűzött themának, az „*adipositas kezelésének*" tárgyalásához fogtak. Hárman voltak hivatva a kérdést megvilágitani. *Kisch* tanár az elhizottság *physikalis-diaetetikai* gyógyitását ismertette. Az általános szempontok tisztázása után, melyek a kezelésben irányadók, azt az igen helyénvaló figyelmeztetést hallottuk, hogy soványitó kúrák végzése közben mindig szigorúan ellenőrizendő az izomerő s főleg a szív izomerejének állapota; aztán sorra vette előadó az ivó kúra, meleg ásványos fürdők, szénsavas fürdők stb. hatását, hogy végezetül azt az őszinte kijelentést tegye, hogy bizony nincsen specifikusan ható eljárásunk az adipositas leküzdésére s még a legtöbbet ér, a mit tehetünk, a beteg *diaetájának és izommunkájának szabályozása*. A discussios thema *hydrologiai* részét hazánkfia, *Strasser* Alajos, bécsi docens tárgyalta szokott nagy alaposságával, mely őt a *Winternitz* keze alatt működő tanitványok elsejévé teszi. Az elhizottság kezelésében is csak úgy a tapasztalatnak kell szerinte a döntő szót kimondani, mint a gyakorló orvostudomány más nehéz kérdéseiben. Soványíthatunk hydriatikus úton mindenekelőtt intensivebb hő elvonások útján; a hő felhalmozás, nagyobb hőoppositio ugyancsak jó eszközünk e czélra, mert fokozza a zsírszövet szétesését. Mindkét irányban tartózkodnunk kell azonban az excessiv beavatkozástól. Izzasztó kúrák — az ő vízelvonó hatásukkal — főleg az adipositas hydraemiás alakjainál jöhetnek tekintetbe. Miután még *Bum* dr. a thema *mechanotherapiai* oldalát fejtegette, *Clar* tanár tartotta meg érdekes előadását az ő solid, nyugodt modorában, *az osztrák tengermellék klimájáról s ennek javalatairól*. Tartalmilag is meggondolt, tárgyilagos volt az, a mit mondott. Hogy csak egy kikapott részletet emlitsünk, érdekes volt a levegő hőmérsékletéről hallani, hogy ez Dalmáczia partszegélyén magasabb értékeket mutat, mint a megfelelő szélesség alá eső olaszországi parton, a dalmát szigetcsoport éghajlata pediglen még enyhébb. Utána *Wendzilowicz* dr. szólott *Raguzáról, mint téli gyógyklimás helyről és mint tengeri fürdőről*. Azt a szépséges kis darabkáját a Földnek, a mely bennünket akkor vendégül fogadott az ő szabadban érő narancsai és védetlen is gyümölcsöt hozó czitromfái között, ismertette előadó tüzetesen, szinte rivierai klimáját, népét, egészségi viszonyait. Ez utóbbiakra nézve felhozzuk, hogy Raguza város 7200 lakója között évek hosszú sora óta nem akadt egyetlen hasi hagymáz-eset; az általános mortalitás száma 22‰ s a legutóbbi években az elhaltak 27·5%-a elérte volt a hetvenedik életévét!

Kobler dr., a sarajevoi „Landesspital" igazgatója szolgáltatott ezután érdekes adatokat a *hasi hagymáz hydrotherapiájához*. Eredményei a legegyszerübb hydriatikus beavatkozásokkal is a lehető legkedvezőbbek voltak, mortalitása igen csekély. *Duller* dr. a *srebrenicai Guber-forrást* ismertette, elmondván történetét, geologiáját, a víz chemiai összetételét, mintegy előbeszédül *Glück* dr., sarajevoi kórházi főorvos felolvasásához, mely a *Guber-forrás vizének használatát* fejtegette *bőrbetegségekben*. Utóbbi előadó szerint mindazon bőrbántalmak előnyösen befolyásolhatók a vizzel, a melyek *anaemiás* állapottal járnak együtt. Ugyanezt jegyezte meg különben mindjárt a következő felolvasó, *Steiner* dr., a *levicoi* vizről. *Löbel* dr. a *purpura kezelését* vázolta *ivó- és fürdőkúrákkal*. Előszeretettel alkalmaz e betegségben szenvedőknél tonizáló beavatkozásokat, köztük a hydrotherapiát is megfelelően igénybe veszi, azon vizsgálatokra támaszkodva, a melyek az okkal-móddal alkalmazott hidegingereknek a véralkotásra gyakorolt kedvező befolyását igazolták.

Schwarz I. dr. vetett fel ezután egy minden fürdőorvost egyaránt érdeklő kérdést: a *szamárhurutos gyermekek gyógyhelyre küldésének* kérdését. Határozottan a mellett foglalt állást, hogy a pertussisban szenvedő gyermek ne küldessék gyógyhelyre. Ellenben *való* az ilyen kis beteg jó fekvésű *izoláltan álló sanatoriumba*, mint azt már *Bókay* János tanár is hangsúlyozta. Itt el is van különitve, meg kellő hygienet is élvez, a mi főkép olyan gyermeknél esik jelentékenyen latba, a kit odahaza sem izolálni, sem megfelelő egészséges viszonyok közé helyezni nem volna módunkban. *Degré* dr., darkaui fürdőorvos, a *scrophulosisról s a jodfürdők befolyásáról e betegségre* tartott előadást. Terjedelmes dolgozatának bevezető része főkép annak a bizonyításával foglalkozik, hogy a scrophulosis aetiologice *nem indentikus* bántalom a tüdővészszel.

Majd *Winternitz* tanár demonstrált egy általa és *Gaertner* tanár által szerkesztett hordozható szobai *douche-készüléket*, melynek szerkezete megengedi a *víz nyomásának pontos szabályozását*, söt egyszersmind alkalmas a berendezés arra is, hogy bármely pillanatban *szénsavas vizdouchet* állitsunk vele elő. *Kuthy* dr. (Budapest) az ő utasitásai szerint készült *hygienes köpőedényeket* ismertette és mutatta be, melyek különböző nagyságban megkészitve, úgy kézi köpőcsészéül a betegágy mellé, mint stabil köpetgyüjtőül szobákba, folyosókra, stb. előnyösen lesznek alkalmazhatók s az egészségtan követelményeinek meg fognak felelhetni. A bemutatás kapcsán részletesen tárgyalta a köpetgyüjtő készülékek és berendezések kérdését s a hygienes köpőcsésze kardinális tulajdonságait. *Weisz* Ede dr. (Pöstyén) arról szólott, *mi módon kezeljük a subacut izületi rheumatismust fürdőkkel*. Izületi rheuma prolongált eseteiben ne túlsoká maradjunk meg a salicyl-kezelés mellett; a vehemens tünetek megszüntével massage és fürdők javallottak. Utóbbiakat *Weisz* dr. 27° R.-ön kezdi s lehető gyorsan emeli a víz hőmérsékét 30—33° R. hőmérsékig. Kád- és medenczefürdők kombináltan adandók, makacs helybeli elváltozásoknál lokális iszapfürdők. *Ziffer* dr. (Budapest) a *klimában rejlő gyógyító erőkről* értekezett különös *tekintettel a lélekző szerv megbetegedéseire*. *Schenk* dr. az enteroklysis különböző hasznát fejtegette. Megszólalt egy hang, a *Hoisel* dr.-é, az orvosok szomorú társadalmi helyzetéről is, mely helyezetben a fürdőorvos bizony jórészt ugyancsak benne van s hogy a raguzai előadások sora ne ily méla akkorddal záródjék le, *Pojmann* úr, az ilidzei fürdő agilis inspektora izelítőül pompás humoros modorban tárta fel előttünk az okkupált tartományok természeti és egyéb szépségeit, a nagy kulturális haladást, a mit ott az újabb években a helyes kormányzattal elértek, a törzslakók jámborságát, melytől immár a turista is bátran kóborolhat a Narenta és Bosna völgyeiben, legfeljebb annak a veszedelemnek téve ki magát, hogy az útjába akadó „vad" bosnyák egy jó pikolóval megkinálja... stb. stb.

A *sarajevoi* ülés volt egyszersmind a berekesztő is. Első előadójául maga *Winternitz* lépett a pódiumra, „*új vizsgálatok a hőregulatiot illetőleg*" czimű themájával. 2 férfin történtek csak a vizsgálatok, a kiket *Winternitz* Abbaziában átlag 5.5° R. vízhőmérséklet mellett látott 10—45 perczes tengeri fürdőket venni — egészen vigan, kellemes közérzettel. Beigazolódott, hogy az egészséges szervezet rendkivüli hőelvonásokat is jól bir elviselni, ha a bőrerek kellő reactiv tágulására megvannak a szükséges feltételek, ha az ú. n. kedvező reactio kellően beáll. (Ezt a tengeri fürdőben már a hullámverés is jelentékenyen elősegiti.) Ámbár a leirt fürdések alkalmával a test hőkiadása a normálisnak egész 8-szorosáig emelkedett, mégis a centrális hőmérséket magasabbnak mutatta a thermometer fürdő után, mint volt a fürdő előtt. Pedig hőretentio nem fejlődött — egyik fürdőzőnek sem volt egyizben sem cyanosis a bőrén —, a *hőtermelést fokozta volt* a hatalmas *hidegség* és a fürdőben végzett megfelelő *izommunka*. A pulsusszám nőtt, a vérnyomás szintén, a vizsgálat czéljából kivett vér haemoglobin-tartalomra gazdagabbnak mutatkozott (parallel a hideg okozta temporaer hyperglobuliával), stb.

Weiss O. docens az *ilidzei therma hasznosságáról* szólt ezután a *női medenczei szervek lobos bántalmainál*. Az utolsó 6 évben a sarajevoi országos kórház nőgyógyászati osztályán tett tapasztalatok alapján mondotta el, hogy az ilidzei meleg kénes fürdők és lápfürdők alternálva rendeltetvén, kedvezően hatnak a hüvely és méhnyak fertőzéses hurutjai esetén, a méhtestre vonatkozó endometritis könnyebb alakjaiban és lobos alapon álló dysmenorrhoeában. A lápfürdők maguk kitünően beváltak a gyuladásos adnex-duzzanatoktól kisért gonorrhea ascendensben szenvedőknél, stb. *Ultmann* docens a *fényhatást* fejtegette a normális és pathologiailag elváltozott bőrre. A rövid hullámú, photochemiai sugaraknak értágitó és gyuladást keltő sajátsága a bőr mélyebb rétegein, valamint a baktericid tulajdonságuk manapság a dermatologia therapiás segédeszközei közé kezd számitható lenni. — *Klein* docens ily czimen tartott előadást: „*a szemorroslás viszonya a balneotherapiához*". A chemiailag indifferens és differens thermák, levegő-kúrák, ivógyógyitásmód és a vízkezelés indicatióit tárgyalta behatóan szembántalmak esetén. *Wick* dr. az *aclimatisato* érdekes és ritkán feszegetett kérdéséhez akart adalékot szolgáltatni, de az alap, a melyből kiindult — a bosnyák és herczegovinai csapatok f ltünően különböző mortalitása Bécsben — arra a resultatumra vezette, hogy az emlitett jelenségben a klimaváltozás kisebb szerepet játszik, mint a csapatok eredete, a lakosság műveltségi foka, a pátria nép-hygieneje, melyből az illető zászlóaljak származnak.

Coltelli dr., Czirkvenicza és Ilidže sympathikus fürdőorvosa, a Sarajevo közelében fekvő *Ilidze fürdőt* ismertette. Egy hatalmas kénes therma (57·5° C. hőm.), mely glaubersóban, calcium-, Na- és Mg-bicarbonatban és szabad CO_2-ban is bővelkedik, teszi a fürdő igazi alapját, ezenkivül lápfürdők és vizgyógyintézet is állnak rendelkezésre. Több jól berendezett, nagy, kényelmes szálló (Bosna, Austria, Hungaria), szép tágas park, stb. teszik ott nyaranta az életet kellemessé. Utána *Matzenauer* dr. szólott az *ilidzei thermalvíz használatáról chronikus bőrbántalmakban és inveteráit lues eseteiben*. Az ilidzei kénes-glaubersós-szénsavas víz, hozzávéve az ő calciumbicarbonat-tartalmát, hasonlatos Karlsbad forrásai vizéhez. A lues kezelésében főleg régibb tertiaer alakoknál (izületi, izom-syph.), továbbá a zsigerek lueses megbetegedése (máj, vese) esetén jő tekintetbe, mely utóbbi körülmények között cholagog és vizelethajtó sajátosságát is előnyösen érvényesitheti. A chron. bőrbántalmak közül főleg a chronice recidiváló urticaria (mely a kóros gyomor-béltractus részéről támadt autointoxicatio folyománya) befolyásolható előnyösen az ilidzei „Sprudel" ivókúráival. De haszonnal látogatják a fürdőt a viszketéses dermatosisok egész sora, lichen, prurigo s bizonyos száraz, pikkelyedző, chronikus eczemák nemkülönben.

Kobler dr. újból szóba hozván a *Guber-vizet*, elmondotta hasznosságát a különböző idegbántalmakban, női betegségekben, mirigyaffec-

tioknál, stb., söt olyan szivbetegeknél is, a kiknél már anaemia fejlődött ki. Végül *Preindlsberger* dr. olvasott fel a *hólyagkő-bántalom és az ivóvíz közt való összefüggésre* nézve egy igen érdekes és tanulságos dolgozatot.

Ime: a lithiasis Boszniában igen gyakori megbetegedés, Herczegovinában jóval ritkább. $5^1/_2$ év alatt szerző 176 esetről szerzett bővebb tudomást, melyek közül csak 13 esik Herczegovinára, a többi boszniai. Eddig (vizsgálódását még folytatja a szerző) 141 vízanalysise van, melyek azt mutatják, hogy Bosznia ivóvizei túlnyomóan magas keménységi fokúak, Herczegovinában pedig kiterjedten használják a cziszternák lágy vizét ivásra.

Miután a congressust *Winternitz* tanár ünnepélyesen berekeszté, még a sarajevoi szép országos kórházat tekintettük meg *Kobler* igazgató vezetése alatt. Közben két érdekes demonstratioban is volt részünk. *Weisz* Ede pöstyéni kollégám az ő *phonatios jelenségét* magyarázta meg és demonstrálta el igen szépen a belgyógyászati osztály egy pár betegén, *Glück* dr. főorvos pedig a dermatologiai osztály egyik termében egy sorozatát mutatta be a tanulságosnál tanulságosabb *lepra*-eseteknek.

S mikor vonatunk, nem sokkal utóbb, a Száva felé mindjobban laposodó vidék tájait futotta, fokozatosan kevésbbé zörgő dübörgéssel, mi vendégek ama közös területen mindinkább kezdtük otthon érezni magunkat s csak emlékezésünk játszadozott még el azzal a remekmívű drágafém-serleggel, a mit Ragusa egy közben elhalt érseke készíttetett volt hódoló ajándékul Hollós Mátyás királyunknak s melyet a város kathedráljában olasz-horvát papok ma is őriznek . . .

Kuthy dr. egyet. m. tanár.

PÁLYÁZAT.

1556/1900. sz.

Biharmegyében fekvő **Feketeerdő** üveggyár székhelyivel a **pénztári orvosi állás** választás folytán betöltendő lévén, felkéretnek a pályázni óhajtók, hogy egyetemes tudori oklevéllel felszerelt pályázati kérvényeiket legkésőbb **május hó 30-dikáig** a nagyváradi kerületi betegsegélyző pénztárhoz adják be.

Később érkezett folyamodványok figyelmen kívül hagyatnak.

A szóban levő állás kettőezer (2000) korona évi fizetéssel (melyből 600 koronát az üveggyár fizet), és háromszáz (300) korona évi kézi gyógytári kezelési díjjal, szabad lakás, fűtés és világitással van javadalmazva; tartozik azonban a székhelyen kivül még az Almaszeghután és Csernaházán lakó pénztári tagok gyógykezelését is teljesíteni.

A székhelyen kivül fekvő betegek látogatásához a fogatot a gyár igazgatósága szolgáltatja.

A megválasztott orvos tartozik állását 8 napon belül elfoglalni.

Nagyvárad, 1900. május hó 11-dikén.

Nagyváradi kerületi betegsegélyző pénztár:

Szántó Lajos, h. titkár. *Láng József*, elnök.

HIRDETÉSEK.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: savanyas natron 33·1951, kénsavas natron 6·6679, szénsavas mész 3·6312, chlornatrium 3·9842, szénsavas magnesium 1·7478, szénsavas lithium 0·1904; szilárd alkatrészek, 52·5011, összes szénsav tartalom 55·1737, abból szabad és kötetlen 38·7660, hőmérsék 10·1—11° C.

Régóta hires gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomorbántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérnél stb.

Kitünő diaetetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: **Med. Dr. REUSS VILMOS**

A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban.

Lápfürdők a házban.

Az ásvány-lápfürdőknek egyedüli természetes pótléka

LÁPSÓ — száraz kivonat rokoszokban à 1 ko. | LÁPLUG — folyékony kivonat üvegekben à 2 kilo.

Mattoni és Wille Budapest
Mattoni Henrik Bécs

Budapest, Franzensbad, Karlsbad Giesshübl Sauerbrunn és Bécs.

Gyermeksanatorium és vízgyógyintézet

felnőttek számára **ABBAZIÁBAN.**

Egész éven át nyitva. — Saját park. — Játékterek. — Magaslati vízvezeték. — Az összes vízgyógyászati módozatok. — Villamos fényfürdők. — Gyermekek kisérők nélkül is felvétetnek.

Prospectust küld **Dr. SZEGŐ KÁLMÁN** igazgató és tulajdonos.

Kedélybetegek és morphinkórosok

a legszorgosabb ápolásban részesülnek

Dr. SVETLIN MAGÁNGYÓGYINTÉZETÉBEN Bécsben

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

AUSSEE Dr. SCHREIBER Alpenheim. Hidegvízkúra, lúgfürdők, gyógygymnastika. Hizlaló kúrák: **Junius 1-töl októberig.**

Kalle & Co., chem. Fabrik, Biebrich a. Rhein.

Pharmaceutikai készítmények osztálya.

Hetol és Hetokresol a gümőkór gyógykezelésére dr. Landerer tanár szerint. **Hetol-befecskendések,** 1 és 5%, sterilizálva, határtalan ideig eltarthatók.

Orexin-Tannat Legjobb stomachicum, teljesen ártalmatlan, biztos hatással **étvágyhiány, hyperemesis gravidarum** és chloroform-narcosis utáni **hányás** ellen. **Orexin-tablettek és -csokoládé-tablettek** à 0·25 gr.

Dormiol Biztos **altató szer** 0·5—3·0 gr. adagokban. Hatása a chloralhydrattal egyenlő ennek hátrányai nélkül. Mellékhatásai nincsenek. **Dormiol-capsulák** à 0·5 gr.

Jodol Legjobb jodoform-pótlék, **szagtalan és nem mérgező.** Mindennemű syphilitikus betegség ellen, sőt kiváló hatással (0·4—2·0 pro die) mint a jodkalium pótléka belsőleg is alkalmazható.

Menthol-Jodol Különösen alkalmas befuvásokra a rhinolaryngologikus praxisban.

Metakresol **synthet. „Kalle“,** naphtalinból, isomerektől teljesen mentes, legerősebb bakteriumölő hatással már 1—2% oldatban is, a legcsekélyebb mérgezés mellett, a bőrt nem támadja meg.

Irodalom ingyen és bérmentve.

CSORBA-FÜRDŐ.

Tátra gyöngyének elnevezett eme klimatikus gyógyhely, mely a magas Tátra déli lejtőjén 1351 m. magasságban fekszik, május 15-én nyilik meg.

Javalva van: **ideg- és légzőszervek bántalmainál, vérszegenységnél, álmatlanságnál** és **étvágytalanságnál** s mindenütt ott, a hol üdülés és erősbödés megkivántatik. Vannak meleg és törpefenyő kádfürdők, hideg zuhanyfürdő, valamint a tóban uszoda; állandó fürdőorvos, házi gyógyszertár, posta- és távirdahivatal, acetylen-világitás. Teljes ellátás (pensio) a főidényben személyenkint és naponta 7—10 koronáig.

Csorba vasúti allomástól a fürdőbe fogaskerekű vasút vezet, mely junius 15-től közlekedik. Bérkocsik a tátrai kirándulásokra, megbizható vezetők rendelkezésre állanak.

Kivánatra felvilágositással szolgálnak vagy prospectust küldenek **Klimó testvérek fürdőbérlők** vagy a

fürdőigazgatóság Csorba-fürdőn.

Legjobb hatású

ANTILUETICUS GYÓGYMOD

PILULAE CINEREAE KERPEL

mely **kényelem, ár** és **hatás** tekintetében fölülmulja az összes eddigi szereket, mint azt helybeli, valamint vidéki kórházakban tett kisérletezések igazolják. — **Egy 60 labdacsot** tartalmazó **doboz (teljes cura) 80 kr.** 1 labdacs tartalma 0·05 gyengébb 0·025 egrm. sziuhigany. Napi adag elöbbiből 2 labdacs; utóbbiból 4 labdacs. — **Próbadoboz kisérletezésül ingyen.**

Egyedüli szétküldési raktár:

Fehér sas-gyógytár, Budapest, V., Lipót-körút 28.

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnyei:

Gyors, biztos enyhe hatás.

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be. Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen. Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra. — Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a palaczk czimképén olvasható

„Saxlehner András"

név figyelembe ajánltatik.

Évi szezon: május 1-től szept. végéig.

Javalat: **Gégebetegségek, légzőszervi és emésztőszervi bajok.** — Ellenjavalat: **Tüdővész. Gyógymód:** lúgos sós források: **Constantin- és Emma-forrás**; lúgos sós vasas-savanyú forrás: **János-forrás**; tiszta vasas-savanyú forrás: **Klausenquelle, savó, tej** (száraz táplálás), **Kefir.** Sós belehelések: fenyőgőz-inhalatiók

GLEICHENBERG gyógyhely

(mindenik külön kabinetben), respiratió-ké-szülék, pneumatikus kamara. **Édes-ásvá vyiz és pezsgő Calorisator-fürdők, fenyő- és aczélfürdők. Nagy vizgyógyintézet. Terrain-kura. Nedves-meleg, portalan, széltelen levegő, erdős-dombos táj.** 300 méter a tenger felett. — **Prospectus és felvilágositás ingyen. Lakás- és kocsimegrendelés a fürdőigazgatóságnál Gleichenbergben.**

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsöi- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

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

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

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

Járványmentes hely. | Állandó fürdőorvos.

KLIMATIKUS GYÓGYFÜRDŐ ÉS HIDEGVIZGYÓGYINTÉZET.

Remek szép fekvéssel, kiránduló helyekkel és sétányokkal.

GYÓGYESZKÖZÖK:

Hidegvizgyógyintézet, vasas és égvényes savanyúvíz és fürdők, **ez idén ujonnan és czélszerűen átalakított sós- és fenyő-belégzési intézet,** villany-massage, természetes melegtej, juhsavó; mindezek czélszerű használatára a gyógyfürdő orvosa ügyel fel.

SZOLYVA-HÁRSFALVA.

UJONNAN épült vasuti állomás.

Gyógyjavallatok:

Tüdőbajok, malária (mocsárláz), gége-, hörg- és tüdőhurut, gyomorhurut, emésztetlenség, máj- és lépdaganatok, vízhólyaghurut, specifikus és görvélyes csontbántalmaknál. Mindenféle idegbántalmak, fejfájás, migraine, histeria, szédülés, nehéz légzés, hypochondria. Vérbajok, köszvény, görvély, bujakór, delirium trem. potat. Női bajok, fehér folyás, sápkór, havi zavaroknál.

Kitünő ellátás és lakás.

Prospektussal és egyéb felvilágositással szivesen szolgál **a fürdőigazgatóság.**

Gyógyszertár. | Idény: Májustól Októberig. | **Két vendéglő.**

Gleichenberg Dr. Szigeti Márton nyáron fürdőorvos Gleichenbergben.

Télen Abbaziában.

KARLSBAD **Dr. SZEMERE ALBERT** rendel: **Markt, „Prinz von Wales"**-féle házban, télen **Abbaziában.**

Világhirű

VICHY

FORRÁSOK, a franczia állam tulajdona.

Kezelőség Paris, 24 Boulevard des Capucines 24.

Ajánlva elsőrangú orvosi tekintélyek által.

Célestins:

Vese-, torok- és hólyag-bajoknál, köszvény, diabetes.

Grande Grille:

Májkólikáknál és epeköveknél, pangások az alhasi szervekben.

Hôpital:

Mindennemű dyspeptikus bántalmaknál.

Forrástermények: **fürdő, gyógyvíz, sók és pastillák.**

Raktárak minden ásványvizkereskedésben és gyógyszertárban. Valódiak, ha a tok és czímlapok a forrás nevével ellátva vannak.

Szigorúan arra figyeljünk, hogy a forrás neve megjelölve legyen.

TARCSA GYÓGYFÜRDŐ

VASVÁRMEGYÉBEN.

Glaubersó tartalmú szénsavdús vasforrások.

A legújabb módszerek szerint berendezett pezsgő és ásványvíz, valamint vasláp-fürdők. Kellemes, hűvös égalj; a kényelem minden igényeinek megfelelő olcsó lakások; **villámos világítás,** 2 jó vendéglő, gyógyszertár, naponta 2-szer zene; szép kirándulások. A női szervek bántalmai, sápkór, vérszegénység, továbbá a légzési és emésztési szervek bajai ellen kiváló orvosi tekintélyek ajánlják.

Évad május 20-tól szeptember 20-ig.

Az évad kezdetétől junius 15-ig és augusztus 15-től szeptember 20-ig tetemesen olcsóbb árak. Felvilágositással szolgál és kivánatra prospektust küld a fürdőigazgatóság. **Állandó fürdőorvos Dr. Rhorer Aladár** t. m. főorvos. **Tarcsai Károly-forrás** különösen mint óvszer járvány esetén ivóvizül ajánlható. Megrendelések olyan városokból, hol külön raktár nem létezik, a fürdőigazgatósághoz Tarcsára intézendők. **Posta- és távirdaállomás helyben. Vasuti állomás Felső-Eőr, a Szombathely-Pinkafői vonalon,** honnan a 30 percznyire (5·6 klmt.) fekvő fürdőbe a közlekedést kényelmes bér- és társaskocsik (omnibusok) tartják fenn; egy négyüléses bérkocsi ára 4 korona 50 fillér, társaskocsin egy hely 80 fillér. Jegyek válthatók a vasuti kalauznál Szombathely és Fel-ő-Eőr között.

Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 20. számához. 3. szám. Budapest, 1900. évi május 20.

SZEMÉSZET.

Szerkeszti SCHULEK VILMOS egyet. tanár.

TARTALOM. *Grósz Emil* dr. egy. mtnr., adjunctus: Az orvos szakértői működése a szem sérülései alkalmával. — *Szili Adolf* tnr.: A szaruhártya felhámlazulása. — *Scholtz Kornél* dr., szemklinikai tnrsd., klinikai közlések: coloboma chorioideae két esete. — *Irodalomszemle.* — *Vegyesek.*

Az orvos szakértői működése a szem sérülései alkalmával.

Irta: *Grósz Emil* dr. egyetemi magántanár, adjunctus.

Azon körülmény, hogy a büntető törvénykönyvek szerint a szem sérülései a minősitett súlyos testi sértés bűntettei közé tartoznak, valamint az, hogy a látás elvesztése a kártérités nagyságát jelentékenyen növeli, az orvosra, mint a biróság szakértőjére a szem sérülése milyenségének és következményeinek megállapitásában igen fontos feladatot ró. Az orvos azonban e nagy feladatot a törvényes intézkedések ismeretével és épen a szem vizsgálása exact módszereinek alkalmazásával a legtöbbször sikeresen meg is oldhatja — viszont ezek tekinteten kivül hagyása és elmulasztása által az igazságszolgáltatás munkáját nagyon megnehezíti, a sértő vagy sértett fél érdekeit súlyosan csorbítja. Az a czélom, hogy a következőkben rövid útmutatót adjak azon orvosok számára, kiknek a szem sérüléseiről kell véleményt mondaniok. A kérdés tárgyalása több okból időszerű. Az új bűnvádi perrendtartás csak nem rég lépett életbe, a polgári törvénykönyv most van készülőben, az ipari munkások száma nagy mértékben szaporodik, a baleset-biztosítások terjednek. A viszonyok ezen különben örvendetes változása sokkal gyakrabban hozza az orvost olyan helyzetbe, hogy a szem sérüléseiről s azok következményeiről véleményt mondjon. De kétségtelen, hogy a törvényhozás nem állhat meg a társadalompolitikai reformok terén s a betegpénztárakról szóló törvényes reviziója után minden valószinűség szerint a kötelező baleset-biztosítást is meg fogja alkotni. Egy okkal több azon törekvésünk igazolására, mely arra irányul, hogy orvost szakértői működésének ezen várható jelentékeny kiterjesztése készületlenül ne találja.

Az orvos szakértői működését a büntető és polgári biróság, valamint a magánfél is igénybe veheti. Ezen szereplését részletes törvények és rendeletek szabályozzák.

A „bűnvádi perrendtartásról“ szóló törvény (1896: XXXIII.) XIV. fejezete intézkedik a szakértőkről. A felülvéleményezésre az 1890: XI. törvényczikk az igazságügyi orvosi tanácsot szervezte. A szakértői díjakról még az igazságügyminiszter 1874. évi 7626. sz. rendelete érvényes.

A polgári ügyben eljáró szakértőkről ez idő szerint még „A polgári törvénykezési rendtartás“ (1868: LIV.) V-dik fejezete és a „sommás eljárásról“ szóló 1893: XVIII. t.-cz. 94. §-a intézkedik. Ugyancsak az orvosokra is illő részleteket tartalmaznak ez utóbbinak életbeléptetési rendeletével kiadott új sommás ügyviteli szabályok 50. és 51. §-ai. Ezen törvényes intézkedéseket más helyen[1] részletesen ismertetem s igy azokra ezúttal itt csak reá utalok.

Büntető ügyben az orvosnak a szem sérülését különösen a minősités okából kell megitélnie. A magyar büntető törvénykönyv (1878: V. t.-cz.) 303. §-a a következőkép szól: „Öt évig terjedhető börtönnel büntetendő a testi sértés, ha annak következtében a sérült testének valamelyik *nevezetesebb* tagját vagy *érzékét*, beszélő, halló, *látó* vagy nemző tehetségét *elvesztette;* ha e tagok, *érzékek* vagy tehetségek valamelyike *használhatatlanná* lett; ha a sérült nyomorékká vált; ha elméje megzavarodott, ha előreláthatólag hosszú ideig tartó betegségbe esett vagy *rendes foglalkozásának folytatására* végkép, vagy előreláthatólag hosszú időre *képtelenné* vált, vagy feltünően eltorzittatott.“

E §. tehát megállapitja, hogy mely esetekben sújtja a súlyos testi sértés elkövetőjét nagyobb büntetés. Ide tartozik a szemnek, mint *„nevezetesebb érzékszervnek“* s a *„láttehetségnek“* elvesztése vagy használhatatlanná válása és pedig akkor is, ha csak az *egyik* szem vagy annak látása esett is áldozatul. Ez magából a szövegből is következik, de a törvényes gyakorlat is ez alapon fejlődik.

A német büntető törvénykönyv 224. §-a a szervezet fontos tagjainak, valamint a látóképességnek elvesztését egyik vagy mindkét szemen szintén külön minősiti.

Az osztrák büntető törvénykönyv 156. §-a egy szem tartós károsodását, vagy elvesztését, valamint a sérült állandó munkaképtelenségét jelöli meg a nagyobb büntetés alapjául. Az új osztrák tervezet majdnem teljesen a német szövegének felel meg.

A polgári biróságok a kártérités összegének megállapitásakor veszik igénybe az orvos szakértői működését. Ugyanezen czélból fordulnak az orvoshoz a baleset biztositó társaságok. Németországban a társadalompolitikai törvényhozás már 1884-ben a kötelező baleset-biztositást is megteremtette, ez idő óta becses tapasztalati adat gyült fel s kiterjedt szakirodalom fejlődött. Tanulságait máris s a jövőben a kötelező rendszer meghonositása esetén még fokozottabb mértékben értékesithetjük.

A német törvény czélja, hogy kárpótlást nyujtson az elszenvedett sérülésért. A kárpótlás a szem sérülései esetében a 14-dik héten túl gyógykezelést (addig a betegpénztárak adják) s járadékot biztosit. A járadék teljes munkaképtelenség esetén az évi kereset $^2/_3$-a. A kinek még nincs rendes évi keresete, annak a helyi napszám 300-szorosát számitják.[1]

A szervezetet ért sérüléseknek aránylag jelentékeny száma éri a szemet,[2] az arányszám körülbelül 5%-ra tehető. Az esetek felében idegen test szerepel s ezek pedig leggyakrabban a szarúhártyában akadnak meg.

A munkások s ezek között a fémmunkások vannak leggyakrabban kitéve a szem sérüléseinek. Orvosszakértői szempontból legfontosabb az, hogy a sérülés milyen mértékben csorbítja maradóan a látást. *Blessig* statistikája szerint a sérülések negyedrésze magát a szemet is tönkre teszi; a fele a látást vagy teljesen megrontja vagy jelentékenyen gyöngiti és csak negyedrésze hagy meg jó látást. A szemek tönkretételében az idegen testek, a sebzések és tompa ütések megközelitőleg hasonló százalékkal vesznek részt. Ha azt tekintjük, hogy a vak szemek milyen százalékában szerepel a sérülés ez állapot okául, *Imre József*[3] a magyar alföldön, hol pedig nincsenek nagy ipartelepek, 15%-ot mutatott ki.

A sérüléseknek a látásra való befolyásukról egészen más képet nyerünk, ha minden legkisebb sérülést számba veszünk vagy ha csak a súlyos sérülések szerepét vizsgáljuk. Minthogy csak ez utóbbiak alkotják a büntető eljárás vagy kártérités alapját, ezek azok, a melyek az orvos szakértői megitélése alá kerülnek. A következőkben tehát ezeknek szerepét szándékozom

[1] Orvosi Hetilap tárczája 1900.

[1] Maschke. Die Augenärztliche Unfallpraxis. Wiesbaden. Bergmann. 1899.

[2] Praun. Die Verletzungen des Auges. Wiesbaden. Bergmann, 1899.

[3] A vakság okai a magyar alföldön. Szemészet 1899. 96. o.

közelebbről megvilágitani. E czélból a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem szemklinikájának 10 évi beteganyagából (1889—1898) azon eseteket választottam ki, a melyek kórházi ápolásban részesültek, ezek csakis súlyos esetek, mivel az ágyak csekély száma miatt az a gyakorlat, hogy csakis olyan sérülteket vettünk és vesznek fel, a kik járólag nem kezelhetők. A 630 súlyos szemsérülés czélunknak megfelelő adatait a mellékelt táblázatba foglaltam, melyekből a következő eredmények olvashatók ki:

Ezen kérdésekre csak a szem alapos megvizsgálása után adhat választ és pedig ennek épen olyan gondosan ki kell terjednie a functionalis, mint az objectiv vizsgálatra. Hiba volna ugyan minden panaszról már előzetesen azt hinni, hogy az túlzott vagy alaptalan, de nem szabad számitáson kivül hagynunk a simulálás és az aggravalás lehetőségét sem. Egy okkal több, hogy a legnagyobb körültekintéssel járjunk el. A tévedés és mulasztástól a *rendszeresség* őriz meg legjobban. Erre kell törekednünk úgy a vizsgálatkor, mint a vélemény szerkesz-

A budapesti kir. magyar tudomány-egyetem szemklinikáján 10 év alatt (1889—1898) ápolt 630 súlyos szemsérülés táblázata.

A látás a sérülés után	A sérülés helye szerint							A sérülés neme szerint						Az alkalom szerint			Összegezés	
	szarúhártya	inhártya	szivárvány-hártya	érhártya és ideghártya	látóideg	lencse	szemteke	sebzés	idegen test	tompa ütés	égetés és étetés	lövés	robbanás	hivatás közben	véletlenül	szándékos	összesen	%
5/5—5/10	19	5	6	—	—	6	1	14	11	5	7	—	—	21	14	2	37	**5·8**
%-ban ...	**13·2**	—	—	—	—	**3·9**	**0·3**	**5·6**	**6·5**	**3·6**	—	—	—	—	—	—	—	—
5/15—5/50	26	10	4	2	—	50	5	37	25	30	4	2	—	55	42	—	97	**15·3**
%-ban ...	**18·3**	—	—	—	—	**33·1**	**1·9**	**14·8**	**14·8**	**22·0**	—	—	—	—	—	—	—	—
Ujjak olvasása néhány meterről	65	7	3	1	—	40	4	63	16	24	12	—	5	68	48	4	120	**19·0**
%-ban ...	**45·8**	—	—	—	—	**26·4**	**1·4**	**25·2**	**9·4**	**17·6**	—	—	—	—	—	—	—	—
Fényérzés	29	6	1	2	1	51	18	49	15	26	9	3	6	45	59	4	108	**17·1**
%-ban ...	**20·4**	—	—	—	—	**23·7**	**6·5**	**19·6**	**8·8**	**19·0**	—	—	—	—	—	—	—	—
Fényérzés nincs	2	4	—	7	3	4	106	27	50	31	4	9	5	53	68	5	126	**20·0**
%-ban ...	**1·4**	—	—	—	—	**2·6**	**38·6**	**10·8**	**29·5**	**22·7**	—	—	—	—	—	—	—	—
A szem enucleálva	1	1	—	—	—	—	123	50	48	18	1	6	2	52	68	5	125	**19·8**
%-ban ...	**0·7**	—	—	—	—	—	**44·9**	**20·0**	**28·3**	**12·4**	—	—	—	—	—	—	—	—
Sympathiás gyuladás is	—	—	—	—	—	—	17	10	4	2	—	1	—	8	7	2	17	**2·6**
%-ban ..	—	—	—	—	—	—	**6·2**	**4·0**	**2·3**	**1·4**	—	—	—	—	—	—	—	—
Összesen ...	142	33	14	12	4	151	274	250	169	136	37	21	18	302	306	22	630	—
%-ban ...	**22·5**	**5·2**	**2·2**	**1·9**	**0·6**	**23·9**	**43·4**	**39·6**	**26·8**	**21·5**	**5·8**	**3·3**	**2·8**	**47·9**	**48·5**	**3·4**	—	—

A súlyos sérülések túlnyomó számban a szemteke több szövetét (43%) roncsolták, jelentékeny százalékkal szerepel a cornea (22·5%) és lencse (23·9). A sérülés nemei közül a sebzés a leggyakoribb (39·6%), idegen test az összes sérülések negyedrészében (26·8%) szerepel, jelentékeny számmal van képviselve a tompa ütés (21·5%), míg az égetés, lövés és robbanás ritkábban fordulnak elő (3—6%). A sérülésre aránylag ritkán adott alkalmat a szándékosság (3·4%), körülbelül hasonló számú a hivatás közben (47·9%) s a véletlenül (48·5%) elszenvedett sérelem. Utóbbiak között nagy számmal vannak gyermekek.

Az esetek súlyosságának felel meg, hogy több mint a felük (59·5%) a szem látótehetségét tönkretette és pedig 2·6%-ban sympathicus gyuladás is keletkezett, 19·8%-ban a szemteke áldozatul esett; megmaradt ugyan, de 20·0%-ban fényérzés nélkül s 17·1%-ban pusztán fényzérzéssel. Látás maradt 40%-ban és pedig ujjak olvasása néhány méterről (járás-kelésre elégséges) 19%-ban, közepes látás 15%-ban (durva munkára alkalmas) és jó látás alig 6%-ban. A sértés helye szerint az egész szemtekét ért sérülések a leggonoszabbak, ezekből csak 4% menekült látással, ellenben a corneaé közül 77%. A sérülés nemei közül az idegen test a leggonoszabb, mert 70%-ban vakságot eredményezett, míg a sebzés 54%-ban, a tompa ütés pedig 56%-ban. A további részletek a táblázatból kiolvashatók. A százalékot csak ott tüntettem fel, a hol 100-nál több esettel rendelkeztem, a kevés esetből való százalékszámitás ugyanis nagyon megbizhatatlan s csalódásra vezet. A közölt adatok azonban — úgy hiszem — tájékozást nyujtanak, hogy sérülések eseteiben a szem milyen sorsára lehet gondolni.

Az orvosnak tehát fontos feladat jut osztályrészül annak megállapitásában, hogy a látás mennyire romlott, a sérülés milyen nyomokat hagyott maga után, a munkaképesség mennyiben szenvedett s hogy az oki összefüggés megállapitható-e. tésekor. A következő sorrend ajánlatos: mindenekelőtt tájékozzuk magunkat, hogy mi a vizsgálás czélja, iratok esetében ezeket áttanulmányozzuk. Az előzmények kikérdezésében a sérülést megelőző időre, magára a sérülésre, az azóta lefolyt időben történtekre, valamint a szervezet állapotára is ki kell terjeszkednünk. Ezt követi: I. a functionális vizsgálat és pedig *A)* alaklátás, *a)* a látás élessége, *b)* a fénytörés, *c)* az alkalmazkodás (látáspróbák, szemüveg-szekrény, métermérték); *B)* a látótér (rendesen kiterjesztett karunkkal is czélt érünk); *C)* színlátás (pamutokkal); *D)* fényérzés és projectio (sötét szobában gyertyával); *E)* binocularis egyes és kettős látás (vörös üveggel). II. Objectiv vizsgálat, *a)* megtekintés szabad szemmel, *b)* focalis világitás (convex 20·0 Dioptriás üveg), *c)* szemtükrözés, *d)* tapintás; ezek segélyével a szem alkotórészeinek vizsgálata anatomiai sorrendben. A diagnosis csak ezek után állitható fel. A prognosis megállapitására nagy óvatosság szükséges, kétes esetekben jobb függőben hagyni s egy későbbi vizsgálatot ajánlani. A vélemény megalkotásában számba kell venni az oki összefüggést s a sérülésnek a munkaképességre gyakorolt befolyását. Különösen ez utóbbi gondos mérlegelést kiván, pedig a baleset-biztositáskor határozott választ kivánnak, sőt százalékban való kifejezést. A szem sérülései alkalmával ez tényleg lehetséges is. A kiinduló pont az, hogy mindkét szem látásának elvesztése a kárpótlást a biztositott egész összeg erejéig (100%) állapitja meg. Németországban a felsőbb hatóságok döntései táblázat összeállitására bőséges anyagot adtak, mely az orvosnak véleménye megalkotásában nagy segitségére van. A német gyakorlat közönséges munkás egyik szemének elveszitéseért, ha a másik jó marad, 25%-ot állapit meg, kvalifikált munkásnál 30—40%-ot. Ha a másik szem hibás vagy kis fokban, de szintén sérült, 50—70%. Közönséges hályogos szem gyógyithatatlanná válása, ha a másik szem jó: 20%, szarúhártya-sérülések foltok hátrahagyá-

sával 10—15%. Részletes adatok találhatók *Maschke* idézett munkájában, valamint a „Zeitschrift für Augenheilkunde" évfolyamaiban. Utóbbiak közül példakép néhányat közlünk:

1. 44 éves napszámos, kinek 12 D. myopiája volt, s ki 50 kilogramm nehéz dróttekereset emelt s e mellett köhögött is, üvegtestvérzést, ideghártya-leválást kapott s egyik szemén megvakult. A szakértők egy része azon álláspontón volt, hogy ez foglalkozási betegség, s így a rokkant pénztárhoz tartozik, másik része azonban balesetnek tekintette. A birodalmi biztosítási hivatal mint legfőbb forum a munkásnak megitélte a kártérítést.

2. Kályhás légvonatban dolgozva, felhevült s munka közben hirtelen megvakult. Kiderült, hogy már annak előtte tabes dorsalisban és tabeses látóidegsorvadásban szenvedett. *Goldscheider* és *Greeff* tanárok azon véleménye alapján, hogy az ártalom, a melynek a munkás ki volt téve, meglevő baját hirtelen fokozta: az állami biztosítási hivatal a kártérítést megitélte.

3. Üvegfuvónak a szél arczába fujta a kályhagázokat, mitől erősen prüszkölt, e közben egyik szeme luxálódott. Az orvos, ki a szemhéjak alatt levegőt talált, ezt úgy magyarázta, hogy a betegnek foglalkozása folytán chronikus náthája volt s a felső állkapocs üregébe jutott levegő az orbita falát áttörte. 12 nap alatt meggyógyult, de 4 hó mulva a látás a rendes 1/2—1/3-a volt. Az esetet *nem* fogadták el üzemi balesetül.

4. Jégvermi munkás látása hirtelen megromlott, látóidegsorvadásban megvakult, balesetnek minősítették.

5. Munkásnő bal szeme sérülés következtében megvakult. Másik szemén myopiás és astigmás volt 1/6 látással. A birodalmi biztosítási hivatal 60%-ot itélt meg.

6. 20 éves géplakatos 20% járadékot kapott, mert egyik szemén lencséjét elveszítette, mikor később hályogüveggel 5/5-öt látott, 10%-ra leszállították.

7. Egyik szemén megvakult munkás 33 1/3% járadékot kapott, később sympathikus úton megvakult a másik is, ekkor felemelték 100%-ra, mert az ajánlott enucleálás el nem fogadása nem okolja meg a kártérítés megtagadását.

8. A sérülés előtt már gyengült látású szem teljes megvakulása kisebb járadék élvezésére ad jogosultságot, mintha a szem a baleset előtt teljesen jó lett volna.

9. Egy szem teljes elvesztése a másik szem látásának 5/8-ra való csökkenése s külső izgalmak ellen való érzékenynyé válása 50% járadékra jogosít.

10. Munkás egyik szemét égetés által elveszítette s szemhéjai eltorzultak: 33 1/3% kártérítést kapott. Másik közönséges munkás egyik szemének megvakulását 20%-kal kárpótolták.

(Zeitschrift für Augenheilkunde I. 412, 418, 537, 539; II. 523.)

Ez adatok természetesen csak akkor értékesithetők, ha a vizsgálat alapos és megbizható volt. Az az orvos, ki a szem vizsgálásainak módszereiben járatlan, jól teszi, ha a megbizatást el sem fogadja, erre még bűnügyekben is megvan a lehetőség, a hol különben a bűnvádi perrendtartás 229. §-a értelmében „az, a kit szakértőül kirendeltek, nem tagadhatja meg közreműködését: ha a szemlénél szükséges szakmára rendes szakértő minőségben van alkalmazva, vagy ha a szakmát keresetképen gyakorolja és a 229. §. esete fenn nem forog" (azon esetek, a melyekben a szakértők rokonságuk, részességük stb. folytán nem alkalmazhatók). Ugyanezen §. ugyanis a következő intézkedést tartalmazza:

„*Mindazáltal, ha a szakértő az illető vizsgálat teljesítésére vagy vélemény adására magát kellően képesnek nem érzi, vagy más nyomós okot hozhat fel, egyes esetekben, ha sürgős eljárás esete nem forog fenn, a kirendeléstől kivételesen felmenthető.*" A szem sérüléseinek *véleményezése* alkalmával ilyen sürgős eljárás esete csak nagy ritkán foroghat fenn.

Mint látjuk, a szem sérüléseinek véleményezése a szakértő orvosnak bő alkalmat nyujt arra, hogy ismereteit az igazságszolgáltatás munkájában értékesitse, ez pedig szép és nemes feladat. Igaza van *Buckle*-nek, mikor azt mondja, hogy a reális tudomány nem a tények ismeretében, hanem azok *használatában* áll — ez az, a mi philosophussá tesz!

A szaruhártya felhámlazulása.

Szili Adolf tanártól.[1]

II.

A kórlefolyásnak legjellegzetesebb vonása az, hogy a rohamok majdnem kivétel nélkül alvás közben, legtöbb esetben reggel felé lépnek fel. A beteg erős fájdalommal az illető szemben ébred fel, úgy hogy alig képes azt kinyitni. A fájdalmasság és izgalom többnyire bizonyos időn át fennáll.

Minden közleményből, melyben a megfigyelt rohamoknál a fellépés ideje is jelezve van, bizonyítékot nyerünk arra, hogy ez tényleg igy van. Egészben csak két lényegesebb fájdalomroham van emlitve, mely napközben lépett fel, az egyikről *Haab*, a másikról *Schröder* tesz említést; mindkettőt azonban oly mellékkörülmények kisérték, melyeknél fogva nem döntik meg a szabályt. Ezen ritka rohamok egyike délután keletkezett. De a hozzáfűzött jegyzetből kitünik, hogy az illető szem már nyolcz nap óta fájdalmas volt és igy feltehető, hogy a roham talán csak egy már fennálló recidivnek exacerbatiója volt. A másik nappal fellépett roham pedig oly szemen jött létre, mely az utolsó typusos roham óta még érzékeny volt és melyet most (harmadnapon), miután tiz perczig a galvanikus áramnak ki volt téve, az orvos érintéssel nyomás iránti érzékenységre vizsgált. Ebben az esetben a mechanikus izgatás lehetőségét nem szabad figyelmen kivül hagyni. *Reuss* már emlitette, hogy olykor nappal is léphetnek fel fájdalmak, ha pl. a beteg mosdás alkalmával dörzsöli szemét.

A roham leirásánál sokan ugyan határozottan állitják, hogy a fájdalom kelti fel őket; de nem csekély része a betegeknek, kiváltképpen olyanok, kik már többszörös rohamot kiállottak és a törekvésben, ismétlődését kikerülni, a fellépés körülményeit jobban megfigyelik, feltünő összhangzással állitják, hogy mindig csak az ébredés után és különösen akkor, mikor a szemet nyitni akarják, tör ki a fájdalom.

Már az első eset, mely objectiv észlelésem tárgya volt, ezen irányba vonta figyelmemet. Az illető beteg 30 éves kollega volt. Az eredeti sérelmet, igen felületes karczolási sebet saját kezem ejtette, midőn egy porszemet, mely előtte való nap a szarúhártyára jutott, egy összetekert czigaretta-papirral eltávolitottam. Ez által egy 2 mm. széles felhámhiány támadt és a szem már ugyanaz este fájdalom nélkül volt. Az erre következő rohamok, 24 órától három hétig tartó időközökben, több mint öt hónapon keresztül ismétlődtek. Az első rohamig minden esetre több, mint 8 nap telt el; csak a második erősebb roham után láttam a szemet újra 14 nappal az eredeti sérülés után. Olykor, rövidebb és csekélyebb fokú éjjeli recidiv után a szarúhártya látszólag ép volt; minden erősebb roham után nappal is ugyanazon a helyen egészen friss kinézésű felhámhiányt találtam. Ez a kolléga a reám nézve oly fontos megfigyelést tette, hogy nála a hirtelen ébredés tulajdonképpen nem következménye a fellépett fájdalomnak, hanem hogy ellenkezőleg a fájdalom szemében mindig csak akkor lépett fel, ha álomból felébredve, szemeit hirtelen kinyitotta. Igy óvatosságból hozzászokott, ébredés alkalmával a szemhéjat csak lassan felemelni s legcsekélyebb nyománál a fájdalmasságnak szemeit inkább még egy ideig lehunyva tartani. Nem kételkedett abban, hogy ily módon sokszor sikerült a rohamot enyhiteni vagy akár el is kerülni.

Ezentúl sok betegemtől hallottam hasonlót; talán azért, mert ezen irányban önmegfigyelésre felhivtam őket. A megerősitő tapasztalatok némelykor igen eklatánsak voltak. Például szolgáljon egy 50 éves hölgy, ki az egyik szemét oleánderlevéllel sértette meg s három hónapon át igen számos és fájdalmas rohamokban szenvedett. Ezen beteg saját spontan jelentése szerint, délutáni álmát megtartandó a legtávolabb eső szobába volt kénytelen rejtőzni, hol hirtelen zaj fel nem riasztotta; mert biztosnak vélte, hogy lassú ébredésnél szemét a rohamtól megóvhatja.

Azon első közleményemben már nyilvánitott véleményem, hogy az ilyen jelentések a rohamok megitélésére nézve fon-

[1] Lásd „Orvosi Hetilap" Szemészet 2-ik sz.

tosak, más szerzőknek megerősítő észleléseiben lényeges támaszt nyert. Ezek közt első sorban *Reuss* említendő, kinek tapasztalatai sok más irányban is az enyéimmel egybevágnak; de a *Grandclément*-féle felfogás egyik híve és az enyémnek ellenese, *Hirsch* második esetének egy igen heves rohamának feljegyzésénél a következőt irja: „Ezen alkalommal azt közli velem a beteg, hogy határozottan észrevette, hogy a szemek gyors kinyitása álomból való ébredés alkalmával — jelen esetben hirtelen felébresztették — közvetlen oka a rohamnak. Már hosszabb idő óta bizonyos gondot fordit rá, hogy reggel ne hirtelen, hanem lassan nyissa ki szemeit.“ (Különlenyomat 8. oldal.) Az egybehangzás a különböző betegek eziránti állításaiban, mint ebből kitünik, még a kifejezés módjára is kiterjed.

Mindez nem jogosit fel arra, hogy az alvást a roham tulajdonképpeni előidézőjének tartsam; de a *közbenjáró tényezőt* képezi, mely a beteg szem számára a helyzetet előkészíti, melyből a rohamnak kifejlődnie kell. Nem utasíthatom vissza a gondolatot, hogy a tartós és helyzetileg változatlan érintkezés a szarúhártya és a szemhéj kötőhártyája között alvás közben bizonyos physikális viszonyt idéz elő a kettő között, melyből adott pillanatban a beteg hely csak fájdalom közt, esetleg szövetsérelem árán szabadulhat fel. Ezen feltevésen alapszik a rohamoknak legelőször általam nyújtott magyarázata: *hogy alvás közben párolgás következtében a szemhéj kötőhártyája és a szarúhártya közti érintkezés annyira szoros lett, hogy a szemhéj emelésénél az alapjával nem eléggé erősen összefüggő felhámnak egy részét magával szakítja.*

A mechanikus mozzanat közreműködése a roham létrehozásában egyelőre érintetlenül hagyja annak tulajdonképpeni alapföltételeit. Amazzal első sorban foglalkoztam, mert tekintetbe nem véve azt, valaki igen könnyen rabjává lehet azon nézetnek, mely a bántalmat *neuralgiának* tekinti, mint ez a legtöbb szerzőn meg is esett. Már *Arlt*-ban is felmerült ezen gondolat.

Említett rövid jelentésében a következő mondat áll: „Ilyen későbbi rohamot igen könnyen neuralgiának lehetne tartani, ha a fájdalmak bizonyos typust mutatnának; de behatóbb vizsgálatnál, a felület tükröztetése segítségével, nemsokára látni lehet, hogy a szarúhártya valahol kikopott.“ Ezen sehogysem kivétel nélküli lelet azonban magában véve nem elég mérvadó bizonyíték a neuralgia *ellen;* azért vizsgáljuk azon bizonyítékokat, melyeket mások a neuralgia *mellett* érvényre juttatni iparkodtak.

Hirsch az időközöknek *rendszerességét* idézte. De ez irányban főképpen betegeinek puszta állításaira hivatkozik, kik rohamokat említenek, melyek *minden két-három hétben* léptek volna fel. Azon kevés recidiv, melyet *Hirsch* első esetében maga észlelt, 16, 21 és 18 nap által vannak egymástól elkülönítve. Második esetében a direkt észlelés ez irányban egyáltalában számba sem vehető, erről az olvasó ezen dolgozat első czikkében nyújtott jelentésből meggyőződhetik. Ezen bizonyítékot, mely tehát már maga *Hirsch* által is elég gyengén meg van állapítva, kénytelen vagyok saját tapasztalásaimra való tekintettel visszautasítani. Nem is ismerek más szerzőtől eredő hasonló állítást.

Az időszerinti typusnak egy másik nemét a rohamok fellépésében *Schröder* fedezte fel. A bántalmat mint neuralgiát fogván fel, arra a körülményre fektet súlyt, hogy eseteiben a recidivák többnyire ugyanabban az órában korán reggel jöttek létre. Eltekintve azonban attól, hogy neuralgiás rohamokat rendszerint nem szokott órákig tartó alvás megelőzni; az elfogulatlan itélet annak okát, hogy a rohamok többnyire reggel lépnek fel, nehézség nélkül abban fogja találni, hogy a szemnek önkéntelen mozgásai az ezen időben már kevésbbé mély álomban, könnyen vezethetnek a szemhéj és kötőhártya közti érintkezésnek ama hirtelen megszakításához, melynek én a fájdalom előidézését tulajdonítom. Olyan körülmények közt, hol ez még a teljes felébredés előtt történik, a betegek azt a benyomást nyerik, hogy a fájdalom kelti fel őket; egészséges alvóknál a lefolyás ezen alakja képezi valószinűleg a szabályt. Nyugtalan alvóknál azonban a roham már az éj közepén és rövidebb álom után léphet fel. És igy *Schröder* esetei közt is találkozik egy, melyben olykor ugyanazon éjszaka folyamán több múlékony fájdalomroham előfordult (38. lap). Hasonlót saját betegeimnél is tapasztaltam.

Hogy ezzel ellentétben egy valódi typusnak példáját idézzem, a *Schmidt-Rimpler* által leirt „*herpes corneae neuralgicus*“-ra utalok. Eseteinek egyikében, mely neuralgiás jellege által leginkább feltünt, hónapokon keresztül *délután*, mindennemű lokális és általános lobos tünet nélkül, a nervus supraorbitalis neuralgiájával egyidejűleg mindkét szarúhártyán hólyagcsák léptek fel, melyek jóval a következő roham előtt már megint eltüntek voltak. [1]

A bántalom neuralgiás természetének további bizonyitékául *Hirsch* a fájdalom minőségét hozza fel, annak változó olykor igen magas fokát, mely az objectiv lelethez nem áll semmiféle viszonyban. Nem is tagadható, hogy a legtöbb beteg kínos helyzetéről keservesen panaszkodik. *Arlt* egy asszonyról beszél, ki négyszeres recidiv után, melyben 8—10 napi időközökben szenvedett, szeme iránti aggodalomból egészen odáig volt. Hogy is ne? A szarúhártyának egyszerű felhámkikopása elegendő arra, hogy fájdalmasságával az álmot megzavarja. Mily kínos állapotot képezhet az, ha ilyen fájdalmak időről időre mindig kiújulnak és a beteg egyetlen egy este, teljes jóllét közt, sem biztos abban, hogy éjszaka vagy következő reggel nem fog e új szenvedésre felébredni. Megfigyelésem alatt volt egy ügyvéd, ki ujságlappal sértette meg szemét. Már pár nap mulván léptek fel nála a rohamok, melyek ezután majdnem minden éjjel bekövetkeztek, úgy hogy a fájdalomtól való félelemből, a meddig csak birta, az alvástól tartózkodott és a kétségbeeséshez közel volt, mikor hozzám jött. Neurastheniás ember volt, minőt hivatásában sokat lehet találni. Épen olyan túlzott kifejezésekkel irta le nekem eczemájának borzalmait is, melyet orvosa által a szembaj ellen rendelt bedörzsölési kúra nála előidézett. Átlagban azonban saját eseteimben sokkal inkább feltünt az az összhangzó kijelentés, hogy a recidivának fájdalmasságát legjobban az eredeti sérelemével lehet összehasonlítani. Hogy az ismétlődés és az attól való félelem az érzékenységet fokozhatja, abban nem fog senki sem kételkedni. Ugyanebből az okból gyakran halljuk, a másik szemnek operálása után, hogy ez sokkal fájdalmasabb, mint a vele teljesen azonos első volt.

Hasonló argumentumot a bántalom neuralgiás természetét illetőleg képez *Schröder* állitása, hogy az eredeti sérelem helye érintésre sokkal érzékenyebb, mint a szarúhártya többi felülete, s hogy a fájdalom a nervus supraorbitalisra kisugárzik. Az érzékenységet papirszelettel vagy pálczikával való érintés által vizsgálja meg. De akkor neuralgia az is, ha a külső bőr egy még nem véglegesen begyógyult lehorzsolása helyén hasonló vizsgálat alkalmával szintén érzékenyebbnek mutatkozik, mint más helyen. Azonkivül arra figyelmeztetem az olvasót, hogy *Biber* második esetében a megbetegedett hely érzékenységét egyik recidiv utáni ötödik napon inkább *csökkentnek* találta: oly körülmény, mely, ha jobban megállapitva és ismételten megfigyelve volna, sokkal inkább neuropáthiás megbetegedésnek jelét képezné, mint a *Schröder* által észlelt túlérzékenység. Hogy végtére a fájdalom a roham alatt olykor kisugárzó, meglepő csak arra nézve, ki még nem tapasztalta, hogy csekély porszem is a felső szemhéj alatt, a szarúhártya bántalmazása által, igen heves kisugárzó ciliaris fájdalmat kiváltani képes.

A bántalom neuralgiás természetének bizonyitékai közt az eddig elősoroltak úgyszólván értéktelenek. Komolyabb megfontolást érdemel azonban az, *hogy az éjjeli roham után némelykor a szarúhártyán semmiféle rendellenesség nem vehető észre.*

Saját tapasztalatomból ezt teljesen el kell ismernem; de azzal a megjegyzéssel, hogy ezen negativ lelet csak látszólagos. Okát a szokásos vizsgálati módszerek (a szarúhártya-

[1] Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. X. k. 163. lap.

felület tükröztetése, fokális megvilágitás) elégtelensége képezi. Nyomban alkalmam lesz e fölött nyilatkozni. Egyelőre azonban meg akarom jegyezni, hogy magam részéről ilyen negativ leletet többnyire csak csekélyfokú éjjeli roham után észlelhettem, mely a betegnek álmát csak rövid ideig zavarta; vagy ha a roham csak mint fájdalmas érzés nyilvánult reggel a szem nyitásánál. Ha kivételképen hevesebb roham után a szarúhártya látszólag ép volt, akkor feltettem, hogy a szarúhártyafelhám folytonosságában jelen volt csekélyebb repedés, az azóta eltelt néhány óra alatt, ismét begyógyult. Látni fogjuk, hogy a felhámnak rendkivül gyors regenerálódása ezen bántalomra nézve úgyszólván jellegzetes. Erre gondolhatott volna *Hirsch* is; mert az ő pontos feljegyzéseiből is kitünik, hogy igen jelentékeny felhámleemelődés a roham utáni második napon már teljesen gyógyult lehet. *Grandclément*-tal szemben azonban, ki az általa észlelt esetek egyikében sem látott valaha felhámfoszlást, arra utalok, hogy nincsen más észlelő, ki ilyen negativ leletet szabálynak tekintett volna. Az összes általam ismert közleményekből az tünik ki, hogy ilyen leletnélküli rohamok csak kivételképen lépnek fel olyanok közt, melyek felhámleválással együtt járnak és ez által az illető kóresetet már megbélyegezték. Egyedül *Reuss* nem tagadja, hogy bizonyos esetek kizárólag a *Grandclément* által jelzett módon folyhatnak le; miért is, a nélkül, hogy e szerző felfogását osztaná, a bántalomnak kétféle alakját ismeri el.

Minden esetre figyelmet érdemel, hogy ilyen látszólag lelet nélküli rohamot is a betegek olykor mint heveset jelznek; és ha a feltevés téves, hogy ily esetben a felhámszakadás a megtekintés idejéig megint meggyógyult, akkor a neuralgia gondolata tényleg legközelebb fekvő. A mint láttuk, nem is késik senkisem, ki a *Grandclément*-féle felfogást osztja, egyes ilynemű rohamokra hivatkozni, melyek a szarúhártyafelület látható elváltozása nélkül lefolynak. Ebből az okból újabb észleléseim alkalmával figyelmem folyton ezen pontra is irányitva volt.

Első sorban arra kelletett gondolnom, vajjon a szokásos vizsgálati módszerek, kiváltképen pedig azok, melyeket a rendelkezésre álló jelentések szerint eddigelé a bántalom megfigyelésénél alkalmaztak, elegendők-e a szarúhártya teljes épségének megállapitására? Három van: a szarúhártyafelület tükrözése, a megtekintés nagyitóval fokális fényben, és végül a folytonossághiány láthatóvá tevése fluorescin által. Én most biztos vagyok abban, hogy tényleg vannak fájdalomrohamok, melyek után ezen segédeszközök egyikével sem lehet elváltozást a szarúhártyán felismerni, mely mindazonáltal mégis jelen van, és egy másik, igen egyszerű vizsgálati módszer segitségével könnyen felfedezhető; t. i. *az áteső fényben való vizsgálat által.* Ezen a szemnek mélyebb átlátszó részeinek vizsgálatára nélkülözhetetlen módszer a szarúhártyára nézve fölöslegesnek lenni látszik; mert nem várnak tőle itt felvilágositást, melyet az előbb emlitett módszerek nem nyújtanának sokkal jobban. Mindazonáltal a szarúhártya részéről eredő tünemények az áteső fényben, kiváltképen a gyengébb tükör alkalmazása mellett, rendkivül jellegzetesek, mint pl. a váltakozó fény- és árnyjáték, melyet, a tükörnek csekély forgásánál, igen finom, szabad szemmel alig észrevehető hegeken keresztül észlelni lehet; a sajátságos fénykülönbözet és a körvonaloknak eltolása könyhasában keresztül; a felhők és foltocskák, melyeknek alakjában nyálczafatok és minimalis légbuborékok a szarúhártyán feltünnek. Ha a szemhéjat rövid időn keresztül wattatamponnal a szemre nyomtuk, akkor a pupilla, gyenge tükörrel átvilágitva, úgy néz ki, mintha reczézve vagy finom porral behintve volna: azon benyomások következtében, melyeket a szemhéjkötőhártyának egyenetlenségei a szarúhártyafelületén hátrahagynak. Ezen jelenségek okait a szarúhártyafelület reflex képének vizsgálata által vagy nagyitóval fokális világitásban fel lehet részben ismerni. Azokat, melyeket mozgékony felrakódásokból erednek vagy mulékonyak, állandó zavarodásoktól meg lelet különböztetni, már áteső fényben is, minden pislogás után vagy az által, hogy a szemhéjat ujjunkkal a szarúhártyán végig simitjuk.

Ha a gyenge szemtükörrel oly szembe világitunk, melynek pupillaterületében a szarúhártya megsérült, akkor a legfelületesebb felhámvészteségnél is az illető helyen fekete árnyakat látunk. Ezen jelenség csökken abban a mértékben, a melyben, a gyógyulás folyamata alatt, a szövetnek rendes állapota visszatér. Hogy ezen vizsgálati módszer nem fölösleges, abból tünik ki, hogy némely esetben az anyagveszteség teljes pótlása után is újonnan képződött felhám által, midőn a szarúhártya fokális világosságban már semmiféle zavarodást sem tüntet fel, áteső világosságban még egyideig a sajátságos zavarodásnak bizonyos fokát észlelni lehet.

Leginkább hasonlit ezen jelenség ahhoz, melyet üveg vagy átlátszó kőzet belsejében jelenlevő repedés nyujt. Ezen rendellenesség némelykor, kiváltképen teljes eltünése előtt, oly csekélyfokú, hogy észrevevésére némi gyakorlottság kell; legjobban tünik fel akkor, ha a szemtükör rövid kitérő mozgatása alatt a fénykúp szélével az illető szarúhártyahelyen keresztül világitunk. Kétséget nem szenved, hogy a rendes állapot csupán ezen jelenség teljes eltünésével állott be.

Egyelőre függőben hagyhatjuk, vajjon ezen optikai rendellenesség az újonnan képződött epithel és alapja közti kezdetleges fénytörési különbségen vagy a kettőnek még nem teljes összefüggésén alapszik; minden esetre azonban jelentős ténynek kell tekintenünk, *hogy ugyanazon jelenség sohasem hiányzik az itt szóban levő betegségnek ama ritkább recidivái után sem, melyek minden másképen felfedezhető laesio nélkül folynak le.* Mikor a sérült hely a pupilla területén kívül fekszik, pupillatágitó szernek alkalmazása szükséges lehet, hogy a rendellenesség jelenlétéről meggyőződhessünk; azonkivül emlitésre méltó, hogy egyes esetekben, hol a roham utáni első napon az itt szóban forgó jelenség az egyedüli objectiv leletet képezte, egy nappal későbben, újabb éjjeli exacerbatio után, ugyanazon helyen már tényleges folytonossághiányt találtam.

Feleslegesnek tartom mindazon esetről, melyben a leirt jelenség jelenlétéről minden egyes recidiva után meggyőződtem, külön jelentést tenni; a megfelelő észlelések annyira megegyezők egymás között, hogy külön érdeklődésre nem tarthatnak igényt. E helyen csak két esetről és későbben még egy harmadikról óhajtok külön emlitést tenni, mivel ezeket, nem mint a többiek legnagyobb részét csupán egyes recidivák után, hanem a roham nélküli időközökben is, észleltem és mivel ezen esetekben a sajátságos optikai jelenség a bántalom egész lefolyása alatt jelen volt.

Az első ezen esetek közül egyszersmind az volt, melynél már több év előtt a leirt jelenséget legelőször és felfogásomra nézve útbaigazitó mértékben észleltem végig.

54 éves hölgy hegyes virágleválással sértette meg jobb szemét. Következő napon (1889. augusztus 5.) a szarúhártyán, központjától be- és lefelé egy 3—4 millimeternyi, körülbelül köralakú, felületes, egészen tiszta folytonossághiányt találtam. Rendszeres kezelésben részesült a látszólag teljes gyógyulásig. Három héttel későbben lépett fel az első igen fájdalmas roham éjjel. Reggel az eredetileg sérült helyen tiszta mint friss sérüléstől eredő folytonossághiányt találtam. Ilyen rohamok ezentúl rendetlen, 3—5 hétig tartó időközökben ugyanazon év november 16-dikáig ismétlődtek. Az időközök nem voltak ugyan teljesen szabadok, a mennyiben elég gyakran csekélyebb fokú megtámadások olykor egymásután következő éjjeleken, sőt több ily kisebbszerű roham ugyanabban az éjszakában is felléptek, melyek után azonban reggel a szarúhártya felülete többnyire semmiféle eltérést nem mutatott.

Az áteső fényben mutatkozó jelenségről (síktükörrel vagy a *Jaeger*-féle üveglemezekkel bevilágitva) csak szeptember 31-től fogva találok feljegyzéseket, miután az előtte való éjszaka igen heves roham előrement. Még október 7-dikén csekély felhámfoszlás jelen volt, noha már négy nap óta az éjszakák zavartalanul folytak le. Áteső fényben az illető fekete árnyék által tünik fel.

Október 9.[1] Szarúhártyafelület ép, pupilla atropin által

[1] Innen kezdve az összes datummal jelzett helyek akkori feljegyzéseimnek szószerinti másolatai.

középtág. Kötőhártyahurut. Gyenge lapis-oldattal való ecsetelés. Áteső fényben a sérülés helye rendetlen astigmatismusa által felismerhető, daczára annak, hogy fokális fényben nagyítón keresztül semminemü homályt nem lehet felismerni. Az illető hely áteső fényben körülbelül köralakú határt mutat, melyen belül a szemnek vagy a tükörnek legcsekélyebb mozgásainál, fény és árnyék élénken váltakozik.

Október 13. Beteg tegnap este a rendesnél valamivel tovább ébren maradt. Éjjel igen könnyü roham, reggel felé jól aludt és fájdalom nélkül ébredt fel. Alig észrevehető felületes erosio. Fokális fényben nem mutatkozik homály. Áteső fényben a mozgékony gyürüalakú árnyék igen élénk.

November 1. Tegnapig a szem egészen jól volt. A beteg más okból néhány nap óta ágyban van. Kötőhártyahurut még mindig fennáll. A szemen már tegnap óta kellemetlen érzés. Az éjszaka első felében csekély roham, mely után a beteg reggelig jól aludt. Semmiféle ciliaris izgalom, csak a felső szemhéj kissé püffedt. Igen felületes folytonossághiány a régi helyen. Fokális fényben nincsen homály; áteső fényben gyürüalakú skiaskopos elkülönülés (az akkori rajz szerint körülbelül kendermagnyi átmérőjü területen).

November 3. Szarúhártya felülete teljesen ép. Áteső fényben skiaskopos jelenség még mindig jelen van.

November 12. Ugyanezen jelenség a gyenge tükörrel mint finom elkülönülés észrevehető, de nem egyszerre az egész gyűrű, hanem változó tükörállásnak megfelelőleg más-más részei.

November 16. Éjjel csekélyfokú kellemetlenség. Szarúhártya tükörképe, fokális világítás, nem árulnak el semmit; áteső fényben azonban elég élesen határolt árnykör.

November 17. A jelenség már igen csekélyfokú, oldalagos fényben nagyítón keresztül a legcsekélyebb zavarodás sem fedezhető fel.

Ezentúl is léptek fel még néhányszor éjjeli rosszabbulások, de a nélkül, hogy többé a szarúhártyának bántalmazását más objectiv lelet által felismerni lehetett volna, mint az említett jelenség határozottabb észrevehetősége által áteső fényben.

Deczember havában rohamról többé szó nincsen; csupán a következő feljegyzést találom: „Igen finom, csupán a tükörnek bizonyos forgásánál észrevehető elkülönülés még mindig jelen van. Recidiv nem volt. Atropinbecsöppentések beszüntetnek. Állandó kötőhártyahurut. Ecsetelés."

Február 16. Beteg, ki időközben mindig ritkábban jelentkezett, ma utolszor kivánja szemét megvizsgáltatni. Szarúhártya teljesen ép. A tágított pupilla területén áteső fényben a fennemlített jelenségnek többé semmi nyoma sincs. — Az illető hölgy ismerőseim közé tartozik: szeme azóta teljesen ép.

A másik eset újabb időből való.

33 éves, gyenge testalkatú, sápadt arczú asszony 5 hét előtt gyermek körme által bal szemén sérült meg. A kezdetben igen heves fájdalom szemkötés nélkül egy hét alatt enyhült, de már a 8-dik napon ismét igen heves lett és pedig déltájban, oly erős könycsurgással, hogy a csöppek a beteg tányérába estek. Ólmos vízzel való borogatások enyhítést nyujtottak, de a nélkül, hogy a szem teljesen megbékült volna. Három héttel későbben 1898. deczember 26-dikán (egy nappal a jelentkezés előtt) délután 5 órakor lépett fel a második rosszabbodás. Még eddig éjjel nem lépett fel roham.[1] *Jelen állapot:* Csekély ciliaris izgalom. A szarúhártyán központjától valamivel le- és kifelé 2 mm. hosszú és 1 mm. széles finom zavarodás, benne két pontszerű tömöttebb homály, ezen helynek megfelelőleg a felület kissé egyenetlen, mintha ott finom hasadék megdagadt szélekkel jelen volna. Scopolamin, kötés. A szem gyorsan gyógyul.

[1] A betegnek ezen határozott jelentése az első két, nappal fellépett, rohamot illetőleg a kórlefolyásnak általam felállított typussal ellentétben lenni látszanak. De eltekintve attól, hogy nem foghatók fel mint tulajdonképeni recidivák, hanem mint a helytelenül kezelt és valószinűleg be sem gyógyult eredeti sérülésnek rosszabbulásai, figyelmet érdemel különösen az, hogy ezen kóresetnek elég hosszú további lefolyásában közvetlen megfigyelésem alatt egyetlen egy roham sem lépett fel másképen, mint álomból való felébredés alkalmával. Hasonlót tapasztaltam egy másik esetben is, melyben a kórelőzmények ily typusos lefolyást nem igértek.

Deczember 31. A beteg hely fokális fényben teljesen épnek mutatkozik. A kötés már kellemetlen és elmarad. Gyenge áteső fényben a sérült hely rendhagyó fénytörése által még mindig felismerhető.

1899. január 25. Ma reggel felé szúrással a szemben ébredt fel; megint elaludt és most fájdalom nélküli. (Egyéb megjegyzés nincsen.)

Február 1. Reggel felé állítólag igen heves roham. Jelenleg semmiféle izgalom. Ki- és lefelé a pupillaszélnek megfelelőleg az a keskeny haránt irányú elhatárolt hely, mely rendhagyó fénytörése által gyenge áteső fényben feltünt, még mindig jelen van. Egyenetlenség nincsen, nagyítón keresztül homály nem vehető észre.

Kivánságomra a beteg nő ezentúl hónapokon keresztül majdnem naponta jelent meg nálam. Ennek megfelelőleg számos gondos feljegyzésem van a szemnek állapotáról. Azok közt csak egyeseket fogok kiragadni rövidség kedvéért, melyek azonban elegendők arra, hogy a betegség lefolyását ismertessék.

Február 17. Időről időre még mindig némi szúrást érez szemében. A szarúhártyában a már említett optikai jelenség még mindig észrevehető (a beteg gyenge sublimat-oldattal mossa szemét és a szemhéjakat borvaselinnel keni).

Márczius 12. Az illető hely áteső fényben még mindig látható.

Márczius 17. Miután a szem még tegnap teljesen jó volt, a beteg ma reggel ébredés alkalmával azonnal észrevette, hogy állapota változott; de csak a szemhéjak nyitásánál jött létre a valódi roham, mely ez alkalommal heves volt. A szarúhártyafelület tükröztetése által, valamint nagyítón keresztül fokális fényben nem derithető ki folytonossághiány. Gyenge áteső fényben igen feltünő optikai jelenség a régi helyen.

Márczius 18. Az éjszaka aránylag jól volt. Az optikai elkülönülés megint finom, azonban elég határozott.

Márczius 26. Szem teljesen nyugodt; gyenge áteső fényben az optikai eltérés a régi helyen még mindig látható.

Április 1. Márczius 28-dikán reggel (Bécsben) ébredés alkalmával heves roham volt, egy szemorvostól zink-oldatot kapott becsöppentésre. Jelenleg pontosan a régi helyen csekély felhámhiány mutatkozik. Fokális fényben finom pontszerü homályok mutatkoznak; áteső fényben az elkülönülés igen jelentékeny.

Április 7. A szem még mindig kötés alatt, fájdalommentes. Az optikai jelenség ismét finomabb, de jól látható.

Április 22. Influenzában szenvedett és 10 napig a szobában volt. Roham nem lépett fel. Mégis óvatosságból időnkint szemét kötés alatt tartotta, scopolamint csöppentett be, a szemhéjakat este zsírral kente és reggel igen óvatosan nyitotta. A szarúhártyafelület tükröztetésénél keratoskoppal, valamint fokális fényben nagyítón keresztül megtekintve, absolut semmi. Gyenge áteső fényben a régi jelenség.

Április 25. Éjjel némi fájdalom a szemben. Teljesen izgalommentes. Egyedüli objektiv lelet az áteső fényben mutatkozó jelenségnek erősebb feltünése.

Május 2. Azóta teljesen fájdalommentes. Optikai eltérés igen finom.

Május 18. Változatlan. Olykor éjszaka csekély fájdalmasság.

Junius 26. Valódi roham most már márczius 28-dika óta nem volt. Az utolsó hetekben szemét már teljesen jól érzi. Nem vagyok képes az optikai eltérést áteső fényben felismerni.

November 21. Ma reggel állítólag a szemet nehezen nyithatta, azonban fájdalmat nem érzett. Szarúhártya teljesen ép. Áteső fényben semmiféle eltérés. A megelőző hónapokban távollétem alatt segédem, ki velem együtt kezdettől fogva az esetet észlelte és a sajátszerü optikai jelenséget jól ismerte, ismételve vizsgálta meg a szemet, a nélkül, hogy az említett rendellenességet többé látta volna.

1900. február 3. A beteg újból jelentkezik, hogy gyógyult szemét megtekintsük. A szarúhártya minden tekintetben ép.

Ezen esetek egyikében a jellegzetes optikai eltérést a szarúhártya sérült helyén több mint két hónapig, másikában majdnem öt hónapon keresztül változó intenzitással folyton

láttam. Nyomai amabban az utolsó, folytonossághiánynyal együttjáró valódi roham után, még öt hétig, emebben majdnem két hónapig észlelhetők voltak. Különösen hangsúlyoznom kell ugyan, hogy a jelenségnek ezen fennállása a rohammentes időközökön át nem képezi a szabályt; bár meg vagyok győződve, hogy a gondos vizsgálat még elég gyakran fog hasonló esetre akadni. Számos más esetben tapasztaltam, hogy a rohammentes időszakban, kiváltképen ha ez valamivel hosszabb volt, a szarúhártya közös helyét semmiféle fénytörési rendellenesség nem árulja el.

Nem szenved kétséget, hogy mindazok, kik e betegségnek klinikai lefolyását neuralgiás rohamokból állónak tartják, az itt elősorolt tényeket vagy nem ismerik vagy nem vették tekintetbe, a helyett pedig oly megfigyelésekre fektetnek fősúlyt, melyek részben jelentéktelen mellékkörülményekre vonatkoznak, részben pedig félremagyarázva lettek.

Hirsch dolgozatai egyebek közt két ily megfigyelést tartalmaznak, melyek tényleg fölötte fontosak, de a melyeknek hordereje egészen más irányban nyilvánul, mintsem *Hirsch* vélte.

Ezen megfigyelések elseje a recidiváló felhámkikopás helyi viszonyára vonatkozik. *Hirsch* az első volt, ki eseteinél meggyőződött arról, hogy a folytonossághiányok nem mindig pontosan ugyanazon a helyen térnek vissza. Saját tapasztalatomból ezt igazolhatom. Valamint egyes, kifogástalan pontossággal megfigyelt esetekben a recidiváló hiányt, némileg változó kiterjedéssel, mindig ugyanazon helyen fellépni láttam; épen úgy vannak feljegyzéseim egyes esetekről, melyek kétségen kivül helyezik, hogy a betegség megitélésében a recidivák ilyen helyi határoltságára hivatkozni nem szabad. Megfontolandó volna ugyan a legtöbb esetre nézve, vajjon biztosan állithatjuk-e, hogy az eredeti sérelem nem volt olyan terjedelmű, hogy a későbben változó helyen megjelenő hiányok még mindig amannak határain belül lépnek fel? Hiszen az eredeti sérelem alig valaha kerül szemünk elé közvetlenül létrejötte után; a szarúhártyafelhámnak regenerálása pedig általában, főleg a szemeken, melyek ezen betegségnek ki vannak téve, rendkivül gyorsan következik be. Mindazonáltal mégis *Hirsch* véleményét helyesnek kell kijelentenem, hogy a bántalom alapjául szolgáló kóros folyamat az eredeti sérelem helyét többé-kevésbbé túlhaladja. Erre nézve később fontos bizonyitékokat fogok szolgáltatni.

A másik megfigyelés, melyet *Hirsch* a bántalom neuralgiás természetének bizonyitékául felhozott, egy általa „herpes corneae" elnevezése alatt emlitett esetre vonatkozik. A nélkül, hogy itt trauma előre ment volna a rendkivül fájdalmas, felhámfoszlással egybekötött rohamok szintén kizárólag éjjel vagy reggel léptek fel. Hirtelen felébredés és a szemhéjaknak vigyázatlan nyitása, mint a rohamoknak közvetlen előidézői ebben az esetben még nagyobb határozottsággal voltak jelezve, mint a többi esetekben.

Hirsch ezen „herpes corneae" helyi leletét nem irja le. Abból itélve, mit magam is ilyen *nem traumás alapon* ismételve fellépő felhámleemelődések körül tapasztaltam, azt gondolom, hogy olyan esetről van szó, melyet egyes szerzők a *keratitis bullosához* számitanak. *Hirsch*-nek megfigyelését igazolván, mondhatom, hogy ezen esetek, klinikai lefolyásuk szerint, sokkal közelebb állnak a traumás recidiváló felhámleemelődéshez, mintsem a tulajdonképeni *keratitis bullosá*-hoz, mely alatt tudvalevőleg oly hólyagképződést értünk, mely kórosan elváltozott szarúhártyán mély táplálkozási zavar következtében jön létre.

Egy ilyen spontán felhámleemelődés esetének kórtörténetét, melyet hosszú időn át folytonosan észlelni alkalmam volt, óhajtom ide fűzni.

42 éves, mérnök felesége 5 hónap előtt betegedett meg jobb szemén. A baj állitólag ahhoz volt hasonló, melyben most a bal szem szenved, csak nem volt olyan súlyos. A bal szem most három hónap óta beteg; igen sűrűn fellépő fájdalomrohamokban szenved, melyek este felé szoktak fellépni. Nappal a szem többnyire fájdalommentes. A bántalom kiváltképen az éjszakákat teszi kínosakká, minthogy a fájdalom alvás közben sokszor valódi paroxismussá fokozódik. *Sérelem sohasem érte a szemet.*

Jelenleg 1898. deczember 24-dikén, igen rosszul töltött éjszaka után a szem, kissé vörös szemhéjszéllel és kötőhártyával, ciliaris belöveltséget nem mutat. A szarúhártyán központjától kissé lefelé felületes, kissé zavaros szélü folytonossághiány van, melyet friss sérüléstől eredőnek tekinteni lehetne.

Deczember 26. Tegnap este a beteg korán feküdt le. Este 10 óra felé a szem, mely már alváshoz készülőben csukva volt, hirtelen fájdalmas lett. A beteg azonban elaludt és éjfél felé egy rendkivül heves roham közben ébredt fel; állitólag rázó hideg, majd forróság és izzadás érte. *Hirsch* előirása szerint chinint (0·3 gm. pro dosi) rendeltem.

Deczember 27. Miután tegnap két port bevett volt, éjszaka és reggel egy-egy erősebb roham lépett fel.

Deczember 28. Tegnap este rövid szunnyadozás után megint fájdalom lépett fel; de az éjjel ezentúl türhető volt. A szarúhártya ugyanazon helyén még mindig finom homály található. A felület tükörképe, valamint nagyítón keresztül való megtekintés fokális fényben nem mutat folytonossághiányt; csak ha a skiaskopos vizsgálatnál gyenge tükörrel a fénykúpnak szélét az illető helyen átvezetem, észreveszem rajta a rendhagyó fénytörést. Chinin bevételét folytatja.

Deczember 29. Éjszaka 11 óra felé erős roham ébresztette fel álomból. Ciliaris belöveltség nincsen. Szarúhártyafelület ép. Az optikai elkülönülés áteső fényben a szarúhártya centruma felé szélesbedettnek mutatkozik. —

Csekély mértékben váltakozó lelettel és majdnem éjjelenkinti fájdalomrohamokkal a bántalom 1899. február 3-dikáig húzódik el, mely napon először megint friss sérüléstől eredőhöz hasonló folytonossághiány észrevehető alapján kis beivódott felhámfoszlánynyal (hólyagrészlet).

Nem engedhetem meg magamnak azt az igen számos, egymás között nagyrészt egybehangzó feljegyzést, melyet ezen kórtörténet, a körülbelül 7 hónapig tartó, úgyszólván szakadatlan észlelésnek megfelelőleg tartalmaz, itt szószerint ismételni. Azokból összefoglalva a kórlefolyásnak legjellegzetesebb vonásai a következők. Igen feltünő első sorban, hogy ezentúl nem volt többé roham, mely máskor lépett volna fel, mint *éjszaka illetve alvás közben.* Teljesen egyenlőtlen időszakokban többé-kevésbbé kiterjedt felhámveszteség állott be, mely nem mindig pontosan ugyanarra a helyre szorítkozott. Ezeket mindig különösen fájdalmas rohamok jelezték. A teljesen tiszta folytonossághiányok rendetlen alakú, kissé beivódott széleikkel mindig úgy tüntek fel, mintha friss sérelemtől erednének, csak egyetlen egyszer márczius 9-dikén a roham után való napon, egy fél kendermagnyi kiterjedésü *zárt hólyag* volt látható, mely a szarúhártya felületéből kissé kiemelkedett. A rövidebb vagy hosszabb időközökben még hevesebb rohamok után is, a szarúhártyabántalom egyedüli objectiv jele a fent nevezett skiáskopos tünemény volt, melyről tényképen felemlítenem kell, hogy az optikailag elkülönült hely kiterjedése igen változó volt.

Az észlelés tartama alatt kétszer a jobb szemet is fájdalomrohamok érték (márczius 8-dikán és 23-dikán). Mindkétszer sima szarúhártyafelület mellett a skiaskopos vizsgálat által a centrumtól valamivel lefelé élesen körülirt optikai elkülönülés volt felismerhető, mely mindenkor csak néhány nap mulván tünt el.

A *chinin,* mely eleintén rendszeresen lett alkalmazva, teljesen eredménytelen volt. Később a *faradikus áram* jobban hatott a fájdalmasságot illetőleg, de az objectiv leletre nem volt befolyással és végül egy kiterjedt fájdalmas felhámleemelődés létrejöttét sem birta megakadályozni. Sok héten keresztül a szem *védőkötés* alatt volt és szívesen hordta, a nélkül, hogy a bántalomból kigyógyult volna.

Május 6-dikán utolszor láttam a beteget elutazása előtt, egy 4 nap óta fennálló remissio alkalmával. A jobb szem teljesen ép volt, a bal szem a szarúhártya alsó felében sima felület mellett eléggé kiterjedt helyen az ismert optikai elkülönülést mutatta. Csak 6 hónap mulván, *1900. január 18-dikán,* láttam újra a beteget. Állapota a nyár egy részében, melyet fürdőben töltött, türhető volt; őszszel azonban egy vidéki városban, hol férje alkalmazásban van, ismét hevesebb rohamok léptek fel, de

hosszabb időközökben, mint azelőtt. Az utolsóelőtti roham körülbelül egy hónap előtt, az utolsó egy nap előtt reggel ébredéskor állott be. „*Jelen állapot:* Ciliaris izgalom nincsen. *Jobb szemen* a szarúhártyában a centrumtól lefelé az alsó pupillaszélnek megfelelőleg kis kerek hólyagszerü leemelődés átlátszó bennékkel; fokális fényben finom gyűrűalakú homály. *Bal szemen* a centrumtól *kifelé* egyenetlen hely; fokális fényben hullámszerü felhámleemelődés ismerhető fel; nagyító alatt ezen helyen számos felületes finom pontszerü homály mutatkozik.“ A beteget azóta még nem láttam újra.

Hogy én is ezen spontán fellépő szarúhártyabántalmat azon betegség mellé állitom, melyet kizárólag felületes sérüléseknek következményekép tekinteni hajlam van, azt azon vizsgálatok fogják igazolni, melyek ezen dolgozat harmadik részének tárgyát képezik.

Eddigelé feladatomnak tartottam a különböző észlelők jelentéseiből minden egybehangzó körülményt kiemelni és igy a bántalom legjellegzetesebb vonásait szemügyre venni. Mindezek után azt látom, hogy a legközelebb fekvő és legfontosabb kérdés a *fájdalomrohamok közvetlenül előidéző momentumát illeti.* A mennyiben ennek megoldása eddigelé meg lett kisértve, azt találom, hogy azon itélet, mely a neuralgia feltevéséből indul ki, az adott tényeket inkább kikerüli, mintsem velük szembeszáll; ellenben pedig, hogy az általam és *Reuss* által képviselt nézet, mely szerint a roham kitörését mindig a beteg szarúhártyafelület momentán bántalmazására visszavezetni kell, sem a magam, sem a mások megfigyeléseivel ellentétben nem áll. Azt gondolom, hogy ez már az eddigi érvelésekből is némileg világos lett. A következőkben a már ismert tények még egy igen fontos kiegészitést fognak nyerni.

(Vége következik.)

Klinikai közlések.

Coloboma chorioideae két esete.

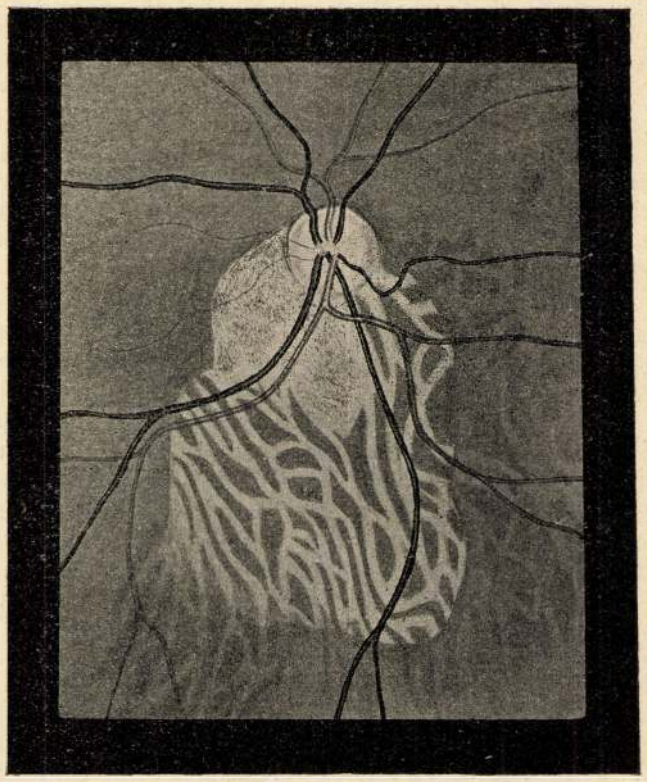
Közli *Scholtz Kornél* dr., szemklinikai tanársegéd.

A szemteke veleszülött betegségeinek tana korántsem befejezett dolog. Minduntalan akadnak a szokottól eltérő alakok; két ilyen esetet szándékozom az alábbiakban ismertetni.

I. eset. 68 éves nő. Jobb szemére gyermekkora óta gyengén lát, bal szeme jó. Jobb szeme látása $^5/_{30}$, a balé $^5/_5$. Presbyopiája, a mely miatt a klinikai rendelésre jött, 4·5 dioptria. Bal szeme ép. A jobb szem szarúhártyáján finom homályok. A szemfenéken a látóidegfő felső szélétől aláfelé csaknem az ora serratáig terjedő sectoralakú elváltozás látszik, a melynek alakja egy közönséges, ú. n. coloboma chorioideae alakjával megegyezik. Szokatlan rajta az, hogy az érhártya hiánya csak az elváltozás felső kisebb részében állapitható meg, míg a sector legnagyobb részén csak a retina festékes hámrétege hiányzik teljesen, úgy hogy az érhártya ismert szerkezete, edényekkel és stroma pigmenttel ezen a részen tökéletesen meglátszik. (1. ábra.) A felső kisebb részen a sclera fehérségét csak apró elszórt pigmentrögök tarkázzák. Ezen sajátságos coloboma magába zárja a papillát is, határai csak aláfelé elmosódottak, egyebütt élesek; a coloboma területében a szemfenék mérsékelten hátrafelé boltosult. A retina alsó főedénytörzsei a szélesebben térnék széjjel és igy a coloboma széleinek közelében haladnak. Az elváltozás körüli szemfenék táblázott.

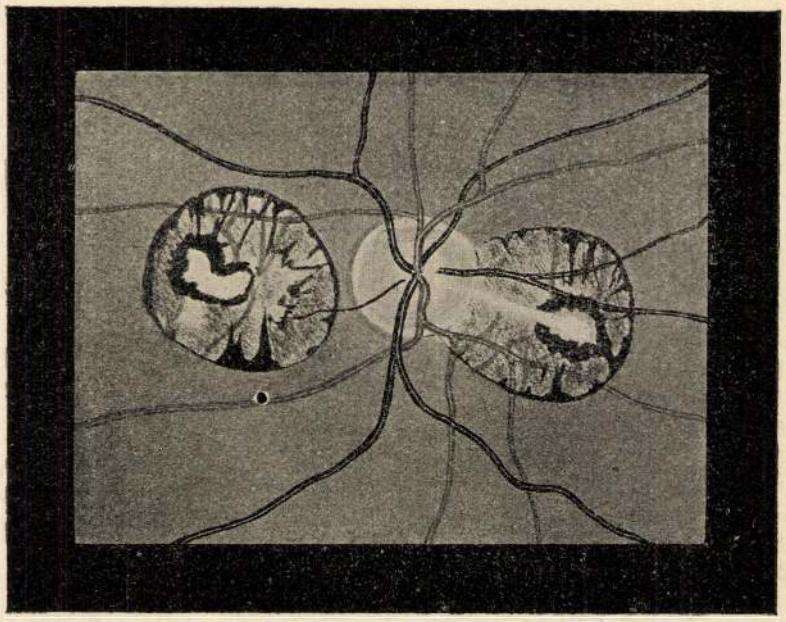
II. eset. 14 éves leány, jobb szemére születése óta rosszul lát. Bal szeme látásélessége teljes, a jobb 2 m.-ről olvas ujjakat. A jobb szemfenék hátsó részén két, csaknem egyforma alakú körülbelül kétszeres papillanagyságú coloboma van. (2. ábra.) Az egyik a papillától kifelé fekszik, tőle $^1/_5$ pap. nyi távolságban, a másik szorosan a papilla orri széléhez csatlakozik. Mindkettő szabálytalan köralakú fehér foltot képez, éles, finom rajzolatú pigmentszegélylyel övezve, a mely helyenként sugarasan benyúlik a fehér terület közepe felé. A colobomák területében scleraerek és finoman eloszlott festékszemcsék látszanak, közepük felé egy-egy vaskos pigmenthalmazzal körülvett kissé kiemelkedő kékes-fehér részlet van.

A papillától befelé eső coloboma ezen kékes-fehér részétől egy egyenes, körülbelül $^1/_{10}$ pap. vastagságú fehér köteg húzódik a papilla edénytölcséréig. A sárga folt helye a coloboma területébe esik. A látóterekben a defectusok helyének megfelelő scotomák vannak.



1. ábra.

Az ilyenféle veleszülött rendellenességek magyarázatára két theoria van. A régibb, *Ammon-Manz*[1]-féle elmélet azt állítja, hogy a másodlagos szemhólyagnak (a későbbi retinának) alsó részén levő hasadék valamily okból össze nem forr és ennek következtében a hólyagot körülvevő mesodermából a hasadék helyén a chorioidea nem fejlődik ki rendesen. Az újabb, *Deutschmann*[2]-féle elmélet szerint mindezen veleszülött abnormitások oka egy ébrényi időszakban támadó sclerochoroiditis, a mely előszeretettel támad



2. ábra.

[1] Gräfe-Sämisch. Handbuch d. Augenheilkunde. 1. kiadás, II. kötet 66. lap.

[2] Klinische Monatsblätter. XIX. 101. lap.

a másodlagos szemhólyag hasadékának mint egy locus minoris resistentiaenek környékén. Deutschmann azt tartja, hogy ezen gyuladásból fejlődő izzadmánytömeg gátolja meg a hasadék bezáródását, széjjeltolva egymástól az összenövésben levő retinaszéleket. Deutschmann állatkisérletek alapján jött rá ezen feltevésre, a melyet később emberszemekről nyert boncztani adatok igazoltak. Az Ammon-Manz-féle elmélet különben is csak a szemfenék alsó részén levő colobomák keletkezésére adna kielégitő magyarázatot, míg a hátsó részeken levő, ú. n. macula colobomákra csak póthypothesisekkel (*Vossius*) volna alkalmazható.

A leirt két eset elseje annyiból érdekes, hogy a másodlagos szemhólyag hátulsó falából fejlődő pigmentepithel hiánya sokkal nagyobb kiterjedésü, mint magának a chorioideának hiánya. Ezen pigmentepithel nélküli szemfenék rész egészen olyan kinézésü, mint a sárga folt körüli pigmentepithel-hiányok. (Egy ilyen kép a Jaeger Atlasban látható.) Hogy a retina többi rétegei mennyire lehettek kifejlődve, azt csak boncztani adatok mutatnák meg.

A II. esetben szokatlan két colobomának együttes jelenléte. A hátsó poluson rendszerint csak egy coloboma szokott lenni, többnyire a sárga folt helyén. Tanulságos ezen eset pedig azért, mert kétségkivül magán viseli egy lefolyt chorioiditis jeleit. A colobomák középrészein levő festékhalmazokkal körülvett vaskos fehér tömegek csak izzadmányból, esetleg vérzésekből származhattak. A papilla közepétől kifelé húzódó köteg vagy szintén ilyen eredetü, vagy az arteria hyaloideából visszamaradt részlet.

IRODALOM-SZEMLE.

A látóanyagokról.

(*Weisz Ottó* összefoglaló szemléje nyomán.)

A psychikai functiók az agykéreg ganglion sejtjeiben folynak le; ezek bizonyos ingerekre jönnek müködésbe, melyeket az idegrostok közvetitenek. Az idegrostok semmiféle befolyással sem birnak a keletkezett érzelem minőségére, ép így a központi felfogó készülék sem, mely mindig ugyanazt az érzést hozza létre, ha az ideg hozzá izgalmat vezet. Ha felveszszük, hogy a központban elhelyezett felfogó készülékek bizonyos czélnak szolgálnak, szükséges az is, hogy az idegrostok csak bizonyos módon jöjjenek izgalomba. Az idegrostokkal egyedül ez nem érhető el, mert azok egyrészt a legkülönfélébb ingerekre (hő, mechanikai, chemiai ingerek) jönnek izgalomba, másrészt azonban bizonyos ingerekkel mint fény, hang stb. nem izgathatók. Szükséges tehát, hogy ez utóbbi ingerek felfogására, az idegrost és külvilág között egy külön felfogó készülék legyen közbeiktatva, úgy a mint azt az érzékszerveknél meg is találjuk.

A látóérzéknél ezen fényt felfogó készüléket Exner „látóanyagnak“, s ennek a fény által létrehozott bomlásterményeit „látóinger“-nek nevezte el, azon feltevésből indulva ki, hogy ezen bomlásterméyek hozzák izgalomba a látóideg rostjait. A látóanyagnak helye minden esetre a retina azon rétegében kell hogy legyen, a melyik a fényt felfogja. Ez a réteg pedig, mint azt Müller a retina-erek árnyékának eltolódásából meghatározta, 0·2—0·3 mm.-nyire fekszik az ereket tartalmazó rétegtől, s így, mikrometrikus mérések szerint, megfelel a pálczikacsaprétegnek; később König és Zumft más úton hasonló eredményre jutottak. Így tehát a pálczikacsapréteget kell olyannak tekintenünk, melyben az Exner-féle látóanyag van.

Az első felfedezés ezen látóanyagot illetőleg, a retina színváltozása volt, mely abban nyilvánul, hogy a frissen kivett szem retinája biborpiros, mely szín azonban rövid idő mulva elhalványul. Boll (1876) tanulmányozta először e jelenséget, s arra a felfedezésre jutott, hogy a retina e bibor színe a fénynyel bizonyos összefüggésben van, a mennyiben erős fénynek kitett állatok szemeiben retina-bibort nem talált, ellenben sötétben tartott állatok retinája biborszínü volt, mely szín azonban fény behatására rövid idő alatt eltünt. Ő és követői ezek után a retina-biborban felfedezni vélték a régen keresett látóanyagot, a retinát egy érzékeny lemezhez hasonlítván, melynek fény iránt érzékeny része a retina-bibor volna.

Mielőtt ezen feltevésre felelnénk, szükséges a retina-bibor physikai és chemiai tulajdonságaival foglalkoznunk. Legtöbbet köszönünk e tekintetben Kühne és Ewald vizsgálatainak. Kühne fedezte fel t. i. azt, hogy a retina-bibor tulajdonkép egy pigment, a mely epesavas sókban oldható. Ezzel a felfedezéssel tehát meg volt adva a mód arra, hogy a retina-biborral kisérletezni lehessen. A retina-bibornak chemiai vizsgálata semmi positiv eredményt nem nyújt. Semmiféle eddig chemiailag ismert testhez nem hasonlít, s így chemiailag nem is csoportosítható; állati hártyákon nem diffundál, hanem az epesavas sók dialysatiója után, mint amorphpor marad vissza; úgy oxydáló anyagoknak, így órákig beható ozonnak, mint redukáló anyagoknak, mint pl. ferrosulfat, zinkoxyd stb., ellentáll, s azokban meg nem változik. Kühnenek ezen vizsgálataival némileg szemben állanak Dreser vizsgálatai, melyek szerint a retina-bibor osmiumsav és kalium hypermang. behatására elszíntelenedik. Egészen különálló ezen anyagnak viselkedése fénynyel szemben is, melynek azonban chemiailag ható sugarai reá semmi hatással nem birnak. Közel áll tehát az a feltevés, hogy itt egy hasadási folyamattal állunk szemben, melynél sem oxydatio, sem reductio nem szerepel, hasonlóan az erjesztő gomba viselkedéséhez a szőlőczukornál; egy feltevés, mely sok valószinüséggel bir Hermannak azon felfedezése óta, hogy az izmok müködésénél keletkezett hasadásoknál sem szerepel oxygén.

Különböző állatok retina-biborja különbözik egymástól egyrészt az elhalványodás gyorsaságát illetőleg, másrészt a hőfokot illetőleg, melynél az elhalványodás létre jö. Az elhalványodás sötétben csakis bizonyos reagensekre jön létre, míg fény behatására rögtön előáll. Physiologiailag természetesen csakis fény behatása jöhet szóba, ezért a következőkben a retina-bibornak fénynyel szemben való viselkedésével fogunk foglalkozni.

A retina biborfény behatására előbb sötétebb bibor, majd vörös, narancs, sárga, chamois és végül színtelen lesz. Kérdés most az, vajjon mikép történik a bibornak ezen elszíntelenedése, t. i. hogy ezen szinek mindegyike egy chemiailag külön álló szinnek felel-e meg, vagy pedig több szinnek keverékéből keletkezett. Kühne és Ewald ezt a kérdést is megoldották, sikerült t. i. nekik ép és már sárgává változott retina-biborok keverésével az összes említett szineket előállítani. Egyrészt e miatt, másrészt, mert igen erős fény behatására, csak sárga szineződés áll elő, Kühne azt állítja, hogy ez a sárgaszín, egy az ép bibor és a szintelen között lévő, különálló anyagtól, a „látósárgá“-tól, származik, mely spektroskopikus viselkedését illetőleg is különbözik a retina-bibortól. A látósárga eltünésekor sem nyeri el a retina rendes szinét, hanem, mint azt Helmholtz közléseiből tudjuk, különösen ultraviolett fényben, zöldes-fehéren fluoreskál. Ugyanezt találták Kühne és Ewald is szemből kivett retinán. Ezt a fluoreskáló anyagot ők „látófehér“-nek nevezték el. A látófehér is a retina-biborból származik, mutatja ezt az, hogy az ora serrata tájékán, hol retina-bibor nincs, ezen jelenség sem vehető észre. A retina-bibornak ezen tulajdonságaiból önként következik annak viselkedése monochromatikus fényben, hogy t. i. az általa absorbeálható szinekben gyorsan, a nem absorbeálhatókban pedig lassan változik meg. Mint Kühne vizsgálatai kimutatták vörös és sárga fényben csak 2—3 óra alatt, míg ellenben zöld vagy kék és ibolya sugarakat tartalmazó fényben sokkal rövidebb idő (5—10 percz) alatt szintelenedik el teljesen. Hasonlókép állunk a spectrum szineivel is, míg az ultraviolett és ultravörös sugarak észrevehető elváltozásokat nem hoznak létre. A keverés által létrehozott fehér sugarak okozta elváltozások is teljesen megfelelnek a retina-bibor fent említett viselkedésének, a mennyiben azt találjuk, hogy az a fehér fény szinteleníti el leggyorsabban, a melyik oly két szinből van összetéve, melyek egyike a bibort gyorsan változtatja sárgává, másika pedig gyorsan szinteleníti a sárgát, így pl. leggyorsabb hatást hoz létre oly fehér fény, mely zöldes-sárga és cyan-kékből van keverve, mert a zöldes-sárga a bibort gyorsan változtatja látósárgává, a cyankék pedig a sárgát látófehérré. Ezen kisérletek úgy isolált retinára, mint bibor oldatra vonatkoznak. Élő retinán hasonlókép a bibor elszíntelenedését találjuk; könnyen demonstrálható ez akkép, hogy békaszemeken azokat 15—20 perczig napfénynek téve ki, retina-bibor nem található; söt Kühnenek sikerült élő retinára optogrammokat is nyerni.

Ha tehát a retina-bibor élő szemben is elváltozik és elhalványodik, szükséges, hogy az ott valami módon regenerálódjék, mit mutat az is, hogy élő retina rendes szobavilágitásnál nem halványodik el teljesen, míg isoláltan teljesen színtelen lesz. Ez a regeneratio, mint azt a vizsgálatok kimutatták, a retina pigment-epitheljével szoros összefüggésben van, mert a pigment-epitheltől megfosztott és elszíntelenedett retina-bibor a pigmentre való visszahelyezéskor visszanyeri színét. Ez a regeneratio kétfélekép történhetik, vagy a látófehér alakíttatik át újra biborra, vagy a teljesen elszíntelenedett bibor helyett új bibor alkottatik; az elsőt anagenesisnek, az utóbbit neogenesisnek nevezzük. Az anagenesist úgy képzelik manapság, hogy a pigment epithel egy anyagot, az ú. n. rhodophyllin-t, produkál, mely a látófehérrel együtt retina-bibort képes alkotni; hogy azonban neogenesisnél miből fejlődik az új retina-bibor, az még teljesen homályos. A pigment-epithel ilyetén szereplése mellett szól, annak fénybehatására létre jövő alakváltozása is. Már Boll tapasztalta azt, hogy fénynek kitett szemen a retina nehezebben praeparálható le epithelczafatok nélkül. Ő és utána sokáig ezt consistentia megváltozásnak vették, mígnem Czerny kimutatta, hogy az ok a pigment-epithel nyúlványaiban rejlik, melyek a pálczikák közé behatolnak, s fény behatására erősen megduzzadnak. Vajjon ezen jelenség direkt a fény, vagy pedig bomlástermények okozta chemiai ingerek behatására jő létre, még eldöntetlen dolog, bár ez utóbbi mellett szól Ficknek azon tapasztalata, hogy teljesen hasonló elváltozásokat találunk a pigmenten akkor, ha valamely állat vérét szénsavval telítjük.

Ha mindezekhez még hozzávesszük Purkinje, Hering, Hillebrand, König és Kries tapasztalatait, melyekre itt csak utalunk, közelálló dolog felvennünk azt, hogy a retina-bibor az az anyag, melynek chemiai elváltozásai által jönnek izgalomba a pálczikákkal összeköttetésben levő idegrostok. Ennyit a retina-biborról. Térjünk most át a retinán található egyéb pigmentekre. Boll fedezett fel először zöld pálczikákat, melyek fény behatására elszíntelenednek; egyéb vizsgálatok ezekre nézve nincsenek. Ismeretes azonkivül a pigment epithelben található színanyag, a fuscin, melynek szerepe csak az, hogy a fölösleges, a sclerára eső fényt, feltartóztassa; látóanyag nem, mert hiszen albinok, fuscin teljes hiányában is jól látnak. Megemlítendők még, az ugyancsak a pigment-epithelben található, többé-kevésbbé sárgaszínű olajgömböcskék, melyek szintén nem tekinthetők látóanyagnak, mivel Kühne vizsgálatai szerint a bennök levő sárga színanyag fény iránt csak minimalis érzékenységgel bir. A halak, reptiliák és madaraknál a csapok belső tagjában található chromophan, valamint a galambok és tyúkoknál található chloro-, xantho- és rhodophan sem tekinthetők látóanyagoknak, legalább embernél nem, mert annál teljesen hiányzanak. Hasonlóan állunk a macula lutea sárga festékjével, mely szintén nem tekinthető látóanyagnak. Így tehát a retina-bibor az egyedüli színes anyag, mely látóanyagnak tekinthető; mivel azonban a retina-bibort nem tartalmazó retinarészek is képesek fény perceptiora, szükséges, hogy ott színtelen látóanyagokat vegyünk fel, melyekről azonban semmi közelebbit nem tudunk. Úgy a Young-Helmholtz, mint a Hering-féle elmélet, legalább három látóanyagot tételez fel. König és Zümft kisérlették meg ezen elméleteket a retina-biborral kapcsolatba hozni, akkép, hogy azt állitották, hogy minél rövidebbek a fényhullámok, a retinának annál kijebb eső részében történik a perceptio.

A mi végül a csapocskákat illeti, az azokban lefolyó chemiai elváltozásokra utalnak azok a különbségek, melyek megvilágitott és meg nem világitott csapok között találhatók, így legutóbb Birnbacher tapasztalta azt, hogy a csapok bizonyos színanyagokkal szemben különfélekép viselkednek a szerint, hogy meg voltak világitva vagy nem. Morphologikus elváltozásokat a csapokban először van Genderen Stort észlelt, ki szerint hosszabb megvilágitásra a csapok megrövidülnek és megvastagodnak; hogy azonban ez mennyiben függ össze a látással, még eddig sokkal kevésbbé vizsgált dolog, semhogy erről nyilatkozni lehessen. Végeredményül tehát csak azt lehet hangsúlyoznunk, hogy bár döntő bizonyíték a mellett, hogy a retina-bibor egy látóanyag, nincs; mégis sok valószinűséggel bir és semmi sem áll útjában annak a feltevésnek, hogy a retina-bibor azon anyag, mely fény behatására szétbomolván a bomlástermények által chemiailag izgalomba hozza a látóideget, s ez által a látást közvetíti. (Zeitschrift für Augenheilkunde. 1900. 1.) *Török Ervin* dr.

A szem hydrostatikájának tanát ismerteti *Nicati*. Először az intraocularis nyomás mérésének módjait tárgyalja. Háromféle ilyen methodus van: 1. manometrikus, 2. palpatorius és 3. sclerometrikus. Ez utóbbi eljárással a szem keménységét tudjuk csak megitélni a szemen elöidézett deformatio s az ezen deformatióhoz szükségelt erő viszonyából. A sclerometereknek kétféle rendszere van: olyanok, melyek valamely pálczika nyomása által elöidézett deformatio mélységét mérik (*Donders, Hamer, Dor*) s olyanok, melyek valamely síklap által elöidézhető deformatio kiterjedését határozzák meg (d'Imbert, Maklakoff, Fick). Szerző sclerometerje az előbbi rendszerbe tartozik. A szem keménységét egy rúgós készülék segélyével méri, melynek rúgóját 100 gm.-nyi nyomás 1 mm.-el nyomja össze; a készülékre alkalmazott szögmérő a készülék összenyomatását és a szem deformatióját egyaránt megméri s e viszonyból $\frac{\text{pressio}}{\text{deformatio}}$ adódik a szem keménysége centimetermilligrammokban.

A szem hydrotonusa alatt a szemür tartalmának nyomását érti. Cocain, atropin, pilocarpin az intraocularis nyomásra absolute nem birnak befolyással ép oly kevéssé azon szerek, melyeknek régibb szerzők hypertonizáló hatást tulajdonitottak, s melyek tulajdonkép csak a cornea érzékenységét növelik (nicotin, creosot), bármit cseppentsünk is a conjunctivazsákba, az nem zavarja az intraocularis nyomás automatikus regulatióját.

A csarnokvíz és üvegtest nyomását *Adamuk, Bellarminoff, Hamburger* manometrikus kisérletekkel egyenlőnek találták; sclerometrikus kisérletek nem adnak állandó eredményt; nyúlnál az üvegtest, embernél a mellső csarnok nyomása látszik nagyobbnak, ennek oka a szemrés különbözőségében keresendő; különben embernél, ha a pillák s a szemizmok összehúzódásait kikerüljük s alkalmasan helyezzük el az eszközt, sclerometrikusan is egyenlőnek mutatható ki a csarnok s az üvegtest nyomása. Ép emberi szemen a nyomás 0·4 és 0·66 centimetermilligramm közt ingadozik; legkisebb átlag újszülöttnél, a serdülő korig nő, innen kezdve megáll, az öreg korban újra hanyatlik egy keveset.

A szem tensiója a vérnyomással arányban áll; carotis lekötés, vagus izgatás, gerinczvelő átmetszés, opium, chinin, digitalis nagy adagai leszállítják, az aorta, a vena jugularis lekötése, gerinczvelő izgatás emelik a szemüri nyomást; enyhe oscillatiók kisérik a pulsust s a légzési mozgásokat. Emberen ájulásnál erősen csökken, megfeszitett munkánál pedig nő a szem keménysége. Különféle állatok szemüri nyomása körülbelül a capillarisok vérnyomásával egyezik meg s a test tömege és felülete közti viszonynyal áll arányban, nő az atmosphaerikus nyomással is.

A szemen a vérteltségnek a szívmüködéssel kapcsolatos változásai ép viszonyok közt nem észlelhetők; ennek okát szerző abban keresi, hogy a szem saját összehúzódásai által a vérerek caliberében történő változásokat compenzálja. Hogy a szem összehúzódásra tényleg képes, azt bizonyítja szerinte ama tény, hogy enucleatio után közvetlenül a szem múlólag megkeményedik, hogy frissen enucleált szem, ha már megpuhult faradizálásra, ép úgy mechanikus ingerre újra megkeményedik. A szem ezen összehúzódását előidéző factort a chorioidea sima izomzatában keresi; ezen izomelemekre a szem mozgató idegeinek befolyása nincs; trigeminusátmetszés mintegy ½ órára emeli a tensiót, de ez a csarnokvíz hypersecretiójából magyarázandó; a sympathikus átmetszés vérnyomáscsökkentő hatásából következik a szem tensiójának csökkenése, a szem automatikus összehúzódására ezeknek nincsen befolyásuk, hanem igenis a chorioideában elhelyezett idegsejteknek, melyek a véredények falával és sima izomelemekkel egyaránt viszonyban vannak s a véredény caliber változása által keltett ingert az izomsejtekre, átszármaztatni képesek.

A szem tensiója felhasználható, a capillarisokban uralkodó nyomás megitélésére és hirtelen sülyedése a beállott halálnak jó diagnostikus jele.

Az ophthalmotonus kóros változásai: a chorioidealis izomkészülék: spasmusa, insufficientiája, paralysise. Spasmust képes előidézni a chorioidealis ganglion mechanikus ingerlékenységénél

fogva a cataracta extractio, ezzel véli megmagyarázni az üvegtest előesést s az ezt kisérő fájdalmakat. Ugyanesak spasmusból magyarázza az acut glaucomás rohamot. A glaucomás fájdalmakat a chorioidealis izomsejtek közé zárt idegek nyomásából magyarázza (analogia a méh, epeutak, húgyvezeték s más sima izomból álló szervek kólikás fájdalmaival); a pupilla tág voltáról pedig azt mondja, hogy az a chorioidealis izom összehúzódását rendszerint kiséri (pl. fájdalomnál, nehézlégzésnél azért tágulna ki a pupilla, mert e tényezők emelik az arteriosus nyomást s ennek compenzálására össze kell húzódni a chorioidea izomelemeinek); sclerometrikus méréseknél glaucomás szemeken a corpus vitreum nyomását a mellső csarnokénál nagyobbnak találta, innen a mellső csarnokban fellépő anatomikus változások; a glaucomás rohamot előidéző spasmust szerinte a hypersecretio által a ganglion chorioideaeben kiváltott mechanikus izgalom váltja ki. A glaucoma simplexet a chorioidealis izomkészülék insufficientiájából magyarázza, melynél fogva a szemet a nem compenzált magas capillaris nyomás által előidézett tensio-emelkedés tenné tönkre. A glaucoma haemorrhagicumnál ugyanez okot veszi fel. Az insufficientia még magasabb fokán savós kiizzadás történik a retina alá s leemeli azt. Végre teljes bénulását a szem összehúzó apparatusának atrophia és phthisis bulbinál veszi fel, melyek különben is mindig a chorioidea elpusztulásával járó bántalmak után szoktak keletkezni. (Archives d'ophthalmologie. 1900. február.)

Pólya Jenő dr.

Ólommérgezés által előállott amblyopia egy esete *Bihler Winfried* dr.-tól. Egy hemiachromatopsiás esetről ir, a mely ólommérgezés következtében állott elő, ez a negyedik eset az irodalomban, az elsőt Westphal, a másodikat Hertel, a harmadikat Elschnig irta le. Bihler betege 39 éves, a ki 12 év előtt jobboldali radialis hüdésben, később ólomkólikában is szenvedett. 1899. augusztusában a beteg látása mindkét szemén hirtelen megromlott, később a bal szemén lassan visszatért a visus, míg a jobb szemén megmaradt a rossz látás. Kifejezett ólomszegély, gingivitis van jelen, paresis nincs, elgyengült izomerő, jobb tüdő felett diffus-hurut. Látásélesség a bal szemen $^{6}/_{6}$. A nasalis látótér, a bal szemen majdnem teljesen hiányzik, egy kis ékalakú rész kivételével, a mely a fixált ponton alul megmaradt. A szinek látótere a fehérnek megfelelő. Jobboldalt a temporalis látótérnek alsó negyede hiányzik, míg a szinek látótere megfelel baloldalinak. Itt tehát teljes hemiachromatopsia és részleges hemianopsia van jelen. Mindkét szem külsőleg teljesen ép, mozgás szabad, erős oldalnézésnél kisfokú nystagmus. A szemfenék ép, a venák ép falzat mellett kissé tágak. Jodkalikezelésre a bal szemen leirt ékalakú rész jóval nagyobb lett, míg a jobb szemen csak igen kis része hiányzott már csak a látótérnek. A színes látótér azonban változatlan maradt. A látásromlás oka, mint az anamnesisből és jelen állapotból kitünik az ólommérgezés. A szerző szerint a baloldali tractus opticus neuritise van jelen, noha a szemfenéki kép a kisfokú venosus hyperaemián kivül mit sem mutat. E neuritis azonban nem terjed az opticus egész keresztmetszetére, hanem azon rostok, a melyek a chiasmában a másik oldalra mennek, kevésbbé vannak megtámadva, úgy hogy azokban a vezetés, a fényérzés részben még működik. A retinának megbetegedése a negativ szemfenéki lelet által kizárható. Állításának támogatására a szerző Elschnig, Öller, Westphal eseteit hozza fel. Hogy vajjon peripherikus vagy centralis neuritis van-e jelen, erre a jelenlevő radialis hüdés még nem bizonyító, mivel ezen tünetnek boncztani székhelye még nincs kiderítve. Hertel az amaurosis okául a vérkeringés megszüntét tartja, feltevése Öller vizsgálatai által némi támogatást nyer, a ki hyalin degeneratiót talált az opticus véredényeiben. Knies uraemikus alapon véli ezt megmagyarázni, azonban sem a szerző, sem Hertel esetében nephritis saturnina nem volt jelen, s így csupán az ólomsónak toxikus hatása az, a mi az amaurosis oka. A bántalom székhelye tehát a látáspálya lefutásában van valahol. A kórboncztani lelet a mint acut vagy chronikus mérgezés van jelen, különböző. A chronikus oka lehet különböző, vérzések, acut és chronikus edényelzáródások stb. A prognosis nem épen kedvezőtlen, s Bihler esetében is rövid idő mulva javulás állott be.

Gabler Lajos dr.

Könytömlőgenyedést újszülötteknél 6 esetben észlelt rövid idő alatt *Clark W. Hawley* (Chicago). A könytömlő táján rövid idővel, 1—2 héttel, a születés után duzzanat támad, mely fluctuál. Incisiora geny ürül. A bántalom meglehetősen ritka. Ha nem sikerül az orr felé való levezetést elérni, úgy ki kell nyomni a genyet a kötőhártyazsák felé. Az eljárás abban áll, hogy keskeny késsel kis nyilást ejtünk a könytömlőn és a genyet kibocsátjuk; azután naponta kinyomjuk; az orr felé való közlekedés így hamar helyreáll és az ejtett nyilás csakhamar záródik. Ha ezen egyszerü beavatkozásra nem jön létre az orr felé való communicatio, sondázást kell végezni. A gyógyulás rendszerint gyorsan következik be. (The Journ. of the Americ. Med. Assoc. XXXIV. 7.)

Paunz Márk dr.

Hogy az amerikai négerek nem szenvednek trachomában, annak magyarázatát *Warwick M. Cowgill* (Paducah-Kentucky) a következőkben adja. A trachoma contagiosus betegség lévén, rendszerint direct érintkezés útján terjed. Kentucky, Illinois és Tennessee lakosainak igen nagy része négerekből áll és míg a szegényebb fehér lakosok közt a trachoma igen gyakori, addig a négereknél csak elvétve fordul elő, nem gyakrabban, mint a jobb módú fehér lakosok között. Az oka abban rejlik, hogy a négerek a fehér lakosságtól teljesen elkülönítve élnek és a gazdagabb fehéreknél többnyire csak mint szolgák, inasok vállalnak foglalkozást. Így soha sem jutnak olyan helyzetbe, hogy közös háztartásban élve a szegényebb fehérekkel, közösen használnák azokkal a törülközőt, mint az pl. a nagyszámú ireknél történik, a kik közt sokszor találkozni trachomásokkal. Az a kevés számú trachomás a négerek közt többnyire azon fehér lakosoktól ragad át, a kiknél szolgálatot vállaltak. De mert a jobb módúak közt a trachoma ritka, a négereknél is ritkán van alkalom a ragályozásra. Az által, hogy a négerek sem akkor, mikor még rabszolgák voltak, sem pedig azután, hogy szabadokká lettek, a fehérekkel bensőbb, szorosabb érintkezésbe nem léptek, a trachomától megkimélve maradtak. (The Journ. of the Americ. Med. Assoc. XXXIV. 7.)

Paunz Márk dr.

Intermittáló exophthalmus a szem lüktetésével. E czímen két általa észlelt eset kapcsán ir *Mulder*. Fenti kifejezés a test bizonyos helyzeteiben előálló exophthalmusra vonatkozik — más pl. álló helyzetben enophthalmus van jelen — mely azonfelől a szív lüktetéseivel isochron lüktetéseket is végez. Eseteinél a *Dupont* és *Velpeau* által leirt arczbeli asymetria, opticus atrophia, s az egyik betegnél a testen elszórt teleangiectasiák is fellelhetők voltak. A jellegzetes typus a test bármely helyzetében észlelhető s a carotis érgörbéjével egybevágó szemlüktetésekben rejlik mintegy 1 mm.-nyi elongatiókkal az ő egyik betegénél. Sem a megfelelő oldali carotis, sem a jugularis leszorítása, sem pedig az ellenoldali edények nyomatása nem változtat rajta. Csakis mindkét oldali erek compressiója szünteti meg a lüktetést, annál nagyobb cyanosis és exophthalmus mellett. Subjectiv és objectiv zörejek hiányzanak. Ezek alapján szerző kizártnak tekinti, hogy angioma, az arteria ophthalmica aneurysmája vagy egyéb edénydús daganat volna a pulsatio oka, annak felvételét sem engedi meg, hogy az üteres hullám tágult capillarisokon az orbita varicosusan elfajult vénaira terjedhessen át. Hiányozhatnék az orbita hátsó fala, s az agy lüktetései közvetlenül a szemtekére vitethetnének által, de szerző ennél is valószinübb megoldást keres Mosso nyomán abban, hogy az orbitalis vénák varicosusak lévén, s a vena orbitalis superior benyilási helye a sinus cavernosusba módnélkül megtágulván, a systolikus hullám könnyen átterjedhet a sinusról az orbita vénáira, s ez úton közöltetik a sinus lüktetése a különben orbitalis zsírpárnázatától megfosztott és ekként mozgékonyabb szemmel. De Vincentiis az ő esetét a carotis lüktetésnek a sinus cavernosuson át a zsákszerüen tágult vena orbitalis superior-ra való átterjedéséből és Grunert dr. az övét egy aneurysma arteriovenosumból magyarázza. (Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde XXVIII. január.)

Bradách Emil dr.

Rostasejt cystás tágulatának esete czímen ir Weinhold dr. Betegénél a belső zúgnál levő babnyi daganat műtét közben zavaros nyulós folyadékot ürít, s a nyiláson egy tág csontos falazatú belövelt mucosával bélelt ürbe hatol, melynek lateralis falát a rostacsont lamina papyraceaja alkotja, hátra és felfelé pedig a

szomszéd orbita dimensiói szerint vannak megszabva határai. Részleges exstirpatio és kikaparás után gyógyuló esetnél minden másnak kizárásával úgynevezett mucocele cellullae ethmoidalis a diagnosis. A német, olasz, orosz és magyar irodalom több hasonló esetről emlékszik meg.

Keletkezését némelyek az orr melléküregeinek foetalis lefüződéséből, mások egy ily üregben keletkezett cysta nagyfokú és az üreg csontos vázának ectasiáját is eredményezhető tágulásból magyarázzák.

Szerző valószinübbnek tartja a primaer v. secundaer hydrops útján való keletkezést, a midőn vagy az üreg elzáródása miatt a nyálkahártya váladéka pang, vagy primär empyema esetén a genykeltő organismusok elhaltával az empyema nem genyes folyadékká alakul át. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde XXXVIII. jan.) *Bradách Emil* dr.

VEGYESEK.

— *A párisi XIII. nemzetközi orvosi congressus* (1900. augusztus 2—9) szemészeti sectiójának elnöke *Panas*, alelnökei: *Javal* és *Gayet*, főtitkára *Parent* (avenue de l'opéra 26, Paris), titkárai: *Chevallereau*, *Rochon-Duvigneaud*; a bizottság tagjai: Abadie, Badal, Bruch, Chibret, Dor, Hocquard, Jocqs, Lagrange, Landolt, de Lapersonne, Meyer, Rohmer, Terson, Trousseau, Truc.

A tárgyalásra kitűzött referatumok a következők:

a) A fertőző és toxikus eredetű látóideggyuladások. Referensek: Nuel (Liège), Uthoff (Breslau).

b) A kérgi látó centrum. Ref.: Henschen, Bernheimer, Angelucci.

c) A szemteke kifejtésének s pótló műtéteinek összehasonlító értéke. Referensek: Pflüger (Bern), Snellen (Utrecht), Swanzy (Dublin), Schweinitz (Philadelphia).

d) A szem alkalmazkodása mechanismusáról való ismereteink mai állása. Referens: Hess (Marburg).

e) A látásélesség jelölésének reformja. Referens: Javal (Paris).

f) A cataracta miatt operált szemekben jelentkező glaucomáról. Referens: Wicherkiewicz (Krakó).

g) A kezelés a szürke hályog operálása előtt és után. Referens: Schioetz (Christiania).

Ezen referatumok franczia nyelven ki lesznek nyomatva s előzetesen meg lesznek küldve a congressusra beiratkozott tagoknak. Az ülésen csak a resumét vagy a conclusiokat olvassák fel s a vita azonnal kezdetét veszi. Ezenkivül jut idő a magánközlések számára is. Ezek czímeinek mielőbbi beküldése kivánatos. A kézirat maga julius 1-ig küldendő be. Az üléseket a Hôtel Dieuben (Place du Parvis-Notre-Dame) tartják. A congressus magyar bizottságának elnöke: *Pertik Ottó*, főtitkára *Korányi Sándor*, titkárai: Oláh Gusztáv, Nékám Lajos, *Török Lajos*; pénztárosa *Demjanovich Emil* (József-körút 14), a kihez a tagsági dij 15 frt küldendő. A kik junius 1-je előtt beiratkoznak, még otthon megkapják a referatumok nyomtatott példányát.

— *A budapesti izraelita hitközség kórházának szemészeti osztályán* (főorvos: Szili Adolf tanár) a betegforgalom a következő volt:

	1897	1898	1899
Járó betegek száma.	7069	7529	7778
Kórházban ápoltaké.	233	229	278
Nagyobb operálásoké	188	173	223

— *Gömör vármegye közkórházában* Rimaszombaton (igazgató Löcherer Tamás dr.) az 1899-dik évben 87 szembeteget ápoltak, 30 szemműtétet végeztek. A kórházban összesen 1201 beteg nyert ápolást.

— *Az angol szemkórházakról* érdekes előadást tartott *Vignes* a párisi szemorvosok társulatában. *Londonban* 5 szemkórház van: Central London ophthalmic hospital 13 ágygyal, melyeken 1898-ban 197 beteget ápoltak, 10,523 beteg járó kezelésben részesült. A Royal Eye Hospitalnak 40 ágya és 2 bölcsője van, 1898-ban 450 beteget ápoltak, 1600-at járólag kezeltek. A Royal Westminster Ophthalmic Hospital 35 ágyán 1898-ban 486 beteget ápoltak, ezenkivül 10,360 járó beteget kezeltek. A Western Ophthalmic Hospitalnak 20 ágya van, 1898-ban ezeken 165 beteget ápoltak, 7218-an járó kezelést nyertek. Összesen tehát a szemkórházakban 220 ágyon 3482 beteget ápoltak és 145,644 járó beteg részesült kezelésben. Ezeken kivül minden nagyobb kórháznak — pedig ilyen sok van — szemosztálya is van. A kórházak és az osztályok elhelyezése nem fényes, de a szükségletnek megfelel. — Edinburgban a legnagyobb szemkórház a Royal Infirmary, a melyben 1898-ban 2227 beteget ápoltak és 25,713 beteg nyert rendelést. A többi jóval kisebb. Ezenkivül számos kisebb szemosztály van sok járó beteggel. — Mindezen kórházak a jótékonyság s az orvosi oktatás otthonai, a tudományos munkásság czéljából laboratoriumokkal is fel vannak szerelve. Valóban a szemkórházak akkor felelnek meg tökéletesen feladataiknak, ha a humanismus, az oktatás és a tudományos munkásság czéljait egyaránt szolgálják. Ezek amúgy is szoros kapcsolatban állanak egymással s az egyiknek szem elől tévesztése a másik feladatot is csorbítja.

— *A prágai német egyetem új szemklinikája* a belgyógyászati és nőgyógyászati klinikával egy épületben, annak földszintjén nyert elhelyezést. A klinikai osztály 4 szobából 24 ágygyal, a kórházi osztály 6 szobából 46 ágygyal áll. Ezenkivül külön épületben 20 trachomás beteg nyer elhelyezést, úgy hogy az ágyak összes száma 90. A tanterem 8·5 m. átmérőjű félkört képez s előadás és szemtükrözés oktatásának czéljaira szolgál. A tanár számára emelvény van, a hallgatóság ülőhelyei ugyanazon szinvonalban vannak, közöttük számos úttal. A Westien-féle binocularis nagyitó, úgyszintén a sideroskop is a tanteremben nyertek elhelyezést. A fal mentén lámpák vannak, úgy hogy egyszerre 24 hallgató gyakorolhatja a szemtükrözést. A tanterem mellett ruhatár van szekrényekkel. Az összes helyiségekben a szögletek lekerekitvék, a tárgyak s a mosdók falba erősített tartókra (consolokra) helyezvék, úgy hogy a padló mindenütt tisztitható. Az ágyak mind gummikerekeken járnak, sodronybetétük s háttámasztékuk van és kis operáló asztalka valamennyihez hozzáerősíthető. Az épületnek folyosó rendszere van, itt tartózkodnak nappal a betegek s itt is étkeznek. Az aseptikus operáló terem 63 m² területű, a szemtekei operálásokat ágyban végezi, ezért küszöb sehol sincs, úgy hogy a kerekeken járó ágy bebetolható. Sterilizálásra külön mellékhelyiség szolgál. A rendelő helyiség egyszersmind a septikus operálások végzésére is szolgál. A vizsgáló szobában a látáspróbákat mesterséges világitás mellett eszközlik. E mellett van a sötét falú s páholyokra osztott szemtükröző és a perimeter-szoba. Ugyanesak a földszinten van a tanári szoba a könyvtárral. Az első emeleten nyertek elhelyezést az assistensek szobái s a laboratorium, utóbbi egy nagy közös dolgozóból, a tanári dolgozóból és a bacteriologikus helyiségből áll. A fürdők s a betegek ruhatárai a pinczében vannak.

— *A berlini „Charité“* orvosok egyesületében *Goldscheider* tanár a belgyógyász szempontjából a szemtükrözés egyetemi oktatásáról érdekes nyilatkozatot tett. Helyteleníti, hogy a szemtükrözés tanítása az utolsó félévre esik. Szerinte a szemtükrözés ma már nem a specialista segédeszköze, hanem egy *általános vizsgáló módszer*. Ma már — úgymond — a belgyógyászati kórtermekben nem lehet beteglátogatást végezni a nélkül, hogy a szemtükröt többször használatba ne kellene venni. Az idegbetegségek legnagyobb része pedig olyan, a melyek diagnosisára a szemtükör nélkülözhetetlen. A belgyógyászat oktatása alkalmával zavaró, hogy a hallgatóság a szemtükrözésben még járatlan. A tanulók nehezen alkothatnak maguknak helyes fogalmat a pangásos papilláról, a vesebajos ideghártyagyuladásról, a tabeses látóidegsorvadásról stb., ha még ép szemfeneket soha sem láttak. Pedig a belgyógyászati klinikákon szép anyagot találhatnának, mig igy az értéktelen. Ezért azon véleményben van, hogy a szemtükrözés technikájának elsajátitása előzze meg a klinikai rész hallgatását. Ez esetben már az 5-dik vagy 6-dik félévben gyakorolhatnák.

Nálunk tudvalevőleg a szemtükrözést már a VII-dik félévben hallgatják s igy a *Goldscheider* által kivánt berendezés megvan; hogy a hallgatóság a belgyógyászati klinikákon ez ismeretét nem értékesiti, annak egyik legfőbb oka az, hogy a 9-dik és 10-dik félév a jelenlegi szigorlati rend és a katonai kedvezmény folytán a klinikai oktatás számára elvész.

— *A szemorvosokról.* Schmidt-Rimpler a „Deutsche Medizinische Wochenschrift“ ez évi első számában a szemészet utolsó 25 évi fejlődéséről érdekes tanulmányt közölt. E czikkében a szemészetnek az orvosi tudomány többi ágaihoz való viszonyáról is szólt. Azt tartja, hogy a szemészet nagyon is specialis ág maradt, az orvosok a helyett, hogy úgy, a mint azt a belgyógyászat, sebészet és nőgyógyászattal teszik, a szemészetet is gyakorolnák, ettől szabadulni igyekeznek. A mint szembajt látnak, szívesen küldik specialistához — különösen a betegpénztáraknál — a kik között bizony sok van, a kiknek nincs meg a kellő szakképzettségük sem. Feledik, hogy milyen nagy haszonnal jár az orvosok s a betegre egyaránt, ha az orvos a szemészeti ismereteket nem hanyagolja el. Természetesen azért még mindig elég terrenum marad a valódi specialisták számára, a kik bonyolultabb esetek megvizsgálására, operálások végrehajtására volnának igénybe veendők. Most azonban már nagyon is sok az úgynevezett specialista. *Schmidt-Rimpler* ezen fejtegetéseivel szemben *Nieden* óvást emelt, szerinte ugyanis a szemorvosoknak tett szemrehányások jogosulatlanok s tudásukat indokolatlanul kisebbítik. *Schmidt-Rimpler* ez óvást nem hagyta válaszolatlanul s újból kárhoztatja az úgynevezett „négyhét-specialisták“ elszaporodását. Hivatkozik *Hegarra* és *Czernyre*, kik az óvéhez hasonló álláspontot foglaltak el. Hangsúlyozza, hogy csak azon specialistáknak van létjogosultságuk, a kik általános orvosi ismeretek mellett szakmájukat teljesen uralják.

— *Szemorvosi elmélkedések a szinházban.* Schmidt-Rimpler a göttingai egyetem szemésztanára azon meggyőződésnek ad kifejezést, hogy a szinházak azon szokása, hogy előadás alatt a nézőteret egészen besötétitik, a szinpadot pedig túlságosan megvilágitják, káros. Azt kivánja, hogy előadás alatt a szinlap olvasható legyen, a szinpadon a nagy fényt mérsékeljék.

— *Best Frigyes* dr.-t Giessenben a szemészetből habilitálták. *Born* dr.-t a newyorki „poliklinik and hospital“ szemésztanárává nevezték ki.

G. E.

Budapest, 1900. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.

Negyvennegyedik évfolyam. 21. szám. *Budapest, 1900. május 27.*

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 magángyakorlat terén működő kartársaknak közreműködésével

SZERKESZTI: HŐGYES ENDRE EGYET. TANÁR.

Társak a rovatok szerkesztésében: Bókay Árpád, Dollinger Gyula, Fodor József, Genersich Antal, Jendrássik Ernő, Kézmárszky 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.

Weisz Ede: Közlemény a budapesti kir. tud. egyet. II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. tanár.) A heveny és az idült izületi csúz közti viszony. 313. l.

Berend Miklós: Közlemény a budapesti m. kir. tud. egyetem II. sz. szülő- és nőbeteg kórodájáról. (Tauffer Vilmos tanár.) Az újszülöttek helyzete szülőházakban és klinikákon. 315. l.

Schiff Ernő: Közlemény Konrád Márk dr. kir. tanácsos, a nagyváradi m. kir. bábaképezde igazgató tanárának szülészeti kórodájáról. Ujabb adatok az újszülöttek haematologiájához. 317. l.

Halász Henrik: Néhány szó Paunz Márk dr.-nak „Az orrbetegségek befolyásáról a szembajokra" czimű közleményéről. 319. l.

Alapy Henrik: Megjegyzés Lénárt Zoltán dr. úr „Thiersch-féle transplantatio a gégébe és légcsőbe" czimű közleményéhez. 319. l.

Tárcza. *Filep Gyula.* 1755—56-diki erdélyi pestis története. 319. l.

Irodalom-szemle. *Összefoglaló szemle. Novotny Lajos*: A hólyagbetegségek mai állása. 320. l. — *Könyvismertetés. Schleich*: Neue Methoden der Wundheilung. Ihre Bedingungen und Vereinfachung für die Praxis. 321. l. — *Lapszemle. Közegészségtan. Levy* és *Bruns*: Uj módszer a viz bakteriologiai vizsgálatára. (Filep.) — *Bonnema*: Uj módszer a tej zsírtartalmának pontos meghatározására. (Filep.) — *Concornotti*: A levegő betegségokozó mikroorganismusainak kimutatása. (Filep.) — *Belgyógyászat. Noorden*: A nyirkmirigyek gümőkórja. (Hönig.) — *Kehr*: A gelatina vérzéscsillapító hatása. (Hönig.) — *Sebészet. Rochet*: Csipőresectio. (Pólya Jenő.) — *Loison*: A typhloappendicularis eredetű intra- és perihepatikus tályogok. (Pólya Jenő.) — *Szülészet és nőgyógyászat. René König*: Az appendicitis mint a terhesség és szülés complicatioja. (Bäcker.) — *Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra. Riskin*: Malaria gyógyítása. — *Hermann*: Nephrolithiasis gyógyítása. 322—323. l.

Hetiszemle és vegyesek. — A főváros egészsége. — Egyetemi alkalmaztatások. — A Bródy Adél-féle gyermekkórház kimutatása. — Szünidei orvosi cursus. — Orvosi jubileum. — A krakkói egyetem 500 éves jubileuma. — Az orvosok évi jövedelme Amerikában. — Fátyol Dezső. — Fleischer Elemér. — Fürdőorvosok. — Az egyetemi II. szül. és nőgyógy. klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum. — A budapesti Császárfürdő. — Elhunyt. — Megjelent. — Inselbad Paderborn. — Szt.-Lukács-fürdő. — Herczel dr. — Sarbó dr. 323—324. l. Pályázatok. Hirdetések.

Tudományos társulatok és egyesületek.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. tud. egyet. II. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Kétly Károly dr. tanár.)

A heveny és az idült izületi csúz közti viszony.

Közli: *Weisz Ede* dr. pöstyéni fürdőorvos.

Alig van bántalom, melynek határai annyira elmosódottak, mint az idült izületi csúz körvonalai.

Több helyen,[1] legutóbb az 1899. évi belgyógyászati congressuson[2] volt alkalmam azon viszonynyal foglalkozni, mely az idült izületi csúz s az úgynevezett arthritis deformans között fennáll. Kimutattam, hogy az *idült izületi csúz s az úgynevezett arthritis deformans között aetiologiai, klinikai s boncztani tekintetben semmiféle lényeges különbséget nem ismerünk*, mesterséges válaszfalat tehát emelnünk nem szabad. Az idült izületi csúz kedvezőtlen egyéni, anyagi, kezelési stb. viszonyok mellett az arthritis deformans fokáig fejlődhetik.

Midőn ott a *végkimenetel* irányában igyekeztem az idült izületi csúz határait kibővíteni, úgy jelen fejtegetésem czélja az idült izületi csúzt *fejlődése eredetéig* kisérni. Azon nézetben vagyok, miszerint *az idült izületi csúz nyomait visszafelé sokszor egészen a heveny sokizületi csúz, a polyarthritis acuta kiindulási pontjáig követhetni.*

Fejtegetésemben nemcsak az vezérel, hogy hozzájáruljak ahhoz, miszerint egy a gyakorlatban szinte oszthatatlannak mutatkozó területet fel ne daraboljunk, hanem meggyőződésem, hogy ezen, számos oldalról tervbe vett feldarabolás — tudásunk mai álláspontja szerint — elméleti szempontból sem jogosult.

Pedig, ha e tárgy újabb irodalmán végig tekintünk, inkább *a fentivel ellentétes felfogással találkozunk.*

Ott van pl. *Friedrich Albin Hoffmann*[3] lipcsei tanár, a ki az *alkati* betegségekről szóló tankönyvébe az idült izületi csúzt is befogadva, az erről szóló szakaszt a következő szavakkal vezeti be: A csúz különböző alakjai, a melyeket még rövid idővel ezelőtt természetes csoportba véltek összefoglalhatni, . . . hovatovább mind nehezebben egyeztethetők össze ezen felvétellel. A heveny izületi csúz növekvő határozottsággal helyet követel a fertőző betegségek körében, az idült izom- s izületi csúz ellenben visszamarad. Hogy az *idült* izületi csúzt igazi *alkati* betegségnek tekintsük, mondja Hoffmann, arra utal a többi között az is, hogy nem szorítkozik a kötőszövetre, hanem az izmokat és a csontokat is belevonja a bántalom körébe.

Sacharjin[4] annyira megy, hogy még a polyarthritis acutából egyenesen visszamaradt vagy fejlődő idült alakokat sem akarja idült csúznak elismerni. Vannak ugyan esetek, mondja Sacharjin, a melyekben typikus heveny izületi csúz nem foly le gyorsan s nem megy át gyógyulásba, a megbetegedett izületek idült bántalmát hagyva vissza. De ilyen eseteket a hevenyből fejlődött idült izületi csúznak tekinteni annyi volna, mint a hasi hagymáz után néha fennmaradó idült hasmenést chronikus typhusnak mondani.

Az 1897. évi belgyógyászati congressus hasonló értelemben látszott a napirendre tűzött kérdést eldönteni, hogy t. i. a polyarthritis acutának semmi köze sincsen az idült izületi csúzhoz s fordítva.

A tárgy egyik referense, *Bäumler*[5] tanár, nem tagadja ugyan,* mint ezt Sacharjin teszi, az idült meg heveny izületi csúz aetiologiai közösségét, de a legtöbb esetet, a hol polyarthritis acuta után idült kórkép lép fel, olyannak tekinti, a hol az idült csúz a polyarthritis acuta gyakorisága folytán ezzel

* „Was sollen wir nun unter chronischen Gelenkrheumatismus verstehen? Folgerichtig die chron. Form des acuten. *Diese* Form des chron. Gelenkrheumatismus ist seit der Einführung der Salicylbehandlung viel seltener geworden."

mintegy véletlenül találkozik.** Bäumler szerint alig marad fenn némi laza összefüggés a heveny s idült izületi csúz között. Bäumler az idült izületi csúzt az arthritis deformanssal azonosítván, előadása egész folyamán tulajdonképen csak az eredetileg idülten fellépő súlyos alakokról, azaz az úgynevezett arthritis deformansról értekezett.

Schüller,[6] a ki különben az arthritis deformansnak önállósága s az idült izületi csúztól való teljes függetlensége mellett kardoskodik, az idült izületi csúz kifejezését a „*polyarthritis chronica villosa*" kifejezésével („nichts präjudizirende und doch das wesentliche hervorhebende Bezeichnung") óhajtja helyettesíteni és az elváltozás lényegét többnyire az izületi bolyhok túltengésében, néha meg az izületi tok zsugorában látja. Schüller még azon gyenge összekötő fonalat is, melyet Bäumler a heveny s idült izületi csúz között valahogy meghagyott, teljesen elvágni igyekszik. A boholyképző izületi lob („polyarthritis villosa") szerinte sohasem áll a polyarthritis acutával aetiologiai, legfeljebb közvetett viszonyban, a mennyiben egy esetleg előrement polyarthritis acutában legfeljebb előkészítő momentumot, dispositiot talál.

Přibram,[7] a ki a *Nothnagel*-féle gyüjtőmunkában a heveny s idült izületi csúz megirásával van megbizva, s a kinek a heveny izületi csúzról szóló nagyszabású müve a fertőző betegségek sorában már megjelent, az idült izületi csúzt az *alkati* betegségek között szándékozik tárgyalni. Tehát Přibram is a kettéválasztás hive, a minek több helyen kifejezést ad, pl. a polyarthritis acuta után visszamaradt állapotokról szólva, nem helyesli, hogy idült izületi csúz nevével illetik. „Es handelt sich um chronischen Verlauf der Krankheitsproducte eines acuten Gelenkrheumatismus, der, wie wir glauben, von dem eigentlichen chronischen Rheumatismus sensu strictiori als einer besonderen Krankheitsform unterschieden werden muss." A monarticularis izületi megbetegedésről szólva, a többi között ezt mondja: „es scheint, als würden insbesondere die Gicht und der chronische Rheumatismus, von dessen aetiologischer Identität mit der acuten Polyarthritis wir keineswegs überzeugt sind, eine ursachliche Rolle bei den meisten solchen monartikulären Fällen spielen".

Hazai irodalmunkban *Hochhalt*[8] szintén a kettéválasztás híve.

Az egységes viszonyt a heveny s idült izületi csúz között különben már 1846-kan a párisi „Société anatomique" egyik ülésén, a melyben a kérdés napirendre volt tüzve, megbolygatták vala. „E tárgyalások folyamán — irja *Hochhalt* — *Deville* s *Broca*, nyomukban később *Charcot*, *Cornil*, *Ranvier* s mások az *idült* izületi csúzt *alkati* bántalomnak minősitették, mely mint „arthrite chronique sèche" minden izületet megtámadhat s azokon jellemző elváltozásokat idéz elő." Hochhalt egyébként az idült izületi csúzt az a. deformanstól nem különíti el, a mely nézetnek részünkről is több ízben adtunk kifejezést.

De ha fennt idézett szerzők értelmében egymás után látjuk a polyarthritis acutából visszamaradt állapotokat (*Sacharjin* stb.), a porcz- s csontbeli elváltozásokkal járó eseteket (*Volkmann*[9] stb.), és végre az egyenesen idülten fejlődő kötőszöveti jellegü elváltozásokat *(Schüller)* az idült izületi csúz köréből kivonni, vajjon mi marad meg akkor az idült izületi csúz fogalmából?

Ha az idült izületi csúz fogalmát gyökerestől kiirtjuk, hová sorozzuk s milyen néven nevezzük azt a sok ezer meg ezer beteget, a kik a szóban forgó elváltozásokban s azok kisérő tüneteiben szenvednek és tőlünk nemcsak gyógyulást, hanem kórismét is kivánnak?

Hová sorozzuk a polyarthritis subacuta néha eredetileg félhevenyen fellépő alakjait, vagy a heveny polyarthritis után fennmaradt s hónapok vagy évek mulva exacerbáló állapotokat?

** „Denn es ist bei der grossen Häufigkeit des acuten Gelenkrheumatismus sehr leicht möglich, dass jemand, der einmal einen solchen hatte, nach kürzerer oder längerer Zeit auch von einer andern, u. zwar vom Hause aus chronischen Form des Gelenkrheumatismus befallen werden kann . . Diese Krankheit, welche den Gegenstand unserer Discussion bilden soll, ist nähmlich etwas ganz anderes . . . das charakteristische bei dieser Erkrankung ist die oft schon frühzeitig eintretende Missstaltung der Gelenkenden . . die frühzeitig eintretende Wucherung der Gelenkknorpel (Zerstörung einerseits und ossificirende Hyperplasie andererseits), welche bei dem acuten Gelenkrheumatismus selbst heftigster Form stets intact bleiben."

Minden előszeretet mellett, a melylyel az elméleti kutatásnak tartozunk, határozottan veszedelmesnek kell az irányt jelezünk, mely a gyakorlati igények mellőzésével régi fogalmakat megdönt, mielőtt újakkal pótolja, s ha a szükségnélküli szétdarabolást kezdeményezi, e téren teljes anarchismushoz vezet.

Bizonyos, hogy az idült izületi csúz nem minden igényt kielégitő elnevezés.

De az orvosi tudományban tisztelettel tartozunk az elődöktől átvett bár ósdi, néha megroskadozó épületeknek, melyek kényelmetlen, nem izlésszerü voltuk daczára még számos hontalan kóbor egyéniségnek türhető hajlékot nyújtanak. Az ilyen menhelyeket lerombolni csak akkor volna szabad, ha azon számtalan hajléktalan elemnek másutt tudnánk amannál jobb, alkalmasabb s biztosabb helyet szorítani.

Nézzük, milyen érvek azok, melyek az idült izületi csúznak a polyarthritis acutától való elszakítása ellen szólanak.

Kezdjük az *aetiologiával.*

Az ebbeli kutatásoknak, melyek jobbára a polyarthritis acutával foglalkoztak, van úgy látszik leginkább részük azon ellentétben, mely a polyarthritis acuta s az idült izületi csúz között létesült. Minél jobban lépett a polyarthritis acuta fertőző természete előtérbe, annál inkább kezd az idült izületi csúz, mint vele látszólag össze sem függő megbetegedés a háttérbe szorulni. Úgy látszik, nehezen tudjuk elképzelni, hogy holmi bacillusok az idült izületi csúznál a beteget sokszor egész életén át épen csak akkor kinozzák, mikor a szél fúj vagy az ég borul.

Hogy úgy a heveny, mint az idült izületi csúz egyformán szeret meghülés folytán keletkezni, még nem jelent szükségképen aetiologiai egységet. A pneumonia crouposa is szokott megfázás után fellépni, pedig nincs rokonságban a heveny izületi csúzzal, a melynél a meghülés hasonló módon előkészíthetné a talajt a fertőzésre.

Abban az összes szerzők egyetértenek, hogy a *heveny* izületi csúz fertőző, bacillaris alapon fejlődő betegség, a mikroba minemüségére nézve azonban a vizsgálati eredmények eltérők.

Buday,[10] *Sahli*[11] s *Singer*[12] vizsgálataik alapján lehetségesnek, illetve valószinűnek tartják, hogy a heveny sokizületi csúz gyengült pyogen coccusokkal való fertőzés folytán keletkezik.

Krause[13] „a gyermekek acut synovitisében" talált a streptococcus pyogeneshez hasonló, kisérletileg azonban gyengén virulens mikrobát.

Maragliano,[14] úgyszintén *Paul Guttmann*[15] is találtak egy-egy esetben strepto- s staphylococcust.

Saint-Germain[16] pyogen staphylococcusok gyengitett culturájának intravenosus befecskendése által állatoknál serosus, bacteriummentes izzadmányt tudott létrehozni.

Ellenben *Petrone*,[17] v. *Leyden*[18] s *Klemperer*,[19] *Riva*,[20] *Thiroloix*[21] s legutóbb *von Niessen*[22] eseteikben más-más microbát tudtak kimutatni, néha még tenyészteni is.

Chvostek[23] szerint az izületek megbetegedése nem egyenesen a bacillusok, hanem az általuk termelt toxinok folytán jő létre, mint azt diphtheriás serum befecskendése után is észlelhetni.

A polyarthritis acuta egységes kóroka, a keresve-keresett specifikus bacillus még nincsen meg. A nézetek annyira eltérők, s a különböző leletek annyira ellentmondanak egymásnak, hogy vannak (*Singer*[24]), a kik a polyarthritis acutának még egységes voltát is kétségbe vonják.

Korántsem tartunk még ott, hogy a polyarthritis acutát bacteriologiai úton kórismézni s ez alapon az idült izületi csúztól elkülöníteni lehessen, annál kevésbbé, miután az *idült* izületi csúz terén is vannak bacteriologiai, részben hasonló észleletek.

Igy *Schüller*[25] 16 izületben talált rendesen egyféle bacillust. (A szerző szivessége folytán Berlinben magamnak is volt alkalmam azt láthatni.) Söt Schüller ilyen kultura befecskendése által házi nyulaknál jellemző, boholyképző synovitist is tudott létrehozni, az emberi megbetegedés „en miniature-képét".

Bouchard s *Charrin*[26] már 1891-ben subacut s idült csúznál az izületi tartalomból s periarticularis szövetből 10 eset közül hatszor staphylococcus albust, egyszer staphylococcus aureust s albust, egyszer egy új bacillust tudtak kitenyészteni. Két esetben az izzadmány sterilnek mutatkozott.

Nemcsak hogy a bacteriologiai kutatások elvi különbséget nem tudtak teremteni a heveny s idült izületi csúz között, hanem ime, azok részben még megegyezők is.

Nézzük ezek után, vajjon *a heveny s idült izületi csúz tünet- s boncztanában* találunk-e egyetlen mozzanatot is, melyet kizárólag akár az egyikre, akár a másikra jellemzőnek lehetne elfogadni.

A klinikai főkülönbség, melyet a szerzők nagyon hangsúlyoznak s szinte differentialis momentumként akarnak szerepeltetni, *a láz.* Ez polyarthritis acutánál nem szokott hiányozni, viszont idült izületi csúznál nem igen szokott előfordulni.

A láz elméleti képzeteinkben nagyon kényelmes s egyszerű határkövet képez a „heveny" s „idült" fogalma között. De valamint a physikában a hideg s meleg nem ellentétes fogalmak, úgy biologiai téren a láz s láztalanság csak egymástól fokbelileg különböző, de nem ellentétes képzetek. Igy a 37·5 fok normalisnak elfogadott mértéke csak relativ helyességgel bir, mert egészen más elbirálás alá esik fiatal embernél, s más elbirálás alá 60—70 éves öregnél. Ennél bizonyosan lázat jelent, amannál talán még nem stb.

Ha az idetartozó beteganyagon végig tekintünk, első tekintetre feltünik a polyarthritis acutában szenvedők fiatal kora azokéhoz képest, a kik idült izületi csúzban szenvednek, bármit is értsünk alatta s bármely szerző szerint értelmezzük. A polyarthritis acuta az öreg korban, az idült izületi csúz a fiatal korban előfordulhat ugyan, de kivételként. Ebből önként következik, hogy a polyarthritis acutánál a hőmérsékleti mozgalmak általában nagyobb mérvet kell hogy öltsenek, mint az idült izületi csúznál.

A láz kérdése behatóbb tanulmányokat igényelne. Sajnos, hogy erre a viszonyok nagyon kedvezőtlenek. A klinikai heveny betegek lázmenete a lázellenes, nevezetesen a salicylkészítmények befolyása alatt áll, még pedig a lejebb szállítás irányában. Fürdőhelyen, a hol az idült betegeknek nagy számát látjuk, a többszörös napi mérés többnyire kivihetetlen.

De határozottan emlékszem több esetre, a hol 37·5 s 38° közti hőmérsékleteket gyakrabban észlelhettem. Különösen egy, eredetileg idültten fejlődő csúzban szenvedő hölgy esete áll élénk emlékezetemben, a kit *Korányi Sándor* tanár úr szívessége folytán Pöstyénben kezelhettem s a kinél 37·5—38 foknyi hőmérsékletek heteken át húzódtak.

(Lehetséges, hogy a kachexiában, a melyet némely idült csúzban szenvedő betegnél találhatni — a testsúlynak néha 10—20 kilónyi évi veszteségét észlelhettem — az ily apró chronikus lázaknak is némi része van.)

A hőmérsékleti viszonyokba közelebbi betekintést keresendő, *Kétly* tanár úr szíves engedelme folytán a II. belgyógyászati klinika idevágó beteganyagát tettem tanulmány tárgyává.

Megjegyzem, hogy klinikán, mint azt a dolog természete magával hozza, az idült esetek elenyésző számban vannak a polyarthritis acuta eseteihez képest. A mennyiben utóbbiaknál majdnem kivétel nélkül salicyl stb. lázellenes szerek lettek alkalmazva, ily esetek pedig a mi szempontunkból nem értékesíthetők, mindössze a 312 esetből 20 eset van, mely az alábbi összeállításban felvételt talált. Természetes, hogy csak oly eset van felemlítve, a hol az alapbántalmon kivül más intercurrens megbetegedés vagy véletlen indispositio a hőmenetre befolyással nem volt.

1. K. J. 15 éves hajadon. *Polyarthritis acuta.* Észlelési idő 8 nap. Hőmenet: maximum az első 3 nap alatt 38·2°, azontúl 37 és 37·5° között. (Salicylt vagy más lázellenes szert nem kapott.)

Gyermekkorában malaria, egy izben mindkét külhalljáratban kelése volt, mely felfakadt. Egy hét előtt forróság érzetével, kisfokú szédüléssel s nagyobb mérvű fájdalmakkal különösen a bal lábtőizületekben s a baloldali térdizületben; e helyek fölött a bőr is duzzadt s pirosan elszínesedett volt. Kórlefolyás: szaggató, főleg a bal alsó végtagra, bordákra s szívtájra terjedő fájdalmak, az izületek nagyobb elváltozása nélkül.

Gyógyulás.

2. V. V. 30 éves, földmives neje, gravida. *Gonitis rheumatica.* Észlelési idő 5 nap.

Hőmenet: maximum 37·2°. (Lázellenes szert nem kapott.)

12 év óta tavaszszal és őszszel fellépő vándorló szúrások mellkasában. Körülbelül fél év előtt szaggató fejfájásai léptek fel, melyek később karjaiba sugároztak. Hat hét előtt hasonló fájdalmak az alsó végtagokban kezdtek mutatkozni. Két hét előtt bal térde is megdagadt, azóta ágyban feküdt. Lefolyás: éjjel s nappal rohamszerű, a keresztájból kiinduló heves fájdalmak. A bal térd duzzadt, *a bőr kissé vörösen elszínesedett, hőemelkedést mutat,* nyomásra s mozgásra fáj, beteg csupán botra támaszkodva képes járni. A bal térd fájdalmai jodecsetelésre s hideg borogatásra enyhülnek. Utolsóelőtti napon derékfájások léptek fel.

Szülészeti kórodára tétetett át.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti m. kir. tud. egyetem II. sz. szülő- és nőbeteg kórodájáról. (Tauffer Vilmos tanár.)

Az újszülöttek helyzete szülőházakban és klinikákon.[1]

Irta: *Berend Miklós* dr. gyermekorvos, v. egyet. tanársegéd.

(Folytatás.)

Az újabban ajánlott köldökkezelési módok közül csak egyet akarok említeni, a mely véleményem szerint további kisérletekre nagyon is érdemes. Ez a *Zweifel* által is ajánlott *serrefine*-kötés. Egész apró, de erős rugójú serrefinet erősítünk a köldökcsonkra, a melyet 3. nap eltávolíthatunk. Azon néhány esetben, mikor ez eljárást megkisértettem, az eredmények igen jók voltak, de az esetek száma még kevés ahhoz, hogy következtetést merjek belőlük vonni.

Legfontosabb a köldök kezelésében azon időszak, mely a lekötéstől a csonk leeséséig terjed; tudvalevő, hogy ezen időben állhatnak elő legkönnyebben septikus infectiok. A septikus köldökinfectiok súlyos alakjait ma már ép oly ritkán lehet látni, mint a gyermekágyi lázat, vagy még ritkábban: alig néhány helyen van megemlítve s gyakorisága átlag 1/1000-re tehető.

Nem tagadható el azonban az, hogy a szülőházak statistikái ezen tekintetben egyáltalában nem mérvadók; nem pedig azért, mert igen sokszor elbocsát a kóroda látszólag egészséges gyermekeket, a kikben az infectio lappang. Elég ennek bizonyítására *Erőss*[15] adatait felemlítenem, miszerint a prágai lelenczházban és a moszkvaiban 25—30%-a az újszülött-halálozásoknak septikus eredetű; *Epstein* pedig directe kimondja, hogy inficiálva kerülnek ki a gyermekek a kórodákról.

Valóban, ha az ő és a *Doktor S.*[16] adatait nézzük, hogy az újszülöttek 43%-ánál van lázas mozgalom, ha csakugyan tapasztaljuk, hogy sphacelus fellépte a köldökön, de sőt már egy kisfokú basalis elpuhulás hőemelkedést idéz elő, akkor ezen viszonyok fölött gondolkozóba kell esnünk és csodálkoznunk kell, hogy újabban alig vették e dolgokat behatóbb vizsgálat alá. Kivételképen kell itt megemlítenem *Grósz Gyula*[20] vizsgálatait, melyeket ugyancsak a budapesti II. szülő és nőbeteg kórodán végzett s a melyekből ugyancsak sok érdekes dolog tünik ki; így pl. az, hogy 1893 szeptembertől 1894 junius hó végeig 447 élveszülött csecsemő közül teljesen egészséges csak 127 volt, vagyis 27·9%, míg különféle, leginkább köldökgyógyulási zavarokat tüntetett fel 317, azaz 70·9%.

Grósz vizsgálatai ugyancsak ékesen szóló adatát világítják meg azon ténynek, hogy az újszülöttek morbiditása rendkivül nagy még a kórodákon is, és hogy teljesen jogosult az ezen viszonyok sanálására irányuló törekvés. *Grósz* 444 eset közül csak 96-szor észlelt rendes köldökgyógyulást, azaz 21·6%-ban; Doktor és Erőss adatai szerint pedig normalis gyógyulás az eseteknek csak mintegy 32%-ában következik be. *Doktor S.* az által, hogy a fürösztést elhagyták és csak 1 cm.-es csonkot tart meg, a lázas mozgalmakat 3·46%-ra redukálta! Az ő vizsgálataik után valóban azt a kérdést kell felvetnünk, hogy miért nem terjedt el jobban az ő methodusuk?

Azon 43% újszülöttnél, a hol láz volt, *Doktor* és *Erőss* az esetek fele részében a köldökinfectiot okozzák és ebben igazuk lehet, de a budapesti II. szülő és nőbeteg kóroda általam észlelt újszülötteinél, valószinűleg a kedvező hygienikus viszonyok következtében, alig 18%-ánál az újszülötteknek észleltem kisebbfokú lázas mozgalmat, annak daczára, hogy a csecsemők akkor még naponta fürösztettek.

Azonban kétségtelen és több, az újabb időből eredő dolgozat is bizonyítja, hogy nem fürösztött gyermekeknél átlag a 6., fürösztötteknél átlag a 8. napon esik le a köldökcsonk; ez az

adat mindenesetre a mellett szól, hogy a *fürösztés a köldökleesésig legalább is korlátozandó.* A gyermek fürösztése mellett kardoskodók érvei közt első sorban áll az, hogy a nem fürösztött gyermek kevésbbé tartható tisztán. Ez azonban könnyen megdönthető, mert a nem fürösztés nem zárja ki a gyermek megmosását s így az intertrigo fejlődése ép úgy megakadályozható, mint a fürösztött gyermeknél. Én megvallom, hogy legnagyobb érvül a nem fürösztés mellett *Epstein* vizsgálatait tekintem, a melyeknek döntő jelentősége van.

Epstein[17] ugyanis kimutatta, hogy salicylsav vagy jodoform a zsinór leesése előtt a köldökre cseppentve, igen gyorsan kimutathatók a gyermek vizeletében, míg a köldök leesése után a kimutatás csak nehezen vagy épen nem sikerül, miután a granulatiok a felszivódást megakadályozzák. De ezen granulatiok septikus anyagok felszivódásának is útjában állanak. Kétségtelennek látszik tehát és *Doktor* vizsgálatai bizonyítják is, hogy a fürösztés az által lehet ártalmas, 1. hogy a köldök napontai beburkolását, vongálását supponálja, 2. hogy a fürdővízből is hatolhatnak be kórokozó csirák, 3. leginkább pedig azért, mert a fürösztött gyermeknél később száród be a köldök s így tovább vagyunk kitéve az infectio lehetőségének.

A szülőházak, illetve kórodák szempontjából még egy fontos érv volna felhozható a fürösztés elhagyása mellett, és ez az, hogy így a személyzet egy nagy munkától menekül. Már ez a kényelmi szempont is a fürösztések korlátozása mellett szól s azt hiszem, e nézet lassanként fel fogja váltani a fürösztés conservativ szokását, a melyre sem magángyakorlatban, sem kórodán nincs szükség a köldök leesése előtt.

Kétségtelen azonban, hogy a fürösztés és a nem fürösztés hívei egyaránt elhanyagoltak egynéhány szempontot, a melyek a kérdés tisztázásához hozzájárulhatnának és ezek a következők: 1. A fürösztött és a nem fürösztött gyermekek súlyviszonyainak összehasonlítása, mert *Haake, Kézmárszky* és mások már említett adata daczára, hogy a súlynövekedés független a köldökleválástól, mégis várható, hogy a fürdő modifikáló hatásánál fogva az anyagcserére itt tetemes differentiák is lehetnek; *Doktor S.* már citált adatai nem teljesen meggyőzők, mert e súlytáblázatnak csak úgy volna értéke, ha tekintettel lenne az anya rhagadjaira, tejelválasztására stb. és feltüntetné a napontai súlyingadozást legalább a 9. nap végeig. 2. A köldök exact bakteriologikus vizsgálata a fürösztött és nem fürösztött gyermeknél, mert *Cholmogroff* már említett vizsgálata még 1889-ből származván, kissé elavultnak tekinthető. 3. Összehasonlító vérvizsgálatok. 4. Vizsgálandónak tartom részletesebben az újszülöttek egy részénél az első életnapokban tudvalevőleg észlelhető albuminuriát. *Lassar*[19] kisérletei nyomán ugyanis, a ki azt tapasztalta, hogy erős meghülés után és által albuminuriát lehet előidézni, terhes állatoknál pedig erős lehülés által a máj és más szervek lobos folyamatai is előidézhetők: néhány kisérletet tettem ezen irányban; s itt meg kell említenem, *hogy körülbelül 30 esetben ezen irányban végzett vizsgálatnál, melyet azonban még befejezettnek nem tekintek, úgy tünt fel nekem, hogy nem fürösztött gyermekeknél aránylag kisebb és rövidebb tartamú a fehérjevizelés.* Ha ezt a további vizsgálat beigazolná, ezt ugyancsak a fürösztés elhagyása mellett értékesíthető érvnek kellene tekintenem. De még egy érvet lehetne felhozni a fürösztés elhagyása mellett, és ez az, hogy semmi okunk nincs a köldököt egy egészen specialis sebnek tételezni fel s így más sebkezelést alkalmazni, mint azt, melyet a mai asepsis elvei szerint végeznünk kell. Már pedig a mai elvek szerint egy *kevés váladékot elválasztó sebfelületnél a kötés gyakori megújítása nem ajánlatos és a sebek fürösztése is elhagyott dolog.*

A köldökkezelés 3. pontjára nézve, arra ugyanis, hogy mint kezeltessék a köldök a csonk leválása után, ma már a vélemények teljesen egyöntetüek. Salicylamylum, vagy más hintő porok használtatnak, bár ezekre sincs legtöbbször szükség, csak akkor, ha a gyógyulás protrahálódik; különben pedig megelégedhetünk az egyszerű aseptikus kötéssel. Örömemre szolgál, hogy a xeroform, a melyet tudtommal én ajánlottam először[18] protrahált köldökgyógyulásoknál, most külföldön is használtatik (Krakkó). Az előbb szokásos kenöcskezelés ma már mindinkább kiszorul a gyakorlatból, de nincs is szükség reá.

A következő pont, a melylyel itt foglalkozni akarok, az újszülött szájpenészének kérdése. Kétségtelen, hogy azon megbetegedések közé tartozik, a melyek szülőházakban leggyakrabban valóságos endemia alakjában is felléphetnek. Kérdőíveink erre vonatkozó rovata azonban azon kérdésre, hogy milyen a szülőházak soor-statistikája, nem nyujt kielégítő választ.

A válaszok ugyanis nagyon ingadozók, „néha", „ritkán" jelzésekkel említik, sok helyen „nem jegyzik", „nem figyelik meg", a meglevő számadatok pedig 0·21% és 11·3% közt ingadoznak! Kétségtelen dolog, hogy a soor fejlődése nagyon sokban függ a kóroda általános hygienikus viszonyaitól, s miután *Kehrer* vizsgálatai kiderítették, hogy a soorgomba csirái a levegőből kerülnek a csecsemők szájüregébe, előre látható, hogy oly kórodákon, a hol a hygienikus viszonyok rosszabbak, a soor könnyebben léphet fel. De már *Kehrer* kimondja azt is, hogy minden tárgy, a melyen a szájpenész csirái tapadnak, inficiálhatja a gyermeket, így szopóüveg, a mesterséges táplálék, vagy maga az emlőbimbó is. Számos vizsgálat által van már kimutatva, hogy az újszülött szájnyálkahártyája már physiologikus viszonyok között is erősebb hámlást mutat; ezen hámlást fokozva, kóros folyamatoknak alapját vethetjük meg s első sorban szájpenész létrejöttét segíthetjük elő. Ezen, már annyiszor letárgyalt themára kiterjeszkedni nem szándékozom s teljesen csatlakozom *Epstein, Erőss, Grósz* ezen irányban végzett vizsgálataihoz, melyek alapján ezek a szájmosások elhagyását ajánlották. A szájmosások elhagyása azonban, a mint épen *Grósz* vizsgálataiból is kiderül, magában véve nem elegendő a szájpenész megszüntetésére. Míg 447 oly újszülött közül, a kiknél szájmosások végeztettek, 145 esetben lépett fel soor, a mi 32·6%-nak felel meg, addig a szájmosások elhagyása után e szám lényegesen lecsökkent ugyan, de még mindig igen magas számarányt mutatott, úgy hogy a kóroda többszöri desinficiálását, sőt egy ízben a felvétel teljes megszüntetését vonta maga után. Ezen súlyos soor endemia arra késztette *Grószt,* hogy a Credé-féle eljárás mintájára argentum nitr. 1%-os oldatával végeztessen naponta prophylactikus szájecseteléseket.

Ezen eljárásnak tényleg megvolt azon haszna, hogy a 25—35% között ingadozó soormegbetegedések száma 9·25%-ra csökkent, de mint látható, ezen kissé túlenergikus védekezési eljárás sem volt képes a szájpenészt végleg kiirtani. Különben *Grósz* maga is csak mint utolsó mentő eszközt ajánlja a prophylactikus szájecseteléseket s azt hiszem, ő maga is egyetért velem abban, hogy ez eljárás — melyet az adott körülmények akkor indokoltak — általános polgárjogot semmi esetre sem nyerhet.

Legyen szabad e helyen a szájpenész fejlődéséről azon tapasztalataimat elmondani, melyeket a lefolyt 1898. év szeptemberétől 1899. év juniusáig a II. budapesti szülő és nőbeteg kórodán tettem. Súlyt kölcsönöz ezen észleleteimnek az, hogy szeptemberben kezdte meg a kóroda egy teljesen új, tehát még eddig nem inficiált, de már teljesen száraz épületben működését. Itt tehát a helyiségek inficiált volta nem jöhetett szóba. A betegfelvétel szeptember hóban indult meg: az észlelés október 1-jén kezdődik.

Októberben 28 gyermek, 4 soor
Novemberben 39 gyermek, 3 soor
Deczemberben 40 gyermek, 11 soor.

Ez körülbelül 16%-nak felel meg. Miután a kórodán szájmosások nem végeztettek, másban kellett keresnem a szájpenész fejlődésének okát. Csakhamar meg is találtam, és pedig a szoptató nők bimbómosó folyadéka volt azon medium, a mely az infectiot közvetítette. Minden szoptató nőnek asztalkáján kis csésze áll, a mely tiszta vizet tartalmaz, e vízben egy darab vatta, a melyet a vízzel együtt állítólag naponta változtatott az osztályos bába. Többszörös kérdezésködésre azonban kiderült, hogy voltak napok, a mikor a bimbómosó folyadékot egyáltalán nem változtatták, továbbá, hogy akkor is a csészék csak ki lettek öntve, de sterilizálva soha sem. *Ezen vízből lemezöntés által szájpenészt tudtam igen sok esetben kitenyészteni és azonkivül kiderült az is, hogy ezen víz a bakteriumok óriási mennyiségét tartalmazza,* olyannyira, hogy centrifugálás által elég tetemes, majdnem kizárólag bakteriumokból álló üledéket lehetett nyerni az esténként gyüjtött bimbómosó folyadékból.

Ezen felfedezésre Tauffer tanár úr hozzájárulásával megkisértettük a bimbómosás alkoholos sublimat-oldattal való végzését

(10% alkohol, 1/1000 sublimat) oly csészékben, melyek naponta reggel alkohollal kiégettettek. Az eredmény a következő két hóban teljesen kielégítő is volt, *a mennyiben egyetlen esetben sem lépett fel szájpenész* 99 gyermek közül; egy esetben láttunk csak az elkülönítő osztályon soort, a hol azonban a bába még mindig vizet adott a szoptatóknak bimbómosásra. A sublimatos alkohollal végzett bimbómosásokat a szoptató szoptatás előtt és után végezte, azután pedig száraz vattával szárította meg a bimbót.

Ezen két hónap alatt azonban úgy tünt fel, hogy a rhagadok száma a szoptatóknál tetemesen növekedett, mire Tauffer tanár úr április elején újra elrendelte a vízzel való bimbómosásokat. Az eredmény: *április első napjaiban 5 újabb soor-eset fellépése*, a mire a bimbómosások egyelőre teljesen be lettek szüntetve, mire a rhagadok száma újra lecsökkent, *soor* azonban ugyancsak alig jelentkezett (májusban 45 közül 1, juniusban 36 közül 1, vagyis körülbelül 2%).

(Folytatása következik.)

Közlemény Konrád Márk dr. kir. tanácsos, a nagyváradi m. kir. bábaképezde igazgató tanárának szülészeti kórodájáról.

Ujabb adatok az újszülöttek haematologiájához.

II. közlemény.

Közli: *Schiff Ernő* dr. gyermekorvos Nagyváradon.

(Folytatás.)

III. A vér fajsúlyának összefüggése a vörös vértestecskék számával s azok haemoglobintartalmával.

Ama viszony megállapítása czéljából, mely a vörös vértestecskék száma és azok haemoglobintartalma, valamint a vér fajsúlya között fennál, 20 esetben 250 egyes meghatározással a vér fajsúlyával egyidejüleg meghatároztam a vér haemoglobintartalmát[1] és néhány esetben 63 egyes vizsgálattal a vörös vértestecskék számát is.

Idevonatkozó vizsgálataimnak e helyen való közzétételét azért tartom indokoltnak, mert az említett három tényező összefüggése tekintetében a nézetek nagyon eltérők, s mert adataim rendszeres és ugyanazon újszülöttnél folytatólagosan végzett vizsgálatok eredményei, ellentétben a felnőttekre és nagyobb gyermekekre vonatkozólag eddig közölt adatokkal, a melyek nagyobbára kóros esetektől és az egyes esetekben csupán 1—2 vizsgálat alapján nyerettek, a mely adatok tehát a rendesen fennálló individualis értékingadozások miatt csak relativ értékkel birhatnak.

Hogy csak nagyjában jellegezzem az eddig ebben az irányban fennálló nézeteltéréseket, röviden megemlítem, hogy míg egyesek szerint a vér fajsúlya mindenekfelett a vér haemoglobintartalmától függ, ellenben csak kevésbbé vagy egyáltalában nem a vörös vértestecskék számától, addig mások szerint a vér fajsúlya és a vörös vértestecskék között egyenes összefüggés áll fenn, ismét mások szerint ilynemű összefüggés sem egyik, sem másik irányban nem létezik.

Igy *Menicanti*[2] szerint a vér fajsúlya egyenesen annak haemoglobintartalmától függ s ezt chlorotikuson végzett vizsgálataival igyekszik igazolni. *Hammerschlag*[3] kóros esetekben végzett vizsgálatai alapján azt állítja, hogy a vér fajsúlya főképen annak haemoglobintartalmától függ, ellenben független a vörös vértestecskék számától. A vér fajsúlya és haemoglobintartalma közötti összefüggést annyira állandónak tartja, hogy szerinte a vér haemoglobintartalmából — bizonyos határok között — következtetni lehet annak fajsúlyára és fordítva, sőt erre vonatkozólag megfelelő táblázatot is nyújt. *Schmalz*[4] következőleg nyilatkozik: „Bei den von mir untersuchten *Kranken* ging das spezifische Gewicht des Blutes fast immer dem Gehalt desselben an Hgl. parallel, während es sich von der Anzahl der rothen Blutkörperchen in weiten Grenzen unabhängig zeigte.“ *Siegl*[1] szerint: „Die Blutdichte steht in constanter Abhängigkeit von den Haemoglobingehalt des Blutes und ist völlig unabhängig von der Zahl der rothen Blutkörperchen.“ *Scholkoff*[2] szintén e nézetet vallja: „Das spezifische Gewicht des Blutes ist bei Gesunden gewöhnlich direkt proportionell dem Hgl.-gehalte, ist aber unabhängig von der Blutkörperchenzahl.“ (Megjegyzem, hogy adatai szintén kóros esetekből származnak.)

Monti[3] nagyobb gyermekeken végzett vizsgálatai alapján szintén fentartja emez összefüggést, szerinte magasabb haemoglobintartalomnak magasabb, alacsonyabb haemoglobintartalomnak alacsonyabb vérfajsúly felel meg, sőt hozzáteszi, hogy: „Ein solches Verhalten ist bei gesunden Kindern sogar ein constantes.“ *Dieballa*[4] szerint a vér fajsúlya első sorban annak hgl.-tartalmától függ „mindazonáltal egyéb tényezők is befolyásolják annyira, hogy azonos hgl.-tartalom mellett a vér fajsúlyában jelentékeny, 13·5 ezredrészig menő különbséget okozhatnak; a vérfajsúlyingadozás határai a haemoglobin gazdag vérnél tágabbak, mint a kevesebb haemoglobint tartalmazó vérnél“. Ugyanazon nézetet vallja *Van den Berg*[5] scarlatinás betegeken végzett vizsgálatai alapján.

Ezzel ellentétben *Lloyd Jones*[6] megközelítő parallelismust talált a vörös vérteskecskék száma és a vér fajsúlya között, de ez a parallelismus már kevésbbé kifejezett a hgl.-tartalommal szemben. *Becquerel* és *Rodier*[7] szerint a vér fajsúlya a vörös vértestecskék számától van feltételezve. *Copemann*[8] kisérletei alapján ugyanezen nézetet vallja, ámde hajlandó felvenni, hogy ez a szoros viszony a vörös vértestecskék száma és a vér fajsúlya között csak normalis körülmények között áll fenn. *Hayem*[9] nem is foglalkozik a vér fajsúlyával, miután apodictice kijelenti, hogy: „Je n'ai rien de particulier à dire sur la densité du sang, si ce n'est qu'elle dépend surtout de sa richesse globulaire.“

Tagadják a vér fajsúlya és annak haemoglobintartalma közötti összefüggést *Stintzing* és *Gumprecht*,[10] midőn kijelentik, hogy: „zwischen Hgl. und specif. Gewicht besteht kein absoluter Parallelismus“, valamint tagadja az összefüggést nemcsak a vér hgl.-tartalmával, de a vörös vértestecskék számával szemben is *Rumpf*.[11]

Hogy a nézetek ennyire eltérők, az legkevésbbé sem lehet feltünő, ha meggondoljuk, hogy az ezen nézeteknek alapját képező adatok majdnem kivétel nélkül kóros esetekben végzett egyes vizsgálatokból származnak. Már pedig tudjuk, mily tág terjedelmü individualis ingadozások állanak fenn egyrészt a vörös vértestecskék száma s másrészt a vér fajsúlyát illetőleg még normalis viszonyok között is, mennyivel inkább érvényesül eme eltérés, ha különböző kóros folyamatok játszanak közre. Azért szerintem a kérdés megoldása leghelyesebben normalis körülmények között végzett folytatólagos vizsgálatok által eszközölhető, a mint az nálam történik.

Hogy szemmel láthatólag tüntessem fel ama viszonyt, mely a vér fajsúlya és haemoglobintartalma között egyrészt, a vörös vértestecskék száma között másrészt fennáll, ide iktatok a vizsgált 20 eset közül hármat, és pedig kettőt a vérfajsúly- és hgl.-tartalom közötti összefüggés, és egyet a vérfajsúly-, hgl.-tartalom és vörös vértestecskék száma közötti összefüggés megvilágítására.

[1] A hgl. meghatározása a Fleischl-féle haematometerrel történt, az alább következő táblázatokban foglalt számok tehát csak relativ hgl.-értékeket jelentenek.

[2] L. c. 422. lap

[3] *Hammerschlag.* Über d. Verhalten des specif. Gewichtes des Blutes in Krankheiten. Centralbl. f. klin. Medicin. 1891. 44. sz. 836 lap.

[4] *Schmalz.* Das Verhalten d. specif. Gewichtes d. Blutes bei Kranken. Deutsche med. Wochenschrift 1891. 16. sz. 558. lap.

[1] L. c. 609. lap.

[2] L. c. 13. lap.

[3] *Monti.* Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Bd. I. 574 lap.

[4] *Dieballa.* A hgl.-tartalom és a vérsejtszám befolyása a vér fajsúlyára anaemiásoknál. Magy. orvosi archivum 1896. 293. lap.

[5] *Van den Berg.* Blutuntersuchungen bei Scharlach. Archiv. f Kinderhk. Bd. XXV. 350. lap.

[6] Idézve *Lyonnet* művében. 61. lap.

[7] Ugyanaz.

[8] Ugyanaz.

[9] *Hayem.* Du sang et de ses alterations anatomiques. Paris 1889. 400. lap.

[10] *Stintzing és Gumprecht.* Wassergehalt und Trockensubstanz des Blutes etc. Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 53. P. 272.

[11] *Rumpf.* Centralblatt f. klin. Medicin. 1891. 24. sz.

*

1. Szabó Irén II. P. Szül. 1897. október 16-dikán d. u. 4 óra 45 p. Azonnali köldökzsinór-lekötés. Testsúlya 3200 gm. Hossza 49 cm. Fejkerület 34·5 cm. Mellkerület 31 5 cm.

Datum	Óra	Súly	T.	Vér		Napi átlagos értékek				Megjegyzések
				fajsúly	Hb.%	súly	T.	vér fajsúly	vér Hb.%	
Október 16.	7 óra este	3100	35·0	1 0747	152	3100	35·0	1·0747	152	1 mec.
„ 17.	7 óra reggel	3050	35 5	1·0693	146	3025	36·0	1·0693	141	1 mec.
„ 17.	7 óra este	3000	36·5	1 0693	136					2 mec. d. u. 1 ó. szopik először
„ 18.	7 óra reggel	2950	36·8	1 0613	126	2950	36·9	1·0620	131	1 sárgás szék
„ 18.	7 óra este	2950	37·0	1·0627	136					2 rendes szék
„ 19.	7 óra reggel	3000	37·1	1·0653	132	3000	36·95	1 0640	132	—
„ 19.	7 óra este	3000	36·8	1·0627	132					2 szék
„ 20.	7 óra reggel	3050	36·5	1·0666	134	3050	36 35	1 0659	131	—
„ 20.	7 óra este	3050	36·2	1·0653	128					1 szék
„ 21.	7 óra reggel	3100	36 5	1·0600	122	3125	36·85	1 0600	126	1 „
„ 21.	7 óra este	3150	37·2	1·0600	130					2 „
„ 22.	7 óra reggel	3200	36·5	1 0600	122	3225	36 6	1 0600	122	2 „
„ 22.	7 óra este	3250	36·7	1·0600	122					2 „
„ 23.	7 óra reggel	3250	36·9	1·0573	112	3250	36·85	1·0600	116·5	2 „ köldökzsinórcsonk levált
„ 23.	7 óra este	3250	36 8	1·0627	121					2 higas szék
„ 24.	7 óra reggel	3250	36·5	1·0627	118	3250	36·8	1·0620	112	2 rendes „
„ 24.	7 óra este	3250	37·1	1·0613	106					1 „ „
„ 25.	7 óra reggel	3250	37·1	1·0627	98	3275	37·05	1 0627	110	2 „ „
„ 25.	7 óra este	3300	37 0	1·0627	122					1 „ „
„ 26.	7 óra reggel	3350	37·4	1·0573	112	3325	37·3	1·0573	114	1 „ „
„ 26.	7 óra este	3300	37·2	1·0573	116					2 „ „
„ 27.	7 óra reggel	3300	36·9	1·0573	112					2 „ „
										október 27-dikén d. u. eltávozott.

2. Hajdu István III. P. Szül. 1897. november 12-dikén d. u. 7 óra 10 p. Azonnali köldökzsinór-lekötés. Testsúly 2750. Hossza 46 cm.

Datum	Óra	Súly	T.	Vér		Napi átlagos értékek				Megjegyzések
				fajsúly	Hb.%	súly	T.	vér fajsúly	vér Hb.%	
Novemb. 13.	7 óra reggel	2600	35·9	1·0659	130	2600	36·25	1·0641	139	d. e. 9 órakor szopott először
„ 13.	7 óra este	2600	36·6	1·0624	148					2 szék
„ 14.	7 óra reggel	2600	35·6	1·0677	130	2600	35·5	1·0677	128	1 szék, keveset szopik
„ 14.	7 óra este	2600	35 4	1·0677	126					1 „ „ „
„ 15.	7 óra reggel	2600	36·0	1·0677	116	2625	36 25	1·0659	116	2 higas szék
„ 15.	7 óra este	2650	36 5	1·0642	—					2 higas zöldes szék
„ 16.	7 óra reggel	2650	37·0	1·0624	120	2650	36 9	1·0624	120	2 „ „ „
„ 16.	7 óra este	2650	36·8	1·0624	120					2 rendesebb szék
„ 17.	7 óra reggel	2700	36 2	1·0659	122	2725	36·35	1·0650	123	1 rendes szék
„ 17.	7 óra este	2750	36·5	1 0642	124					2 „ „
„ 18.	7 óra reggel	2750	37·0	1 0723	110	2750	37·15	1 0688	114	1 „ „
„ 18.	7 óra este	2750	37·3	1·0654	118					3 higas szék
„ 19.	7 óra reggel	2750	36·8	1·0602	120	2775	36·8	1 0581	118	2 „ „
„ 19.	7 óra este	2800	36·8	1·0560	116					2 „ „
„ 20.	7 óra reggel	2800	36·8	1·0560	104	2800	36 8	1·0560	101	1 rendes „
„ 20.	7 óra este	2800	36·8	1·0560	98					1 „ „
„ 21.	7 óra reggel	2800	36·4	1·0573	94	2800	36·7	1·0553	101	2 „ „ köldökzsinóres. levált
„ 21.	7 óra este	2800	37·0	1·0533	108					2 „ „
„ 22.	7 óra reggel	2850	36·6	1·0560	112	2850	36·75	1·0560	110	1 „ „
„ 22.	7 óra este	2850	36·9	1·0560	108					2 „ „
										23-dikán reggel eltávozott.

3. Kiss Ilonka I. P. Szül. 1898. márczius 16-dikán d. u. 2 óra 5 p. Azonnali köldökzsinór-lekötés. Testsúlya 3350 gm. Hossza 48 cm.

Datum	Óra	Súly	T.	Vörös vértestecskék száma	Hmgl. %	Vérfajsúly	Megjegyzések
Márcz. 16.	2 ó. 10 p. d. u.	3350	—	7·605000	—	1·0740	1 szék
„ 16.	7 óra este	3300	35·8	—	—	—	—
„ 17.	7 óra reggel	3200	35 9	8·115000	148	1·0876	1 szék
„ 17.	7 óra este	3150	36·1	7·205000	132	1·0792	— d. u. 2 ó. szop, először
„ 18.	7 óra reggel	3100	36·2	6·330000	120	1 0809	1 szék
„ 18.	7 óra este	3100	36·0	6·980000	124	1·0809	1 „
„ 19.	7 óra reggel	3150	36·4	6·624000	120	1·0740	1 „
„ 19.	7 óra este	3200	36·5	6·725000	118	1·0740	2 „
„ 20.	7 óra reggel	3250	36·3	6 915000	120	1·0723	1 „
„ 20.	7 óra este	3250	36 7	—	—	—	3 „ d. u. 5 ó. kzses. levált
„ 21.	7 óra reggel	3300	36·4	6·610000	122	1·0774	3 szék
„ 21.	7 óra este	3300	36 0	—	132	1·0757	3 „
„ 22.	7 óra reggel	3300	36·8	6 905000	118	1 0723	2 „
„ 22.	7 óra este	3300	36·2	6·900000	120	1·0757	3 „
„ 23.	7 óra reggel	3350	36·8	6·205000	102	1·0723	3 „
„ 23.	7 óra este	3350	36 3	6 715000	116	1·0740	3 „
„ 24.	7 óra reggel	3350	36·2	—	114	1·0723	3 „
„ 24.	7 óra este	3350	36 2	—	—	—	2 „
„ 25.	7 óra reggel	3350	36·5	6 62000	118	1·0654	2 „
„ 25.	7 óra este	3400	36·7	6·615000	112	1·0620	2 „

Ha eme három táblázatban a vérfajsúly- és hgl.-értékeken végigtekintünk, úgy azonnal látható, hogy közöttük szorosabb összefüggés nem mutatkozik, a mennyiben nemcsak hogy az egyik érték emelkedésével arányosan emelkednék a másik érték is, hanem akárhányszor láthatjuk az egyik érték emelkedésével a másik értéket alászállani s fordítva, még pedig oly jelentékeny különbözettel, hogy azt semmi esetre sem lehet kisérleti hibának betudni, valamint láthatjuk azt is, hogy míg az egyik érték több egymásután következő vizsgálati időben állandó marad, addig a másik érték ugyanakkor jelentékenyebb mértékben emelkedik vagy csökken. Hogy az eltérések milyen mérvűek, s hogy eseteimben mily kevéssé lehet bizonyos határok közötti fajsúlyértékből bizonyos határok közötti hgl.-értékre következtetni s viszont, azt legjobban vélem illustrálhatni azzal, ha összes 259 vizsgálati adatomat úgy a vérfajsúly, mint a hgl.-tartalom tekintetében bizonyos határok közötti csoportokra osztom s azután egymással szembeállítom, a midőn a következő táblázatot nyerem:

(5 vizsg.)	1·085 —1·090	köz. fs.-értékné	a hgl.-ért.	148—172%	-a	köz. vált.
(6 „)	1·080 —1·085	„	„	„	130—164%	-a	„ „
(30 „)	1·075 —1·080	„	„	„	120—162%	-a	„ „
(58 „)	1·070 —1·075	„	„	„	102—152%	-a	„ „
(77 „)	1·065 —1·070	„	„	„	110—158%	-a	„ „
(49 „)	1·060 —1·065	„	„	„	98—148%	-a	„ „
(19 „)	1·055 —1·060	„	„	„	94—124%	-a	„ „
(7 „)	1·050 —1·055	„	„	„	62— 66%	-a	„ „
(6 „)	1·045 —1·050	„	„	„	50— 64%	-a	„ „
(2 „)	1·040 —1·045	„	„	„	55— 63%	-a	„ „

A mint ezen adatokból látható, az ingadozások oly feltünő nagyok, hogy csak ezek alapján (talán az utolsó három sor kivételével) a vérfajsúly és hgl.-tartalom közötti szorosabb összefüggésről szólani alig lehet, annál kevésbbé nyer általuk beigazolást a *Hammerschlag*-féle tétel, hogy t. i. az egyik érték magatartásából következtetést lehet vonni a másik magatartására, mert hiszen a fenti összehasonlító adatokból látható, miszerint pl. 148% hgl.-tartalom előfordul a fajsúlynak 1·085—1·090 értékhatárai és 1·060—1·065 értékhatárai között, hogy továbbá 100% körüli hgl.-tartalom előfordulhat a fajsúlynak 1·0750—1·060 értékhatárain belül. Csak az utolsó 3 sorból lehet némileg a Hammerschlag-féle tételt kiolvasni, ámde sietek megjegyezni, hogy ezek az értékek nem is származnak normalis viszonyok között lévő, hanem egy utczai szülés által világra jött és ennélfogva acut anaemiában szenvedő újszülöttől.

Bár ily módon a vér fajsúlya és hgl.-tartalma közötti összefüggést saját vizsgálataim alapján nem is látom beigazolva, mégis hajlandó voltam feltételezni, hogy felnőtteknél avagy nagyobb gyermekeknél ily összefüggés fennállhat, miután nem tartottam lehetetlennek, hogy eme összefüggés az újszülöttek vérösszetételében azért nem tünik elő, mert az újszülöttek vére az első életnapok folyamán benne végbemenő jelentékeny átalakulás miatt e tekintetben is bizonyos labilitas által van jellegezve. Tizenkét felnőtt egészséges ifjúnál (16—17 évesek) más szempontból végzett vizsgálataim azonban eme felvételemet megingatni látszanak, a mennyiben az említett összefüggést a náluk nyert vizsgálati adatok sem igazolják, a mint az az alantabb közlendő idevonatkozó táblázatból látható.

(Folytatása következik.)

Néhány szó Paunz Márk dr.-nak „Az orrbetegségek befolyásáról a szembajokra" czimű közleményéről.

Halász Henrik dr.-tól, a hódmezővásárhelyi „Erzsébet" szemkórház orr-, gége- és fülgyógyászati ambulatoriumának vezetőjétől.

Paunz dr. úrnak az „Orvosi Hetilap" 1900. évi 12-dik száma „*Szemészet*" czimű mellékletében fenti czímen megjelent közleményére hogy reflexioval élek, az a tény nem a vidéki lesajnált orvos érzékenykedésének folyománya — bár a rendszeresen szokásos mellőzés talán sokszor jogosulttá tenné—, de a történelmi hűség kedvéért emlitem fel azt a körülményt, mely szerint az orr- és szembetegségek közti összefüggést *magyar nyelvű eredeti* közlemény is tárgyalta már a közelmultban, s akkor, midőn *Paunz* dr. úr, ha csak rövid összefoglalásban is tárgyalja *mindazt*, mit az orr- és szembetegségek összefüggéséről *eddig tudunk* — felhasználván erre a már meglehetősen terjedelmes irodalmat —, nem ártott volna, ha az *utóbbi időben megjelent* — tudtommal legalább — *egyetlen magyar nyelvű, hasontárgyú* közleményt is, ha csak szintén rövid szavakban méltatta volna, avagy csak felemlítette volna; még csak sovinistasággal sem vádolták volna érte! Felteszem *Paunz* dr. úrról, hogy tisztán elnézésből történhetett szerény közleményemről a megfeledkezése, noha épen *e lapok* hasábjain látott az napvilágot a *mult évi 18-dik számban*; bár sajátságos az, több izben tapasztaltam már specialis, szakba vágó közleményeknél is, hogy a hazai szerzőket itthon *szívesen elhallgatják, mellőzik*, míg a külföld alkalom adtán *szívesen citálja őket*.

Paunz dr. úr közleményének ama kitételére, hogy „egyes szemklinikákon mégis már végeznek rendszeres orrvizsgálatot, így a würzburgi szemklinikán stb.", legyen szabad megjegyeznem, hogy a mult évben megjelent közleményem világosan jelzi, miszerint a *hódmezővásárhelyi szemkórházban* már az 1899. év eleje óta végeztetnek *rendszeres orrvizsgálatok*; alkalomszerű vizsgálatokat pedig már az *1895. év óta végzünk ott*, tehát *hazai szemgyógyító intézetet* is lehetett volna emliteni. Az orrvizsgálatok szükségességére és fontosságára fel is hivtam emlitett közleményemben a szemgyógyítással foglalkozó intézetek figyelmét.

Ismételten kijelentem, miszerint tisztán a történelmi hűség kedvéért kellett, hogy e néhány szó megjegyzést fűzzem *Paunz* dr. úrnak különben tanulságos, de nagyrészben már ismert adatokat tartalmazó közleményéhez. Szokjunk már hozzá egyszer, hogy mi magyarok is kezdünk számot tevő *valami* lenni a külföld előtt, s így alkalomadtán a hazai irodalmat se nézzük le.

Megjegyzés Lénárt Zoltán dr. úr „Thiersch-féle transplantatio a gégébe és légcsőbe" czimű közleményéhez.

Irta: *Alapy Henrik* dr. egyetemi magántanár.

Meglepetéssel olvasom Lénárt dr. úr czikkében[1] a következő passust: „Az irodalomban egyetlen esetet találtam leirva, a melyben *Galatti* egy Gersuny által végzett műtétet ir le, a ki egy légcsőheg kiirtása után Thiersch-féle lebenyekkel borította a keletkezett szövethiányt. Ebben az esetben is már fennálló stenosis elhárítása czéljából történt a különben eredménytelen kisérlet."

Én egy a Gersunyéhoz hasonló esetet *1898 julius 14-dikén operáltam*, az esetről az orvosegyesület *1899 február 11-dikén* tartott ülésében a Bókay János tanár úr bemutatásához fűzött eszmecserében referáltam, és ugyancsak az orvosegyesület *1899 május 27-diki* ülésében a kis fiút gyógyultan be is mutattam.

Tehát nemcsak az általam végzett műtét, de annak *publikácziója is régebbi keletű*, mint a Lénárt dr. úr esete, melyet ő *1899 április 7-dikén operált*.

Igaz, hogy ez esetre vonatkozó dolgozatom technikai akadályok folytán eddig még meg nem jelent. De ha talán vita tárgyát is képezhetné az a kérdés, vajjon a budapesti kir. orvosegyesület tárgyalásai *külföldi szerző* előtt közlés számba mehetnek-e vagy sem (én azt hiszem, igen): azt vitán felül állónak kell tekinteni, hogy *magyar, pláne budapesti orvossal* szemben mindenesetre publikáczió jellegével bírnak.

Az is igaz, hogy az én műtétem tárgyát heges gégeszűkület gyógyítása, a Lénárt dr. úrét pedig heges gégeszűkület megelőzése képezte. De a módszer mindkettőben Thiersch-féle lebeny beültetéséből állott; és a különbséget Lénárt dr. úr is oly csekélynek vélte, hogy csakugyan felemlítette „mint az irodalomban talált egyetlen esetet" a *Galatti-Gersuny*-féle sikertelen kisérletet; ellenben hallgatással mellőzte az én teljesen sikerült esetemet.

Az elsőbbségi vitáknak nem vagyok barátja; a szóban forgó műtét eszméje amúgy sem az enyém, sem a Lénárt dr. úré, hanem a *Gersuny*-é. Ha azonban valamely eszmének első sikerült kivitele azzal az érdemmel jár, hogy épen az eszme gyakorlati kivihetőségét demonstrálja, akkor ezt a csekély érdemet kénytelen vagyok a saját esetem számára reklamálni.

Hogy esetem a Lénárt dr. úr czikkében hallgatással mellőztetett, azt csak úgy magyarázhatom, hogy időközben megfeledkezett róla. Mert hogy régebben már tudomással birt felőle, az kiderül abból a tényből, hogy annak idején a bemutatásomhoz fűződött eszmecserében Lénárt dr. úr is részt vett.

[1] Melléklet az „Orvosi Hetilap" 1900. évi 13. számához.

TÁRCZA.

Az 1755—56-diki erdélyi pestis története.

Egykorú források után.

(Vége.)

Az árúk fertőtlenítésénél a szóban forgó járvány alkalmával azon rendelkezések voltak érvényben, a melyeket az 1738—39. évi nagy pestis-epidemia alatt[1] 1738. május 17-dikén hozott a helytartó tanács, s a melyek áthágását halállal büntették. Ennek értelmében:

Az árúk fertőtlenítésére külön embereket kell szegődtetni és felesketni. Ezeknek más személyekkel való érintkezése szigorúan megtiltandó.

A levelek megtisztítását külön emberek végezzék. Minthogy a levelek külső részének megtisztítása, eczetbe való bemártással alig elégséges, mert megszáradása után a miasma mégis csak bennök maradhat: rendeltetik, hogy a leveleket fel kell nyitni és párolgó eczet fölé tartva, az eczet elszálló gőzeiben megtisztítani s újból lezárni. Ha pedig a levelekben posztó- vagy másnemű minták foglaltatnak, ha ezek ilyen módon biztossággal nem volnának megtisztíthatók, ne továbbíttassanak.

A mi az árúkat illeti, ezek a fertőzés szempontjából részint nagyobb, részint kisebb mértékben veszedelmesek. Az utóbbiakhoz tartoznak a száraz magvak, mint a kávé, rizs és más ehhez hasonlók [kivéve azonban az úgynevezett szakállas diókat (nuces barbatae), a melyeket meg kell mosni]. Ezeket a tartányból ki kell önteni, jól kiszellőztetni és három hétig visszatartani, ügyelve azonban arra, hogy az időjárás viszontagságai folytán kárt ne szenvedjenek. A tartányok közül pl. a zsákokat, a melyek a mosást kiállják, ismételten vízbe kell áztatni és kimosni; a másféléket ellenben, a melyek ilyen módon nem tisztíthatók, el kell égetni. A friss gyümölcsök, pl. czitrom, narancs stb. a zsákok kimosása után vagy ládákban szabadon bebocsáthatók.

Nyers gyapjú, gyapot, len, czérna, teveszőr, kecskeszőr vagy bárminő más, fonallá sodort árú, továbbá nyers selyem, akár megsodorva, akár a nélkül, különösen a bolyhos selyem a tartányokból hasonlóan kiszedendő, hat héten át szabad levegőn tisztítandó és helyéből gyakran elmozditandó. Hasonlóan kell eljárni a posztóval, a daróczczal és más gyapjuból és haraszból készült kelmével, nem különben a musselinnal és a gyapotszövetekkel is.

A tiszta selyemszövet azonban csak három hétig tisztítandó az előirt módon.

Prémes dolgok, pl. a menték, nemkülönben a feldolgozott és nyers prémek, sőt a síma bőrök is kötésekből feloldandók és hat héten át jól szellőztetendők. Hasonlóan kell eljárni a felső ruházattal is. A fehérneműt ellenben ki kell mosni.

A szilárd tárgyakat pedig, a melyek közül a pénz a legveszedelmesebb, sós, vagy szappanos vízzel jól meg kell mosni. Egyébként az új fémtárgyak, réz, ólom, ón stb. a veszteglés alól felmentetnek. Ellenben a széna, szalma, nád, a mibe csomagolva vannak, elégetendők.

[1] Linzbauer Tom. II. Nr. 438.

A folyékony anyagokat, mint pl. az olajat, balzsamot és más hasonló árúkat, a melyeket bőrtömlőkben szállitanak, ki kell önteni és más tartányokba elhelyezni. Ha azonban edényekben vannak, a melyek semmivel sincsenek beburkolva, akadály nélkül tovább szállithatók.

Ezek szerint első sorban ragályfogó tárgyak lesznek a következők: menték, prémek, bőrök; a gyapot, gyapjú, posztó, darócz, harasz, fél- és egész selyem szövet, len; selyem, kender, teve- és kecskeszőr és muselin.

Chenot műve azonban azt tanusítja, hogy ezeket a rendelkezéseket nem tartották meg szigorúan. A 264. lapon olvassuk, hogy pl. a gyapotot nem vették ki a zsákokból, hanem ezeket csupán a két végükön vágták fel és a purificator 6 héten át minden nap beledugta a csomagba meztelen karját. Ha nem kapta meg a pestist, akkor az árút fertőzetlennek tekintették és tovább eresztették.

Gondjuk volt azonban a fertőzött házak kitakarítására is. Ennek módját a helytartó tanácsnak 1756-ban is érvényben levő, de még 1738. november 14-dikén kelt rendelete szabja meg, a melyet itt közlök:[1]

„A fertőtlenítés felügyelőjéről és annak és segédeinek kötelességeiről.

1. Tartózkodnia kell az egészséges és nem pestis gyanús egyénekkel való mindennemű érintkezéstől.

2. Kötelessége mindig a neki kijelölt helyen tartózkodni háznépével együtt, kivéve, ha hivatalos kötelességben jár.

3. Őrizkedjék ő maga attól, és ügyeljen segédjeire is, hogy az elégetés végett rájuk bizott tárgyakból semmit el ne tulajdonitsanak.

4. Abban az esetben, ha valakit e részben hibásnak talál, azt azonnal vettesse őrizet alá és az illetékes helyen jelentse fel.

5. A fertőtlenitésre szükséges, és neki kiszolgáltatott szereket jól megőrizze.

6. A házaknak és szobáknak fertőtlenítését az e végre kirendelt biztos utasitása és kijelölése alapján végezze. Halálbüntetés terhe alatt tilos a magafejétől intézkednie.

7. Magát a ház fertőtlenítését vagy kora reggel, napkelte után, vagy este hajtsa végre. Délben és forró nyári napon tilos ezt végeznie.

8. A fertőtlenitést ne kezdje éhgyomorral, hanem csak ha kenyeret, bort, vagy levest evett; vagy legalább is meleg foghagymás levest. Ugyanezt követelje segédeitől is.

9. Ezek után hatoljon be a fertőtlenítésre kijelölt, elzárt házba, vagy szobába.

10. Mig a tisztogatók egyike magában az épületben munkálkodik, a másik az épületen kivül marad és felügyel arra, hogy hivatlanok kiváncsiságból a telekre be ne tévedjenek, hogy az elégetésre kijelölt tárgyakat el ne lopják, hanem azokat tényleg rakják fel a szekérre.

11. Midőn a tisztogatók a fertőzött házba behatolnak, az, a ki legelől megy, égő fáklyával lépjen be és a szoba közepén forgácsból tüzet gyújtván, arra az alább megjelölendő füstölőt hintse rá.

12. Azután az összes ajtók és ablakok felnyitandók; a betegek által használt ágyak, szalma, szalmazsákok, szenyes fehérnemű, a használt prémes bőrök, ruhák, a szolgák által a szekérre rakandók, a midőn az inspector köteles mindezeket az elégetésre szánt tárgyakat felirni és ügyelni, hogy abból valamit el ne lopjanak. A szekeret azután be kell zárni és a benne levő tárgyakat a kórház mellett el kell égetni. Ennek végrehajtására a kivül maradó inspector ügyel.

13. A házban levő inspector ezalatt összeirja mindazokat a butorokat, a melyeket a betegek által nem használt többi helyiségekben talál és a leltárat mindennap bemutatja a fertőtlenitő biztosnak

14. Az összeirás megtörténtével az inspector a nem használt ágyakat és a többi nem használt butort, a melyeket hamulúggal nem lehet lemosni, nehány nap szélnek és napsütésnek tételi ki, a matraczokból a pelyhet, a lószőrt, vagy a csepűt kivéteti, ismételve kiszellőzteti és az alább megnevezendő füstölővel óvatosan megfüstölteti. A párnahuzatokat és a lepedőket erős lúggal kimosatja, azután jól megfüstölteti; a ruhákat, még a bőrből készülteket is, kimosatja és megszáradás után ismételten megfüstölteti.

15. A fából, vasból, rézből, ezüstből, ónból, érczből való tárgyak, képek, ablakok és hasonlók, lúggal ismételten lemosandók és jól megfüstölendők. Mindazt, a mit nagy kár nélkül nem lehet lúggal lemosni, ismételten jól meg kell füstölni, a lemosott tárgyakat pedig napfényen és szélen kell megszárítani.

16. Az árnyékszékeket lúggal kell felül megsúrolni, belsejükbe oltatlan meszet (calx viva) és sok lúgot kell önteni.

17. A falakat vakoló kanállal le kell kaparni, lúggal leöbliteni és újból meszelni.

18. Az emlitett lemosásokat ne végeztesse az inspector nyilt helyen, hanem a szobában vagy a konyhában és ügyeljen, hogy senki idegen oda be ne lépjen.

19. Az egész fertőtlenítés ideje alatt folyton füstöljenek azon helyiségekben, a melyekben dolgoznak.

20. A mosóvizet ne öntesse el az udvaron vagy olyan folyóvízbe, a mely közhasználatra szolgál, hanem más vizekbe vagy félreeső szabad mezőkre.

21. A tisztogatás elvégeztével a házakat le kell zárni, az inspectorok az ajtókat kivülről lepecsételik. Az ablakok nyitva maradnak és a lakást még 8 napig szellőzik, mielőtt beleköltöznének.

22. A ház kulcsait és a fertőtlenitésről felvett jegyzőkönyvet az inspector kézbesíti a fertőtlenitő biztosnak.

[1] Linzbauer Tom. II. Nr. 132.

A füstölésre használt szerek recipéje a következő:

1. Lakások füstölésére:

De sale nitri	libram mediam
„ sulfure	lotones tres
„ pice hispan.	semiuncias novem
„ storace	„ „

Haec species mediocriter contritae et mixtae usuendae.

2. Árúk, ruhák füstölésére.

De ligno juniperi	libram unam
„ Coliis tauri	semiuncias octo
„ granis juniperis	„ duodecim
„ thure	„ quattuor
„ sulfure	„ „

De hircinis et ungulis equinis imminutis semiuncias 12.

Haec species mediocriter contritae et permixtae usuendae.

Az eddigiekben láttuk, hogy a fertőtlenités közvetlen intézője az *inspector mundationis volt*; e felett állott a *commissarius mundationis*; volt azonban még egy harmadik közeg is: az *obequitator mundationis*, a ki szintén alá volt ugyan rendelve a commissariusnak, de az inspektorok felvigyázásával volt megbizva.

* * *

Ime nagy vonásokban az 1755—56-diki járvány története és Magyarországnak mult századbeli járvány ügye.

Visszagondolva az elmondottakra, be kell vallanunk, hogy a mult században, tekintve a járványok lényegére vonatkozó ismeretek kezdetleges állapotát: a védekezésben, a betegség lefolyásának megfigyelésében elődeink magas niveaun állottak. Ha pedig összehasonlítjuk hazánk járványügyét a külföldével, nem kell pirulnunk, mert nem voltunk elmaradva. A helytartó tanács Commissio Sanitatis-a, mint az ismertetett intézkedésekből láttuk, mindent elkövetett, a mi az akkori viszonyok között kivihető volt, a járvány elfojtására. Orvosaink pedig a gyakran ismétlődő pestis-epidemiák alatt akkora tapasztalatra tettek szert, hogy véleményük tekintély volt a külföldön is. Nemcsak Chenotra czélzok: ugyanis az 1714-diki bécsi járvány alkalmával egy szegedi orvost hivott meg a Commissio Sanitatis egyik bécsi járványkórház vezetőjének.[1] És mienk, magyaroké az érdem, hogy a mi nemzetünkből került ki az a tudós, a ki először kisérlette meg, hogy a pestist állatokra átoltsa s a betegséget ily módon experimentalis úton tanulmányozza. *Veszprémi István* volt ez az orvos, kinek *Tentamen de inoculanda peste* czimű műve 1755-ben jelent meg Londonban.

Büszkén tekinthetünk tehát vissza tudományos multunkra. A magyar orvosi tudomány történetében sok becses, eddig talán nem ismert kincs van, a melyeket felkutatni nem csak hálás munka, hanem hazafiúi kötelesség is.

Filep Gyula dr.
közegészségtani tanársegéd a kolozsvári egyetemen.

IRODALOM-SZEMLE.

Összefoglaló szemle.

A hólyagbetegségek mai állása.

Közli: **Novotny Lajos** dr. kir. tanácsos.

(Folytatás.)

Végre a húgyszervek betegségeiben oly körülmények is vonják magokra figyelmünket, melyek az orvost a vizsgáló eszközök alkalmazásánál a legnagyobb óvatosságra intik! Katheter-, sonda- és tükörvizsgálat alkalmával igen gyakran émelygés, szédülés és ájulás lepi meg a beteget. Súlyosabb a bénulás s a vizsgálatot követő hólyaggyuladás, mely atoniás hólyagnál a beteget végkép kimeriti s mely egy rohamosan fejlődő ascendáló gyuladást szokott okozni s pyelonephritis tünetei között állhat be a halál. Végre azon tragikus esetek jönnek, midőn a vizsgálat alatt vagy közvetlen utána pár órával a beteg meghalt. Hogy a hirtelen halált mi okozza e szörnyű esetekben, nem tudjuk. Némelyek sérülésekben s az idegéletre gyakorolt váratlan behatásokban keresték az okot, mig mások hevenyés fertőzésnek tulajdonitották a későbben beállott halált.

A vizsgáló műszerek bevezetése után leggyakrabban egy igen súlyos baj, a hólyaggyuladás állhat be, melynek oka az eszköz tisztátlansága, s miután a fertőzés veszélye oly nagy, hogy az eredeti bántalomhoz még gyuladás is szegődik: azt kérdezhetjük hát, hogy miért nem szokott minden vizsgálat után beállani fertőzés s miként van az, hogy míg a búvárok egy része a noli tangere elve mellett kardoskodik, addig másik része hamarosan a vizsgáló eszközhöz nyul, nem helyezve súlyt a bekövetkezhető veszélyre.

A húgyutak mélyébe való behatolás veszélyessége bizonyos feltételekhez van kötve, mert ellenkező esetben a vizsgáló eszközöket teljesen mellőznünk kellene.

Hólyaggyuladás leginkább azon betegeknél észlelhető, kiknél a hólyag nem működik rendesen; a kiknél tehát vizelés után húgy marad vissza. Az ilyen hólyag nem képes ellentállani a gyuladást okozó csíráknak, melyeket eszközünkkel a hólyagba toltunk.

Visszamaradó húgyot észlelünk strictura alkalmával, úgyszintén a hólyag öregkori elváltozásaiban, a prostatatúltengésben, midőn a szervezet ellenálló ereje gyenge s a fertőző csíráknak nem opponálhat kellőleg. Ily esetben a vizsgáló eszköz alkalmazása veszedelemmel jár,

[1] Kundmann Rariora naturae 1156. l.

mert a működésben gyenge hólyag gyuladása nehezen, vagy éppen nem gyógyítható.

Visszamaradó húgyot találunk idegbajosoknál, úgyszintén hólyag- kő- és hólyagdaganatok alkalmával is.

Vannak azonban más körülmények is, melyek mellett hólyaggyuladás áll be, ez a lymphás, scrophulás és gümőkóros hajlam, s nem tartom túlzottnak azon állításomat, hogy a kankón kivül a katheter és sonda lelkiismeretlen alkalmazása adja meg a gümőkórra hajlamos egyéneknél a localis gümőkór keletkezésére az első lépést. A katheter és sonda alkalmazását illetőleg ajánlom a következőket: lymphás, görvélyes, gümőkóros és éltesebb betegeknél a steril műszer is csak szükségben alkalmazandó. A diagnosis biztossága végett azonban sohase mulaszszuk el a vizsgáló eszközök alkalmazását, nehogy a humanismus leple alatt a beteg bajának áldozatul essék, mert a steril eszközök veszélyessége csekély.

A vizsgálat alkalmával jelentkező hólyaggyuladáson kivül még azon jobbára lázas, ideges állapotot s gyomor- és bélzavarokat említem fel, melyeket szintén a vizsgálat okozhat, de melyeket oly húgyszervi betegeknél is észlelhetünk, a kiknél a vizsgáló műszereket sohasem alkalmaztuk.

A tüneteket húgycsőláznak, katheterláznak s húgyláznak szokás nevezni.

A katheter, a sonda vagy a tükör bevezetése után borzongás s magas láz köszönt be, melyet bő izzadás vált fel. A végtágok hidegek, fejfájás, hányás s erős hasmenés jelentkezik. A roham rövid ideig tart ugyan, de mivel többször ismétlődik, a beteget nagyon el szokta gyengíteni. Az említett tünetek elévült bajokban, különösen hólyag és vesebajokban szoktak gyakoriak lenni, de a tünetek sokszerűsége s a rohamok kis foka igen gyakran más irányba terelik az orvos figyelmét. A betegség megmagyarázására schockot, a vizelet mérges anyagainak felszívódását s bakteriumos fertőzést szoktak felvenni. Valószinű tehát, hogy a betegség előidézésénél mind a három tényező belejátszik. Az idegen test behatása alatt megváltozik a vese működése, a vérben visszamaradnak a mérgező anyagok, a felhámfosztott helyeken pedig felszívódhatnak a húgymérgek s a bakteriumok. Vesebajokban s vizeletrekedést okozó betegségekben (pl. szűkület, hólyagkő, prostata-hypertrophia s hólyagbénulás alkalmával) az uraemia tünetei szoktak fellépni, kábultság, fejfájás, hányás, gyomor- és bélzavarok között. Más esetekben pedig pyaemia és septicaemia köszöntenek be.

* * *

A hólyagbetegségek ellen irányuló eljárások természetesen javultak a diagnostika fellendülésével. A diagnostikában felhasználhatjuk az x-sugarakat kövek, inkrustált daganatok, a hólyagba jutott idegen testek feltüntetésére. Nagyot lenditett a dolgon a kystoskopia, a hólyag belsejének megszemlélése, mely vizsgáló módszerrel a betegség úgyszólván csirájában, fejlődésének már igen korai stadiumában felismerhető. Különösen nagy jelentőségű e diagnostikai módszer a haematuriában, mely manapság már elvesztette önálló jellegét; mert vérvizelés beköszöntésekor ma már eredménnyel kutathatunk az ok után. S csak most látjuk, hogy gyakran mily csekély elváltozás képes oly súlyos vérzést, illetőleg haematuriát okozni, mely az életet kioltja, mint pl. egy kis, alig szembetünő polypus, egy sekély, valamely vérér felett alakult fekély, melynek a kystoskopon át történő eltávolítása, s a sebeknek edzése életmentő beavatkozás.

A hólyag belsejének megszemlélésére irányuló törekvések mondhatnám oly régiek, mint maga az orvostudomány.

A kystoskop felszinre kerülése után Antal oly eredményeket ért el, hogy a hólyag belsejéről adott leirásai és rajzai, melyeket — mint segédje — természet után magam készítettem, a búvároknak zsinórmértékül szolgálnak.

A hólyag belsejét Antal photographálta le első izben.

A régiek hólyagvizsgáló módszere a tapintó érzésen, az újabb — a kystoskopia — a megszemlélésen alapszik.

A vizsgáló módszerek a régieknél a következők voltak: 1. A húgyhólyagnak megtapogatása a hasfalon, 2. a végbélen és 3. a vaginán keresztül, 4. a hólyag belsejének sondával való kikutatása, melyekhez később nőknél 5. az urethrán, 6. férfiaknál pedig a hártyás részen keresztül az ujjal történő megtapogatás, a digital exploratio járult.

De ha meggondoljuk, hogy a hólyagvizsgáló módszerek legbecsesebbje, a digital exploratio mekkora nehézségekbe ütközik: nem csodálkozunk ama lelkesedésen, melylyel a kystoskopot fogadták. *Nitze* megbecsülhetetlen érdemeket szerzett a modern kystoskop megszerkesztésével. Természetesen a kystoskop alkalmazásakor ép oly elővigyázati rendszabályokat fogunk követni, mint pl. a sonda-vizsgálatkor. Sőt itt-ott annak daczára hangok emelkednek ellene, így a British Med. Journal 1898. évi egyik számában *Newmann* csak akkor tartja indikáltnak a kystoskop alkalmazását, ha a többi a diagnosisra szolgáló eljárások cserben hagynak bennünket.

A kystoskopia azonban a régiek eljárását a vizsgáló módszerek sorából nem szorithatta ki, mert a gyakorlatban a digital exploratio megmarad a hólyagvizsgáló módszerek sorában, ha a hólyag capacitása ad minimum csökken, ha a vérzés csillapíthatatlan s a vérrögöket a hólyagból ki nem takaríthatjuk s ha a prostata-mirigy vagy urethralis szűkület akadályt gördít a bevezetés elé.

Ezen esetekben a beteg élete forogván koczkán, a tükrözést nem halogatjuk, hanem a hártyás rész bemetszése vagy a magas hólyagmetszés után a digitalexploratio mellett egyúttal therapeutice is beavatkozunk.

(Folytatása következik.)

Könyvismertetés.

Schleich: Neue Methoden der Wundheilung. Ihre Bedingungen und Vereinfachung für die Praxis. II. Aufl. Berlin, Springer, 1900.

370 oldalas könyvben adja elő Schleich a sebkezelés azon methodikáját, melyet magángyakorlatában évek óta űz. Eltekintve a kezelés medicamentosus részétől, melynek kritikáját csak bő gyakorlati ellenőrzés adhatja meg, a könyv rhapsodikus hangja s kissé systematlan conceptioja daczára rendkivül sok oly adatot nyujt a sebészetet üző orvos számára, hogy egyes pontjaira bővebben kell reflectálnunk.

Schleich a legradicalisabb asepsis embere. Asepsis alatt azonban nemcsak a bakteriumoktól való mentességet érti, hanem kiterjeszti ezt sok olyan, jelenleg még nem ismert ferment anyagra is, melyek a genyedések és infectiok más-más kórtani képét nyujtják. Alapítja ezen nézetét azon bakteriologikus igazságra, hogy a legkülönbözőbb és eltérőbb kórképeknél gyakran egy és ugyanazon mikroorganismust látjuk, míg ugyanazon kórképet is differens bakteriumok hozhatják létre. Szerinte szükséges a megbetegedett résznek valami dispositioja, mit pl. valami ferment előzetes hatásának tulajdonít, szóval a szövetek chemismusának megváltozása, hogy abban genykeltők telepedjenek meg. Hisz ismeretes, hogy bőrünk mélyebb rétegeiben mindig jelen vannak strepto- s staphylococcusok, genyedést mégsem látunk, hogy a szájban, vaginában pathogen-bakteriumok rendesen találhatók virulens állapotban, s betegséget mégsem okoznak.

A chemismus befolyására a foglalkozási betegségek néhány csoportját említi, azok tüneteit éles megfigyelő képességgel körvonalazva.

Ugyanazon genykeltők (staphylo-streptococcusok) különböző kórképet adnak, a szerint, milyen toxikus anyagokkal vegyest fertőzték a szöveteket.

I. csoport. Piszkos, zsíros olajokkal vegyes fertőzés. A zsírnak progrediáló megalvadását okozza. A zsírszövet oedemássá, gelatinához hasonlóvá válik, fel egész az alkarig (az ujjakon történvén a fertőzés). E kórképet gépgyári munkások néhány tuczatjánál látta; előfordult egy esetben piszkos puskacső tisztításánál katonáknál; gyakoribb gyermekeknél, kiknek zsírja amúgy is hajlamosabb a megalvadásra. Látható zsíros olajjal bekent Pravaz-fecskendők alkalmazásánál (pl. a has bőrén), morphin-injectioknál, hol a beszúrási hely körül progrediáló zsírnecrosis jő létre, a hasfalakat deszkakeménynyé téve.

II. Lymphangoitis diffusa chronica. Romlott hús, halneműek toxinjai létrehoznak a kézen egy diffus lymphangoitist, mely egészen a phlegmone képét utánozza, de genyedésbe soha át nem megy. Az epidermis a sértett ujjon fényes, asbestszerű pikkelyeket képez; az ujj s a kéz diffuse piros, duzzadt, az ujjbenyomatot megtartja, fájdalmas. Napok mulva e kórkép teljesen visszafejlődik, a nagy nyirokutakat meg nem támadja. A kis nyirkedények s véredények paretikusak, telvék. Incisio soha nem szükséges.

III. Hasonló specialis infectio hatása van állatok harapásának, hol talán a nyál fermentativ hatása érvényesül. Ismeretes, mily befolyása van a lábon pangó izzadságnak a lábsebek, clavus-operatiok menetére.

IV. Orvosoknál, főleg nőgyógyászoknál és urologusoknál fordul elő egy megbetegedés, mely hosszas fennállása és typikus lefolyása mellett külön említést érdemel. A localis sértés helyén nagyon renyhén gyógyuló, sokszor hónapokig tartó fekély marad vissza, mely küleme után a luetikushoz hasonlít, de semmi specifikus kezelésnek nem enged. E mellett a szomszédos nyirokutak vastag, kemény kötegekké válnak, a könyök, váll mirigyei pedig nagy, fájdalmas göbökké lesznek, melyek azonban ritkán genyednek el; incisio vagy exstirpatio nem ajánlatos, mert az összes operált esetek lassabban gyógyultak, mint a nem operáltak. Hetek, hónapok után e bubók visszafejlődnek. Valószinű, hogy a gonorrhoeás váladék okozza e kórképet, mert csak oly egyéneknél látható, kik gonorrhoeás váladékkal fertőzik kezüket. Így két nem orvosnál is kimutatta a gonorrhoeás váladékkal való érintkezést; gonococcust a bubók genyében nem volt képes kimutatni.

Ez észleletek mind a mellett szólnak, hogy azonos fertőző anyag (genykeltők) a közbejátszó vegyi anyag természete szerint teljesen elütő kórképet tudnak produkálni.

Nem elegendő tehát kezeinket csak bakteriummentessé tenni, de szükséges, hogy minden hozzá tapadó piszoktól, chemiai anyagtól is megszabadítsuk. Igaz, hogy a kéz tisztaságának ellenőrzésére legalkalmasabb a bakteriologiai controll, melyet ő minden sebésznek ajánl, rendszeresen keresztülvive azt.

A kéz tisztasága képezi a következő nagy fejezet tárgyát. Elveti a chemikus desinfectiot, mely nemcsak költséges, hosszadalmas, de megbizhatatlan is. A fő mechanikus segédeszközt a kefe képezi. De arra, hogy az az asepsis követelményeinek megfeleljen, minden műtéthez legalább is egy óráig kellene minden kefét kifőzni, mert egyszeri mosakodás után az mindig tele van bakteriumokkal, a kefe szőreire, a lyukakba tapadva. Sublimatban való tartás illusorius, a mint arról a legegyszerübb bakteriologiai controll meggyőzhet mindenkit. A főzést azonban egy-egy óráig kefe ki nem birja, eltekintve a költségektől. De még gondos, Fürbringer szerint való mosakodásnál is csak az tudja kezét biztosan sterilizálni, a ki erre speciell begyakorolta magát. A chemiai anyagok pedig még a controllt is illusoriussá teszik; a bakteriummal átoltott sublimat ugyanis táptalajon megakadályozza a bakterium fejlődését, nem így a sebben; teljes elölésre ugyanis az 5—10 percznyi sublimatbehatás a bakteriumot csak gyengíti, míg a szövetnedv a sublimattal higany-albuminatot képezve, a bakteriumot felszabadítja, s így a bakteriologice steril kéz mégis fertőzhet, nem számítva a bőr mélyében levő bakteriumokat, melyeknek eliminálása nem sikerül semmi segédeszközzel.

Ezért a bőrt csakis mechanikus úton lehet tisztitani. Az eljárás következő követelményeknek kell hogy megfeleljen:

1. Aseptikus, tisztán mechanikus eszközökkel dolgozhatunk csak.
2. Az öblítő víznek is sterilnek kell lennie.
3. A zsír oldására a szappannak ammoniacalisnak kell lennie.
4. Oly alkatrészszel kell birnia, mely a zsírokat emulgeálja.
5. Oly aseptikus bevonó anyagot kell tartalmaznia, mely a bőrtüszőket elzárva, semmiféle szövetnedvben nem oldódik.
6. Ne legyen a bőrre ártalmas.
7. Az egész eljárásnak egy aktusban kell megtörténnie.

Mind e követelményeknek megfelel márványszappana. Hogy ez tényleg igy van, arról ő hetenként meggyőződik bakteriologikus controll segélyével, melyet minden sebésznek melegen ajánl.

A kéz tisztántartására ajánlja, hogy minden műtét után sterilizálja kezét a műtő, igy eltávolitván kezéről a septikus anyagot. Nem hive annak, s practice keresztülvihetetlen is, hogy bizonyos napokon csak aseptikus operatiokat végezzünk. Ha kezünkön csak egy bakterium maradt előző napról, ez 24 óra alatt csak elszaporodhatik, míg a septikus műtét után képesek vagyunk kezünket biztosan aseptikussá tenni. Ha még ezenkivül az újabb műtét előtt, vagy kötésváltás előtt újra aseptikussá teszszük kezünket, biztosan tiszta az.

Az operatios területet ép igy látja el. Szerinte a hajakat, szájat, vaginát, rectumot is kitünően lehet e szappannal mosni. Hajas területet szappanmosás után még aethylchlorid-aether-chloroform-keverékkel mos le.

A levegő-infectioról kisérleti adatokkal számol be. Czélszerűnek tartja forró gőzökkel a levegőt vízzel telíteni, mikor is a nedves porszemek lecsapódnak a földre, melyet sublimattal mosat fel műtét előtt.

A catgutot teljesen elveti, mert ha sikerül is a bakteriumokat kiküszöbölni, a bélből származó toxinok maguk is képesek genyedést kelteni, a mi elsülyesztett varratoknál sokszor életveszélyessé vált már.

A második főrészben a sebek magatartásáról számol be s azon tényezőkről, melyek erre befolyással vannak. Annyira részletes e fejezet, hogy daczára annak, hogy a gyakorlati sebészre ép ez bir legtöbb érdekkel, teljes kivonatolásától el kell tekintenünk, annyival is inkább, mert a beosztása nagyon rendszertelen és át nem tekinthető.

A prima gyógyulás létrejötte s annak histologiája annyira ismeretes, hogy azzal kevésbbé foglalkozik. Figyelmét főleg a per secundam való gyógyulásra, a sarjképződésre irányitja.

Nem tiszta sebnél az első napokban fibrinből álló csapadékot látunk a sebalapon. Egészséges egyéneknél a szövetekben képződő fibrinolytikus fermentum e csapadékot feloldja, 2—3 nap alatt a seb feltisztul. Nem igy áll ez oly egyéneknél, kiknél általános betegségek, főleg lues stb. van jelen; ezeknél a sebek sehogy sem akarnak feltisztulni. Ha most szappannal kezeljük e lepedéket, az néhány nap alatt feltisztul, alapján látjuk a tiszta, egészséges sarjakat.

A sebeknél 3 dologra kell tekintenünk:

1. A secretiora; 2. az edényződésre; 3. a granulatiokra. Túlságos sarjadzásnál a váladék sűrű, genyes, itt a szövet újdonképzés túlságos, a felesleges sejtek lelőkődnek. A sarjfelület izgatásánál (jodoform) a secretum túl híg, serosus, a granulatiok világosak, puhák. Híg s bő a váladék pyocyaneus infectionál.

2. Az edényképpződésre is nagy befolyással vannak általános megbetegedések. Haemophiliánál vékonyfalú, vérzékeny edényeket látunk; luesnél elzsirosodást, viaszos granulatiokat látunk sok fibrin-csapadékkal; nephritisnél, szivbajnál oedemás, halvány sarjakat; ép igy jodoform alkalmazással képesek vagyunk az edényződést hátráltatni s a seb begyógyulását tetszés szerinti időig megakadályozni.

3. A reparativ folyamatra nézve is sok körülmény van befolyással. A granulatiok histogenesisét illetőleg a Virchow és Cohnheim-féle nézet között áthidaló állást foglal el. Klebssel úgy képzeli a dolgot, hogy a leucocytákból lehasadó nucleinok képesítik csak a fix szövetelemeket, s igy mintegy termékenyitve őket, teszik alkalmassá regenerativ folyamatok létesítésére.

A regenerativ folyamatot a test sejtjei és a bakteriumok kölcsönös harczának fogja fel. A szövetelemek, illetve az intermediaer szövetnedv, a plasma szolgáltatják a bakteriumok tápanyagát. E czélból oly, a szövetekre indifferens s magában véve antiseptikus anyagot construált, melyből a szövetek és a bakteriumok activ hatására az antisepticum lehasad, s mely maga képes a bakteriumoknak tápanyagul szolgálni. Ez anyag a glutol, mely a formalinnak gelatinával való oly szerves összeköttetése, melyből csak bakterium behatásra hasad le a formalin. A bakteriumok a tápanyagukat azon helyről veszik, melyen legkönnyebben férhetnek hozzá. A sebre szórt glutolporból 1—2 nap alatt lehasad a formalin. E pörk alatt a granulatiok zavartalanul nőnek, a glutol nem irritálván őket, míg a lehasadó formalin a bakteriumokat növekvésükben megakasztja. Ezenkivül a gelatina kitünő haemostaticum, a mint azt franczia szerzők — Schleich után — megállapitották (l. aneurysma therapia).

A mi a granulatioknak gyógyszerekkel való befolyásolását illeti, következő sémát állitja fel.

Ichthyol, arg. nitr., liquor ferri sesquichlorat., chromsav, carbol meggátolják a túlságos *edényződést*.

Jodoform, liqu. alum. acet., szappanfürdők, dermatol, meleg borítások megszüntetik az atoniát és a vascularisatiot elősegitik.

Viasz, vaselin, lanolin serosus váladékot produkálnak s siettetik a seb tisztulását.

Fehérje-anyagok (serumpor), glutol-serum, formalin-gelatina sejtes váladékot eredményeznek, megsemmisitve a fibrin-csapadékot és a productiv organisatiot.

Jodkali belsőleg, higany, ungu. hydrarg. oxyd. flavi oldják a csapadékot és a torpid granulatiokat tisztitják.

Ennyit bemutatóképen a specialis rész tárgyalásaiból.

Tárgyalja ezután az ulcus cruris, furunculosis, carbunculus kezelését, a nyákhártyák kezelését indifferens anyagokkal, a méhcatarrhusokat, gonorrhoeát, prostatahypertrophiát, végül a nyirokmirigyek affectioit, mindenütt eredeti, jó megfigyelésre utaló észleletekre támaszkodva.

Csak egy pontra térek ki még bővebben: ez a kötések egyszerűsitése és olcsóbbitása a peptonpasta segélyével (l. recept). Ezt folyékony állapotban a seb körül felkenve, a sebet steril gaze-zel fedi be, s a peptonpasta-gyűrű fölé egy gaze-csikot vezet, mely szita módjára befedi a sebet szorító gazepamatot s a peptonpasta-gyűrűhöz tapad. 5—10 percz alatt a gyűrű a bőrhöz tapad s megkeményedik. A pasta a bőrt nem ingerli, meleg vízzel leoldható. Ugyane készitménynyel kezeli az ulcus crurist is, circularisan comprimálva vele az alszárt a fekély kivételével; használható könnyű tokok készitésére is schusterspanok segélyével gonitisnél stb.

A könyv végén 14 recept van közölve, az indifferens gyógyszerek, szappan, bőrcrêmek stb. elkészitési módját tárgyalva.

Manninger Vilmos dr.

Lapszemle.

Közegészségtan.

A víz bakteriologiai vizsgálatára új módszert ajánlottak *Levy* és *Bruns*. A fertőzöttségre gyanús víz 100 cm³-éhez 1 gr. konyhasót és 1 gr. peptont adva, 48 óráig 37 fokos költőkemenczében tartják és ezután ebből befecskendeznek: tengeri malacz hasűrébe 1—2 cm³-t; egereknek bőre alá 0·2—0·5 cm³-t; házinyulaknak vivőerébe 2—3 cm³-t. Ha a vízben csak igen-igen kevés virulens coli- és proteus volt is, az állatok elpusztultak s a tengeri malacz vérében coli-bacteriumot, az egerek és házi nyulak vérében pedig proteust lehetett találni. Egészségtani szempontból kifogástalan vizekben virulens coli-bacteriumot és proteust sohasem sikerült kimutatniok. (Hyg. Rundschau 1900. 5. sz.)

Filep.

Új módszer a tej zsírtartalmának pontos meghatározására. *Bonnema* a következő eljárást ajánlja: 100 gr.-os orvosságos üvegbe adunk 25 cm³-t a vizsgálandó tejből, ehhez hozzátöltünk 4 cm³ 20%-os kalilúgot és 25 cm.³ aethert. Az üveget parafadugóval elzárva, 5 perczig rázzuk és azután rövid időre hideg vizbe állitva, hozzá adunk 6 gr. tragacanthát és ismét erélyesen összerázzuk. A tragacantha magába vesz minden vizet és igy az aether a folyadék felszinéről tisztán leönthető. A zsírnak ebből az aetheres oldatából 10 cm³-t bepárolunk és maradékát lemérjük. 10 cm³ aetheres oldat épen 10 cm³ tejnek felel meg. (Hyg. Rundschau 1900. 5. sz.) *Filep.*

A levegő betegségokozó mikroorganismusainak kimutatására *Concornotti* szerint igen jó a következő eljárás: Glycerines agarból öntött Petri-csészét fedetlenül kitett a vizsgálandó levegőre és azután 24 óráig 37°-os költőkemenczében tartja. Ezután a lemezeket kevés steril párolt vízzel leöblíti s ezt a mosóvizet házinyulak nyaki vivőerébe fecskendezi. Ily módon különböző helyiségek levegőjét vizsgálta meg: a salonoktól kezdve a hajléktalanok menedékhelyéig. 46 házinyúl közül csak 14 maradt életben; az elhullottak közül 15-nek szerveiben staphylococcus pyogenes aureust, 8-nál staph. pyog. albust, 6-nál bact. colit, 2-nél Fränkel-féle diplococcust és egynél b. pyogenes foetidust talált. (Hyg. Rundschau 1900. 6. sz.) *Filep.*

Belgyógyászat.

A nyirkmirigyek gümőkórja főkép gyermekek közt igen elterjedt baj gyanánt általánosan ismert. 70—90%-nak veszik az egyes statistikai adatok az első decenniumban levő gyermekeknél e betegség gyakoriságát és ez annál figyelemre méltóbb, mivel tudjuk, hogy nem egyszer a nyirkmirigyek képezik a később oly pusztító betegségek kapuit. Ezért tartja oly fontosnak *Noorden* minden lehető segédeszközzel a nyirkmirigyek gümőkórjának *korai diagnosisát* felállitani. A próbaexcisiok mellett teljes jogosultságot biztosit e czélra a tuberculin-injectioknak is főkép azon esetekben, midőn 1. idült hyperplasiás nyirkmirigytúltengések tuberculosis kisérő jelenségei nélkül állanak fenn, a miáltal a kórjelzés és igy a radikalis beavatkozás is késedelmet szenved; 2. ha differential diagnosis jön szóba egyéb localis képződményekkel szemben (pl. atheromák, subcutan dermoidák a nyakon, *Hodgkin*-kór, pseudoleukaemiás nyirkmirigytuberculosis stb.); 3. ha scrophulás gyermekeknél roboráló eljárásra megnagyobbodott nyirkmirigyek nem fejlődnek vissza, sőt fájdalmasak lesznek; 4. ha az orvosnak ezen meggyőző eljárásra van szüksége, a betegnek vagy környezetének esetleges közönyössége esetén. Ha a kórjelzés meg van állapitva, úgy az operativ beavatkozás sürgősen javalt, feltéve, hogy a gyermek a csecsemőkorán túl van és testi gyengeség nem szól a kiirtás elhalasztása mellett. Az operatio tehát prophylactikus természetű, a mennyiben az összefüggés a nyirkmirigy és a tüdőgümőkór közt statistikailag beigazolt tapasztalat; ennélfogva az operatio elmulasztása egyrészt későbbi sorvasztó betegséggel jár az illetőre, másrészt pedig kiszámithatlan kárral embertársaira nézve. (Münchener med. Wochenschr. 1900. 4. szám.)

Hönig Izsó dr.

A gelatina vérzéscsillapitó hatását próbálta ki *Kehr* úgynevezett cholaemiás vérzések esetén, melyek ikterikusokon végrehajtott sebészi beavatkozások után olykor fellépni szoktak. Epekövek miatt operált három betegénél (470 közül) alkalmazta a Lunceraux ajánlotta subcutan gelatininjectiot 2%-os oldatban, mire a vérzés azonnal csökkent és

csakhamar teljesen megszünt. 10 gr. fehér gelatinát feloldott 500 cm³ 0·7%-os Na Cl-oldatban és ebből 200 cm³-t (38° C.-ra melegitve) az asepsis szabályai szerint a czomb vagy a mell bőre alá fecskendezett. Kellemetlen melléktüneteket (fájdalmat, lázt stb.) sohasem észlelt. Mind a három esetének az a benyomása támadt, hogy a gelatina-injectio tényleg használt; noha ez a három eset még nem eléggé bizonyító, mindenesetre azonban már ebből is következik, hogy a szer kipróbálása az annyira retteget cholaemiás vérzések esetén jogosult. Esetleg oly ikterikusoknál, a kik operálandók és már előbb vérzésekben szenvedtek, a gelatina-injectio már a műtét megkezdése előtt prophylaktice is alkalmazásba vehető volna. (Münch. med. Woch. 1900. 6. sz.)

Hönig Izsó dr.

Sebészet.

Csipőresectio némely esetében a mellső útat a hátsónál előnyösebbnek találta *Rochet*. A resectiokat coxitis tuberculosa eseteiben hajtotta végre. A bőrmetszést Schede szerint végezte, de nem a sartorius és psoas, hanem a sartorius és tensor fasciae latae s a psoas és rectus femoris közt hatolt be. A műtét nehezebben hajtható végre, mint ha hátulról igyekszünk a csípőizülethez jutni, de jobb functionalis eredményt ad, mert erős és helyes irányban létrejövő ankylosisnak képződését előmozditja, továbbá utólagos infectio kevésbbé jöhet létre, mint hátul elhelyezett sebnél. Főelőnye, hogy nem állhat elő a czombcsont oly nagyfokú hátrafelé való luxatioja, a milyen hátsó resectioknál elő szokott fordulni. Hátránya, hogy a sebváladék kevésbbé ürülhet ki, azonban ezen egy hátsó ellennyilással könnyen segíthetünk. Hat esetében a műtéttől nagyon jó eredményt látott. (Revue de chirurgie, 1900. 4. füzet.)

Pólya Jenő dr.

A typhloappendicularis eredetű intra- és perihepatikus tályogokról értekezik *Loison* egy eset kapcsán. A májtályog és subphrenikus abscessus elég ritka complicatioja az appendicitisnek. *Reginald Fitz* 257 appendicitis esete közül 11-ben volt pylephlebitis és hepatitis suppurativa; *Langheldt* 112 appendicitis sectio esetében 4 pylephlebitist és thrombosist, 4 májtályogot és 2 perihepatitist talált; Einhorn 100 appendicitis-autopsia közül 6-ban talált genyes complicatiokat a májban, Cally 200 appendicitis-eset közül 2 májtályogot s 1 subphrenikus abscessust talált. A májtályogok száma és nagysága az egyes esetekben igen különféle volt, határozott typust nem mutat. A máj infectioja az epeutak révén is történhetik (*Pilliet* és *Gosset* esete), többnyire azonban a vérpályák, vagy az arteria vagy vena portae révén jő létre; paratyphlitisek esetén a nyirokutak vagy a retroperitonealis sejtszövet útján jöhet létre perihepatikus tályog; végre peritonealis úton, a colon ascendens belső oldalán levő barázdában is sülyedhet a geny a bursa omentalis felé (Körte, Robinson). A májtályogok létrejöttében szerző a máj csökkent resistentiájának (torpeur du foie) lényeges szerepet tulajdonit, melyet angol szerzők különösen a tropikus májtályogok keletkezésének aetiologikus momentumaként szerepeltetnek. Bakteriologice streptococcust, staphylococcus aureust, bakterium colit és nehány faj anaërob, büzös culturákat adó mikroorganismust tudott esetében a májtályog genyében kimutatni. A májtályog diagnosisában nagy segítségére volt szerzőnek a Röntgen-sugarakkal való átvilágitás, mely a rekesz kupolájának magasra való feltolását és a sinus diaphragmatico-costalisnak eltünését mutatta ki. A májtályog kezelése sebészi beavatkozást tesz szükségessé, mely másféle májtályogokétól nem különbözik; fontos azonban az eredeti kóros gócz, az appendicitis kezelése. Az appendicularis eredetű májtályogok miatt végzett műtéti beavatkozások közül eddig csak *Körte* és szerző esete járt sikerrel; hasonló származású subphrenikus tályognak *Robinson* által műtett három esete meggyógyult. (Revue de chirurgie, 1900. 4. füzet.)

Pólya Jenő dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Az appendicitisről mint a terhesség és szülés complicatiojáról értekezik *René König* (Bern) 4 eset részletes ismertetése kapcsán. Az első esetken abortus után vették fel a rendkivül súlyos állapotban levő beteget. Az uterus mellett jobbra levő tumort meterséges abortus kapcsán kifejlődött parametritikus exsudatumnak tartva, vaginalis incisiot óhajtottak végezni, de a beteg műtét előtt hirtelen meghalt. A sectio appendicitis okozta, 100 cm³ eves folyadékot tartalmazó tályogot talált, általános peritonitis-szel.

A második esetben folyamatban levő abortussal vették fel a beteget: az alhas érzékeny, beteg láztalan. Majd láztalan állapot mellett a méhtől jobbra diffus határú tumor fejlődik. A kórkép nem tiszta, de a beteg állapotának súlyosbodásával, a „Duplicität der Fälle" elvénél fogva (ugyanakkor volt az 1. eset sectioja) appendicitisre teszik a diagnosist és laparotomiát végeznek. Műtét alkalmával peritonitis még nincsen, csak a processus vermiformison látható egy kis perforatio s e körül pár csepp geny. Resectio, hasvarrás. Műtéti nap estéjén megszületik a 23 cm.-es magzat, utána hányás, collapsus. Éjjel második laparotomia, mely már savós-genyes exsudatioval járó általános peritonititist talál; drainage. Beteg másnap este meghalt.

A harmadik beteg a terhesség VIII-dik havában szülőfájdalmakkal, de egyúttal a jobb alhasban rohamokban jelentkező heves fájdalmakkal vétetett fel. Diagnosis: perityphlitis recidivans (non perforativa). Szelek távoznak, széke 3 nap óta nincs. Harmadnap spontan szülés, Credé. Utána jó közérzet; alhas csak erősebb nyomásra érzékeny. Rákövetkező éjjel azonban mindjobban fokozódó hányás és rohamos collapsus. Has nem puffadt, de a jobb ileocoecalis tájon heves érzékenység, majd a vaginán át is tapintható diffus resistentia fejlődik. Szék és flatus rekedés. Gyomormosás a hányást megszünteti ugyan, de az állapot oly súlyos, hogy a szülést követő napon reggel 10 órakor laparotomiát végeznek. Hasmetszés Kocher szerint. A processus vermiformison kis nyilás, benne egy bélsárkő. Körülötte 100 cm³ büzös geny, s localis peritonitis. Kitakaritás, resectio, drainage. Estére általános peritonitis tünetei közt exitus. Szerző szerint ez esetben is, mint az előbbiben, a partus siettette a perforatiot.

A 4-dik esetben sikerült a beteg megmentése. Ez 26 éves OP. nő volt, ki 20 éves kora óta 3 izben szenvedett appendicitisben. Havi baja férjhezmenetele után kimaradt, s egyidejűleg gyakran volt gyengébb, majd erősebb fájdalma, mely koronkint colica jelleget öltött. A terhesség VII-dik havában a fájdalmak mind súlyosabban lépnek fel, s az abortus megindítása czéljából vették fel a klinikára. Az uterus mellett jobbra, vele összefüggésben egy ballotáló test volt, mit eleinte extrauterin graviditas tömlőjének vettek, de utóbb a diagnosis uterus bicornisban fejlődő ikterterhességre tétetett, s felvette Müller tanár, hogy az előrement adnexum- vagy bélbetegség folytán a belek nőttek a méhre s okozzák a fájdalmakat. Tekintettel a beteg nyomorult állapotára, megindítják az abortust. Magzatviz zavaros, büzös; 39·1°-ig menő lázak. Harmadnapra megszültek az ikrek, s a hőmérsék leszáll. Spontan szék. A gyermekágy 1-ső napján jó közérzet. 2-dik nap: a has puffad, hő 38·6—40·1, pulsus 136—140, méhöblités. A 3-dik nap ismét jobb. 4-dik nap heves alhasi fájdalmak, száraz nyelv, beöntésre szelek nem távoznak, láztalan. 5-dik nap: 38·2°—42, gyors collapsus, ileocoecalis táj igen érzékeny, kis resistentia. Eves lochia. Diagnosis: puerperalis peritonitis exsudatummal. Mindjárt reggel megnyitják a hasat (Kocher); a vastagodott peritoneum átmetszése után 100 cm³ eves folyadék ürül. A tályog körül egymással és az uterussal szorosan összenőtt belek, vastagon fibrinhártyával fedve. Az uterus jobb oldalára szélesen ül egy ökölnyi tumor, minden valószinűség szerint a jobb szarv, melynek egy kis nyilásán barna eves folyadék ömlik. A processus vermiformis nem kerül elő. A hasseb provisorikus elzárása után per vaginam exstirpálta a rendkivül szakadékony uterust és függelékeit. Az egész uterus szövete el volt evesedve. A beteg meggyógyult.

Negyedik esetét szerző maga sem tartja tisztának, de mégis felveszi, hogy perforatioval járó appendicitis volt a betegség oka. Tény, hogy az anamnesis e mellett szól, de a műtét maga tulajdonképen nem az appendicitisek casuisticájába való, hanem érdekes esete a műtét útján gyógyult septikus folyamatnak: hisz proc. vermiformist nem is látott a műtő, hanem a legsúlyosabb septikus fertőzést mutató uterust távolitotta el adnexumával.

Esetei kapcsán König az irodalomnak körülbelül 100 idevágó esete felett szemlét tartva, azok álláspontjára helyezkedik, kik a terhesség mesterséges megszakítását appendicitis mellett nemcsak javaltnak nem látják, de sőt rendkivül veszélyesnek tartják. Exspectatio, szükség esetében (szerző szerint mielőbb) laparotomia s az appendicitisnek operativ gyógyitása szükséges, tekintet nélkül a terhességre. (Beitr. zur Geb. u. Gyn. III. kötet, 1. füzet.)

Bäcker.

Kisebb közlemények az orvosgyakorlatra.

Malaria 208 esetében használta *Riskin* a methylenkéket, melyből naponként háromszor adott 10—30 centigrammot pulv. nuc. moschat.-val keverve. A 208 beteg közül csak 6-nál nem mutatkozott eredmény. A lázrohamok az esetek túlnyomó többségében már az első három nap alatt megszüntek. Kellemetlen melléktünetek vagy nem jelentkeznek, vagy múló természetűek, ha vegytiszta methylenkéket használunk és nem adjuk üres gyomor mellett. A lázrohamok megszünése után czélszerű még 5—6 napon át továbbszedetni a szert. A betegeket a vizelet és bélsár kék szinére előre kell figyelmeztetni. (Jeshenedelink, 1899., 48—49. sz. Ref. Therapie der Gegenwart, 1900. 3. füzet.)

Nephrolithiasist már hosszabb idő óta glycerinnel gyógyit *Hermann* karlsbadi orvos. Eddig 115 esete volt, a melyek 60%-ában kedvező volt az eredmény. 30—120 gramm glycerint ad be egyszerre, egyenlő mennyiségű vízzel higitva, két étkezés közti időben. Néhány nap mulva megismételteti ezen adagot, sőt esetleg még harmadszor is adja. Kellemetlen mellékhatásokat nem észlelt; a néha előforduló főfájás és hasmenés gyorsan elmulik. A nagy ritkán előforduló haematuriát, a veseövek helyzetváltozásából magyarázza, a glycerin jó hatását pedig úgy értelmezi, hogy egy része a vesén át ürülvén ki, a húgyutakat sikamlóssá teszi, a hatás tehát tisztán mechanikai. (Med. chronicle, 1900. 1. füzet.)

Hetiszemle és vegyesek.

Budapest, 1900. május 25.

— **A főváros egészsége** a székesfővárosi statistikai hivatal kimutatása szerint az 1900-dik év 18-dik hetében (1900. május 6-dikától május 12.-ig.) következő volt: **I. Népesedési mozgalom.** Az 1900-dik év közepére kiszámitott népesség: polgári lakos 669,120, katona 16,220, összesen 685,340. Élveszületett 555 gyermek, elhalt 348 egyén, a születések tehát 107-el multák felül a halálozásokat. — Születések arányszáma: 1000 lakosra: 34·5. — Halálozások arányszáma: 1000 lakosra: 26·4, az egy éven felüli lakosságnál: 21·4, az öt éven felüli lakosságnál: 17·9. — Nevezetesebb halálokok voltak: croup 2, angina diphtheritica 3, pertussis 3, morbili 8, scarlatina 4, variola —, cholera asiat —, typhus abdominalis —, febris puerperalis 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 1, meningitis 13, apoplexia 5, ecclampsia 3, szervi szívbaj 25, pneumonia, pleuritis et catarrh. bronch. 63, tuberculosis pulmonum et phthisis 71, diarrhoea et enteritis 11, gastro-enteritis 8, rák és egyéb újképletek 14, ezek közül méhrák 4, morbus Brightii et

nephritis 10, rachitis 3, scrophulosis 3, veleszületett gyengeség és alkathiba 17, atrophia et inanitio 1, marasmus senilis 8, erőszakos halál-eset 18, ebből gyilkosság és emberölés 1, öngyilkosság 7, baleset 6, kétséges 4 (—). **II. Betegedés.** *A)* Betegforgalom a városi közkórházakban. A mult hó végén volt 2766 beteg, szaporodás e héten 870, csökkenés 838, maradt e hét végén 27 98 beteg. *B)* Hevenyragályos kórokban előfordult betegedések voltak 1900. évi május 7-dikétől május 13.-áig terjedő 19 héten a tisztifőorvosi hivatal közleményei szerint (a zárjelben levő számok a mult heti állást tüntetik fel): cholera — (—), himlő (variola) — (—), scarlatina 37 (46), diphtheria, croup 27 (22), hagymáz (typhus) 2 (4), kanyaró (morbili) 99 (48), trachoma 12 (15), vérhas (dysenteria) — (—), influenza — (—), hökhurut (pertussis) 18 (16), orbáncz (erysipelas) 17 (18), gyermekágyi láz (febr. puerp.) 3 (1), ezenfelül varicella 39 (17).

⨯ **Egyetemi alkalmaztatások.** A budapesti egyetem orvostanári karának f. é. május 22-dikén tartott IX. ülésében egyetemi alkalmazást nyertek a következők: *Doctor Károly* dr. élet- és kórvegytani tanársegéd állásában egy további évre meghagyatott. *Zirkelbach Antal* dr. II. sz. belkórodai díjazott gyakornok egy további évre meghagyatott. *Pesthy István* dr. a II. sz. kórboncztani intézethez, *Bartay János* dr. a szemkórodához, *Kiskéri Tóth Jenő* szigorló orvos a II. sz. boncztani intézethez, *Lükő Géza* V. éves orvostanhallgató az élet és kórvegytani tanszékhez díjazott gyakornokul megválasztattak. *Ranschburg Pál* dr. az elme- és idegkórtani klinikán, *Bálint Rezső* dr. az I. sz. belgyógyászati kórodán díjtalan gyakornoki állásában meghagyatott. *Polatschek Elemér* dr., *Báthory Alfréd* dr., *Unterberg Jenő* dr. az I. sz. belkórodához, *Bradách Emil* dr. a II. sz. belkórodához, *Goth Lajos* dr. a szemkórodához, *Vilt Vilmos* szigorló orvos a törvényszéki orvostani intézethez, *Szabach János* V. éves orvostanhallgató a II. boncztani intézethez díjtalan gyakornokul megválasztattak. Díjazott műtőnövendékek lettek az I. sz. sebészi műtő-intézetnél: *Rátz István* dr., *Pfann József* dr., *Pólya Jenő* dr., *Láng Sándor* dr.; a II. sz. sebészeti műtő-intézetnél: *Halka Lajos* dr., *Borszéki Károly* dr., ifj. *Genersich Antal* dr., *Róna Dezső* dr.; díjazatlan műtőnövendékek az I. sz. sebészi műtő-intézetnél: *Balázs Emil* dr., *Farkas Ignácz* dr., *Glücksthal Andor* dr., *Kerntler Jenő* dr., *Kóós Aurél* dr., *Kussmann Oszkár* dr., *Pesthy István* dr., *Picker Rezső* dr., *Rajzai Béla* dr.; a II. sz. sebészi műtő-intézetnél: *Kurzbacher Ödön* dr., *Hauer Ferencz* dr., *Koch Béla* dr., *Örley Ödön* dr., *Skriletz Mihály* dr., *Tempel Ferencz* dr., *Torday Béla* dr., *Unterberg Hugó* dr. Ugyanezen ülésben *Török Béla* dr. II. sz. belkórodai gyakornoknak a Wagner János-féle, *Szili Sándor* dr. műtőnek és ifj. *Elischer Gyula* dr.-nak egy-egy Schordann Zsigmond-féle utaztató ösztöndíj adományoztatott és *Raisz Sándor* dr. műtő a Kovács Sebestyén Endre-féle utazási ösztöndíjra ajánltatott.

⊕ **A Bródy Adél-féle gyermekkórház** 1899-dik évről szóló jelentéséből közöljük a következő adatokat: A gyermekkórház ágyainak száma 117, melyek közül naponta átlag csupán 63 ágy volt befektetve. A fertőző betegek számára rendelt 43 ágy csak időről időre vétetett használatba. Az elkülönítő pavillonokban szükségessé vált építkezési átalakítások miatt a fertőző betegek felvétele május havától november hó közepéig teljesen szünetelt, mely körülménynek tudható be az átlagos beteglétszám ez alacsony volta. Az elmult évben 909 fekvő beteg volt ápolás alatt és pedig a belgyógyászati osztályon 551 (ezek közül volt 75 diphtheriás és 47 skárlátos), a sebészeti osztályon 259 és a szembeteg-osztályon 99. A 909 beteg összesen 23,046 ápolási napot töltött az intézetben, melyekből egy betegre átlag 25 nap jutott. A 909 fekvő beteg közül volt 231 fizető (122 izr. és 109 más vallású) és 678 ingyenes (360 izr. és 318 más vallású). A 231 fizető beteg 4566 ápolási napot (átlag 20 nap), a 678 ingyenes beteg pedig 18,480 ápolási napot (átlag 27 nap) vett igénybe. A közös kórtermekben kezeltek 845 beteget; ezek közül 193 volt fizető (91 izr. és 102 más vallású) és 652 ingyenes (348 izr., 304 más vallású). Különszobára kisérővel 64 beteg vétetett fel; ezek közül volt 38 fizető (31 izr., 7 más vallású) és 26 ingyenes (12 izr. és 14 más vallású). A 64 különszobás összesen 607 napot töltött a kórházban. A 909 kórházi beteg közt volt nemre nézve 466 fiú és 443 leány; korra nézve 39 egy éven aluli, 196 1 évtől 3 évig, 339 3—7 évig, 172 7—10 évig, és 163 10—14 évig. Ezen 909 fekvő beteg közt volt 528 budapesti, 381 vidéki, illetőleg idegen.

Összesen 96 haláleset fordult elő, a mi 10·5%-nak felel meg. Ezek közül 18 haldokolva hozatott, tehát a halálozás 8·6%, mely elég kedvezőnek mondható.

Kórbonczolás 45 esetben történt. Ezek közül 20 esetben *Preisz Hugó* dr. m. kir. állatorvosi főiskolai tanár úr végezte a bonczolást, a többi 23 esetben pedig magunk végeztük azt.

Az elmult évben kórházunk nyilvános rendelésein 9139 bejáró beteg kezeltetett. A 9139 bejáró beteg közül a belgyógyászati osztályon megfordult 6158, a sebészeti osztályon 1058, a szembeteg-osztályon pedig 1473 beteg. Ezen betegeknél végzett rendelések száma a következő volt: belgyógyászati rendelés 12,685, sebészeti rendelés 11,929, szembetegrendelés 13,906. Az összes rendelések száma 38,530 és így átlag egy napra 106 ambulans beteg jut. A 9139 ambulans beteg közül volt 7534 budapesti és 1605 vidéki, az ország különféle részeiből. Himlő elleni védőoltásban részesült 262 gyermek. Az orvosi segélyt kórházunkban igénybe vett gyermekek száma az 1899-dik évben tehát a következő: ambulans beteg: 9139; fekvő beteg: 909; himlőoltás: 263; összesen: 10,311. A belgyógyászati osztályon 6158 bejáró és 551 fekvő beteg kezeltetett, összesen tehát 6709 beteg. A sebészeti osztályon 1508 bejáró és 259 fekvő beteg kezeltetett, összesen tehát 1767 beteg. A sebészeti oszályon végzett műtétek száma 752. A szembeteg-osztályon 1473 bejáró és 99 fekvő beteg fordult meg, összesen tehát 1572 beteg. A szembeteg osztályon végzett műtétek száma 98.

// **Szünidei orvosi cursus** lesz f. évi szeptember 3—15-dikéig bezárólag. A cursus, mely a budapesti klinikákon és kórházakban kiváló szakerők közreműködésével tartatik meg, beirató díja 50 korona, mely összeget f. é. augusztus 20-dikáig kell a titkárhoz, *Schaffer Károly* dr. egyet. tanárhoz (IV., Váczi-utcza 66.) beküldeni. A cursus tervezetét a napokban küldték szét az ország összes orvosainak; a ki tévedésből nem kapta volna meg, forduljon a titkárhoz.

○ **Orvosi jubileum.** *Singer Henrik* dr., a miskolczi közkórház igazgató főorvosa f. hó 17-dikén töltötte be kórházi működésének 25-dik évét. Ugy a város előkelőségei, mint a kórházi s megyei orvosok szép ovatioban részesitették ez alkalomból a népszerű igazgatót. A kórház díszbe öltözött s ünnepi beszédek kiséretében ezüst pálmaágat s ezüst koszorút nyújtottak a jubilansnak. Az orvosi kar nevében *Szántó Bertalan* dr. és *Sidlauer Ármin* dr., a gyógyszerészek részéről pedig *Balogh József* dr. mondtak beszédeket. Az üdvözlés után fényes lakoma volt, hol számos felköszöntőben méltatták a jubilans érdemeit

⊥ **Okleveleiket bemutatták** a fő- és székváros tisztiorvosi hivatalánál *márczius* hóban: *Bradách Emil* dr., *Markovics Lázár* dr., *Róth Róbert* dr., *Dietzl Ferencz* dr., *Pity Sándor* dr., *Janovics Bertalan* dr. és 7 szülésznő; *április* hóban: *Galleyo Ede* dr., *Haas Simon* dr., *Fábián Béla* dr., *Unterberg Jenő* dr., *Weiner Emil* dr.

= **A krakkói egyetem 500 éves jubileumát** junius első felében fogja tartani. Ez alkalommal tiszteletbeli orvosdoktori oklevelet adnak *Bacelli* dr. olasz közoktatásügyi ministernek, *Roux Emil*-nek és *Virchow*-nak, nálunk *Eötvös Loránd* bárónak, mint a Magyar Tud. Akadémia elnökének. A budapesti egyetemet az ünnepélyen *ponori Tewrewk Emil* dr. e. i. rektor magnificus fogja képviselni.

— **Az orvosok évi jövedelme Amerikában** a *New-York Medical Record* szerint nagyobb városokban egyre-másra 2000 dollárra (8000 korona), kisebb városokban 1500 dollára (6000 korona), a falvakban 1200 dollárra (4800 korona) tehető.

‖ **Fátyol Dezső** dr. zsolczai körorvost Borsod vármegye főispánja a mezőcsáthi járás tiszti orvosává kinevezte.

— **Fleischer Elemér** dr. fogorvos f. év május hó elejétől IV. ker., Klotild-palotába tette át lakását.

± **Fürdőorvosok.** *Jármay László* dr. Tátrafüreden, *Gáger Károly* dr. kir. tanácsos Bad-Gasteinban, *Fornet Elemér* dr. volt belklinikai I. tanársegéd Marienbadban, *Gámán Béla* dr. Rohitschon fürdőorvosi gyakorlatukat ismét megkezdették.

⦶ **Az egyetemi II. szül. és nőgyógy. klinikával kapcsolatos szülészeti poliklinikum** segélyét április hóban 133 esetben vették igénybe; műtét 69 végeztetett. Gyermekágyasok látogatásának száma 246 volt. Az esetek évi folyó száma 578.

— **A budapesti Császárfürdőben** 1900. január 1-jétől április 30-dikáig 200 személy lakott és 70,693 személy fürdött.

† **Elhunyt:** *Apostoli G.* dr. Párisban, ki *Trippier*-vel együtt az elektrotherapiát a gynaecologiában meghonosította. Ő volt alapítója Párisban a „Société d'Electrothérapie"-nek.

⊕ **Megjelent.** *Turnowszky Mór* dr. egyleti titkártól: *Visszapillantás tíz egyleti évre.* A marostordavármegyei orvosgyógyszerész-egylet 10 éves működését ismerteti. Az egyletben ez idő alatt 37 tudományos felolvasást és számos betegbemutatást és különböző currens közegészségi és orvosrendészeti ügyben több eszmecserét tartottak. Az egyletnek 41 tagja van. — *Goldzieher V.* tanártól: Therapie der Augenkrankheiten etc. 2-dik teljesen átdolgozott kiadás. Zweite Hälfte. Leipzig. Verlag von Veit et Comp. 1900.

—r. **Inselbad Paderborn,** a hires sanatorium, gyönyörű fekvése és kitünő, páratlan gyógyberendezése miatt minden üdülést kereső figyelmét méltán megérdemli; 30 holdnyi nagy védett parkja és fedett lugosai minden időben kellemes tartózkodási helyet nyujtanak. A berendezés vízgyógymód használatára, gyógygymnastika, elektromosság, homok, iszap és szénsavas fürdők, belégzések és pneumatotherapia, két év óta újonnan berendezett nagy nyitott uszó medencze egészitik ki a gyógyeljárásokat, elektromos fény és kiváló szellőztető készülékek pedig a tartózkodás kellemességét növelik. Igy ideg- és mindennemű idült bántalmak, mint asthma, légzési bajok stb. itt rendkívül gyorsan és gyökeresen meggyógyulnak. Kimerítő prospectust ingyen küld az igazgatóság.

Szt.-Lukácsfürdő
gyógyfürdő
Budapesten.

Nagy kénes iszapfürdő, melynek 520 □-méter nagyságú természetes forrásmedenczéiben az ásványvíz naponkint négyszer megújul, **locális iszapborogatások.** Minden nemű gyógy- és üdítő-fürdők. Kitünő szállodák. Vendéglő saját üzemben. Olcsó árak. A fürdő főorvosa: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos. Prospectust ingyen küld az igazgatóság

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

Dr. Sarbó Arthur egyetemi magántanár (V., Arany János-u. 10.) intézete a compenzáló gyakorlati gyógymód keresztülvitelére (Dr. Frenkel-féle módszer, tabeses ataxiák gyógyítására) a dr. Grünwald-féle sanatoriumban (VII., Városligeti fasor 13—15).

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK ÉS EGYESÜLETEK.

Tartalom: Budapesti kir. orvosegyesület. (XX. rendes ülés 1900. május 12-dikén.) 325. l. — A X. magyar balneologiai congressus. (1900. április 29-dikén és 30-dikán.) 327. l.

Budapesti királyi orvosegyesület.

(XX. rendes ülés 1900. május 12-dikén.)

Elnök: **Genersich Antal**; jegyző: **Dieballa Géza.**

(Vége.)

A bábaképzés reformja.

Hoffmann Péter: Előadó kiindulva Tauffer tanár kormánybiztossá kinevezéséből, a mely a *bábaképzés fejlesztése czéljából* történt, bevezetésül elmond egyet-mást a külföldi viszonyokról; különösen ismerteti a német viszonyokat, melyek a legjobban hasonlítanak a miéinkhez.

Németországban a puerperalis megbetegedéseknek a nagy praxisban észlelt szomorú arányszáma a bábakérdést oda fejlesztette, hogy ott ma a mutatkozó bajok sanálására a teendőket a következő három pontban foglalták össze:

1. a meglevő 5—6 hónapos bábatanfolyamok 9 hónapra való meghosszabbitása;
2. a bábatanfolyamokra felveendők megrostálása és
3. a bábák anyagi viszonyainak megjavítása törvényhatósági úton, vagy legalább is a díjszabásilag megállapított díjak felemelése.

Azután áttér a mi viszonyainkra, a melyeknek az illustrálása czéljából ismerteti a Tauffer-féle 1899-diki — a bábaviszonyainkról szóló — memorandumát. Kiemeli a következőket: Tauffer tanár memoranduma abból indul ki, hogy mily nagy az országban a halva szülöttek és az első életévben elhaltak száma, és a baj kútforrásaként odaállítja, hogy az ország 9117 községe, illetve annak 5.811,778 lakója nélkülözi a képzett bába segítségét; azonban konstatálja, hogy *az ország 9117 községének okl. bábahiánya mellett egyes városaink és egyes vidékeink túl vannak zsúfo'va bábákkal.* A képzett bábákban való hiány több úgynevezett *gazdag megyében* (Somogy, Baranya, Zala, Vas, Veszprém) ép úgy grassál, mint Árvában, Liptóban, azon különbséggel, hogy ama gazdag megyékben a czédulás bábák intézménye virágzik; ezek közül — kevesen — 3 hónapos cursusokban képesíttettek (Ungvárt 1891—1896-ig, Szegzárdon 1897 óta), más részük Pécsett és Kaposvárt a közkórházban nyert 6 hetes cursusokban oktatást, de túlnyomó részük minden képzés nélküli czédulás parasztbába. *Ezen czédulás bábaintézmény Tauffer tanár véleménye szerint nem vált be eddigi kezelésében,* azért Tauffer tanár szükségesnek látja, hogy a képezett bábát nélkülöző ama 9117 községben a bábahiány nagy baján azzal segitsen, hogy *újolag 4000 czédulás bábát* kiván nevelni, *6 hetes cursusokban,* mert jelenlegi rendes iskoláink a mutatkozó hiányt véleménye szerint csak 15 év alatt volnának képesek fedezni, és mert népünknek csak a saját fajtájabeli szomszédasszonyához van bizalma.

Ezen cursusok életbeléptetésére szól tehát Tauffer tanár kormánybiztosi kineveztetése.

Előadó ezek után elmondja, mily elbirálásban részesült a Tauffer-féle reformtervezet még 1899-ben Szabadkán a vándorülésen, a hol különösen *Szabó Dénes* tanár kelt ki élesen a 6 hetes cursusokban kiképezni szándékolt czédulás bábák ellen, hivatkozván azon csekély eredményre, a melyet 5 hónap alatt képes elérni irni s olvasni tudó tanulóival, valamint elmondja, mint érvelt ismét főképen *Szabó* tanár 1900. januárjában azon az enquêten, a melyet a kultusministeriumban hívtak össze.

A 6 hetes cursusokban való képzési mód lehetőségét amaz enquêten a szakférfiak (2 kivételével) tagadták, még Tanárky is, a ki jelenleg a szegzárdi 3 hónapos czédulás cursusokat vezeti.

Előadó most már tovább haladván előadásában, az itt elmondottak kapcsán tagadja, hogy egyáltalában szükségünk volna *ily fajta* reformra s hivatkozik magára Tauffer tanárra, a ki 1891-ben 5773 hivatalosan kimutatott okleveles bábánk mellett 8831 okl. bábával igérte sanálhatni a viszonyokat. Ezt a számot Tauffer tanár akkor rendes bábaiskoláinknak a gyarapitása által akarta elérni és a rendes 5 hónapos képzés mellett legfeljebb az ungvári iskola mintájára *3 hónapos képzési idő alatt nevelt* czédulás bábákat vélt megengedhetőknek. Azóta rendes iskoláink száma tényleg 3-mal gyarapodott, a pécsi iskolát már-már életbeléptetik és oda jutottunk, hogy ma (az 1898-diki statistikai évkönyv szerint) mar 8878 hivatalosan kimutatott okl. bábánk van — pedig ez a kimutatás a *tényleges* számon alul maradt —, nem számitva azokat a cursusokban képzett czédulás bábáinkat, a kik már eddig is neveltettek (3 hónapos cursusokban 1891—1896-ig Ungvárt, 1897 óta Szegzárdon; 6 hetes cursusokban 1891 óta Pécsett és Kaposvárt). Ha utóbbiakkal is számolunk — Tauffer tanár számításából ezek csodálatosan kimaradtak —, *legalább* is elértük, ha ugyan már el nem hagytuk ama **9831** számot, a melyet Tauffer tanár maga megállapitott.

Hozzáláthatnánk tehát ahhoz, hogy szinte Tauffer tanár 1891-diki propositioja értelmében a *közbábaság* intézményét tényleg keresztül vigyük, *oly módon, hogy komolyan reászánjuk magunkat az elkerülhetetlen pénzáldozatra, a mely nélkül ilyen reformot keresztül vinni nem lehet.* Mert előadó véleménye szerint mindjárt megszünnék ama 9117 községben feltüntetett bábahiány, ha azokat körökké alakitva, biztositanák azokban a körbába megélhetését.

Akkor a városokban (mint *mosónő* s efféle) nyomorgó és fölös számban tengődő okl. bábáink igenis kimennének a körökbe édes-örömest, mert téves az a felfogás, hogy a népnek nincs bizalma az okl. „úri" (?) bábához.

Ha igy rendezve viszonyainkat, még mutatkoznék hiány, emeljünk még két rendes bábaiskolát (Pécs, Kassa), s ilyformán el fognánk érkezni ahhoz az időponthoz, hogy a már meglevő czédulás bábákat oklevelesekkel kiszoritva, a mostani rendes képzésünk meghosszabbitására gondolhatnánk.

Senki sem akarja kétségbe vonni a 9117 községünkben kimutatott bábahiányból származó bajokat. De azokon a bajokon ama 4000 6 hetes cursusban képzett czédulás bába nem fog segiteni, *csak nagyobb lesz az emberáldozat, mit anyákban fizetünk;* nem tekintve a sérelmet, mit ezekkel az okl. bábáinkon ejtenénk s nem tekintve azt, mily következményekkel járna rendes bábaképzésünkre, ha látnák, hogy 6 hét alatt kevesebb áldozattal is lehet valaki bába.

S itt előadó reámutat arra a veszedelemre, a melyet ilyen 6 hetes képtelen s hiányos oktatás után czédulát nyert bába a gyakorlatban jelentene.

Mert mi legyen az, a mit 6 hét alatt azokba az irni-olvasni nem tudó asszonyokba bele kellverni?

Erre nincs semmi direktiva! Nincs semmi vezérfonál. Hisz a rendes bábaiskolákban is 5 hónap alatt csak a legszükségesebbet lehet tanitani!

S hogy fognak egyszerre szülészeti tananyagot teremteni azokban a cursusok megtartására kiszemelt vidéki kórházakban, a melyekben eddig szülészeti osztályok nincsenek?

S kik fognak ezekben a cursusokban tanitani? A kórházi osztályorvosok, a kik nem szülészek, s ilyen dolgokkal soha sem foglalkoztak?

Mindezek s még egyéb elmondott okok miatt előadó elutasitja a Tauffer tanár által kezdeményezett reformot, a mely csak árthatna a közoktatásügyi ministerium védelmében örvendetes fejlődésnek indult bábaképzésnek, és odakonkludál, hogy állitsuk fel a tervbe vett pécsi és kassai rendes iskolákat, utasitsuk a meglevő tanintézeteket több tanuló felvételére, de szoritsuk ugyanakkor a belügyi kormány útján a közigazgatást az ügy anyagi oldalának a rendezésére.

Eszmecsere a bábaképzés reformjáról tartott előadás felett.

Tauffer Vilmos: T. Orvosegyesület! Mindenekelőtt üdvözlöm a fiatal előadó urat e munkatéren, annál is inkább, mert kiindulási pontjában mintegy saját törekvéseimet látom megújulva. Épen most 23 éve annak, hogy kedvező sorsom húzamos időre Freiburgba (Badenben) helyezett és igy alkalmam volt az előadó úr által is idealisnak odaállitott Rajna vidékén a bábaügyi viszonyokat közvetlenül megismerni, annál is inkább, mert Hegar tanár, kinek oldalán volt szerencsém időzni, mint a felső-rajnai kerületnek „Oberhebarzt"-ja éppen akkor foglalkozott azzal az eszmekörrel, melynek eredményét az előadó úr által is idézett hires munkájában fektette le, melyben kimutatta, hogy a gyermekágyasok halandósága Semmelweis korszakalkató felfedezése daczára maig sem változott kedvezőbbre, mint ezelőtt volt. Az előadó úr ezt a bábaviszonyokkal hozta kapcsolatba, pedig kétségtelen, hogy nem kis szerepet játszik az orvosoknak újabb idejű polypragmasiája a szülések körül, a kik az antisepsis panaceájában bizva, egész hibás alapon sokkal többet mernek, mint azelőtt.

Szivesen helyeznék magam is az előadó úr álláspontjára, a mikor hazánk bábaügyi viszonyairól szólva, a kiindulást a rajnavidéki bábaviszonyokból veszi. Vajmi boldog lenne ez az ország, ha a rajnatáji viszonyokat Bars, Hont, Zemplén vagy Árva területére tudnók áthelyezni; azokat az idealis, kulturalis és vagyoni viszonyokat, melyeket hazánk hegyei közé elképzelni jóformán lehetetlen. Ha helyesen akarunk kiindulni bábaügyünk megitélésében, ha azzal komolyan akarunk foglalkozni, a mi lehetséges, úgy nem a Rajna vidékét, hanem hazánk keleti és északi megyeinek siralmas állapotait kell fontolóra vennünk. Azt az idealis álláspontot, melyet 23 évvel ezelőtt magammal hoztam a Rajna vidékéről, az évek tapasztalása s a szakemberekkel, az élet praktikusaival való szakadatlan érintkezés már régesrégen alászállitotta és megtanultam venni az életet, úgy a mint van, és keresni a segitség módját az adott viszonyok és rendelkezésre álló eszközök mértékében.

Szivesen veszem végre az előadó úrtól azt a helyes lépést, hogy a bábaügy reformjának kérdését, ha azt megbeszélni szükségesnek látta, az Orvosegyesület illetékes foruma elé hozta, mert ha nem is mondott egyebet, mint a mit a „Magyar Szó" nevezetű napilapban már előadott, mégis legalább helyes útra tért, a hol szivesen adom meg aggodalmaira a megnyugtató felvilágositást, mert azt csak nem várhatta tőlem, hogy a nagy nyilvánosságot, a laikus közönséget bábaügyi vitával a napilapok útján mulattatni szándékozom.

Mindenekelőtt szükségesnek látszik az előadó úr egy tévedését helyreigazitani. Úgy a „Magyar Szó" hasábjain, mint itteni előadásában

is úgy tünteti fel a dolgot, hogy a bábaügy reformjának tervezete tárgyában a vall. és közokt. ministerium kebelében egy enquête tartatott, melynek czélja volt a tervezetet birálat alá venni és azt hangoztatja, hogy az ott egybegyült legilletékesebb szakemberek egyhangúlag elitélték a tervezetet s hogy ennek daczára én megmaradok elfoglalt álláspontom mellett, melynek oldalára a kormányt is megnyertem. A történelmi igazság egyszerű helyreállítása érdekében és a megtévesztett itélet helyes útra terelése érdekében is szükségesnek tartom hangsúlyozni, hogy ilyen természetű enquête, a milyenről előadó úr szólt, egyáltalában összehiva nem volt, tehát ilyen irányban nem is tárgyalhatott.

Előadó úr tévedése hamis information alapszik, mert volt ugyan a bábatanároknak egy értekezlete a ministeriumban, melynek azonban egyetlen tárgya a hivatalos bábakönyv megszerkesztésének kérdése volt és mellesleg érintette csak azon kérdést, hogy mennyiben vállalkozhatnak a bábaképző-intézetek igazgatói a másodrendű bábaképzésben résztvenni. A hivatalos bábatankönyv ügyének tárgyalása közben igenis kitért a bizottság egyik-másik tagja a bábaképzés kérdésére általában is, a nélkül azonban, hogy a kérdés maga meritumában tárgyaltatott volna. Látva az enquêtenek az incidentaliter a tárgytól eltérő eszmemenetét, az elnöklő államtitkár úrhoz azt a kérdést intéztem, hogy hajlandó-e a tárgysorozaton kívül álló bábaképzés kérdését ez alkalommal discussio tárgyává tenni, mire az elnöklő államtitkár úr határozottan kijelentette, hogy nem és igy az ott mellesleg felhozott érvelésekre sem időm, sem alkalmam nem volt válaszolni és az enquête az ügygyel a jelzett értelemben tehát egyáltalában nem foglalkozott. Nem áll tehát, hogy e kérdés a bábatanárok értekezletén le lett volna tárgyalva és igy előadó úrnak a saját állítása támogatására ilyen tekintélyes enquêtere hivatkozni nem egyéb, mint a hallgatóságnak jóhiszemű félrevezetése.

Meddő vitának tartanám, hogyha az előadó úrnak egyes aggályait, ellenvetéseit venném bonczkés alá. Többet vélek használni az ügynek, ha e helyett inkább körvonalozom azokat a teendőket, melyekre a bábaügy érdekében vállalkoztam s a mely irányban a kormánybiztosi megbizatást elfogadtam.

Az előadó úr e tárgyú régebbi dolgozataim egyikét és másikát összehasonlítva azzal a memorandummal, melyet legutóbb az orsz. közegészségügyi tanács megbizásából készítettem, ellentéteket olvas ki régebbi és újabb nézeteim és propositioim között. Hát erre csak azt válaszolhatom, hogy ha az előadó úr, úgy mint magam, 19 évi munkálkodás után vissza fog tekinteni az e tárgyban táplált véleményére, úgy nem lesz oka restelni, ha most hangoztatott nézeteivel szemben 19 év mulva egy vagy más módosulást lát felmerülni. Tudja be én nálam is az egyben, vagy másban módosult nézeteknek indokait annak, hogy az ügygyel való folytonos foglalkozás, a szakemberekkel való érintkezés és az életnek intensivebb megismerése, természetszerűen vonja maga után itéleteink módosulását.

Hogy mire vállalkoztam és mit tartok erre az országra nézve hasznosnak és szükségesnek, azt igyekezni fogok az alábbiakban előterjeszteni. Az iránt már előre megnyugtathatom az előadó urat, hogy ha egyszerűen és simplán csak azt kivánták volna tőlem, hogy egy tuczat másodrendű bábaképző-intézet felállítása érdekében házaljam végig az országot, úgy az ilyen feladatra bizonyára nem vállalkoztam volna. Más, sokkal nagyobb czél lebegett szemem előtt.

Kétségtelen, hogy az 1876 : XIV. t.-cz. oly tökéletes intézkedéseket czéloz az egészségügy állami kezelésének minden terén, hogy ha ez megvalósítva állana előttünk, úgy ez az ország egy nagyon boldog és nagyon előhaladott állami közösség lenne, a hol a népmüveltség, a közvagyonosodás hihetetlenül magasabb fokon állana, mint a hogyan azt tényleg látjuk. Alig hiszem, hogy ez az állapot hazánkban 100, sőt a felső megyék hegyei között akár 200 év mulva is megvalósulva legyen.

Ha valahol, úgy ezen a téren kell megelégednünk azzal, hogy megkezdjük a tökéletesedés munkáját, hogy igyekezünk a tökéletesedésnek első kezdetét lerakni, mert ha valaki egyszerre tökéleteset akar az egészségügy terén létesiteni, úgy meg vagyok győződve, hogy törekvése már kezdetben dugába dől. Mindig azt tapasztaltam, hogy hazánkban a boldogulásnak egyetlen módja a kicsiben való kezdés és a vaskitartással való munkálkodás az ügyeknek fejlesztésére.

Mi orvosok méltán panaszkodtunk mindig a fölött, hogy a közigazgatás az egészségügyeknek érdekében nem tud vagy nem akar kellő erélyt kifejteni. Nincsen-e tehát okunk örvendeni azon, hogy elérkeztünk végre oly időhöz, mikor a közszellem, a köztudat, elérkezett oda, hogy követeli, miszerint az ország bábaügyében valamit tenni kell. Nincs-e okunk örvendeni, hogy az illetékes forumok egész sorozatán nyilvánul az a törekvés, hogy az országos bábaügyet siralmas állapotából kiemeljük. Ennek a közvéleménynek a megteremtéséhez csekély munkálkodásommal közreműködni feladatomnak tartottam s a mikor a teendők iránti propositioim ellenzésre találtak, meggondoltsággal félreállottam, várva, hogy a puszta negation kivül mások majd positiv indítványokkal lépendnek elő az iránt, hogy mik tehát a dologban a teendők. E várakozásom azonban meddő volt, mert egyetlen egy oldalról sem jött az évek során positiv munkás, a ki a bábaügynek megjavitása érdekében a tervszerű megoldás módjait megmutatta volna. Ne vegye tehát senki rossz néven, hogy a hiábavaló várakozás után ismét felvettem a megszakitott fonalat és azokat az eszméket igyekeztem érvényre juttatni, melyeket magam a legjobbaknak tartottam. Arra a téves hiedelemre ad alkalmat előadó úrnak előadása, mintha a tervezett bábaügyi reform kellő megvitatás nélkül vitetnék át az életbe s ezért a jobb informatio érdekében bátor vagyok utalni arra, hogy az általam proponált reformokat azelőtt mintegy 16 évvel az Orvosegyesületnek puerperalis bizottsága s azután az Orvosegyesület plenuma tette magáévá, a mikor annak érdekében a kormányhoz felterjesztést intézett. Utóbb az orsz. egészségügyi tanácsnak e tárgyban kiküldött bizottsága tárgyalta memorandumomnak részleteit a legbehatóbb pontossággal úgy, hogy a mikor az orsz. egészségügyi tanács plenuma elé került, már nem pusztán mint az én propositiom, hanem mint a kiküldött bizottságnak elaboratuma szerepelt. Az orsz. egészségügyi tanács egyhangúlag tette magáévá a bábaügy reformjának ajánlott módusát s a mikor a ministerium illetékes szakosztálya, a mikor a belügyminister maga és végre a parlament szakbizottsága és corollariumképen a parlament maga beható vita után adta az ügyre sanctioját, már mégis csak nagyon túllő a czélon az előadó úr, midőn az ügyet kellőleg elő nem készitettnek tünteti fel a „Magyar Szó"-ban olvasói és itt az egyesület kebelében hallgatói előtt. Ne vegye tehát rossz néven az előadó úr, hogy véleménye, melynek nagy súlyát kisebbiteni egyáltalában nem szándékozom, a meggyőződésem szerint helyes irányról le nem térít s azt az útat követem, a mit helyesnek megismertem.

Lássuk már most, hogy mik a teendők. Szolgáljon mindenkinek megnyugtatásul, hogy először is főfeladatunk a diplomás bábaintézménynek minden rendelkezésre álló eszközökkel való fejlesztése.

1. Ezt a czélt szolgáljuk először is az által, hogy a belügyi kormány a vallás- és közokt. ministerhez intézett átiratában kijelenti, hogy már a legközelebbi év budgetje keretében hajlandó oly összeget felvenni a diplomás bábák kitanitására, mint a minő összeget stipendiumok czimén a közokt. minister évenkint felvenni szokott.

2. Máris felkérte a belügyminister a közokt. ministert, hogy a délmagyarországi érdekeket figyelembe véve, Pécsett egy rendes bábaképző-intézet felállításáról, illetőleg az ott létező másodrendű bábaképző-intézetnek rendes tanintézetté való átalakitásáról gondoskodni szíveskedjék. Mellesleg mondva, az ez irányban szükséges lépéseket a bábaügyi kormánybiztos közreműködésével a vall. és közokt. minister képviselője már initiálta is.

3. Az 1876. évi XIV. t.-cz. minden 1500 lélekkel biró községet kötelez arra, hogy községi bábát tartson, de még azt sem szabja meg imperative, hogy a községi bába diplomás legyen. A belügyministerium szakosztályával egyetértésben a bábaügy rendezésével megbizott kormánybiztos arra törekszik, hogy a községi bába tartásának kötelezettségét nemcsak az 1500 lakóval biró községekben, hanem olyan helyeken is megvalósitsák, a hol a lakosok száma 1200, sőt csak 1000 vagy még talán ezen alul álló, ha a községnek különben kedvező viszonyai között a bábatartásnak az eszközei megtalálhatók. Theoretikus értékű volna az ilyen intézkedésnek deklarálása, ha nem mérlegelnők azt, hogy a kivitel lehetséges-e vagy sem és épen ezért legnagyobb horderővel bir a belügyminiszterium azon intézkedése, hogy a hol a község a maga bábájának kitanitására a kellő anyagi eszközökkel nem rendelkezik, az ezirányú feladatokat a belügyminister a kormánybiztos rendelkezésére bocsátja, azaz ellátja azon anyagi eszközökkel, melyek által a kis községeknek diplomás bábával való ellátása is lehetővé tétetik.

4. Kétségtelen, hogy a bábaügy fejlődésének egyik alapfeltétele a bábának megélhetése a községben. Ez irányban az intézkedések szórványosan, összhang nélkül történtek és a czéltudatos és consequens keresztülvitele a bábák anyagi jutalmazásának csak pium desiderium volt. Komoly feladatát képezi a bábaügy országos rendezésének az, hogy úgy, mint azt a Somogymegyében megvalósitott példa mutatja, minden törvényhatóság megállapitsa a maga községeinek a lakosság számarányához mért lépcsőfokozatokat, melyek mindegyikében meg lesz állapitva a bábának fix évi fizetése.

5. A bábaügy rendezésének egyik alapfeltételét képezi a bábák nyilvántartása az országban. Hogy minő teljes fejetlenség uralkodott ez irányban, az legjobban kitünt akkor, a mikor néhai Markusovszky min. tanácsos és Trefort minister támogatásával először gyüjtöttem az adatokat, a melyek hivatva voltak Magyarország bábaügyi viszonyait feltüntetni. Az adatok olyan jók voltak, a milyenek a 80-as években az egészségügyet illetőleg egyáltalában kaphatók voltak. Minden ív magán hordta a megye főorvosának és alispánjának hitelesitő aláirását, de sajnos, mindnyájan tudjuk, hogy mily kevés megbizhatóságot hordottak azok az adatok magukban. Czélunk volt tehát mindenekelőtt a bábák személyi viszonyainak alapos feltüntetése az országban, mert csak az lehet helyes kiindulási pont a bábaszükségletnek felismerésében. E nélkül a nyilvántartás nélkül a bába-intézetek igen sokszor meddő munkát végeznek, mert olyan helyek számára képeznek új meg új bábát, a hol a bába fölösleg képezi az ügynek legnagyobb ellenségét.

A bábatörzskönyv a belügyministeriumban ma készen áll. Minden egyes törvényhatóságnak összes bábái névszerint és az ügy megitéléséhez szükséges kimerítő adatokkal együtt ki vannak mutatva, úgy hogy ma már nem a törvényhatóságtól kérdjük, hogy mi a teendő a területén, hanem innen a központból tudjuk megszabni feladatait és ellenőrizni a tényleg történteket. Azt, hogy a törzskönyv állandóan helyesbitve, az ország bábaügyi képét a maga valóságában tüntesse fel, garantirozza azon intézkedés, hogy az adatgyüjtés és ennek évi helyesbitése az orsz. statistikai hivatalra ruháztatott át, mely hatóságnak fegyelmi és büntető hatásköre biztositja az adatoknak pontos beérkeztét. Minden kétségen felül áll, hogy a bábatörzskönyv meglesz és a nyilvántartás a jövőben el nem alszik.

Ezek azok az intézkedések, melyeket a bábaügy országos rendezésének keretében a diplomás bába-intézménynek fejlesztése érdekében a kormánybiztos feladatakénti maga elé tűzött.

Mindezek után bátor vagyok kérdezni, hogy a higgadtan itélő láthat-e ezen eljárásban olyat, a mi a bába-intézménynek bármely részletében visszaesést jelentene.

Ezek után figyelembe kell vennünk az ország lakosságának azon

részét is, a mely 1000-nél kevesebb lelket számító községekben lakik, azt a népességet, mely a hegyek között, az anyagi és szellemi jólétnek oly alacsony fokán áll, hogy a községben még a biró tisztségére is nehezen akad irástudó ember. A ki ezeknek a községeknek viszonyait Budapestről az irósztala mellől akarja megitélni, azzal én e tárgyról nem vitatkozom. Az ilyen viszonyok megitélésére csak az illetékes, a ki kint élt a vidéken és megismerte a közigazgatásnak és egészségügynek miseriáit a maguk valóságában. Ezeken a helyeken a javulás semmiféle hatalmi szóval, vagy kormány-intézkedéssel sem érhető el. Tűzzünk ki bárminő fizetést annak a kitanult rendes bábának, az a zempléni hegyek között, a hegyvidék népénél eredményesen működni nem fog. A katrinczás parasztasszony csak a magához hasonló segitségét fogadja el és a töle idegen rá nézve mindig idegen marad. Azt a katrinczás parasztasszonyt, a kihez a nép hozzászokott, kell megtanitanunk arra, a mi a legszükségesebb, arra, hogy megmossa a kezét, arra, hogy leszokjon a babonáról.

Minden szakember egyetért abban, hogy a czédulás bábákat hazánkban nélkülözni lehetetlen; vajjon kifogásolható-e tehát az, ha arra igyekszünk, hogy azt az asszonyt, a kit népe a szokás jogán a maga bábájának elfogadott, az ő nyelvén és az ő értelméhez mérten megtanitjuk a legszükségesebbre, megtanitjuk arra, hogy a gátrepedést szenvedett gyermekágyas sebére marhatrágyát borítani ártalmas, s hogy a lázas gyermekágyasnak a vizelettel való itatása nem hoz javulást.

Vajjon van-e valaki, a ki tagadhatja, hogy nevelő hatással, a jövőnek előkészítő jelentőségével bir az, ha rászoktatjuk a népet, hogy a bába egy hatóságilag alkalmazott személy, a kinek működése bizonyos előképzettséghez van kötve, a kinek működése bizonyos hatósági felügyelet alatt áll. Lehetetlen elzárkózni az elől, hogy ez a jövő fejlődésnek a legelső lépése, melyből akkor, a mikor a népműveltség és a népvagyonosodás előrehaladt, a hovatovább tökéletesedő s végre rendes tanfolyamot végzett bába fog kikerülni.

Ezeknek a már functioban levő parasztbábáknak kitanitásáról, a czédulás bábaintézménynek tökéletesitéséről van akkor szó, a mikor a másodrendű bábaképző intézetek felállitása intendáltatik. Nem valami új, hanem a törvényképen statuált intézménynek czélszerübb keresztülvitele az, a mi szemeim előtt lebeg. Nagy elfogultság szükséges ahhoz, hogy az intézménynek ilyen ismertetése mellett is valaki még ellenzője lehessen intentioimnak.

Ma az látszik a legfontosabb ellenvetésnek, hogy a másodrendű bábaképző-intézetből nyert képesités alapján egy és más helyen az alacsonyabb rendű bába veszélyeztetni fogja a rendes diplomás bábának az existentiáját. Megnyugtatására e felfogásnak óhajtom hangoztatni, hogy a másodrendű bábaképző-intézetben kiállitott licentia csak és kizárólag arra az egy községre ad gyakorlatra jogositványt, a honnan a bába kikerült és a mely község részére kiképeztetett, tehát szó sem lehet arról, hogy bárhol is a másodrendű képzettségű bába a rendes bábának concurrentiát csinálhasson.

S ha igy végig tekintettünk a közvetlenül megvalósitható teendőkön, talán megbocsátja nekem a t. Orvosegyesület, hogy egy kissé optimistice a jövőbe is tekintsek. Ismert dolog az, hogy a mi az egészségügyek érdekében az állami budgetbe egyszer belekerült, az többé ott meg nem szünik; a mit az egészségügyiekre az állam egy évben áldoz, azt a jövőben attól meg nem vonja. Ha ez igy van, úgy nem látszik egészen utopistikus reménynek, hogy majd egykoron, a mikor a másodrendű bábaképző-intézetek czéljaiknak az országban mindenütt megfeleltek, az egész ország minden községe el lesz látva bákákkal, ezen a czimen egy magasabb óhajtás eszköze lesz megadva, t. i. az, hogy országszerte ismétlő-cursusok tartathassanak bábák részére úgy, mint az a civilizált nyugaton már mindenütt meghonositva van. Ugyancsak a jövőben s talán nem is olyan távol helyezhető kilátásba, hogy a bábaügynek fejlődésével kapcsolatban, egyelőre talán csak a városokban, a puerperalis statistika is meg lesz honositható, akkor t. i., ha egyéb feladataimnak teljesitése után a városi bábák működésének rendbentartására fordithatom figyelmemet. Az útja e rendtartásnak a bábanaplók pontos vezetésén alapszik, s ha az országban még egyelőre a beláthatatlan távolban vesztegel az a jövő, a mikor a bábanaplók köteles vezetése kimondható lesz, másrészt a városi bábáknak e kötelezettsége már most sem volna utópia. S mihelyt ezt a bábától a városokban megkövetelhetjük, csak egyetlen lépés előre, hogy a városi bábáknak működését a kellő módon ellenőrizzük.

Felmerült előadó úr szavaiban az az aggodalom is, hogy kik fogják másodrendű bábaképző-intézetekben a tanitás tisztét teljesiteni s mi alapon, mit fognak azoknak tanitani. Megnyugtatására az előadó úrnak mondhatom, hogy törekvésünk lesz mindenütt, a hol lehetséges, szakképzettséggel biró, qualifikált egyéneket állitani az ügy élére. Magam legjobban szeretném, ha minden egyes helyre egy emeritált szülészeti tanársegédet állithatnék oda. De másrészt kérem, tekintsen egy kissé jobban körül az országban és ne vegye oly kicsibe a közkórházaink élén működő kórházak igazgatóit és főorvosait, a kik között igen sok derék ember akad és ne kivánja tőlem, hogy azért, mert nem egyetemi tanársegédekből válogathatom a tanitó erőket, inkább semmit se tegyünk.

A mi pedig a tanitás anyagát illeti, e szempontból egyáltalában nincsen okunk ez időre büszkélkedni, még a rendes bábaképző-intézetekben sem, a hol még mai napig is hiányzik a hivatalos bábatankönyv és többé-kevésbbé minden bábatanár tetszésére van bizva a tananyag megállapitása. Az előadó úr megnyugtatására óhajtom mondani, hogy a tananyagot a másodrendű bábaképző-intézeteknek annak a hivatalos tankönyvnek a hivatalos kivonata fogja képezni, a melynek megszerkesztésével az illetékes enquête most foglalkozik.

Végezetül még egyszer köszönetet mondok az előadó úrnak, hogy alkalmat adott a tárgynak itteni megbeszélésére. Üdvösebbnek láttam volna, hogy mielőtt a „Magyar Szó"-ban a közvéleményt alarmirozni igyekezett, egyenesen ide, illetékes forum elé hozta volna a dolgot.

A vita folytatása tekintettel az idő előrehaladottságára és a tárgy fontosságára a következő ülésre halasztatik.

X. magyar balneologiai congressus.

(1900. április 29-dikén és 30-dikán.)

Elnök: **Bókay Árpád**; főtitkár: **Löw Sámuel.**

Fái Mátyás Miklós dr. *(Új-Tátrafüred)*: *„A bőrlégzés javításának fontossága a tüdővész gyógykezelésében"* czimű, állatkisérleteken és klinikai megfigyeléseken alapuló tanulmányában kifejti, hogy a bőr gázcseréje, a *sensibilis* és az *insensibilis perspiratio (az izzadás)* javitása tüdőbetegek gyógykezelésében sokkal nagyobb figyelmet érdemel, mint a mennyiben eddig részesitették, mert ezen életműködés *a tüdőlégzésnek vikariáló* működése, melynek kizárása szintén légzési akadályt képez s mert ennek javitásával a tüdővészesek hőemelkedéseit és éjjeli izzadását vagyunk képesek megszüntetni és általa az étvágy fokozódását idézhetjük elő.

A bőrlégzés javitható: 1. klimatotherapeutikus úton, ritkább levegőjű, száraz, csökkent páratartalmú és erős insolatiojú magaslati helyeken, hol a vér gázai és a körlevegő gázai nagyobb feszülési differentia folytán könnyebben kicserélődnek s igy a perspiratio jelentékenyebb; 2. *hydriatikus és mechanikus procedurákkal* a bőr átjárhatóságának emelésével (zsír- és elhalt hámsejtek eltávolitása által).

Végül pontosabb diagnosis szerint részletezve és csoportositva előadja az Új-Tátrafüreden a lefolyt évben gyógykezelt tüdőbetegekről az összefoglaló kimutatást. Kimutatja, hogy 7 lázas betegnél csupán szabadban való fekvés által a lázak megszüntek, 24 betegnél az étvágy igen javult, a mit a 3—13½ kg. súly gyarapodás is igazolt; az éjjeli izzadások rendszerint már az első vagy második napon megszüntek.

Boleman István a *„fürdő-szabályrendeletről"* beszél, ismerteti annak eredetét, a törvényt és a ministeri rendeleteket, melyeken az alapszik, és ellenzi azon mozgalmat, mely oda irányul, hogy a belügyministerium egy általános, minden fürdőt egyaránt kötelező fürdő-szabályrendeletet bocsásson ki. A mostani szokást védi, hogy minden fürdőre nézve külön a sajátos lokális viszonyoknak megfelelő szabályrendelet alkottassék s azt kivánja, hogy a szabályrendeletek tervezetét mindenkor a fürdőigazgatóság, mint a helyi viszonyoknak legjobb ismerője készitse el s azt tárgyalva, a megyei hatóság erősitse meg. Azután ismerteti azon ügyeket (vendégbejelentés, lakásbérleti rend, gyógyalapdijak kezelése stb.), melyekről okvetlenül a fürdő-szabályrendeletben intézkedni kell.

Fenyvessy Károly és *Smialovszky Valér* hozzászólása után a congressus kimondja, hogy a részletes tárgyalást a gazdasági osztályra bizza.

Oelhoffer Henrik dr. tart ezután előadást *„a természetes és mesterséges ásványvizekről, különös tekintettel az ásványvíz-üzletre"*.

Weisz Ede dr. *„az idült csúzban szenvedők táplálkozási viszonyairól"* szólt. Fajlagos étrendről nem lehet szó, a mennyiben még azon alig igazolt elmélet értelmében is, hogy az idült csúz alkati betegség, minden czélszerű kiindulási pont hiányzik, ismeretlen lévén ezen állitólagos alkati betegség anyagcserebeli eltérésének kulcsa. Előadó csak két táplálkozási szélsőségről emlékezik meg, melyek a csúzzal néha szorosabb viszonyba léphetnek, az elhizásról és a soványodásról. Előbbi inkább következményes s leginkább az erre hajlamos egyéneknél az alsó végtagoknak izoláltan fennálló megbetegedésénél fordul elő, a mennyiben ez túlságos szenvedés nélkül is igen korán ássa alá az egyén mozgási képességét. A beteg hizik, mert nem mozog, s nem mozog, mert hizik. Az ilyen mintegy másodlagos elhizásnál főteendő a csúzos beteg térdnek vagy lábnak gyógyitása, étrendi megszoritásra csak másodsorban kerül a sor.

Sokkal gyakoribb idült csúznál a lesoványodás, mely néha a sorvadás fokáig fejlődhetik. Előadó néha 10—20 kg.-nyi évi súlyveszteséget látott. A lesoványosodáshoz sok mindenféle ok járul: örökös fájdalmak, álmatlanság, lelki kín stb., valószinűleg egyes esetekben apró subfebrilis chronikus lázak is. A teendők lényegét előadó a hizlaló kúra jelszavában foglalja össze. De itt is természetesen végczél marad a csúzos alapbántalomnak a kezelése.

Előadó felhivja a figyelmet, hogy a fürdőzési kezelés mellett az egyéni táplálkozási szükségleteknek is igyekezzünk eleget tenni.

Kuthy Dezső a vízkezelés értékéről a tüdővész gyógyitásában tartott grafikonokkal illustrált előadást. A bőrre megfelelően alkalmazott hidegingerek befolyását ismertette, mindenekelőtt a légzésre, vérkeringésre, veseműködésre, az anyagforgalomra, az idegrendszerre s ezek alapján világitja meg a hydrotherapia használt tüdőtuberkulosisnál. A sanatoriumi kezelésnek integrans részét kell, hogy alkossa a vízzel gyógyitás, melylyel előadó tapasztalatai szerint már ambulans kezelésben is jelentékeny eredményeket vagyunk képesek elérni.

Rottenbiller Ödön trencsén-tepliczi uradalmi fürdőorvos *a lues balneotherapiájáról* értekezve, előrebocsátja, hogy a Hg-t a lues első és második időszakában souverain gyógyszernek tekinti: de éppen a Hg-kezelés szempontjából sikeresen egyesiti a kénes és konyhasós fürdőket, illetve ivó-gyógymódokat a bedörzsölésekkel. Különösen kiemeli, hogy idiosynkrasiával biró egyéneknél is alkalmazhatók igy a Hg-készitmények. A jodos vizeket a syphilis III. időszakában tartja

czélszerűnek ivó- és fürdő-gyógymódok alakjában. Majd felsorolja az összes hazai fürdőket s kiemelvén hazánk gazdagságát éppen jodos, sós és kénes vizekben, oda concludál, hogy a külföldre egyáltalán nem szorulunk. A fürdők jó hatásait azoknak anyagcserét javitó hatásából magyarázza.

Sassy János kir. törvényszéki orvos (Miskolcz) ismerteti *a görvélykórt, különös tekintettel annak a tuberculosissal való rokonságára;* kifejti, hogy ezen alkati bántalom gyógyítása csak hygienikus-diaetetikus eszközökkel érhető el, majd párhuzamot vonva a tengeri és jodos sósfürdők között, részletesen birálja és kijelöli mindkettőnek szerepét a scrophulosis gyógyitásában. Végül tekintettel *azon körülményre, hogy a görvélyesek gyógyítása tulajdonképen indirect védekezés a tuberculosis ellen*, buzditó szavakkal hivja fel a jótékony egyesületeket, hogy a gyermekkórházak vezetőivel vállvetve karolják fel a magyar tengerparton és a hazai jodos-sós fürdőkben létesítendő gyermek-sanatoriumok eszméjét.

Szenkirályi József „A balneo- és hydrotherapia jelentősége a gyermekkorban“ czimű előadásában hangsúlyozza, hogy mily nehéz éppen a gyermekkorban, hol az individualizálás mint therapeutikai irányelv fontosabb mint bárhol másutt, általános elveket felállítani valamely gyógyeljárás értékének megitélésére. Három általános jellegű tulajdonságát a gyermekszervezetnek tartja méltányolandónak a balneo- és hydrotherapia gyermekgyógyászati jelentőségének méltatásánál. És pedig 1. a testfelületnek űrtartalmához viszonyított nagyobb voltát; 2. a nagyobbfokú idegingerlékenységet s igy reflectorice jobban befolyásolható idegközpontokat; 3. a fokozottabb anyagcserét. Mindhárom tényezőnek nagy jelentősége van a vízkezelésnek úgy symptomatikus, mint methodikus alkalmazásánál, mely utóbbihoz a gyógyfürdő-kezelést is sorozza.

Különös jelentősége van a gyermekkorban a víznek mint symptomatikus gyógytényezőnek oly esetekben, midőn fontos életműködések, főkép a vérkeringés idegközpontjára kell hatnunk, továbbá a lázellenes eljárásnál, különösen mint lázellenes szer felel meg annak a követelménynek, hogy a szív és idegrendszer lehető kimélése mellett úgy nyomja le a lázas hőmérséket, hogy a mellett fokozván az anyagcserét, a fokozott lázas anyagcsere antitoxikus hatását is érvényesülni hagyja.

A gyermekszervezetnek a hydriatikus eljárásokkal szemben tanusitott nagy reactiv képességénél fogva kerülendőnek tartja az igen erős ingerhatásokat s megkivánja a szigorú individualizálás mellett a procedurák kivitelének orvosi ellenőrzését.

A hydriatikus eljárások methodikus alkalmazásánál s a gyógyfürdő-kezelésnél — egyes fürdők specifikus hatásától eltekintve — az érzékeny gyermeki anyagcserére kifejtett jótékony hatást tartja legfontosabbnak. Chronikus lefolyású gyermekkori dyscrasiák balneotherapeutikus kezelésének éppen az a legelső feladata, hogy a növekedés és új szövetképzés mellett olyan egyensúlyban tartsa a szervezet anyagcseréjét, hogy annak ellentállási képessége fokozódjék s e mellett kóros szövetrészek regressiv metamorphosisa is lehetővé tétessék. Az ehhez szükséges plust az anyagforgalomban létesiteni, rendeltetése a fürdőkezelésnek.

Végül *Boleman István a fürdőstatistikáról* tartott előadást, mely után a congressus *Reich* és *Sümegi Zander-intézetét* tekintette meg.

PÁLYÁZATOK.

3971/1900. kig. szám.

Szilágy vármegye I-ső közegészségügyi körben: Vártelek, Bréd, Mojgrád, Nyirsid, Egrespatak, Sz.-Panit, Haraklán, Gurzófalva, Sz.-Fő-Keresztúr, Görczön, Czigányi, Nagy-Doba, Kis-Doba, Debren és Sz.-Szentkirály községekből **Zilah székhelylyel** rendszeresitett évnegyedenkénti utólagos részletekben, a vármegye főpénztára által fizetendő 1000 korona fizetés, 600 korona fuvarátalánynyal javadalmazott **körorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra pályázatot nyitok.

Felhivom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy étetkorukat, képesitésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérelmüket hozzám legkésőbb **folyó évi junius hó 15-dikéig** adják be.

Zilah, 1900. évi május hó 16-dikán.

2—1 *Dr. Veress*, főszolgabiró.

1477/1900.

Az újonnan rendszeresitett **szentjobbi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhivom pályázni szándékozókat, hogy az oklevelükkel és eddigi alkalmaztatásukat igazoló bizonyitványokkal felszerelt pályázati kérvényüket **folyó évi junius hó 15-dikéig** adják be.

Az állás javadalma: 1000 korona készpénzfizetés a törvényhatóság pénztárából fizetve és szabad lakás.

Látogatási díj nappal: 1 korona, éjjel: 2 korona, körúton kivül látogatási díj: 4 korona.

A körhöz a székhelyen kivül Hegyköz-Szent-Miklós, Hegyköz-Szent-Imre és Csohaj községek tartoznak.

A választás 1900. évi junius hó 16-dikán reggel 9 órakor fog Szent-Jobb községházánál megtartatni.

A megválasztandó körorvos állását folyó évi julius hó 1-én elfoglalni tartozik.

Székelyhíd, 1900. évi május hó 12-dikén.

1—1 *Kovásznai Marczel*, főszolgabiró.

1828/1900. sz.

A P.-Szőllős közegészségügyi körben megüresedett **körorvosi állásra**, ezennel pályázatot nyitok.

Az orvosi kört **P.-Szőllős** székhelylyel, 18 község alkotja.

A körorvos évi fizetése 1826 korona 22 fillér a vármegye pénztárából kiszolgáltatva.

Felhivom pályázni óhajtókat, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában meghatározott minősitést igazoló kérvényükkel **f. évi junius hó 15-dikéig** hozzám adják be.

A választás határidejéül f. évi junius hó 20-dik napjának d. e. 9 óráját P.-Szőllős községházához kitűzöm.

Nagyvárad, 1900. május hó 19-dikén.

1—1 *Miskolczy*, főszolgabiró.

2766/1900. eln. sz.

Szeged szab. kir. város közkórházánál újonnan szervezett és főispáni kinevezés útján élethossziglan betöltendő **alorvosi állásra** — mely 1200 korona évi fizetésből, 120 korona évi átalányból, a kórházban megfelelő lakásból és ezzel összefüggő fűtésből és világitásból álló természetbeni járandósággal, nemkülönben a városi nyugdíjalapból való részesedés jogosultságával, végre az intézetben benntlakás kötelezettségével van egybekötve — ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivom ennélfogva mindazokat, kik ezen alorvosi állást elnyerni óhajtják, hogy minősitettségüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Szeged szab. kir. város főispáni hivatalához (városi széképület) **f évi május hó 30-dik** napjának délutáni 5 órájáig nyujtsák be.

Szeged, 1900. május 17-dikén.

1—1 *Pálfy*, polgármester.

HIRDETÉSEK.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33·1951, kénsavas natron 6·6679, szénsavas mész 3·6312, chlornatrium 3·9842, szénsavas magnesium 1·7478, szénsavas lithium 0·1904; szilárd alkatrészek, 52·5011, összes szénsav tartalom 55·1737, abból szabad és kötetlen 38·7660, hőmérsék 10·1—11° C.

Régóta hires gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomorbántalmak, köszvény, hörghurut, aranyérnél stb.

Kitünő diaetetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: **Med. Dr. REUSS VILMOS**

A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban.

Egy kevéssé használt, teljesen jó karban levő, a legmodernebb igényeknek megfelelő

teljes svédgyógytorna berendezés

igen jutányos áron eladó. Bővebbet **V., Bulcsú-utcza 7. sz. Markus Lajos** műlakatos úrnál, hol a svédgyógytorna berendezés felállítva megtekinthető.

Dr. KELEN ISTVÁN

POLIKLINIKAI ASSISTENS

a cs. kir. szab. Kassa-Oderbergi vasút **Karlsbadi orvosi tanácsadója**, rendel:

„STADT ATHEN“ KREUZGASSE

KARLSBAD.

Kór- s műtőtermek, fürdőszobák, zárkák, főző- s mosókonyhák, halottas kamrák, folyosók, klosetek stb. részére

Porcellán-emailfesték (Pef)

kemény, porcellánszerű felületet ad, mely **vízzel mosható, sublimatoldattal könnyen fertőtleníthető s évekig tartós.** Eszerint a legcélszerűbb fal- és mennyezetmázolás **kórházakban, magángyógyintézetekben, fürdőkben** stb.

Kimerítő ajánlattal és prospectussal szívesen szolgálnak az egyedüli gyárosok

LUTZ EDE ÉS TÁRSA POZSONY.